

**GUSTAVO PRESÍDIO DE OLIVEIRA**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS QUE RECEBERAM  
ÓVULOS DOADOS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

**PUC-CAMPINAS**

**2011**

**GUSTAVO PRESÍDIO DE OLIVEIRA**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS QUE RECEBERAM  
ÓVULOS DOADOS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Antonios Terzis

**PUC-CAMPINAS**

**2011**

Ficha Catalográfica  
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t616.89156    Oliveira, Gustavo Presídio de.  
O48e            Experiências com casais que receberam óvulos doados: um estudo psicanalítico / Gustavo Presídio de Oliveira. – Campinas: PUC–Campinas, 2011.  
                    204p.

Orientador: Antonios Terzis.  
Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui anexos e bibliografia.

1. Psicoterapia familiar. 2. Fertilização humana in vitro. 3. Inseminação artificial humana. 4. Casais sem filhos. I. Terzis, Antonios. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t616.89156

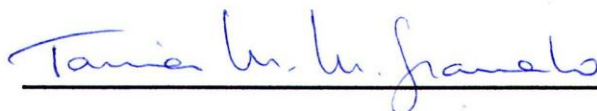
**GUSTAVO PRESÍDIO DE OLIVEIRA**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS QUE  
RECEBERAM ÓVULOS DOADOS: UM ESTUDO  
PSICANALÍTICO**

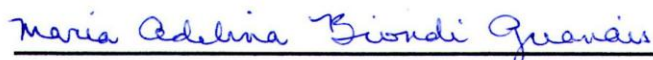
**BANCA EXAMINADORA**



**Presidente Prof. Dr. Antonio Terzis**



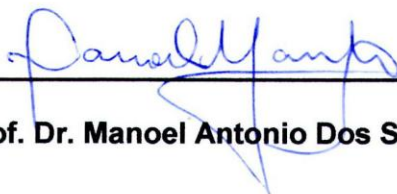
**Profª Dra. Tania Mara Marques Granato**



**Profª Dra. Maria Adelina Biondi Guanais**



**Profª Dra. Maria Consuelo Passos**



**Prof. Dr. Manoel Antonio Dos Santos**

**PUC-CAMPINAS**

**2011**

## **DEDICATÓRIA**

---

***Para minha esposa e companheira Viviane que inúmeras vezes soube, com acolhimento e paciência, demonstrar o tamanho da sua ternura e amor por mim. Certamente que sem ela esse trabalho não aconteceria com tanta leveza e satisfação. Obrigado por sempre me apoiar e acreditar nesse meu sonho, assim como peço desculpas pelo pouco tempo que desfrutei ao seu lado, em prol dessa realização...***

## **AGRADECIMENTOS**

---

Nesse momento que paro para pensar sobre quem irei agradecer... um filme passa na minha mente. Sonho acordado com imagens do meu passado, desde quando morava em uma pequena cidade do interior da Bahia. A única escola particular, que dava condições de um bom estudo e os meus primeiros passos no mundo das letras e da educação, é agora lembrada com muita emoção, já que tudo se iniciou naquelas carteiras de madeira, com sua estrutura instável, descascadas pelo tempo, porém firmadas pela dedicação dos professores, que labutavam esperançosos em contribuir com a formação intelectual e pessoal de seus alunos. Obrigado a todos os docentes da escola Cinderela.

As dificuldades concernentes ao local de meus estudos até a oitava série do ginásio (o grau máximo proporcionado por esta instituição de ensino), não foram as únicas cenas do meu passado que me marcaram. Ressalto a mais importante, a qual devo respeito e gratidão: meus pais incentivando meus estudos. Incentivo esse que os fez pagarem um preço alto e que o tempo não poderá fazer com que volte atrás ou que pelo menos possa ressarcir-los. Cada filho ao graduarem no último ano escolar do ginásio, tinha que partir para cidade grande, para fins de continuar essa jornada de estudos, visando um futuro melhor. Meus pais sofreram a cada partida de seus filhos, sendo eu o último a dar adeus e me aventurar em Salvador. Ainda que eles tentassem suprir a saudade visitando eu e meus irmãos, uma vez a cada mês ou dois meses, não conseguiam abarcar a dor da distância e a vivência de vermos crescer... Obrigado meus pais, Antonio e Celeste, por serem tão fortes para tomar essa decisão de buscarem dar um melhor estudo aos seus filhos, mesmo que para isso tiveram que estar longe de nós. Amo muito vocês e tenho



uma enorme admiração pelos dois. **Este doutorado também é uma conquista de vocês.**

Se não bastasse essa separação na adolescência, fui buscar mais estudos fora da minha cidade e do meu Estado. Cheguei a São Paulo, sem nunca ter entrado em um avião e nem mesmo ter conhecimento do tamanho dessa cidade. Aqui fiz minhas especializações, mestrado e agora o doutorado. Novamente tive o apoio dos meus pais e concomitantemente a admiração dos meus irmãos: André, Adriano e Carla. A minha mãe preta, Dora, também esteve presente dando amor ao seu filho de alma. Obrigado a todos vocês por acreditarem no caçula da turma...

Agradeço a todos os meus familiares que de alguma maneira torceram pelo meu sucesso. Meus sogros, Sandra e Hilton, obrigado pelo apoio.

Ao meu tio Augusto ratifico o quanto sou agradecido pela ajuda na correção da tese, mais além pelo seu carinho e por confiar em mim. Que bom tê-lo próximo também nesse momento da minha vida.

Em São Paulo conheci excelentes professores, que se tornaram amigos e que sou muito grato não somente pelo conhecimento que me passaram, mas também pelo acolhimento que me deram nos momentos que me sentia só, nessa imensa cidade. Obrigado aos professores: Daniel Delouya e Maria Consuêlo Passos, do curso de mestrado.

Em Campinas tive o privilégio de conhecer e ser aluno de um grande professor, bem como uma grande pessoa! Desde a seleção para ser seu aluno, demonstrou atenção e afeto, que um pai pode oferecer a um filho. Ao meu orientador do doutorado Prof. Dr. Antonios Terzis, saiba que será sempre

exaltado por mim para além da sua competência acadêmica e profissional, mas também pela pessoa bondosa e afetiva que foi comigo.

Agradeço também nessa minha jornada em Campinas, mais precisamente na PUC-Campinas, aos funcionários da secretaria da Pós-graduação, em especial as minhas queridas amigas: Eliane, Elaine e Amélia. Sentirei saudades...

Aos professores da Pós-graduação da PUC-Campinas e minhas colegas do grupo de pesquisa, em especial Cida, agradeço o carinho que tiveram comigo e a troca de conhecimentos, a qual me enriqueceu e mostrou o quanto é longo o caminho do saber...

Obrigado ao amigo Dr. Joaquim que sempre se prontificou a me ajudar, passando um pouco de sua vasta experiência profissional, assim como livros e artigos que foram importantes nessa minha pesquisa.

Aos amigos da Bahia que foram importantes com seus acolhimentos e apoios: Cley, Larissa, Professora Célia, Professora Cíntia, Elisabete, Andréia, Adriana, Claudia, Eglê, Karine e Dio.

Agradeço a minha banca de qualificação, Prof. Dr. Manoel Antonio e Prof<sup>a</sup>. Dra. Dayse Borges, pelas sugestões de leitura e principalmente por serem tão amáveis e incentivadores... tenho muito o que aprender com vocês dois!

Aos participantes desse estudo, que tiveram a coragem e confiança de expressarem suas vivências emocionais, meus sinceros agradecimentos pela contribuição não somente para a minha tese, mas também para o que essa poderá favorecer aos outros pacientes que vão passar pelo mesmo tratamento que já experimentaram.

À CAPES pelo financiamento.

Enfim, esse filme que passa nesse momento sobre a minha vida, tem uma trilha sonora, mais precisamente da canção interpretada e de autoria de Roberto Carlos: “O portão”. Seu refrão ressoa bem forte no meu coração, sinalizando o que deixei para trás em prol dos estudos e que agora reivindica seu espaço e atenção ao lado das pessoas que amo:

*“Onde andei não deu para ficar,  
porque aqui,  
aqui é o meu lugar  
Eu voltei pras coisas que eu deixei,  
eu voltei...”*

# SUMÁRIO

Resumo.....	i
Abstract.....	iii
Résumé.....	v
Apresentação.....	vii
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>01</b>
<b>I – Considerações sobre RHA, com uso de óvulos doados.....</b>	<b>02</b>
<b>II – Compreensão sobre os processos psíquicos que levam às escolhas amorosas e ao desejo de ter filhos.....</b>	<b>34</b>
<b>III – Reflexões sobre ‘grupo’ com base na teoria psicanalítica de grupo: representações culturais e psíquicas.....</b>	<b>39</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>59</b>
Objetivo Geral.....	60
Objetivos Específicos.....	60
<b>MÉTODO.....</b>	<b>61</b>
<b>I – O desenho Metodológico.....</b>	<b>62</b>
<b>II – Campo de Pesquisa.....</b>	<b>66</b>
<b>III – Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>67</b>
<b>IV – Instrumentos.....</b>	<b>72</b>
<b>V – Procedimentos para Coleta do Material.....</b>	<b>76</b>

<b>VI – Análise do Material da Pesquisa.....</b>	<b>78</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>81</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>138</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>165</b>
<b>Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>166</b>
<b>Entrevista com casal (n.1): Ana e Fabio.....</b>	<b>167</b>
<b>Entrevista com casal (n.2):Maria e Paulo.....</b>	<b>174</b>
<b>Entrevista com casal (n.3):Cecília e Rodrigo.....</b>	<b>186</b>
<b>Entrevista com casal (n.4):Bianca.....</b>	<b>198</b>

Oliveira, G. P. (2011). *Experiências com casais que receberam óvulos doados: um estudo psicanalítico*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas/SP, 204 p.

## **Resumo**

A dificuldade de alguns casais para gerar um filho pelo método natural foi o que motivou a ciência médica a desenvolver a Reprodução Humana Assistida (RHA). A Fertilização In Vitro (FIV) é uma das técnicas da RHA que, juntamente com o uso de óvulos doados, favorece as mulheres que apresentam certa incapacidade física para gerar óvulos saudáveis para fertilização. Nesse sentido, tal contexto também motivou o pesquisador desse estudo, porém com o objetivo de compreender, a partir das teorias psicanalíticas e grupanalíticas, o processo e o funcionamento psíquico de três casais que se submeteram ao tratamento de reprodução assistida, com receptação de óvulos doados, tendo gerado seus filhos com sucesso. O método de investigação psicanalítico configurou-se como a melhor opção para a realização dessa pesquisa, já que envolveu a análise e compreensão das vivências emocionais, a partir do registro de um encontro com cada casal. Para a apreciação do material coletado foi empregada a técnica de análise interpretativa de conteúdo inconsciente criada por Mathieu, assim como a técnica grupal, tendo em vista o casal como uma configuração de grupo especial. Para tanto, foi realizada uma pergunta disparadora, pelo entrevistador, e em seguida os cônjuges associavam livremente a respeito de suas experiências durante todo o tratamento de RHA. Os resultados encontrados mostram que a sugestão em receber óvulos doados trouxe a esperança em poder ter o tão desejado filho mas, por outro lado, a frustração em não ter um filho geneticamente parecido com a mãe. Os casais atravessaram momentos de sofrimento físico e psíquico para realização do desejo de terem um filho, assim como continuam em processo de elaboração psíquica a respeito da perda narcísica por não conseguirem ter um filho biológico por parte da mãe. Além disso, foi detectado que nos casais o inconsciente produziu algumas formulações psíquicas, tanto na vivência que

tiveram ao longo do tratamento quanto durante as entrevistas, tais como: desejos inconscientes; fantasias inconscientes originárias: fantasias das diferenças do sexo e fantasia de castração; complexos familiares; sentimentos de ilusões messiânicas; e fantasias persecutórias. Contudo, ressalta-se que foi detectado também que os casais conseguiram se organizar em seus vínculos afetivos e, por conseguinte, amenizavam suas angústias mediante um pacto negativo de não revelarem a ninguém sobre o tratamento que se submeteram, até mesmo ao próprio filho. Este segredo fortaleceu as alianças inconscientes do casal, mediante a perda narcísica de não conseguirem ter o filho que fantasiavam. Decerto que, a partir dos resultados obtidos nesse estudo, faz-se necessário um acompanhamento psicológico aos pacientes antes, durante e após o período do tratamento, bem como maior esclarecimento da importância do profissional da psicologia na composição da equipe clínica e sua atuação, também, com estes profissionais, já que podem lidar com ansiedades e frustrações quando os resultados dos tratamentos não são positivos.

Palavras-chave: Casal; Fertilização in Vitro; Família; Psicanálise; Grupanálise.

Oliveira, G. P. (2011). Experiments with couples who received donated eggs: a psychoanalytic study. Doctoral Thesis. Pontifical Catholic University of Campinas, Life Sciences Center, Post-Graduation Program in Psychology. Campinas / SP, 204 p.

### **Abstract**

The difficulty of some couples to conceive a child by the natural method motivated medical science to develop the Assisted Human Reproduction (AHR). In vitro fertilization (IVF) technique is one of the AHR, with the use of donated eggs, encouraging women who have certain physical disabilities to produce healthy eggs for fertilization. In this sense, this context also motivated the researcher of this study, with the goal of understanding, from the group analytic and psychoanalytic theories, the process and the psychic functioning of three couples who underwent for assisted reproduction treatment with donated eggs for receiving, having successfully to produce his child. The psychoanalytic method of investigation was configured as the best option for carrying out such research, since it involved the analysis and understanding of emotional experiences from the record of a meeting with each couple. To the assessment of the collected material was used the technique of interpretative analysis of unconscious content created by Mathieu, as well as the technical group, considering couple as a special configuration. For this purpose, the interviewer performed a starter question and then couple freely associated it about their treatment experiences during AHR. The results show that the suggestion to receive donated eggs brought hope to be able to have the much-desired child but on the other hand, the frustration at not having a child genetically similar to the mother. The couples went through moments of physical and psychological suffering for the realization of their desire to have a child, and still in the process of psychic elaboration about the narcissistic loss for failing to have a biological child by the mother. Moreover, that couples unconsciously produced some formulations, during the experience of treatment and during the interviews, such as unconscious desires; originating unconscious fantasies: fantasies of sex differences and fantasy of castration complex family, feelings of messianic delusions, and persecutory fantasies.



However, we emphasize these couples were able to organize in their emotional ties and, therefore, eased their anguish by denying the treatment they underwent, even to his own child. This secret alliances strengthened the couple's unconscious, through the loss of narcissistic failling in having the child they fantasized. Certainly, from the results in this study, it is necessary psychological counseling to patients before, during and after the treatment, as well as clarification of the importance of a professional psychology in the clinical team training these professionals, once deal with anxieties and frustrations when treatment outcomes are not positive.

Keywords: couple, in vitro, family, psychoanalysis, groupanalysis

Oliveira, G. P. (2011). Des expériences avec des couples qui ont reçu des ovules, une étude psychanalytique. Thèse de doctorat. Pontificie Université Catholique de Campinas, Centre de sciences de la vie, programme d'études supérieures en psychologie. Campinas / SP, 204 p.

## Résumé

La difficulté de certains couples à concevoir un enfant par la méthode naturelle est ce qui a motivé la science médicale pour développer la procréation assistée (PA). En fécondation in vitro (FIV) est une des techniques de PA, qui, avec l'utilisation d'ovules, encourage les femmes qui ont certains handicaps physiques pour produire des oeufs sains pour la fécondation. En ce sens, ce contexte a également motivé le chercheur de cette étude avec le but de comprendre, à partir des théories du groupe analytique et psychanalytique, le processus et le fonctionnement psychique de trois couples qui ont subi un traitement de reproduction assistée avec don d'ovules pour la réception, ayant réussi à lever ses enfants. La méthode psychanalytique d'investigation a été configurée comme la meilleure option pour mener à bien ces recherches, depuis l'analyse et la compréhension des expériences émotionnelles de l'enregistrement d'une réunion avec chaque couple. Pour l'évaluation du matériel recueilli on a utilisé la technique de l'analyse interprétative du contenu inconscient créée par Mathieu, ainsi que le groupe technique, en vue du couple comme une configuration particulière. À cette fin, l'intervieweur effectue une question de départ, puis les conjoints associés librement sur leurs expériences pendant le traitement de la procréation assistée. Les résultats montrent que la suggestion de recevoir des ovules a apporté l'espoir d'être en mesure d'avoir le fils tant souhaité, mais d'autre part, la frustration de ne pas avoir un enfant génétiquement identique à la mère. Le couple a traversé des moments de angoisse pour la réalisation de leur désir d'avoir un enfant, et toujours dans le processus d'élaboration psychique de la perte narcissique pour ne pas avoir un enfant biologique par la mère. Par ailleurs, il a été constaté que les couples dans le psychique inconscient produisent certaines formulations, les deux avaient l'expérience que pendant le traitement et pendant les entretiens, comme désirs inconscients; provenant fantasmes inconscients: les fantasmes

des différences de sexe et de la fantaisie du complexe de castration famille, les sentiments d'illusions messianiques, et les fantasmes de persécution. Toutefois, nous soulignons qu'il a été également constaté que les couples sont en mesure d'organiser dans leurs liens affectifs et, par conséquent, assoupli ses problèmes par une alliance négative ne dire à personne au sujet du traitement qu'ils ont subi, même son propre fils. Cette alliances secrètes renforcé inconsciente du couple, par la perte d'échec narcissique d'avoir un enfant qui fantasmé. Certes, à partir des résultats obtenus dans cette étude, il est nécessaire un soutien psychologique aux patients avant, pendant et après la période de traitement, ainsi que la clarification de l'importance de la psychologie professionnelle dans la composition de l'équipe clinique et ses performances, aussi avec ces professionnels, car ils peuvent faire face à des angoisses et les frustrations lorsque les résultats du traitement ne sont pas positifs.

Mots-clés: couple, in vitro, la famille, Groupanalyse, Psychanalyse,

## **APRESENTAÇÃO**

---

Este trabalho nasceu do meu encantamento com os estudos psicanalíticos voltados ao casal e família. Na época em que cursava o mestrado pude conhecer com mais profundidade as teorizações sobre o tema, quando freqüentava as disciplinas eletivas, e, conseqüentemente, ampliei meu entendimento sobre os processos psíquicos fomentados no grupo. Junto a isso, também vinha pesquisando sobre as técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), e foi a confluência desses interesses que me levaram à escolha da temática deste estudo. Tive algumas experiências com atendimentos a casais que buscaram tratamentos em clínicas de reprodução humana para solucionar seus problemas com a infertilidade, e pude acompanhá-los no decorrer de todo o processo clínico e psicoterapêutico do tratamento. Nesse período, vivenciei o quanto os pacientes carregavam-se emocionalmente de expectativas, desejos e, em alguns casos, frustrações e receios a respeito da impossibilidade de realizarem o sonho de ter um filho.

É de tamanha pertinência reservar este espaço para uma explanação breve concernente ao uso dos termos esterilidade e infertilidade, rotineiramente mencionados no decorrer deste estudo. Infertilidade ou esterilidade é um conceito utilizado para determinar a não-ocorrência da gravidez. Para alguns autores, “após um mínimo de vinte e quatro ciclos menstruais, apesar de intercursos sexuais regulares sem anticoncepção, não ocorre a gravidez” (Brandi, Pina e Lopes, 1997, p.2). Outros diminuem esse prazo para doze ciclos menstruais (Tognotti, 2000). Ambos os termos são utilizados como sinônimos por esses autores, contudo para outros são termos diferentes que merecem uma explicação mais clara e singular. Para Olmos (2003), por exemplo, a esterilidade ocorre quando o casal após dois anos de tentativas

pelo método natural não conseguem engravidar, independentemente dos fatores que não os levaram a obter a gravidez. Com relação à infertilidade, o mesmo autor (2003) esclarece que a mulher chega a engravidar, apesar disso, em todas as vezes que atinge este estágio inicial, perde seu filho, por um aborto natural, não podendo continuar a gestação. Decerto que tais terminologias devem ser respeitadas e esclarecidas, porém por se tratar de um estudo com enfoque na ciência da psicologia, irei conceber estes dois termos como semelhantes, ou seja, abarcando os pacientes (homens, mulheres ou casais) que não conseguiram engravidar ou conceber seu filho por qualquer fator físico ou psicológico.

Embora a ciência médica tenha evoluído e desenvolvido técnicas mais apuradas e favorecedoras para que os tratamentos da infertilidade tenham resultados mais positivos, ainda assim existe a possibilidade de não dar certo o tratamento, ou mesmo, deste esbarrar nos próprios limites dos recursos técnicos da medicina, para alguns casos. Tais limites também estão relacionados aos aspectos éticos e psicológicos tanto dos pacientes quanto da própria equipe de saúde multidisciplinar. Decerto que, ao mesmo tempo em que surgem novas técnicas e procedimentos médicos que ajudam no tratamento da infertilidade, surgem também discussões sobre as possíveis consequências negativas repercutidas na sexualidade do casal, ou do aparecimento de inéditas configurações familiares, assim como das repercussões sobre a criança no lidar com a sua própria história, de como foi concebida e vinda ao mundo, entre outros.

Temáticas como essas incitam reflexões sobre tais demandas sociais e posicionamentos éticos da equipe de saúde, já que a procura por clínicas

especializadas em reprodução humana vem crescendo, construindo novas configurações familiares que vem defrontando com os modelos tradicionais de família, bem como o afloramento de discussões éticas na área jurídica e médica sobre os limites da reprodução humana. Nesse sentido, diversas indagações surgem com relação ao preparo da equipe multiprofissional em lidar e apaziguar as reações de medo, tristeza e decepção do paciente quando os resultados dos tratamentos não forem os esperados pelo mesmo.

De certa maneira, com a experiência que obtive nessas empreitadas profissionais no atendimento com esse tipo de paciente e concomitantemente com o tipo de sofrimento que o mesmo carregava, pude compreender a dimensão da problemática não só relacionada às questões biológicas, mas também às psicológicas, as quais acabam repercutindo também na equipe multiprofissional. Em alguns casos que o tratamento da infertilidade não obteve sucesso ou mesmo aqueles pacientes que chegam à clínica demasiadamente fragilizados emocionalmente, ressoa na equipe um desconforto psíquico angustiante por se sentir impotente diante da terapêutica ineficaz. Em decorrência desses contextos, surgiram em meus pensamentos críticas e reflexões sobre o quanto são necessárias mais pesquisas sobre as vicissitudes psíquicas durante todo o tratamento desses pacientes, bem como o despreparo da equipe na abordagem desta demanda. O psicólogo, portanto, torna-se um elemento de extrema importância na constituição da equipe clínica no processo pré, durante e pós tratamento da infertilidade, além de ter a incumbência de aperfeiçoar seus estudos e métodos científicos para este tipo de temática, pois a medicina vem progredindo e desenvolvendo com certa rapidez novas técnicas de reprodução humana, as quais podem repercutir no

acompanhamento psicoterápico. Tais técnicas desenvolvidas pela medicina afloram discussões importantes sobre a ética destas intervenções clínicas, pertinentes para reflexões sobre os benefícios e os malefícios não somente para as questões físicas do paciente, mas também para as repercussões destas técnicas no relacionamento do casal, na sexualidade e no desejo de ter seu filho.

O acompanhamento de alguns parentes que se submeteram ao tratamento da infertilidade por meio da RHA, com uso de óvulos doados, fez com que me aproximasse ainda mais dos sofrimentos, das angústias e aflições que emergem diante da possibilidade de gerar um filho sem a carga genética de um dos pais. Certo de que tais experiências colaboraram de maneira visceral nas minhas percepções e vivências como profissional, ratificando a necessidade de mais estudos científicos e aprimoramento dos profissionais da psicologia. O lidar com temáticas e demandas de pacientes que buscam tratar-se da infertilidade utilizando óvulos doados é algo novo e repleto de 'fecundidade' para novos estudos em diversas áreas da saúde mental.

Mesmo ainda não tendo vivenciado a emoção da paternidade, tenho plena consciência de que se trata de uma experiência única e intensa de afetos, carregada de projetos compartilhados entre o casal. Desejar um filho e concebê-lo despertam profundos sentimentos, anseios, medos e expectativas conscientes e inconscientes que devem ser analisados com cuidado, contemplando-se as particularidades de mulheres e homens. A investigação da experiência de ser pai ou mãe em um contexto de sofrimento pela infertilidade e necessidade de tratamento, como o da reprodução assistida, coloca a psicologia, portanto, diante de um novo desafio. Na reprodução assistida, em



especial quando utilizada a técnica de Fertilização in Vitro (FIV) e realizada com óvulos doados, existe a impossibilidade da transmissão da carga genética por parte da mãe. Surgem então muitas perguntas: será que, mesmo podendo gerar o filho, após a experiência angustiante de não o conceberem de forma natural, os casais ainda sofrem afetivamente? De que forma conceber um filho através da FIV marcará a história do casal? A relação da esposa com o marido pode ser afetada justamente por fantasias inconscientes e conflituosas de não ser capaz de gerar um filho biológico?

Diante dessas questões, trouxe como hipótese deste estudo que a impossibilidade de gerar um filho biológico (já que utilizará o óvulo de uma doadora) traz um sofrimento psíquico inconsciente na mãe e reverbera na relação conjugal, mesmo após uma gestação de sucesso. Ciúmes da doadora; fantasias de castigo pela utilização de meios científicos para engravidar, diferentemente dos moldes aceitos por algumas religiões; sentimento de inferioridade perante a sociedade e pactos inconscientes no casal sobre como foi concebido o filho, podem estar presentes.

Nessa perspectiva, esta investigação convergi sua atenção para o campo da subjetividade dos laços afetivos conjugais e filiais, bem como para as fantasias que eclodem a partir do procedimento de receptação de óvulos e da técnica de FIV. Certamente, ao ter estudado as demandas dos casais a ela submetidos, meu olhar voltou-se para o grupo, uma vez que os processos mentais inconscientes apresentam características grupais em suas estruturas. Sendo assim, o enquadre matrimonial torna-se um aparelho psíquico grupal com suas peculiaridades, no que diz respeito aos processos mentais inconscientes.

Para discutir o tema, o trabalho foi estruturado da seguinte forma:

Iniciei com a introdução, que foi subdividida em três partes, sendo que na primeira apresentei uma revisão de artigos e livros contemporâneos sobre o tratamento da FIV com receptação de óvulos doados no Brasil, dando também ênfase à uma breve explanação sobre os tipos de tratamento para infertilidade sob um viés da medicina, em especial com a técnica de FIV com uso de óvulos doados, bem como uma explanação sobre as leis jurídicas e do Conselho Federal de Medicina, a respeito da ética no uso destas técnicas. Esse capítulo serviu como norteador para os leitores não familiarizados a respeito dos tipos de técnicas utilizadas pelos médicos no tratamento da reprodução assistida e as leis que regularizam o uso das mesmas. Na segunda parte, refleti sobre as implicações subjetivas que levam às escolhas amorosas e ao desejo de ter filhos, partindo do referencial teórico psicanalítico freudiano. Na terceira, descrevi alguns conceitos sobre grupo, partindo do referencial teórico psicanalítico, já que a atual pesquisa envolveu casais. Dessa maneira, tornou-se pertinente apresentar algumas dimensões teóricas e técnicas sobre o processo grupal e as relações afetivas construídas no mesmo, como base para o entendimento das vinculações formadas pelo casal (grupo especial).

Na sequência, apresentei os Objetivos e o Método utilizados neste estudo, descrevendo os propósitos desta pesquisa, as técnicas e os procedimentos escolhidos para realizá-la. No capítulo Resultados e Discussões proporcionei uma análise realizada das questões que mais ressoaram nas quatro entrevistas, esquadrinhando os relatos mais significativos e proeminentes, bem como as suas respectivas interpretações. No que concerne ao capítulo Considerações Finais, foram separados os principais temas

achados em cada um dos objetivos propostos nesta pesquisa, salientando algumas ponderações encontradas ao longo deste estudo sobre as experiências emocionais dos casais que se submeteram à FIV com recepção de óvulos doados. Na parte final, localizam-se as Referências Bibliográficas utilizadas para compor este trabalho, bem como os Anexos com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi apresentado aos entrevistados e as respectivas entrevistas na íntegra.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---

## **I - CONSIDERAÇÕES SOBRE RHA, COM USO DE ÓVULOS DOADOS**

Como uma das instituições mais antigas na história da formação do indivíduo e da sociedade, a família é campo de investigação de várias áreas científicas, tais como sociologia, antropologia, psicologia, direito, entre outras. Segundo Roudinesco (2003), as relações familiares envolvem aspectos afetivos, psicológicos, sociais, religiosos, sanguíneos, os quais dão um caráter dinâmico para essa instituição que, no decurso do tempo, diante das diferentes culturas e ciclos da vida, sofreu inúmeras modificações.

Nessa perspectiva, como bem destaca Ariés (1981), compreender a formação dessa antiga instituição humana implica em tratar cuidadosamente as questões das influências sociais, dentro das quais é possível perceber a rede complexa de relações, sentimentos e comportamentos, definidos por normas de interação que se estabelecem entre seus membros e a sociedade.

Sendo a família um sistema semi-aberto, constituído de regras, costumes, crenças, e em constante troca com o meio (Silva, 2001), seu conceito vem passando por diversas transformações e adversidades em relação à sua estrutura e aos modos de vinculações entre seus integrantes. No passado, podia-se antever uma união reconhecida e aceita pela sociedade entre uma mulher e um homem com a finalidade de reproduzir (sem nenhum meio artificial de reprodução humana) e criar os filhos, sendo esta união constituída de, no mínimo, três integrantes: pai, mãe e filho — modelo nuclear. Mas, a partir da ocorrência de eventos como revolução industrial, avanços da ciência, movimentos liberais em relação à sexualidade e o “não” aos

preconceitos e à exclusão social, a estruturação familiar ganhou grande diversidade.

As modificações de costumes no processo de reprodução humana (mães solteiras, pares homossexuais que pleiteiam a maternidade ou paternidade, pais solteiros etc) propiciaram novos paradigmas de grupos familiares. Há casais homossexuais, mães solteiras ou o próprio pai criando sozinho o filho, famílias sendo formadas após experiências passadas de parcerias civis e com filhos destes relacionamentos, dentre outros.

Também Ribeiro (2004, p. 23) destaca que “no fim de século XX e início do século XXI, as mudanças estão ocorrendo em proporções surpreendentes, não apenas no núcleo familiar, mas em todas as áreas do conhecimento e do existir humano”. Há mudanças significativas nos papéis sociais e de gênero - as mulheres vêm ocupando melhores cargos, com maior renda, bem como disputando áreas do mercado de trabalho antes exercidas apenas por homens, passando assim a contribuir financeiramente com as despesas domésticas e almejando a realização profissional, além de dividir os afazeres domésticos e funções familiares com seus parceiros. O retardamento em gerar um filho, torna-se, portanto, uma das possíveis consequências dessas mudanças no grupo familiar.

No que se refere aos relacionamentos amorosos, (Terzis, Donnamaria e Oliveira, 2010) tanto alguns homens quanto algumas mulheres estão mais exigentes nas escolhas de suas parceiras(os), esperando da relação com seu cônjuge maior satisfação afetiva e sexual. Nesse sentido, na busca de um ‘par perfeito’, estão à procura de qualidade nos relacionamentos e, conseqüentemente, aumentando o número de casamentos e de divórcios

assim que se desiludem com as diferenças inevitáveis na relação a dois. Além disso, com o aumento da expectativa de vida, muitos casais protelam o desejo de ter filhos em prol de realizarem outras atividades, como viagens, especialização profissional, trabalho em outro cargo ou profissão que exige maior disponibilidade de tempo, entre outros. Nesse sentido, para Ribeiro (2004) o adiamento da chegada de um filho, principalmente após os 35 anos de idade, pode ser considerado como um dos fatores dessas transformações sociais e, por conseguinte, do crescimento de casos de infertilidade no casal.

No que se refere aos avanços científicos, também foram muitos e determinantes: *coitus interruptus*, controle de natalidade pela tabela Ogino-Knaus, pílulas anticoncepcionais, métodos contraceptivos, prática de aborto, inseminação *in vitro* e artificial, barriga de aluguel, doação de óvulos e doação de esperma, dentre outros.

No que se refere à divulgação da mídia em relação à RHA, atualmente assistiu-se a uma exposição notável na imprensa nacional sobre a reprodução assistida. De acordo com Corrêa (2001), o sensacionalismo em torno do tema no Brasil, em especial veiculado pela mídia através dos meios audiovisuais, acaba por amenizar a angústia das fantasias de infertilidade para aqueles que já estão com idade avançada para uma gravidez sem risco.

O papel da mídia parece contribuir para o interesse da população pela RHA a importância que o próprio tema da “cura” da infertilidade tem em nosso país, mobilizando valores ligados à reprodução, à paternidade e à maternidade, que sensibilizam bastante os indivíduos (Corrêa, 2001, p. 141).

A tecnologia vem, pois, progredindo e adentrando a vida sexual de muitos casais, proporcionando, segundo Ribeiro (2004, p.19), “novas e inéditas constituições parentais, ocupando um lugar no qual seria imprudente deixar de reconhecer seu impacto, relegá-la a preconceitos ou referí-la a uma minoria da população”.

Para Corrêa (2000), embora essas técnicas não representem uma grande novidade, já que, há alguns anos, outros meios científicos contribuem com o favorecimento ou impedimento da gestação, como os anticoncepcionais, ainda assim têm seu valor singular e surpreendem com a possibilidade de concretizar o desejo de muitos casais. São, porém, técnicas invasivas, com custo financeiro alto e nem sempre levam ao êxito.

A RHA conglomerava diversas técnicas e procedimentos médicos desenvolvidos a fim de se promover a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, quando esta não é possível pelo método natural (Cambiaghi, 2002). Desde que foi desenvolvida, vem favorecendo mulheres e homens portadores de problemas físicos que os incapacitam de gerar, de forma natural, seus próprios filhos, além de ter estendido as chances de casais ou mulheres que optaram por ter seus filhos tardiamente. É voltada, então, tanto para mulheres com problemas no sistema reprodutivo, que dificultam e até impedem a gravidez, como também para os homens com problemas de infertilidade.

Embora seja comum responsabilizar as mulheres pela infertilidade, as dificuldades tanto emocionais quanto físicas em gerar um filho, estatisticamente, atingem ambos os sexos. Conforme Helbe (2000), estima-se que, entre as causas da infertilidade, 40% sejam masculinas, 40% femininas e



20% decorram de uma combinação dos dois; de 10% a 15% são de causa desconhecida.

Segundo Gasparini (2007), quanto maior o avanço nas maneiras de gerar um filho, maiores as repercussões e problemáticas em relação à sexualidade, ao conceito de família e a sua subjetividade imperativa nas vinculações de seus integrantes (cônjuge, família, entre outros). Há, pois, um contexto complexo de discussões sobre a reprodução assistida, em relação às benesses no tratamento da infertilidade e às questões éticas que envolvem as formas de intervenção.

Dentre as tantas técnicas de reprodução assistida, destaca-se, pela complexidade e pelo uso em tratamentos de origem tubária, a FIV, utilizada desde 1978, quando se mostrou bem sucedida após o nascimento de Louise Brown na Inglaterra, o primeiro 'bebê de proveta' do mundo. Seis anos depois, em 1984, nasceria Ana Paula, o primeiro 'bebê de proveta' brasileiro (Souza, Moura e Grynszpan, 2008).

Em 2002 se estimava que aproximadamente 1 milhão de bebês haviam sido concebidos através de técnicas de RA ao redor do mundo desde 1978, sendo que em alguns países europeus a porcentagem de crianças assim concebidas chegava a 5% de todos os nascimentos (Quayle e Melamed, 2006, p.13).

A FIV tem como objetivo retirar os óvulos das trompas e, em laboratório, fecundá-lo com o espermatozóide, para que, depois, sejam recolocados no útero da mãe. No entanto, há mulheres com alguma incapacidade física de gerar os óvulos ou os que estão presentes não são saudáveis para a

fertilização. A necessidade de obtenção de algum óvulo de outra mulher (doadora) para que venha a ser fecundado pelo espermatozóide do marido da que vai gestar (receptora) este filho no ventre, torna-se uma alternativa plausível para seu tratamento, sendo que, no Brasil, a doação é anônima e totalmente sem benefício econômico. Essa associação das técnicas de ovodoação e FIV ocorrem, então, quando há disfunção ovulatória, ou seja, quando a mulher não possui função clínica ovariana natural. Nesse caso, primeiro se tenta o estímulo dos ovários por uso de medicamentos e, quando não há resultado, propõe-se a ovodoação (Lopes *et al*, 2008).

Através da doação de óvulos, pode-se favorecer um grande número de mulheres com incapacidade de gestar naturalmente um filho, bem como aquelas que apresentam menopausa fisiológica, prematura ou incipiente, ou ainda as que são portadoras de doenças genéticas, dentre outras. De acordo com Pina *et al* (2008, p.69), o sucesso obtido com a utilização de oócitos doados mediante fertilização *in Vitro* pôs fim a um atraso de 99 anos em relação à utilização de gametas masculinos com fins reprodutivos. Porém, há uma grande dificuldade de se conseguir doadoras de óvulos, uma vez que ocorre “invasividade e pesadas manipulações do corpo feminino – implicadas nas diferentes etapas do ciclo FIV, tais como a hiperestimulação hormonal, punção e coleta de óvulos, a superprodução de embriões, etc.” (Corrêa, 2001, p.75). Além disso, em algumas clínicas, os custos financeiros para o uso de medicamentos e assistências médicas ficam a cargo daquela que se disponibilizou a doar seus próprios óvulos. Existe, ainda, uma série de normas avaliativas para a execução da ovodoação e, por conta disso, os princípios éticos tornam-se preponderantes (Leite, 1995 apud Pina *et al.*, 2008).

De acordo com Papp (2002, p.127), “o conceito de ‘óvulo de doadora’ é capaz de espantar a imaginação. Inicialmente, a maioria dos casais rejeita a idéia por considerá-la inaceitável”. Contudo, após as diversas tentativas de engravidar, as quais levam a grande desgaste físico, emocional e financeiro, a opção de receber óvulo de outra mulher torna-se, aos poucos, aceita.

Importante ressaltar que, diante das adversidades vividas ao longo do tratamento da infertilidade e seus malogros, os casais podem acabar aceitando o uso de óvulos doados sem ter tempo suficiente para refletir a respeito dessa decisão, e as consequências podem surgir no futuro, em relação à maternidade (biológica) do filho, ao preconceito de alguns familiares e amigos, ao vínculo afetivo do casal, entre outros. Ou seja, o desejo de ter um filho é hiperinvestido do narcisismo de alguns desses pais, a tal ponto que acabam aceitando essa técnica após já terem experimentado outros tratamentos infecundos. Assim sendo, a possibilidade de não realização desse feito poderá causar eventos traumáticos em alguns desses genitores e/ou na própria relação conjugal.

De fato, como destaca Ribeiro (2004, p.91), quando o desejo de ter um filho não é alcançado, ou seja, “quando somos privados de uma realização tão primordial e tão comum, antigas feridas narcísicas podem ser reativadas”.

Algumas pacientes relutam em aceitar a recomendação para o uso de óvulos doados, já que reverbera em seus psiquismos a fantasia de que seus corpos podem reverter o diagnóstico de infertilidade funcionando normalmente e de maneira sadia. Nessas situações, a sugestão em receber óvulos doados ganha dois significados: a esperança em poder ter o tão desejado filho, mas, por outro lado, a frustração em não ter um filho geneticamente parecido com a mãe. “Quando é necessário como única opção lançar mão da ovodoação, a

mulher vive conflitos intensos na sua intimidade, conflitos que precisam encontrar espaço de elaboração antes da decisão final e do início do tratamento” (Seibel, 2006, p. 157).

Conforme Luna (2005), após a aceitação do uso da técnica de FIV com óvulos doados, os casais convergem suas atenções e angústias para as questões relacionadas ao pertencimento dos laços sanguíneos do filho que vai nascer. Ou seja, alguns casais buscam que a terceira pessoa (a doadora) envolvida no tratamento seja alguém da sua família, posto que “o motivo mais alegado pelas usuárias que procuram tratamento de infertilidade é o desejo de ter o filho ‘meu mesmo’, ‘do meu sangue’. Os laços de sangue são símbolos de pertencimento entre pessoas, das relações de filiação” (op. cit., p. 4). Contudo, na impossibilidade de obter uma terceira pessoa (doadora) da família, alguns casais recorrem a critérios de semelhanças físicas, em especial biológicas, das doadoras pretendentes. Assim, com o propósito de mimetizar o indefectível destino, que é ter um filho geneticamente diferente da sua mãe, esta última seleciona doadoras levando em conta características raciais, cor e textura dos cabelos, cor da pele e olhos, tipo sanguíneo, dados de saúde, bem como aspectos sociais que englobam a profissão, nível de instrução, religião, entre outros. Essa busca de similaridade entre a doadora do óvulo e a receptadora, de certo modo, torna-se um meio defensivo para que não seja questionada, pela sociedade, a infertilidade da mãe e a forma como a criança foi gerada, e até mesmo pelo próprio filho, futuramente.

Há que se considerar que, como destaca Papp (2002), a receptação de óvulos doados pode ocasionar intensos conflitos entre os cônjuges, já que, em algum momento, eles terão de decidir se revelam ou não para o próprio filho e

para a sociedade o uso da técnica FIV com óvulos doados. Trata-se de uma decisão difícil, que requer um acordo entre os membros do casal. A autora adverte que a decisão de omitir o uso da técnica leva à criação de um segredo, um pacto que pode unir o casal ou desarmonizar sua relação afetiva e sexual. Isso porque ambos vivenciam constante tensão e angústia pela possibilidade de, ao revelarem seu segredo, serem excluídos ou inferiorizados pela sociedade, no que concerne à fertilidade, bem como de seu filho querer em algum momento conhecer a doadora do óvulo.

Muitos médicos ainda aconselham os casais a manterem essa informação em segredo, escondendo até mesmo do filho; cada vez mais as clínicas estão aconselhando os pais a revelarem esse fato ao filho devido à necessidade de se conhecerem as próprias raízes genéticas (Papp, 2002, p. 131).

Para compreendermos de maneira ampla as dificuldades biológicas e jurídicas, as quais são vivenciadas pelos casais que procuram por atendimento médico para seus problemas de infertilidade, faz necessário nos familiarizarmos com os conceitos médicos dos tratamentos, as técnicas de RHA, bem como os limites éticos das mesmas impostas pela lei. Nesse sentido, iremos adentrar nos próximos sub-capítulos com o objetivo de nortearmos sobre alguns termos da medicina e das leis jurídicas que são comumente encontrados na fala e na experiência vividas por esses pacientes.

## **1 - A receitação de óvulos doados na RHA – Considerações da Ciência Médica**

O sonho de constituir família muitas vezes encontra dificuldades de ser realizado. Muitas mulheres, por exemplo, apresentam problemas no sistema reprodutivo que dificultam e até impedem que ela engravide, contudo não somente as mulheres, mas também os homens podem apresentar problemas de infertilidade.

Diante da frustração de não poder gerar um filho pelo método natural, a ciência médica desenvolveu a RHA, que consiste em um conjunto de técnicas laboratoriais, desenvolvidas e utilizadas a fim de promover a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, quando esta não é possível pelo método natural (Cambiaghi, 2002, p. 63).

Assim como as causas da infertilidade deriva de ambos os sexos, a cobrança social é também compartilhada pelo casal, embora de maneiras diferentes. O homem é cobrado quanto à sua masculinidade e a mulher quanto à sua completude.

Os fatores determinantes da infertilidade masculina podem ser classificados em quatro tipos, sendo os três primeiros ligados a fatores fisiológicos e o quarto a fatores psicológicos, a saber:

- O primeiro deles se refere à 'falha no processo de formação do espermatozóide ou espermatogênese', que pode ser causada por varicocele, distúrbios hormonais na hipófise, tireóide ou supra-renal (que são glândulas produtoras de hormônios necessários à reprodução masculina), traumas, problemas congênitos dos testículos, condição inóspita de acomodação dos testículos que causam aquecimento e

compressão prolongada, estresse, infecção, ingestão de toxinas como álcool, fumo, drogas, medicamentos, agrotóxicos, hormônios usados na indústria alimentícia de proteína animal etc. Os problemas espermatozoides podem ser classificados como: diminuição de motilidade ou astenozoospermia, diminuição da concentração ou oligozoospermia e a ausência de espermatozoides ou azoospermia. Na maioria desses fatores, quando ainda não há comprometimento crônico da espermatogênese, basta que se afaste a causa ou as causas para que o organismo reaja e volte ao seu processo normal de espermatogênese (Tognotti, 2000).

- O segundo se refere ao 'transporte', que pode ocorrer quando há ausência ou obstrução dos canais condutores dos espermatozoides ao meio externo. Nesses casos, primeiro se cogita o tratamento feito por intervenção cirúrgica e/ou medicamentosa, somente descartada essa possibilidade é que se encaminha para a RHA (Tognotti, 2000).
- O terceiro fator se refere aos 'fatores seminais', este pode ocorrer quando os anticorpos anti-espermatozoide e/ou infecções destroem os espermatozoides saudáveis. Primeiramente, se cogita o tratamento desse grupo por medicamentos, somente descartada essa possibilidade é que se encaminha para a RHA (Tognotti, 2000).
- O quarto fator ocorre quando os pré-dispostos biológicos estão perfeitos, mas a fertilidade é dificultada por 'fatores coitais', ou seja, ocorridos durante a relação sexual, como ejaculação precoce, impotência, entre outros, que por sua vez podem ser causados por estresse. Na ocorrência desses fatores um tratamento psicológico é o indicado para a

solução do problema, também descartada a possibilidade se encaminha para a RHA (Tognotti, 2000).

Assim como as mulheres, os homens também sofrem pela ação do tempo, embora com agravos muito menores, ou seja, o envelhecimento provoca alterações que geram redução da produção de espermatozoides e de esperma. A redução da fertilidade masculina ocorre a partir dos 40 anos de idade, com uma ligeira queda no processo de espermatogênese, e aos 64 anos a taxa de fertilidade pode cair em 36%. Contudo, mesmo tendo ocorrido esta redução na produção, um homem pode gerar um filho a qualquer tempo, pois basta um único espermatozoide. Vale ressaltar que este único espermatozoide tenha forma e motilidade adequados, para fecundar um óvulo usando recursos das Técnicas de Reprodução Humana Assistida - TRHA (Tognotti, 2000).

De forma geral as TRHA masculina são: beneficiamento de sêmen, Inseminação Artificial, Fertilização *in Vitro* e Injeção Intracitoplasmática de Esperma (ICSI). Há nesses casos alto índice de sucesso. As técnicas, a saber, são:

- Beneficiamento ou seleção de sêmen: seleção, através de microscópicos de alta precisão ótica, dos melhores espermatozoides que serão usados na fecundação (Tognotti, 2000).
- Inseminação Artificial (IA): colocação do sêmen selecionado dentro do útero da mulher, a qual tenha condições ideais de fertilidade, ou seja, a mulher estará com o útero preparado para receber o esperma e em processo de ovulação. Esta técnica pode ser dividida em inseminação



artificial com espermatozóide do marido (IAEM) e inseminação artificial com espermatozóide de doador (IAED) (Tognotti, 2000).

- Fertilização *in Vitro* (FIV): conhecida como "bebê de proveta". O encontro do espermatozóide com o óvulo ocorre numa proveta (tubo de vidro) no laboratório, sendo neste contexto realizada a fecundação. Após esta fecundação o óvulo fecundado (embrião) é recolocado dentro do útero que estará pronto para recebê-lo e acomodá-lo durante toda a gestação (Tognotti, 2000).
- Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI): esta é a técnica mais cara e complicada realizada nos casos graves, de homens com astenozoospermia ou oligozoospermia. Nesse caso, o espermatozóide é inserido no óvulo, através de uma injeção, utilizando um microscópio de alta precisão ótica. Estes espermatozóides podem ser obtidos por aspiração no testículo ou por uma biópsia do testículo e, posteriormente, associada à técnica de Fertilização *in Vitro*. Esta técnica possibilita resolver quase que a totalidade dos problemas de infertilidade masculina, a não ser que o homem seja considerado realmente estéril, quando há ausência total de espermatozóides no sêmen (Tognotti, 2000).

Na infertilidade feminina há os problemas congênitos ou adquiridos até a idade próxima aos 30 anos, mas há também outro fator importante que é o adiamento da gravidez. A opção por uma gestação mais tardia pode acarretar alguns problemas, pois Schaffer e Diamond (1994) afirmam que um em cada

quatro casais que tentam a gravidez com mais de 35 anos sofrerá de infertilidade.

Atualmente cerca de 20% das mulheres esperam para constituir família após os 35 anos. Ocorre que o adiamento da realização desse sonho agrava a situação, pois a capacidade reprodutiva cai a cada ano. A fertilidade feminina é considerada ideal até a idade média de 30 anos, boa entre 30 e 35, regular dos 35 aos 37, e ruim após essa idade (Brandi, Pina e Lopes, 1997, p.03).

Destarte, o adiamento do projeto parental por parte dos casais contemporâneos gerou uma demanda por tratamentos que permitissem àqueles homens e mulheres, próximos ao final de seu ciclo reprodutivo, realizar o sonho de serem pais de um filho biológico (Borlot e Trindade, 2004). Diante do aumento da idade como fator agravante da infertilidade a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) relaciona diversas condições do casal, que determina o momento ideal da pesquisa da fertilidade:

- Esposa com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa sem uso de anticonceptivo;
- Esposa com mais de 30 e menos de 40 anos, mais de um ano de vida sexual ativa sem uso de anticonceptivo;
- Esposa com mais de 40 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivo;
- Cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos, e possuem um fator impeditivo de concepção, independente do tempo de união (Brandi, Pina e Lopes, 1997).

Chamamos a atenção para o fato de que as chances de uma gravidez com sucesso diminuem com o aumento da idade da mulher, pois segundo Souza, Moura e Grynszpan (2008) os ovários já não respondem satisfatoriamente à estimulação medicamentosa da ovulação, além de gerar um risco de ocorrências de malformações fetais. Os fatores de maior ocorrência na determinação da infertilidade feminina podem ser classificados em cinco grupos, sendo eles: Fatores Ovulatórios, Fatores Tubários, Fatores Uterinos, Imunológicos e Fatores Psicossomáticos:

- Fator Ovulatório: ausência de óvulos, disfunção ovulatória e hormonal;
- Fator Tuboparenteralo: ausência ou obstrução das trompas de falópio, aderências pélvicas e doença inflamatória pélvica (DIP);
- Fator Uterino: anomalias anatômicas, endometriose, distúrbios de implantação (alteração endometrial), sequelas de infecção ou cirurgia (sinéquias), pólipos e miomas.
- Fator Imunológico: formação de anticorpos anti-espermatozóides.
- Fator Psicossomático: a infertilidade psicogênica se desenvolve através de um processo que partindo de um conflito intra-psíquico, geralmente se somatiza, a nível inconsciente, em estruturas neuroendócrinas e neurovegetativas, alterando, no caso presente, a fisiologia da ovulação e/ou de outras vísceras reprodutoras (Donadio e Donadio, N.F., 1997).

Apesar do reconhecimento da existência de diversos fatores de infertilidade feminina, interessa-nos chamar a atenção para a disfunção ovulatória, pois é o principal fator de infertilidade feminina detectado nas

entrevistadas dessa pesquisa. Primeiramente, vale conceituar ovulação: trata-se do processo no ciclo menstrual no qual o folículo ovariano maduro rompe e libera o ovo (oócito ou gameta feminino) que participa na reprodução. O processo de ovulação é controlado pelo hipotálamo do cérebro e através da liberação de hormônios (hormônio luteinizante e hormônio estimulador do folículo) secretados no lóbulo anterior da glândula pituitária. A disfunção ovulatória é um distúrbio que altera esse processo e por conseqüência na qualidade do material genético feminino, o óvulo (Tognotti, 2000).

A disfunção ovulatória tem como a principal causadora a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), esta é uma doença endócrina complexa, que tem como elementos principais hiperandrogenismo e anovulação crônica. A SOP ocorre quando no ovário houver dez ou mais cistos de 2-8 mm de diâmetro, gerando sintomas e sinais como irregularidades menstruais, ovários com policistos, obesidade e alterações hormonais. Estima-se que 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva apresentem esse distúrbio (Piato, 2002).

Diante das possíveis causas identificadas de infertilidade feminina, a ciência médica buscou soluções desenvolvendo RHA. Inicialmente as técnicas de RHA resolviam o problema de impedimento do encontro entre espermatozoides e óvulos em casais estéreis, podendo ser de origem tanto feminina (obstrução tubária, SOP) como masculina (quantidade e/ou qualidade insuficiente de espermatozóide). Logo, o desempenho da ciência fez com que essas técnicas fossem se ampliando e dando origem às técnicas mais sofisticadas e complexas como, por exemplo, a doação de material reprodutivo (óvulos, espermatozoides, embriões).

A multiplicação das técnicas de RHA fez com que surgissem algumas classificações, uma delas, segundo Corrêa (2001), é feita em função da fecundação ocorrer no corpo da mulher ou em laboratório. O primeiro tipo é formado pelas técnicas de Inseminação Artificial, e o segundo tipo é conhecido como Fertilização *In Vitro*. Outra classificação das técnicas de RHA é quanto à complexidade de seus tratamentos, que podem ser classificadas, conforme a seguir:

❖ Baixa complexidade

- Indução da Ovulação: feita à base de terapia hormonal, estimulando o ovário para o amadurecimento do óvulo (Cambiaghi, 2002).
- Coito Programado ou namoro programado: consiste em manter relações sexuais nos dias de maior fertilidade, aumentando as chances de gravidez (Cambiaghi, 2002).

❖ Média complexidade

- Inseminação Artificial Intra-Uterina (IAIU): consiste em introduzir o esperma diretamente no ambiente intra-uterino. Este procedimento é usado quando o espermatozóide apresenta astenozoospermia, oligozoospermia ou baixo volume de sêmen, ou quando a mulher apresenta um muco cervical com problemas (Cambiaghi, 2002).

❖ Alta complexidade

- ICSI: já citada anteriormente como tratamento de alguns tipos de infertilidade masculina, trata-se de uma técnica de micromanipulação de gametas que introduz o espermatozóide no óvulo maduro por meio de uma agulha microscópica. Na infertilidade feminina, esta técnica é utilizada em casos de obstrução tubária (Cambiaghi, 2002).
- Transferência Intratubárea de Gametas (GIFT): nesta técnica é promovido o encontro do óvulo com os espermatozóides em ambiente externo ao corpo feminino. A mistura proveniente desta técnica é colocada na tuba uterina por meio de uma laparoscopia. Nesta região eles irão promover uma fertilização natural e os embriões formados navegarão até o útero (Tognotti, 2000).
- Transferência Intratubárea de Pré-Embriões (ZIFT): este procedimento combina fases da FIV e da GIFT. Os óvulos são coletados e fertilizados em laboratório, colocados diretamente na tuba uterina. A GIFT e a ZIFT são técnicas raramente utilizadas, servem apenas para casos excepcionais, como na impossibilidade de colocar embriões através do colo uterino (Tognotti, 2000).
- Fertilização *In Vitro* (FIV): é uma técnica utilizada desde 1978, quando se mostrou bem sucedida após o nascimento de Louise Brown na Inglaterra, o primeiro 'bebê de proveta' do mundo. De acordo com Corrêa (2001) a FIV era utilizada inicialmente em mulheres com obstruções tubárias. Contudo com a evolução da RHA, a FIV também foi utilizada para solucionar a infertilidade gerada por outros problemas, tanto nos homens quanto nas mulheres, tais como: endometriose; baixa contagem de

espermatozóides; ovários policísticos e esterilidade sem causa aparente.

Segundo Corrêa (2001), as inovações técnicas na reprodução assistida permitem a associação da FIV com práticas complementares aos dois grupos de técnicas que envolvem a troca de material reprodutivo (doação de óvulos, espermatozóides, embriões) e o uso de útero de substituição, ou "barriga de aluguel". Outra técnica coadjuvante no conjunto da reprodução assistida é o congelamento de embriões, gametas (óvulos e espermatozóides) e tecido ovariano.

A associação das técnicas de ovodoação e FIV ocorre quando há disfunção ovulatória, ou seja, a gravidez pode ser dificultada no momento em que a mulher não possui função clínica ovariana natural. Nesses casos, primeiro se tenta o estímulo dos ovários por uso de medicamentos, porém pode ocorrer das mulheres não apresentarem uma boa resposta durante o uso desses remédios, no que concerne a estimulação. Casos como esses, ou de mulheres que não possuem ovários, têm a chance de ser solucionados com o uso de ovodoação, ou seja, óvulos doados. Assim, essas mulheres podem gerar um embrião formado a partir de um óvulo doado, que geralmente é fecundado pelo espermatozóide de seu parceiro. No Brasil, a doação é anônima e totalmente sem benefício econômico (Lopes *et al*, 2008).

Existe uma série de normas avaliativas para a execução da ovodoação e, por conta disso, os princípios éticos tornam-se preponderantes (Leite, 1995, apud Pina, 2008, p.70-71). As modalidades para a doação de óvulos são:

- Altruísta: ocorre quando uma mulher decide doar voluntariamente todos ou alguns de seus óvulos, para a receptora desconhecida.
- Parental: ocorre quando uma parente ou amiga decide doar óvulos após se submeter ao estímulo ovariano e coleta ovular.
- Mercantil: ocorre a doação dos óvulos mediante um retorno financeiro por esta conduta. Ressalta-se que no Brasil, a venda de órgãos ou gametas por parte do doador caracteriza um comércio, cuja ação se torna eticamente reprovável.
- Relacional cruzada ou anônima personalidade: ocorre quando uma mulher que necessita de óvulos seleciona uma doadora que oferecerá seus óvulos a uma outra mulher. Essa receptora, beneficiada, em contrapartida, providencia uma doadora, igualmente de modo anônimo, para a primeira mulher.
- Doação compensada: ocorre quando uma mulher que deseja uma ligadura tubária (ou mesmo diante de indicação cirúrgica frente a uma patologia benigna) aceita submeter-se à estimulação ovariana, coleta de óvulos e doação dos mesmos em troca da viabilização da cirurgia prevista.
- Doação compartilhada de óvulos: conforme Lopes *et al* (2008) o programa consiste basicamente em que uma mulher receptora, com indicação para recepção de óvulos, doe a medicação para a hiperestimulação ovariana de uma paciente (doadora) portadora de infertilidade que justifique a realização de fertilização *in vitro*, mas que não disponha de recursos para tal. Ou seja, mulheres férteis do ponto de vista físico (hormonal e ovariano) podem doar seus óvulos, pois seus



problemas estão relacionados à infertilidade em outra parte do seu organismo e passíveis de serem tratados. Por outro lado, existem as mulheres que necessitam desses óvulos, pois tem idades avançadas, sua fertilidade é baixa ou seus óvulos são atrofiados, entre outros. Nesse sentido, tais receptoras desses óvulos custeiam o próprio tratamento e parcialmente ou totalmente o tratamento da doadora, no que se refere à estimulação da ovulação, assistência médica e os procedimentos para a retirada dos óvulos, sem que exista qualquer contato e identificação destas mulheres.

Visto que o óvulo foi retirado do seu ambiente natural, há que se realizar uma FIV. Trata-se de um procedimento de RHA de alta complexidade, que envolve várias etapas para seu procedimento. A primeira delas é a estimulação ovariana, que tem por finalidade induzir a maturação de uma maior quantidade de óvulos que, em geral, é de um a dois por ciclo menstrual espontâneo; o próximo passo é a aspiração, ou captação desses óvulos, que é realizada por via vaginal utilizando-se uma agulha acoplada ao transdutor do aparelho ultrasonográfico. Essas duas etapas da FIV podem não ocorrer na mãe, quando a evolução não é possível, ocorrendo a doação de óvulos e transferindo o procedimento para a ovodadora (Souza, Moura e Grynszpan, 2008, p. 16).

A próxima etapa é a capacitação dos espermatozoides, pois estes adquirem a capacidade inseminatória durante a passagem pelo trato genital feminino. Assim sendo o óvulo e espermatozoides prontos, passam pela etapa da FIV propriamente dita, onde ocorrerá o encontro dos gametas feminino e masculino – fertilização. Posteriormente a essa fase, ocorrerá a divisão celular

que formará o embrião, o qual, após dois ou três dias de cultura, terá 6 a 8 células, estando pronto para ser implantado no útero. A implantação é feita com os melhores embriões formados e o sucesso é confirmado após quinze dias. A confirmação da gravidez não encerra a RHA, pois a gestação é acompanhada até o final e a relação dos pais com a equipe de saúde da RHA se encerra com o nascimento do bebê. Essa fase é chamada: “bebê em casa” (Souza, Moura e Grynszpan, 2008, p. 17).

Diante do avanço da ciência médica na reprodução humana com receptação de óvulos, que possibilita a geração de filhos legítimos em situações de infertilidade, novas leis jurídicas foram criadas e concomitantemente surgiu a necessidade de alguns esclarecimentos destas leis sobre o processo de doação e receptação de óvulos no Brasil.

## **2 - A receptação de óvulos doados na RHA – Considerações Jurídicas**

No âmbito jurídico, a Reprodução Humana Assistida constitui-se como uma novidade que tem causado transformações no direito de família. Logo, vale ressaltar no início desta discussão que, apesar da primeira reprodução assistida ter ocorrido no Brasil há vinte e seis anos (o primeiro bebê de proveta do Brasil nasceu no dia 7 de outubro de 1984), ainda não há uma legislação nacional específica que regule a RHA, embora tramitem no Congresso Nacional projetos de lei que visam regulamentar a situação (Projetos de Lei nº: 3.638/93; 2857/97; 90/99; 4686/04). Por tal motivo, este trabalho recorre à

doutrina, à Resolução nº 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina e ao direito comparado, como fundamentação da presente discussão.

Primeiramente, cumpre ressaltar que o direito à reprodução assistida é amparado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que preconiza sobre a igualdade entre os homens, a dignidade da pessoa humana e o direito de constituir família, ao tratar no seu artigo XVI, parágrafo 1º, que “os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família [...]”.

A Constituição Brasileira de 1988 (C.F./88) têm como princípio norteador os Direitos Humanos, desse modo o legislador constituinte fundam-se no princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado como fundamento do Estado Democrático de Direito (artigo 1º, inciso III, CF), para tratar sobre o livre direito de constituir e planejar família, fundado no princípio da paternidade responsável, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o seu exercício. Nesses termos, ressalta-se o artigo 226 da Carta Magna, *in verbis*:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado:

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Para afirmar a predominância desse entendimento na doutrina pátria, cite-se o escólio de Maria Berenice Dias, acerca da relevância do princípio da dignidade humana no ordenamento jurídico brasileiro:

(...) O princípio da dignidade da pessoa humana é o mais universal de todos os princípios. É um macroprincípio do qual se irradiam todos os demais: liberdade, autonomia privada, cidadania, igualdade, solidariedade, uma coleção de princípios éticos. (...) Representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico e balizando não apenas os atos estatais, mas toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade (...) O princípio da dignidade da pessoa humana não representa apenas um limite à atuação do Estado, mas constitui também um norte para a sua ação positiva. O Estado não tem apenas o dever de abster-se de praticar atos que atentem contra a dignidade humana, mas também deve proporcionar essa dignidade através de condutas ativas, garantindo o mínimo existencial para cada ser humano em seu território (Dias, 2006, p.52).

De fato, vale frisar que o planejamento familiar é livre, nos termos do artigo 226, § 7º, da Carta Magna, não cabendo ao Estado nem a sociedade fixar limites ou condições. Ao revés, o acesso aos modernos métodos de concepção assistida é igualmente garantido em sede constitucional, pois o planejamento familiar também representa a busca pela realização do projeto de parentalidade. Assim, as questões de inseminação artificial e da engenharia

genética encontram amparo nesse preceito. Ademais, todas as pessoas têm direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva, ou seja, distúrbios da função reprodutora constituem problema de saúde pública, devendo o Estado garantir acesso a tratamento de esterilidade e reprodução.

Desse modo, então, pode-se concluir que mesmo não havendo ainda uma lei que regule de forma detalhada a RHA no Brasil, esta atividade encontra-se em total conformidade com os princípios constitucionais assegurados pelo legislador constituinte, sendo revestida de legalidade.

Instituída a legalidade da RHA, o Novo Código Civil Brasileiro de 2002 tratou de maneira incipiente o tema, contudo o regramento legal apenas menciona algumas técnicas de reprodução assistida, visto que a matéria deverá ser tratada futuramente por lei específica.

O atual Código Civil Brasileiro, em seu artigo 1.597, acrescentou mais três causas de presunção de paternidade/maternidade, cuja nova redação destaca a tentativa do legislador de abordar as técnicas de RHA.

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento, os filhos:

[...]

III- havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;

IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;

V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.

O novo Código Civil Brasileiro, ao tratar de filiação, amplia o conceito familiar do referido instituto e por conseqüência os direitos e deveres decorrentes da filiação. O texto considera filho aquele concebido por reprodução assistida. Contudo, vale ressaltar que o vínculo genético gerado entre o doador de material genético (óvulo ou espermatozóide) e o indivíduo gerado não cria vínculo jurídico e não gera direitos e deveres no aspecto familiar entre ambos. Ou seja, o indivíduo doador não tem obrigação de pagar pensão alimentícia, bem como o indivíduo gerado não pode reclamar pelo direito de herança (Venosa, 2005).

A RN/CFM nº 1.358/92 prevê o consentimento informado nos casos de Fertilização *In Vitro*, a limitação do número de receptores por doação, delimita um prazo máximo para o desenvolvimento de um embrião fora do corpo, proíbe a redução e o descarte de embriões, permite a seleção embrionária (somente a fim de evitar a transmissão de doenças hereditárias), a geração dos embriões pela própria doadora ou mediante cessão, autoriza a doação temporária do útero entre mulheres, ou gestação substituta (desde que possuam parentesco até o segundo grau) e concede a Fertilização *in Vitro* em mulheres solteiras.

Nesse viés, a aludida Resolução prevê alguns pontos importantes do ponto de vista desta pesquisa, com destaque para os seguintes aspectos delineados abaixo:

- a) A gratuidade do tratamento de Reprodução Humana Assistida

Para contribuir com esta gratuidade a RN/CFM n.º 1.358/92 prevê a proibição de cobrança sobre qualquer material genético, bem como o aluguel e venda de órgãos, no caso de RHA, o útero.

A esterilidade e a infertilidade são doenças devidamente registradas na Classificação Internacional de Doenças (pela OMS) e, como tal, podem ser tratadas. Embora a RHA não ataque diretamente a doença (esterilidade ou infertilidade), alguns doutrinadores defendem que ela deve ser entendida como uma terapia (Brauner, 2003).

Uma vez que a C.F./88, no artigo 6º, preconiza a saúde como um direito social, a RN/CFM n.º 1.358/92 prevê a gratuidade na doação de material genético e ao Estado Brasileiro cabe garantir a gratuidade do tratamento, cumprindo o art. 196 da C.F./88. Dessa maneira, o texto constitucional ratifica o direito à saúde expresso no seu art. 196.

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Destarte, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida do Ministério da Saúde prevê o apoio do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento da infertilidade (Brasil, 2005). Com isso, o direito à maternidade ou paternidade passa a ser entendida com igualdade de oportunidades; para sua efetiva consecução, torna-se necessário compensar as desigualdades de capacidades, ou seja, tratar desigualmente os desiguais,

em virtude da hipossuficiência de grande parte da população. Por conseguinte, o conceito de equidade, no contexto do Estado, é oferecer os recursos de saúde de acordo com a necessidade de cada um, incluindo a garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

**b) A identidade genética e o anonimato do doador**

A RN/CFM nº 1.358/92 estabelece no inciso IV, nº 2 e 3, o anonimato dos doadores e receptores:

2 – Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores ou vice-versa.

3 – Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

Assim sendo, deve ser mantido não só o anonimato do doador, mas também o sigilo do casal que busca as técnicas de reprodução assistida, de modo a resguardar o direito à intimidade das pessoas envolvidas (artigo 5º, inciso X, da C.F./88) frente à coletividade.

Por outra via, instaura-se aí um conflito jurídico, pois o direito ao anonimato do doador de material genético e o direito à identidade genética são conflitantes, ambos são também vertentes de direitos fundamentais da pessoa humana.



O direito ao anonimato do doador na reprodução humana assistida, adotado pela RN/CFM n.º 1.358/92, consiste na vedação de revelar-se a identidade civil do doador de material genético, impossibilitando que o ser concebido por seu gameta, através das técnicas de RHA, venha a conhecê-lo, admitindo apenas o repasse das informações sobre os doadores, em situações especiais e exclusivamente para fins médicos.

O direito à identidade genética apresenta-se como reflexo do direito do ser concebido conhecer sua ascendência biológica, como decorrência da inviolabilidade de sua integridade moral, sendo tal direito essencial e básico para o desenvolvimento da personalidade (Gama, 2003).

Por tais argumentos, infere-se que o conflito gerado entre a identidade genética e o anonimato do doador suscita ainda muita discussão, tendo em vista a necessidade da edição de um regramento legal que trate de forma mais minuciosa as questões decorrentes da reprodução humana, que são permeadas de grande complexidade e estão distantes de obterem uma rápida solução. Nesse sentido, achamos pertinente utilizar, como instrumento de reflexão e formação crítica, um mito grego, de maneira ilustrativa, para fomentar discussões sobre as questões éticas que envolvem as técnicas RHA na atualidade.

### **3 - A FIV e o fogo roubado dos deuses**

Este sub-capítulo remete a um mito grego que ilustra como ocorreu o progresso científico - Prometeu. Não é o propósito, desse estudo, descrevê-lo e

analisá-lo profundamente, apenas tornar possível o acesso a outro registro, aquele dos processos inconscientes e a questão ética na RHA.

Prometeu era um Titã, descendente da antiga raça de deuses destronados por Zeus. Logo que passou a conviver com os seres humanos, observou que estes não possuíam conhecimentos sobre assuntos tanto da terra quanto do céu. Então, ensinou-os a arte de pescar, de plantar, de escrever, entre outras habilidades. Contudo, Prometeu observava que faltava algo mais poderoso para os povos que habitavam a terra, fundamental para a manutenção da vida: o fogo - conhecimento negado veementemente à humanidade pelo poderoso Zeus. Prometeu, então, decidiu roubar o fogo e oferecê-lo aos homens, gesto que irritou profundamente Zeus, que o castigou.

O fogo em questão representa o conhecimento, o qual nos possibilitaria a dominação do mundo. De fato, para além da contribuição ao desenvolvimento da culinária, cerâmica, fundição de minérios, o fogo também proporcionou o progresso tecnológico, as descobertas insaciáveis da ciência que busca se aperfeiçoar incansavelmente nas diversas áreas do saber.

O mito retrata, então, o surgimento, a propagação do conhecimento e o poder que este comporta para o bem da humanidade. Entretanto, se percebe atualmente como o 'fogo' vem se alastrando de maneira rápida e sem fronteiras, devastando terrenos até então não desbraváveis, ou mesmo destruindo aquilo que anteriormente foi criado pela mesma chama desse fogo, como as bombas atômicas e outros armamentos utilizados em guerras.

Tendo em vista que o fogo do conhecimento pode ser usado para o bem ou para o mal, como, então, pensar nos avanços da medicina relacionados à reprodução humana assistida? Conforme Oliveira e Terzis (2010) no que

concerne ao bem, não há dúvidas de que a técnica RHA favorece inúmeras pessoas que sofrem com os impedimentos para gerar seus filhos; mas, por outro lado, pode levantar questões sobre as reais intenções dos profissionais ou das instituições que aplicam essa técnica, em especial no que diz respeito ao favorecimento financeiro.

O vaivém discursivo entre o anúncio pela imprensa, com tintas fantasiosas, de algo cientificamente espetacular e uma descrição mais informativa e esclarecedora do tema, que não deixa de enfatizar os limites das tecnologias reprodutivas, reforça uma concepção maniqueísta da fertilização *in vitro*, segundo a qual esta teria uma parte ruim e outra boa. No primeiro caso alinham-se: reprodução de homossexuais, seleção do sexo e de outras características físicas, clonagem, fertilização entre as espécies, criação de quimeras, alteração do genoma das células reprodutivas sem critérios claros e controláveis. No segundo, a possibilidade, embora ainda problemática, de prevenir e curar doenças até então impensáveis, como as de origem hereditária e, sobretudo, para aqueles incapazes de procriar, a possibilidade de realizar sonhos e desejos antes frustrados (Corrêa, 2001, p. 124).

Há médicos que acabam por induzir suas pacientes a realizar a reprodução assistida, talvez movidos pela crença de que a ciência tem o poder de solucionar todos os sofrimentos humanos. Seibel (2006, p.159) alerta: “os profissionais envolvidos precisam trabalhar em si mesmos a ansiedade e o

desejo, permitindo que a paciente seja dona e autora da opção (...). É frequente que o paciente tente delegar à equipe médica a decisão”.

Também Corrêa (2001, p.144) destaca que alguns pacientes rejeitam as demandas e induções dos médicos a respeito de determinados tratamentos de infertilidade, o que indica “que a forma de constituir famílias tem limites dos indivíduos e dos grupos sociais aos quais os mesmos pertencem e que nem sempre correspondem aos limites da ciência”.

Para além de aceitar ou não o que é sugerido pelos médicos para o tratamento da infertilidade, há poucos estudos científicos que possam abranger os aspectos positivos e negativos das técnicas de RHA. Nesse caso, o fogo do conhecimento ainda é usado sem que se saiba de seus limites. A esse respeito, afirma Papp (2002, p. 131), “desde que foi feita a primeira doação de óvulos em 1984, têm havido poucas pesquisas a longo prazo sobre os efeitos do uso de óvulos de doador sobre o filho e sobre a família”.

De fato, a ausência de estudos sobre as mulheres que receberam óvulos doados faz com que faltem respostas às perguntas feitas pelos próprios pacientes sobre como lidar com as fantasias e o sofrimento psíquico durante e após o tratamento:

Quando eles querem saber como será o futuro da criança e deles próprios como família, surge o imponderável, aquilo que realmente não sabemos. Nesse momento, a possibilidade de termos trabalhos e experiências publicadas poderia ajudar (Seibel, 2006, p. 164).

Destarte, tal investigação direta ou indiretamente se aproximará da forma como o 'fogo' tem sido utilizado na contemporaneidade. Nesse sentido, adentraremos para maior aprofundamento do tema de estudo, nas questões intrasubjetivas e intersubjetivas que eclodem no psiquismo de cada sujeito, no que concernem às escolhas amorosas, bem como o desejo em ter um filho.

## **II – COMPREENSÃO SOBRE OS PROCESSOS PSÍQUICOS QUE LEVAM ÀS ESCOLHAS AMOROSAS E AO DESEJO DE TER FILHOS**

Desejar a maternidade ou a paternidade e fazer com que isso se torne uma realidade, podendo vivenciar o lugar e a função de ser pai ou mãe, levam a um encontro de cunho afetivo e vincular do casal, ganhando ressonância em seus inconscientes. Nesse contexto, surge ou é resgatado do passado o projeto particular de ter um filho que, agora, une-se ao projeto do(a) parceiro(a).

Mesmo considerando que, na contemporaneidade, existem vários paradigmas de novas famílias e suas respectivas estruturas, como pais solteiros, casais homossexuais, entre outros, vamos nos deter, a princípio, na vinculação entre um homem e uma mulher que possuem o desejo da paternidade / maternidade. Para compreender a constituição dessa relação amorosa que pode levar ao desejo de procriar um filho, partimos nesta ocasião de uma perspectiva psicanalítica freudiana.

### **1 - As vicissitudes da pulsão na escolha amorosa**

A escolha de um parceiro não é tão simples e mágica como ilustram muitos romancistas e poetas, nem mesmo é obra do destino, como quer o senso comum.

A psicanálise, através dos seus estudos e pressupostos teóricos, permitiu de alguma forma que compreendêssemos a constituição da relação amorosa e, também, alguns fatores que levam a rejeitá-la. No texto “Um tipo especial da escolha de objeto feita pelos homens (Contribuições à psicologia do amor I)”, Freud (1910a/1996) faz menção às obras literárias que exaltam os romances e os encontros amorosos, no campo do imaginário, advertindo que elas deixam de explicar as reais condições subjetivas necessárias para constituir uma determinada escolha de objeto amoroso. “Os escritos estão submetidos à necessidade de criar prazer intelectual e estético, bem como certos efeitos emocionais. Por essa razão, eles não podem reproduzir a essência da realidade tal como é (...)” (p. 167).

A relação de um casal se constrói através de arranjos inconscientes, de identificações e projeções, de modo que as demandas de cada integrante possam ser correspondidas, satisfazendo ambas as partes. Dessa maneira, tanto o homem quanto a mulher encontrarão no seu amado uma parte de si que foi perdida, mesmo que isso demore um tempo para ser realizado, ou que possa ser conquistado após envolvimento afetivos frustrados. Nesse encontro, o amado resgata uma parte infantil do amante, do amor dos pais (Freud, 1914/1996), sendo que a parte que faltava, denominada no senso comum ‘cara metade’, representa uma parte narcísica do sujeito que, ao ‘reencontrá-la’, é tomado de emoções exaltadas de felicidade e bem-estar.

Essas identificações com o objeto amado ocorrem, portanto, sob as fantasias e experiências sexuais infantis de ambos os parceiros, que trazem uma carga intensa de vivências prazerosas do passado, as quais se tornam alvos de reconquista. O objeto com o qual cada um se identifica traz o modelo apreciado inconscientemente de traços semelhantes aos objetos incestuosos, como os pais, irmãos ou outros cuidadores. A relação amorosa de um adulto se constituirá nessa busca pelo sujeito perdido, que se refere àquele período edipiano em que teve de abandonar seu objeto de desejo incestuoso. Dessa maneira, o reencontro com essa pessoa supostamente amada será uma restituição simbólica do romance familiar que foi reprimido. O atual objeto investido de libido e incestuoso na sua reaparição será consentido pela censura, posto que não seja este representado por sua mãe ou seu pai, mas sim por suas imagos.

O apaixonado investe sua libido intensamente em seu(sua) amado(a), podendo em alguns casos o Eu ideal de um ser tão identificado ao Eu ideal do seu parceiro que acabam por não se diferenciar. O narcisismo na relação amorosa pode, portanto, fazer com que ambos pareçam um, favorecendo, assim, o surgimento do ciúme do corpo amado: “um homem que se ache enamorado declara que “eu” e “tu” são um só, e está preparado para se conduzir como se isso constituísse um fato” (Freud, 1930/1996, p.75). Esse corpo amado é o próprio corpo de quem ama e, por isso, não aceita que outros possam obter prazer nele. Trata-se de um estado vivido pelo ser apaixonado que revive cenas pré-edípicas, em que a criança se funde com a mãe, não havendo espaço para terceiros nessa relação.

O estar apaixonado consiste num fluir da libido do Eu em direção ao objeto. Tem o poder de remover as repressões e de reinstalar as perversões. Exalta o objeto sexual transformando-o num ideal sexual. Visto que, com o tipo objetal (ou tipo de ligação), o estar apaixonado ocorre em virtude da realização das condições infantis para amar, podemos dizer que qualquer coisa que satisfaça essa condição é idealizada (Freud, 1914/1996, p. 107).

A suspensão das repressões traz à tona as fantasias perversas. Ao se tornarem um, os corpos acabam por não representar nenhum aspecto relacionado ao sentimento de nojo do outro, e as barreiras sexuais tendem a se afrouxar. Para Oliveira e Terzis (2009) as perversões reinam e as repulsas, até então operantes, desaparecem diante de um ato sexual. O gozo do corpo do outro é o gozo em si mesmo e, por isso, nas trocas afetivas antes do coito sexual, as secreções orais, genitais e anais não são aversivas e repugnantes.

Goldin (1991), em seu livro “Amores freudianos”, afirma que, na relação sexual, o pênis para a mulher é motivo de orgulho por sentir-se completa, recuperando o seu novo membro: “Neste momento então, experimenta-se a sensação de se tornarem um só sujeito, ali onde diferem, no sexo, um se entrega ao outro e as diferenças desaparecem” (p. 83).

Na “Conferência XXI – O Desenvolvimento da Libido e As Organizações Sexuais”, Freud (1917a/1996, p.326) ressalta que as perversões são repulsivas aos neuróticos, porém, inversamente, eles podem se sentir seduzidos “e, no fundo, [tiveram] de sufocar uma secreta inveja daqueles que [as] experimentam”. De fato, os desejos inconscientes dos neuróticos são repelidos pela censura, impossibilitando que a libido seja satisfeita de maneira perversa.



A frustração da não realização desse desejo incestuoso faz com que essas pessoas adoçam, sendo a formação de sintomas o substituto para as satisfações frustradas.

O Eu pode aceitar isto e, em consequência, tornar-se, nesse sentido, pervertido, ou, o que é a mesma coisa, infantil. No entanto, o Eu pode adotar uma atitude não complacente com a acomodação da libido nessa posição e, nesse caso, o Eu experimenta uma repressão ali onde a libido sofreu uma fixação (Freud, 1917b/1996, p. 355).

Freud (1915/1996) afirma que a libido insatisfeita encontrará em outras vias de expressão o gozo impedido anteriormente pela censura. O aparelho psíquico torna-se, portanto, um mecanismo estruturado por dispositivos que tentam dominar as excitações inconscientes, as quais, se fossem realizadas, poderiam causar aflições e angústias insuportáveis à consciência. Tais pulsões estorvadas e defletidas em sua satisfação tendem a buscá-la parcialmente por outras vias, como por exemplo, ter um filho, o qual poderia representar o filho que não pôde ser concebido com os genitores. Nesse sentido, as pulsões podem mudar seus objetos investidos e, com isso, deslocar, quantas vezes forem necessárias, seus investimentos de modo que um determinado objeto sirva para diversas pulsões.

No artigo “Conferência XXII – Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão”, Freud (1917b/1996, p.349) afirma que “o deslocamento e a facilidade da pulsão de aceitar um substituto deve atuar poderosamente contra efeito patogênico da frustração”. O autor assegura que a libido passa por

diversas modificações durante o desenvolvimento sexual do sujeito, sendo que algumas barreiras impedem que escoe livremente, em decorrência dos obstáculos erguidos pelo complexo de castração:

(...) não há como fugir ao fato de que nem todas as fases preparatórias são ultrapassadas com igual êxito e superadas completamente: partes da função serão retidas permanentemente nesses estádios iniciais e o quadro total do desenvolvimento será limitado por determinadas quantidades de inibição de desenvolvimento (Freud, 1917b/1996, p. 343).

Até o momento, abordamos sucintamente os fatores que desencadeiam o encontro amoroso e a vinculação afetiva que surge no casal. Entretanto, no próximo sub-capítulo, compreenderemos com mais profundidade a estrutura psíquica do casal e do grupo de casais, tendo como referência as teorias sobre grupo de abordagem psicanalítica, o que é imprescindível para este estudo, já que nosso objetivo é a compreensão do grupo – casal - que optou pelo tratamento da FIV com receptação de óvulos doados.

### **III - REFLEXÕES SOBRE ‘GRUPO’ COM BASE NA TEORIA PSICANALÍTICA DE GRUPO: representações culturais e psíquicas.**

Iniciamos com um esboço sucinto sobre grupo, partindo dos pressupostos de Freud que, através de algumas obras culturais como: “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910b/1996), “Totem e Tabu” (1913/1996), “Psicologia de grupo e análise do Eu” (1921/1996), “O futuro de

uma ilusão” (1927/1996), “Moisés e o Monoteísmo” (1939[1934-38]/1996) e “O mal estar na civilização” (1930/1996), contribuiu teoricamente, mesmo que em estado germinativo, para uma psicanálise de grupo, que depois foi aprofundada e ampliada por alguns psicanalistas contemporâneos, como Foulkes (1967), Bion (1961), Anzieu (1967/1993), Kaës (1997), Pichon Revier (2000), entre outros.

### **1 - Contribuições de Freud para análise de grupo**

Para Kaës (1997, p. 25), é certo que o tema de grupo na psicanálise já existia desde os primórdios, ainda que de maneira aversiva e resistente. “A afinidade, recalcada e ressurgente pelo próprio fato dos conflitos que comporta, observa-se em vários lugares da psicanálise: na sua fundação e instituição, na sua prática, na sua metodologia e na sua clínica, no seu trabalho de teorização”. Tal concepção se baseia na hipótese de que a psicanálise de grupo surgiu a partir das próprias reuniões das ‘quartas-feiras’ entre Freud e seus discípulos, bem como do lugar ocupado pelo analista junto aos seus pacientes durante o tratamento. Surgiu, pois, entre esses dois lugares dissimétricos, ainda que, naquela época, o agrupamento de semelhantes ocorria para que pensassem sobre a construção da psicanálise e não sobre a configuração do tratamento de grupo. Essa configuração indica explícita ou implicitamente a formação de um grupo, já que, para além de emergirem pensamentos psicanalíticos entre os componentes dessas reuniões, possibilitou o surgimento de materiais para se refletir sobre a estrutura e dinâmica do grupo, ainda que não tivessem este foco, como, por exemplo, as

experiências de acolhimento, repulsas, transferências, identificações, entre outras.

O grupo é seu bebê, ele lhe traz a palavra que lhe diz as coisas do Inconsciente, instrui-o nos procedimentos e nas regras de seu conhecimento. Mas é também o bebê do grupo que se torna seu porta-voz, que lhe ensina as coisas próprias do vínculo do amor e ódio que tecem os homens reunidos em torno de seu ideal comum, dele próprio e da psicanálise que lhe abre a porta do “Reino Intermediário”. O grupo representa para ele o filtro para as emoções, um para-excitações auxiliar (...). Nessa primeira e necessária invenção do grupo por parte da própria psicanálise, as instâncias do aparelho psíquico de Freud, seus complexos, identificações históricas e heróicas, seu sistema de relação de objeto (especialmente de domínio e de masoquismo), serão os organizadores psíquicos inconscientes que prevalecerão para emparelhar os vínculos intersubjetivos com seus discípulos, semelhantes, irmãos (Kaës, 1997, p. 27).

De fato, podemos pensar sobre o surgimento de grupo na psicanálise por via dessas situações ou acontecimentos. Contudo, torna-se mais pertinente investigar os textos científicos de Freud que mais propiciaram olhares atentos às questões da formação de grupo e suas dinâmicas, os quais aludem para os fenômenos transitivos do psiquismo agregados a outros psiquismos, como: “Totem e Tabu” (1913/1996), “Psicologia de grupo e a análise do Eu” (1921/1996) e “Mal estar na civilização” (1930/1996).

No que concerne ao primeiro, Freud (1913/1996) vai além da especulação da psicanálise aplicada à constituição das formações sociais, já que pode situar a acuidade do pai no Complexo de Édipo, os elementos narcísicos, bem como amparar a conjectura da transmissão psíquica e a origem da sociedade. Freud explicita a formação do agrupamento dos indivíduos até então isolados, por via do parricídio do grande Pai, o qual incita a ambivalência afetiva de amor e ódio entre seus filhos. Surge desse acontecimento um pacto entre os irmãos decorrente do sentimento de culpa, bem como a identificação com o pai assassinado e a instauração de duas proibições: o incesto e a eliminação do animal totêmico representante do ancestral que se tornou fundador do grupo. O texto exprime, em especial, a questão da transmissão psíquica relativa ao tabu, ao crime e à culpa - pelo ato de canibalismo com o pai da horda, os irmãos se irmanam, se assemelham no grupo e se envolvem na construção de um projeto de sociedade, intrincados pela expiação da mesma culpa.

Já em 'Psicologia de grupo e análise do Eu', Freud (1921/1996) lança suas investigações sobre os mecanismos de agregação e desagregação da massa, a partir dos estudos de LeBon, assinalando que a ruptura dos vínculos de um grupo pode ocasionar pânico entre seus integrantes. As estruturas propiciadas pelos vínculos libidinais entre vários sujeitos, a função das identificações e dos Ideais e a formação do Eu são os aspectos debatidos nesta obra, uma vez que o autor depara-se com questões da intersubjetividade entre os aparelhos psíquicos, bem como os processos e os obstáculos da transmissão psíquica. Neste momento, o processo de identificação é investigado como sendo de natureza libidinal, possibilitando a

união entre sujeitos de um grupo em relação ao chefe, ou que estes laços libidinais dos integrantes do grupo possam ser sublimados, a serviço de Eros, para a construção do social.

No texto 'Mal estar na civilização', Freud (1930/1996) afirma que, ao escolher uma vida em grupo, o homem teve de criar regras, leis e interditos a fim de favorecer uma convivência pacífica no coletivo. Nesse sentido, a sexualidade infantil deveria, de alguma maneira, ser interditada, a fim de que os impulsos sexuais perversos, como os incestuosos, não pudessem ser livremente expostos à atividade. Assim, já quando nascemos e logo quando vivenciamos as pulsões sexuais, vamos sendo limitados, aos poucos, pelas regras da cultura. Ou seja, nascemos perversos polimorfos, porém somos obrigados a refrear os prazeres que nos são concedidos pelas canalizações abertas que as pulsões podem nos oferecer. Economicamente, quando reprimidas essas pulsões, algo é afetado no curso da sexualidade e condenado ao sentimento de desprazer, ou melhor, ao mal estar, uma vez que somos impossibilitados de realizar esses desejos inconscientes; ganhamos, por outro lado, um espaço, uma identidade, na família, no grupo, na sociedade. Parece certo, então que:

[O recém-nascido traz consigo] germes de moções sexuais que continuam a se desenvolver por algum tempo, mas depois sofrem uma supressão progressiva, a qual, por sua vez, pode ser rompida por avanços regulares do desenvolvimento sexual ou suspensa pelas peculiaridades individuais (Freud, 1905/1996, p.166).

Desde a ocasião em que o texto foi publicado, alguns mais pessimistas entenderam que sofreremos um mal estar em decorrência de vivermos em civilização. Porém, Kaës (1997, p. 42) destaca que, diante da angústia em relação ao sentimento de desamparo, “tal renúncia torna possível o amor e o desenvolvimento das obras da civilização”.

Conforme Nasio (1999, p.21), o aparelho psíquico vive em constante tensão, por estar a todo momento recebendo excitações externas. Em contrapartida, a saída ou as realizações prazerosas dessas excitações não podem ser totais. Ou seja, “a energia psíquica é compacta na entrada e destilada na saída”. Uma tensão é gerada no sistema inconsciente do aparelho psíquico, que busca ser desfeita ou eliminada de maneira tal que possibilite obter o prazer total das pulsões recalçadas. No inconsciente funciona um sistema que tem como objetivo reduzir as tensões formadas pelas pulsões sexuais que tendem a descarregar suas energias. Essas pulsões estão representadas por imagens acústicas, visuais e tácteis, ou de coisas ou pedaços destas. Assim, essas representações pulsionais são nomeadas como representações inconscientes ou representações de coisa, que compelem “ecoar a tensão o mais depressa possível para tentar atingir a descarga total e, implicitamente, o prazer absoluto” (op. cit., p.23). O funcionamento psíquico decorre de maneira que as energias excitantes do mundo externo não podem ser diretamente apropriadas e, principalmente, não se pode agir contra estas de forma direta. Ou seja, a resposta a essas excitações é “através de uma metáfora da ação, uma imagem, um pensamento ou uma fala que represente a ação, e não a ação concreta, que permitiria a descarga completa da energia” (op. cit., p.20).

Desde os primeiros escritos voltados ao universo social, Freud discutiu o conflito existente entre os impulsos sexuais e a civilização. Entretanto, no início, acreditava que esse conflito poderia ser solucionado e, por conseguinte, seria possível obter a cura dos males por ele causados. Para tanto, só seria necessário conter os impulsos sexuais, transformando-os, através da sublimação, em ações não sexuais, e sim culturais. A partir dos anos dez do século passado, porém, com o vislumbre do narcisismo, e a partir das neuroses narcísicas e as psicoses, para as quais a escola de Zurich chamou a atenção de Freud, ele constatou a existência de uma tendência primordial, não esperada: a pulsão de morte.

Se, por um lado, a pulsão de morte trouxe um esclarecimento crucial à clínica, de outro obrigou Freud a reformular o seu arcabouço metapsicológico, ou seja, a rever sua revolução quanto à concepção da psicanálise sobre o homem na cultura. Ressalta-se ao fato de que, para Freud, a cultura, sobretudo a linguagem que a caracteriza, foi criada em função da vida sexual de uma espécie evoluída <sup>1</sup>, sendo que é essa mesma criação da cultura que se volta contra sua fonte de origem (a sexualidade). O narcisismo e a pulsão de morte apenas reformularam essa convicção de Freud sem mudá-la em sua essência: ela permite expor e explicar o paradoxo iminente entre pulsões e cultura, lançando luz sobre o fracasso do projeto cultural e a convivência sem angústia no meio social.

## **2 - O grupo como um sonho**

---

<sup>1</sup> Toda a obra de Freud, desde 1892, atesta essa questão, sobretudo o livro de 1913, “Totem e tabu”.



A abordagem freudiana sobre o sonho assinala que a formação deste é decorrente, em especial, dos desejos reprimidos da infância. Para tanto, na reflexão sobre o grupo como um sonho, faz-se necessária a mobilização de determinantes teóricos elaborados por Freud e, em especial, dos construtos teóricos de Anzieu. Os textos de Freud: 'Interpretação dos sonhos' (1900/1996) e 'Três ensaios sobre a teoria da sexualidade' (1905 / 1996), além da obra fundamental 'O grupo e o inconsciente: imaginário grupal' do autor Anzieu (1967/1993) são pertinentes nesta discussão.

Conforme Terzis (2008), o mecanismo da criação e do funcionamento do sonho serve para entreter uma compreensão dos fenômenos correspondentes ao grupo. Cada sonho é constituído por dois níveis: o conteúdo aparente e o oculto. O conteúdo aparente é aquele que é lembrado, uma breve história que pode ser lógica ou absurda. O oculto é o conjunto das idéias que se associam entre si e se metamorfoseiam no conteúdo aparente.

Para Freud (1900/1996) a elaboração do sonho é um processo de metamorfose do conteúdo oculto no conteúdo aparente que é, de certo modo, uma tradução de uma língua para outra e ocorre no momento em que as ideias passam do território do inconsciente para o do consciente, atravessando igualmente um estágio pré-consciente. Na duração dessa passagem, as ideias são submetidas a modificações indispensáveis. Por conseguinte, os sonhos são constituídos por esses dois níveis, uma vez que o material a partir do qual eles são criados provém de pensamentos perigosos e de sentimentos incômodos que foram reprimidos no inconsciente por meio do processo da censura. Essa censura é suprimida momentaneamente durante o sono, mas apenas algumas vezes, já que as expressões plenas dessas ideias

inconscientes provocariam sentimentos de agonia e de culpabilidade no sonhador. Desse modo, uma censura parcial continua a dissimular as ideias reprimidas, as quais, durante o sono, são reinvocadas e introduzidas novamente na parte consciente da mente. Além do mais, “devido ao processo de dissimulação, o qual possibilita a expressão de ideias reprimidas, o sonhador pode desfrutar o seu sono tranquilamente, enquanto é aliviado da carga dos pensamentos proibidos ou perigosos à sua saúde psíquica” (Terzis, 2008, p.125).

Os sonhos contêm ideias reprimidas, desejos e medos que se mostram na superfície em uma forma dissimulada ou distorcida no fluxo de uma longa narrativa. As ideias que estão mais sujeitas ao processo de repressão são tipicamente da fase infantil, principalmente aquelas que se vinculam aos pensamentos e comportamentos proibidos e perigosos – e capazes de provocar angústia e culpa – provenientes, sobretudo, da esfera da vida sexual dos pais (Freud, 1905/1996).

Desse modo, o sonho é examinado não como elemento que impele ou subverte a trama da tragédia do Édipo, mas como campo no qual se expressam e se comunicam desejos inconscientes que se ligam a fenômenos psíquicos, os quais estão relacionados principalmente com o despertar da sexualidade e com situações edípicas obscuras (Terzis, 2008).

Anzieu (1967/1993, p.49) defende a tese de que o grupo é uma realização imaginária do desejo, em que imperam os processos primários do psiquismo, encobertos pelo processo secundário, da mesma forma como realizado no sonho. Ou melhor, “os sujeitos humanos vão aos grupos da mesma forma que, no seu sono, entram no sonho. Do ponto de vista da

dinâmica psíquica, o grupo é um sonho”. De fato, para o autor, a vivência em grupo reacende a angústia de tal intensidade como é vivida na realização imaginária de um desejo e, nesta medida, “o grupo como um sonho, como o sintoma, é em cada um de seus episódios a associação de um desejo e de uma defesa” (Anzieu, 1967/1993, p.50).

O grupo como um sonho, segundo Anzieu (1967/1993), faz com que cada integrante busque um prazer contíguo e intenso de seu desejo, a partir do momento em que busca encontrar no outro, ou no grupo como um todo, o suplemento de seu desejo. Dessa maneira, constrói-se uma ilusão de grupo em que pode imperar livremente o princípio do prazer e satisfação pura, em que é possível e plausível de se realizar o mais límpido dos desejos: o desejo edípico. Nesse caso, para o autor (1967/1993, p.50), é por esse tipo de tópica ilusória no grupo que muitas instituições, ou a própria sociedade, se amedrontam ou temem estes agrupamentos entre seres humanos, já que “o grupo evoca o perigo, isto é, o perigo representado pela pulsão”.

O desejo efetivado na experiência grupal, bem como no sonho, é algo que remete ao conteúdo que foi reprimido. Aquilo que não pode ser realizado, ou realizado de maneira insatisfatória nas relações interindividuais, na vida privada ou social, pode ser executado alusivamente no grupo. É possível observar como alguns membros do grupo buscam as transgressões sexuais e perversas, sem que percebam conscientemente os limites do corpo do outro e a privacidade deste.

Anzieu (1967/1993) resume o grupo como um sonho em três aspectos. O primeiro diz respeito ao fato de que o desejo alcançado no grupo, bem como no sonho, é particularmente um desejo reprimido na véspera. Ou melhor, são

desejos que não foram realizados nas relações interpessoais, tanto na vida particular quanto na vida social, os quais são dirigidos para o grupo. O autor (op.cit., p. 52) utiliza como exemplo “o bando de adolescentes que se esboroa com a instauração das relações amorosas; o imperialismo do casal e do grupo tornam sua coexistência difícil, cada um tendendo a abarcar, o mais completamente possível, o indivíduo em detrimento do outro”. De fato, a dificuldade de conviver em grupo ocorre porque os membros devem se posicionar como irmãos, mas isso remete ao obstáculo na realização do desejo edípiano em manter relações amorosas com o líder.

O segundo aspecto destacado pelo autor diz respeito à regressão infantil dos participantes na situação grupal, pois, da mesma maneira como brincavam de ser adultos quando eram crianças, na fase adulta, quando estão reunidos, voltam àquele período da infância e agem da mesma forma, porém inversamente. Conforme Anzieu (1967/1993, p.53), esses indivíduos adultos e reunidos em um grupo podem reviver as experiências infantis ou atuar regressivamente através de condutas como, por exemplo, “monólogo coletivo, os jogos de palavras e as boas piadas, as grosserias, quem falará mais alto que os outros, os acertos de contas entre as pessoas, a incapacidade de empreender uma tarefa sem guia”, entre outras.

Em relação ao terceiro aspecto, o autor (1967/1993, p.53) refere que o desejo presenciado no grupo quanto no sonho é “um desejo cujo sentido permanece incompreendido, mas que é anunciador de empreitadas reais onde procurará se realizar”. A satisfação desse desejo no grupo pode ir além da simples realização alucinatória, ocorrendo em atuação, através de objetos

substitutos, por vias de mecanismos como condensação, deslocamento e figuração simbólica do desejo.

No grupo são processados os mesmos agentes psíquicos e suas funções encontrados no aparelho psíquico individual, haja vista que os modos de pensamentos do grupo e suas percepções da realidade têm relação com as fantasias individuais de cada um, isso porque, de alguma forma, prevaleceram e progrediram a ponto de contagiar ou causar resistência aos demais integrantes. Ou seja, na constituição de um grupo uma fantasmática circulará entre os membros; é ela que os reúne, tanto na sua coesão operante como na sua angústia coletiva.

Como nos sonhos, a vivência grupal também pode gerar, ao mesmo tempo, angústia e sofrimento. Para Anzieu (1967/1993), muitas dessas angústias são provenientes do desejo edipiano, porém existem também aquelas referentes às fases pré-edipianas. As angústias de fragmentação do corpo e do psiquismo conglomeram um sofrimento vivido pelos integrantes do grupo, já que “a identidade do Eu é questionada em todo o grupo caracterizado pelo anonimato de seus membros; cada Eu sente o risco de se perder, e de se decompor nas outras pessoas” (op. cit., p. 58). Nesse sentido, o grupo unido toma uma forma de ‘corpo’ e seus participantes, de ‘membros’, servindo ao propósito de sobrevivência, já que a situação grupal pode despertar a angústia de fragmentação. Sentir-se incluído em um grupo, concomitantemente, é se sentir acolhido e protegido como no passado uterino, longe da ameaça de fragmentação.

Ao ser assemelhado com um sonho, o grupo é, portanto, uma ilusão e é desinvestido como tal da realidade exterior. Para Anzieu (1967/1993), tal

desinvestimento objetal corresponde, em termos econômicos, a um transporte da libido para a única realidade presente no aqui e agora, ou melhor, o grupo se torna o objeto libidinal.

O mesmo equilíbrio econômico descoberto por Freud para o aparelho psíquico individual entre a libido do objeto e a libido do Eu: existe uma correlação inversa entre o investimento grupal da realidade e o investimento narcísico do grupo (Anzieu, 1967/1993, p. 64).

A situação grupal reacende a ferida narcísica de todos os membros, fazendo com que reajam se protegendo como um todo. O grupo se fecha de maneira a criar ilusoriamente o objeto perdido, o seio materno, o qual se torna para os integrantes o substituto do objeto perdido. A ilusão grupal, por conseguinte, consiste em um estado psíquico protegido pelos seus membros, os quais utilizam algumas expressões para verbalizá-la: “estamos bem juntos, constituímos um bom grupo, nosso chefe ou nosso monitor é um bom chefe, um bom monitor” (Anzieu, 1967/1993, p. 65).

### **3 - Transmissão psíquica e a negatividade**

De acordo com Kaës (2001), no seu livro ‘Transmissão Da Vida Psíquica Entre Gerações’, o grupo antecede o sujeito do grupo, ou seja, o sujeito se insere na vida social previamente incluído no agrupamento. Nascemos vassallos a um grupo, como qualidade impreterível da relação intersubjetiva que nos faz sujeitos humanos. Nesse sentido, esse grupo que nos precede,

podendo ser formado por um outro ou mais de um outro, constrói a nossa pré-história antes mesmo de virmos ao mundo, fazendo com que sejamos inseridos em um conjugado intersubjetivo, com funções e papéis, os quais serviremos e herdaremos os sonhos de desejos não realizados, dos seus recalcamientos e de suas renúncias. “De nossa pré-história tramada antes de nascermos, o inconsciente nos tornará contemporâneos, mas só passaremos a ser seus pensadores pelos efeitos *a posteriori*” (p.13). De fato, é através do discurso, fantasia e da história do grupo, que o sujeito antes de nascer, insere-se no campo da intersubjetividade.

O grupo, em especial a família, investe e cuida do sujeito, se colocando a disposição para servi-lo, reconhecendo-o e demarcando um lugar para inseri-lo na comunidade, proporcionando meios de proteção e ataque, assim como indica limites e instaura interditos. O desejo do grupo tem um valor imensurável para situar o sujeito na vida social, em especial transmitida pela mãe, posto que esta se torna a porta-voz não só do desejo, mas também do interdito e das representações do grupo como um todo. É, portanto, por vias desse processo que o sujeito terá condições para empregar as linguagens, falas e significantes herdados, em parte, pelas gerações anteriores e usá-las em seu favor. Nesse sentido, o sujeito do grupo não é um sujeito apenas de um grupo, pois existem espaços psíquicos diversos e intersubjetivos, os quais recebem a transmissão psíquica herdada de outros grupos através da identificação, incorporação, coerções do recalcamiento, entre outras. Por meio desses grupos que são “transmitidas e remanejadas as formações do Ideal, as referências identificatórias, os enunciados míticos e ideológicos, os mecanismos de defesa, uma parte da função recalcante e os ritos” (Kaës, 2001, p.14).

Para Kaës (1991), o agrupamento garante ao grupo a realização de um desejo e/ou a defesa contra o desejo. Nesse sentido, os membros da instituição se agrupam numa realização de tipo onírica e em conformidade dos seus sintomas, fantasias e identificações, já que desta maneira podem realizar os seus desejos recalcados, assim como achar vias que deformem, desviem e camuflam o investimento de seus desejos ou mesmo de se defenderem destes. De tal modo, a transmissão psíquica é uma modalidade de realização do desejo, pois “não apenas na medida em que o sujeito se identifica com o desejo ou com o sintoma do outro, mas porque se trata de um desejo compartilhado: o desejo do outro, ou o desejo de uma defesa comum contra o desejo” (p.38).

A transmissão psíquica é algo além da diferença entre gerações, posto que conglomera um conjunto de aspectos de caráter incestuoso, estabelecido pela ação do interdito, do recalque do desejo edipiano e a culpa. A transmissão psíquica, portanto, decorre sobre o conteúdo da realidade psíquica, o qual foi transportado, deslocado ou transferido de um sujeito para um outro - entre eles ou por via deles - ou em um vínculo estabelecido pelo grupo, fazendo com que este conteúdo transmitido esteja transformado ou não. Ou seja, tal transmissão pode ocorrer com transformação e simbolização do conteúdo transportado, assim como pode ocorrer a passagem deste conteúdo sem que haja nenhuma modificação. Nesse caso, o que ocorre é a falha na transmissão, prevalecendo a falta ocultada, o segredo e a não simbolização. Tal transmissão ocasionará um enquistamento no inconsciente do sujeito, através de uma parte das formações inconscientes de um outro, o qual irá persegui-lo como um



fantasma. De fato, conforme Kaës (2001, p. 15) por esse processo psíquico é possível investigar:

O modo como se transmitem os sintomas, os mecanismos de defesa, a organização das relações objetais, os significantes; concerne à maneira como os objetos e os processos da transmissão psíquica estruturam correlativamente o vínculo intersubjetivo e a formação do sujeito singular, tanto na constituição do Inconsciente como na transmissão do recalçamento e da recusa (...).

É importante salientar que algumas transmissões psíquicas transparecem de uma necessidade ou urgência em poder transferir o conteúdo inconsciente de um sujeito, ou mesmo de sujeitos que estão atrelados entre si por uma intensa aliança de interesses inconscientes, para um outro aparelho psíquico. Tal necessidade, segundo Kaës (2001), é em decorrência das requisições pulsionais do inconsciente, as quais indicam coerções narcísicas de conservação e de continuidade da vida psíquica ou mesmo do Ideal do Eu e do Supereu, denotando a transmissão dos interditos fundamentais. Não obstante, existe também a urgência em não transmitir, ou seja, fazer com que aquilo que vivenciou não possa atravessar gerações. Dessa forma, as conseqüências podem ser um enquistamento, depósito, projeção ou rejeição do não recalçado, porém tais mecanismos não são suficientes para serem impenetráveis nas gerações seguintes ou para a geração atual. Conforme Kaës (2001, p.17), Freud em 1913, em Totem e Tabu, já notava que “traços, pelo menos em sintomas, continuarão a ligar as gerações entre si, num sofrimento

cuja motivação, mantida, lhes será desconhecida”. Na clínica, portanto, é possível perceber a transmissão negativa na transferência com o terapeuta, ainda que não seja diretamente percebível, posto que poderão ocorrer ausência de transferência e/ou mesmo uma ofensiva à atividade do vínculo terapêutico. “Ainda assim há sujeitos sobre os quais incide o negativo da transmissão: o mais difícil de admitir é que eles possam consentir com isso e, de uma maneira ou outra, tirar disso um cruel benefício” (Kaës, 2001, p. 23).

Decerto que é importante neste momento conceituar o que é identificação e alianças inconscientes, para melhor compreender o processo de transmissão psíquica entre gerações. Segundo Torok e Abraham (1995), é importante a identificação com o objeto de desejo e com a fantasia do outro para que ocorram satisfatoriamente os vínculos entre gerações. Contudo, quando existe a perda do objeto desejado, por exemplo, e não ocorre a metabolização do mesmo, torna-se dificultoso o mecanismo de introjeção. Desse modo, quando esse mecanismo não se realiza, ou seja, ocorreu uma falha no processo de metabolização, conseqüentemente não ocorrerá o reconhecimento da experiência de perda do objeto e, no seu lugar, criará uma fantasia de incorporação. Essa insere ou expulsa do corpo, como se pudesse apropriar ou desapropriar, em uma situação intrapsíquica, aquele objeto de desejo que se perdeu e causou sofrimento psíquico. Assim, a fantasia de incorporação surge como uma maneira de encobrir a não simbolização e luto do objeto perdido, ou melhor, “denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido. A fantasia de incorporação pretende realizar isso de modo mágico, cumprindo no próprio o que só tem sentido figurado” (Torok e Abraham, 1995, p.245). A perda

narcísica, em alguns casos, faz com que o sujeito não consiga confessar tal perda, ou seja, se expressar, chorar, rememorar, entre outros. Não obstante, o que ocorre, nesses momentos, é que o sujeito 'engole' tudo que sofreu e o traumatizou sem que possibilite uma simbolização e luto. As lembranças, imagens e afetos serão colocados em uma furna, ou melhor, a cripta, e esta equivale a um mundo fantasmático que vive separado e oculto no inconsciente do sujeito que não conseguiu incorporar, verdadeiramente, a perda do objeto desejado. Porém, é pertinente salientar que os fantasmas desta cripta retornam e assombram o próprio sujeito. "A criação de uma fantasia de incorporação é não poder proceder de outra maneira que não seja perpetuar, quando ele está perdido, um prazer clandestino, fazendo dele um segredo intrapsíquico" (Torok e Abraham, 1995, p. 249). O segredo denuncia um luto não realizado, podendo acarretar um embaraço ou vergonha ao sujeito caso seja revelado e, por conta disso, alimenta a estrutura da cripta e sua clandestinidade, bem como organiza os vínculos entre os que compartilham do segredo e tornam-os cúmplices.

Para Kaës (2005), os vínculos intersubjetivos são construídos, entre outras coisas, pelo pacto denegativo. Esse pode ser compreendido pelos processos do recalque, denegação, recusa, desmentido, rejeição ou enquistamento. Nesse sentido, os vínculos são formados a partir desses acordos ajustados inconscientemente, como forma de servir os desejos entre os sujeitos vinculados, assim como garantir a manutenção deste vínculo; os ganhos adquiridos pela sustentação das funções dos Ideais; contrato e pacto narcísicos. De tal maneira, os vínculos podem proceder de forma positiva, quando ocorrem os "investimentos mútuos e identificações comuns em relação a uma comunhão de ideais e crenças, ou mesmo, sobre modalidades toleráveis

de realizações de desejos” (p.133), e/ou negativa. Essa, “cada vínculo e cada conjunto organizam-se sobre uma comunidade de renúncias e de sacrifícios, sobre apagamentos, rejeições e recalques, sobre ‘deixar de lado’ e sobre restos” (p.133). A transmissão psíquica, portanto, abarcaria essas modalidades de investimento que asseguram os vínculos, na ininterrupção dos investimentos relacionados ao sustento das funções dos Ideais, do pacto narcísico e do contrato narcísico.

Entende-se o pacto narcísico, conforme Kaës (1997), como sendo avesso ao contrato narcísico, posto que contém e imprime violência no vínculo estabelecido. Ou seja, o pacto cria uma relação entre os sujeitos vinculados de intenso narcisismo, o qual “não vai suportar nenhum afastamento, pois o menor deles descolmataria uma abertura enorme na continuidade narcísica, desocluriria os Ideais do Eu ideal, exporia a pagar com um peso de carne a dívida insolvente imposta para não nascer” (p.264). Não obstante, para Castoriadis-Aulagnier, (apud Kaës, 1997), o contrato narcísico tem como incumbência assegurar a continuidade da geração e do conjunto social, através dos investimentos narcísicos do grupo em relação ao sujeito que virá nascer. Esse sujeito, portanto, terá um lugar previamente estabelecido e afiançado pela comunidade, assim como “é significado pelo conjunto das vozes que, antes de cada sujeito, manteve um certo discurso conforme o mito fundador do grupo. O discurso inclui os ideais e os valores; ele transmite a cultura e a palavra de certeza do conjunto social”(p.263).

Entretanto, enfatiza-se a existência, também, das alianças inconscientes, as quais são formações psíquicas intersubjetivas que avigoram os vínculos entre os sujeitos da comunidade, para fins de conservar as

funções, estruturas e os benefícios que estas abrigam, mesmo que para isso acontecer, inconscientemente, os sujeitos nada sabem sobre seus próprios desejos e nem mesmos aqueles que o antecederam.

O corolário dessa hipótese é que as alianças inconscientes são, elas mesmas, inconscientes; são produzidas pelo inconsciente e nele mantidas. As alianças inconscientes são uma das modalidades maiores do processo de transmissão: o inconsciente de cada sujeito carrega traços, em sua estrutura e em seus conteúdos do inconsciente, de um outro e de mais de um outro (Kaës, 2005, p. 133).

## **OBJETIVOS**

---

## **1 - Objetivo Geral**

Compreender, a partir das teorias Freudiana e da escola francesa de psicanálise (Käes e Anzieu), o processo e o funcionamento psíquico de casais que se submeteram ao tratamento de reprodução assistida, com receptação de óvulos doados, tendo gerado seus filhos com sucesso.

## **2 - Objetivos Específicos**

- Estudar como cada cônjuge vivencia subjetivamente, no aqui e agora, ter passado pelo processo de reprodução humana assistida, com uso de óvulos doados;
- Investigar o estado emocional do casal para fazer uma escolha de ter um filho pela técnica de RHA com ovodoação;
- Interpretar e compreender as construções dos arranjos inconscientes, fantasias, identificações, projeções e alianças inconscientes do casal que se submeteu à RHA com receptação de óvulos doados.

## **MÉTODO**

---



## **I – O desenho metodológico**

A adoção de um percurso metodológico qualitativo foi preterida por envolver uma apreensão das vivências emocionais de cada casal (grupo especial), assim como de uma ex-paciente, no que se refere ao tratamento da infertilidade com receptação de óvulos doados.

Para colocar em prática essa proposta metodológica, faz necessário salientar primeiramente a compreensão do grupo especial (casal), segundo Kaës (1997), como uma organização de vínculos intersubjetivos sob o prisma de que as relações do inconsciente produzem formações e processos psíquicos específicos. Também, é importante destacar que foi utilizado o método psicanalítico para interpretar os resultados obtidos na pesquisa de campo, a partir do projeto de pesquisa institucionalmente aprovado pela Pós-Graduação da PUC-Campinas, do professor e orientador Dr. Antonios Terzis, intitulado: “O método de grupo e suas relações com conceitos psicanalíticos pertinentes”. Nesse, o método psicanalítico de grupo visa qualificar uma realidade psíquica formada pelos efeitos do inconsciente num espaço comum e compartilhado pelo grupo, compreendendo que a vida psíquica do sujeito se constitui nas relações com o espaço psíquico comum e compartilhado por vários sujeitos dentro dos laços da matriz do grupo primário. A interpretação do pesquisador sobre o grupo, neste sentido, visa os processos psíquicos grupais e não um participante em particular, posto que se proceder de outra forma seria instaurar uma análise individual em grupo e estabelecer uma relação privilegiada com um participante de grupo. Para Terzis (2006; 2007) as características morfológicas do grupo e a própria situação grupal, mobilizam os

processos e as formações psíquicas em vários espaços psíquicos correlacionados entre si.

Para Kaës (2004), em conformidade com a tese de Anzieu de 1967, o grupo é como um sonho, posto que realiza os desejos inconscientes. Contudo Kaës (2004, p.120) vai além dessa premissa e acrescenta que ocorrem também as manifestações dos efeitos do inconsciente. Tanto a manifestação quanto a realização do desejo são considerados espaços psíquicos separados, porém articulados entre si: “no sujeito singular, indissociavelmente sujeito de sua própria divisão estrutural e, desde a origem, sujeito vincular; no grupo, espaço de uma realidade psíquica irredutível à de seus sujeitos considerados isoladamente”.

Através desse método psicanalítico aplicado em um grupo, é possível observar e analisar a forma e a estrutura da organização intrapsíquica, com propriedades em suas vinculações entre elementos de sua construção, bem como designação de funções entre estes elementos no aparelho psíquico grupal. Para Kaës (2004), os sonhos de grupo são, de fato, uma representação exemplar dos grupos internos: eles trazem à tona suas estruturas fundamentais, ou seja, as fantasias originárias, os complexos e imagos, a rede de identificações do Ego, a imagem do corpo. Dessa forma, eles funcionam como organizadores no processo de aparelhagem grupal das psiques. Todavia, para estudar o efeito do inconsciente em casais submetidos a FIV com uso de óvulos doados, faz necessário o uso da técnica da associação livre – oferta do material sem críticas ou intenção determinada, como forma de acessar aspectos do mundo intrasubjetivo. Conforme Kaës (1985), no campo grupal, o processo associativo contrai os elementos da cadeia associativa e interliga-os

a outros elementos, fazendo com que tenham relação e sentido. Sendo assim, no grupo especial (casal) as associações livres (ideias, pensamentos, fantasias, desejos, entre outros) têm uma pertinência, posto que favorecem o surgimento de significados até então encobertos e que possivelmente não emergiriam em um processo associativo individual ou com outro tipo de técnica.

O grupo torna-se um espaço para devanear e para imaginar, ou seja, um lugar de ilusão e do ilusório, em que possibilita o surgimento de conteúdos que podem ser registrados e analisados pelo grupanalista que, neste estudo, é o próprio pesquisador. As atividades oníricas desse grupo especial, portanto, possibilitam observar diferenças nas relações dos integrantes que formam o casal, quando estiverem juntos durante a entrevista. Kaës (2004, p. 121) destaca bem esse tipo de manifestação inconsciente quando ressalta que: “se levarmos em consideração as especificidades do espaço onírico grupal, disporemos de uma nova forma de abordar o sonho, seus princípios de formação, suas funções e seu sentido, tanto no espaço psíquico do sonhador como no do vínculo”.

Seguindo essa linha de pensamento e modelo de investigação, o que se destaca como viável nesses parâmetros é a possibilidade de interpretar. Decerto que o casal pode falar livremente sobre suas experiências no tratamento de FIV e suas repercussões psíquicas, cabendo ao grupanalista escutar além do que foi pré-construído nos discursos dos sujeitos. O material que emerge recebe um sentido novo e, conseqüentemente, uma nova leitura sobre as experiências subjetivas de cada cônjuge e seus mecanismos de defesa. As observações sobre a dinâmica psíquica grupal, nestes encontros

(entrevista com cada casal pelo grupanalista deste estudo), serão de enorme valia para a compreensão dos processos psíquicos do grupo e suas formas de resolução. A interpretação torna-se importante nesse enquadre grupal, já que possibilita a construção de conjecturas a respeito das associações formuladas no aqui e agora, por via das expressões surgidas no grupo através das angústias, desejos, fantasias, entre outros.

O processo associativo grupal dá acesso a significados perdidos, ocultos, forcluidos, que provavelmente não apareceriam no processo associativo do sujeito singular. Acrescenta-se assim que o recalçamento grupal é determinante do pensamento associativo grupal, partindo da idéia de que um grupo “é uma associação de sujeitos que querem compartilhar seus desejos e recalçamentos” (Gasparini, 2007, p.33).

A formação do grupo de casal e, conseqüentemente, suas manifestações psíquicas podem contribuir também para a emergência de interpretações feitas pelos próprios membros do grupo, bem como os apontamentos, críticas e acolhimentos no curso de suas interações. Neste momento, cabe ao grupanalista interpretar tais fenômenos nas análises dos resultados, ao invés de dirigir ao grupo como um todo. Segundo Anzieu (1967/1993), a hipótese construída para o estudo deve ter sua importância para além do próprio estudo realizado e servir a outro domínio e a outros profissionais. E também, pelo fato deste estudo estar vinculado aos parâmetros e conceitos psicanalíticos, as hipóteses serão analisadas partindo-se de pressupostos da psicanálise aplicada aos grupos que justifiquem os dados

clínicos colhidos em campo. Para Silva (1993), o uso do método psicanalítico torna o 'inconsciente' o objeto de estudo, já que está intrincado com o fio condutor que rege as escolhas humanas: o desejo. Esse nem sempre se expressa livremente e abertamente na consciência e, por conta disso, alguns sujeitos ainda não o reconhecem e nem se apropriam dele em seu Eu.

## **II - Campo de Pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada em uma clínica conceituada no Brasil, sendo que o nome da instituição não foi mencionado por motivos éticos, para proteger ao máximo a identidade dos sujeitos estudados. A autorização para a execução deste trabalho de campo foi concedida pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCC, o qual resguardou a responsabilidade desta pesquisa.

A clínica em questão é um dos maiores centros de Reprodução Humana do Brasil, constituindo e firmando seu valor na área da ciência, pesquisa e tratamento, principalmente para os casos que necessitam de atendimento de alta complexidade. Além do corpo clínico médico, constituído por profissionais especializados e com vasta experiência na área de atuação, a instituição possui também um profissional da área da psicologia. Esse acompanha os pacientes mais fragilizados emocionalmente durante todo o tratamento através da psicoterapia breve focal, enquanto que oferece apenas suporte e acolhimento aos pacientes que possuem menor propensão a um desequilíbrio emocional. Nesse sentido, logo após a primeira consulta com o médico especializado em RHA da clínica, os pacientes são encaminhados para uma

entrevista com o psicólogo, o qual observa as condições psicológicas dos mesmos para o tratamento. Isso demonstra a atenção aos aspectos psíquicos e emotivos de seus pacientes e a importância desse profissional (psicólogo) durante todo o processo de tratamento.

As entrevistas desta pesquisa foram realizadas nas instalações da própria clínica, em uma sala com mobiliário (sofá e poltrona), iluminação e ventilação adequados, preservando-se a privacidade e o sigilo indispensáveis.

### **III – Sujeitos da Pesquisa**

Participaram do estudo três casais que já foram atendidos na Clínica, na qual foi realizada a pesquisa, tendo como fator singular que tais participantes, além de terem passado com sucesso pelo tratamento da FIV com receptação de óvulos doados, já tiveram seus respectivos filhos. Também foi entrevistada uma ex-paciente que, no período do tratamento, tinha um relacionamento amoroso de cinco meses, contudo na ocasião da entrevista a mesma já não mais se relacionava com este parceiro, porém seus filhos foram gerados com a receptação de óvulos e sêmens doados na instituição que foi realizada esta pesquisa. Esse caso, em especial, tornou-se importante inseri-lo neste estudo, porque no período do tratamento existia uma formação de casal e pelo fato da raridade deste tipo de caso em estudos científicos no campo da psicologia. Os participantes desta pesquisa foram colaboradores voluntários, os quais se enquadraram em alguns critérios:

- Já terem sido submetidos ao tratamento de FIV com receptação de óvulos doados, na presente instituição, mesmo que já tivessem vivenciado anteriormente outros tratamentos em clínicas diferentes;
- Todos os entrevistados aceitaram participar espontaneamente deste estudo, independentemente de classe socioeconômica, faixa etária, profissão, etnia, religião, de já terem filhos (anteriormente ao tratamento de FIV) ou não, estando ou não em acompanhamento psicoterápico e independentemente de residirem ou não na cidade em que localiza-se a Clínica.
- Foram excluídos os participantes que não demonstraram uma mínima compreensão dos objetivos da pesquisa ou que tiveram alguma suspeita de comprometimento emocional e/ou intelectual, que inviabilizassem a entrevista, bem como a sua própria fala.

A pesquisa seria suspensa imediatamente se algum voluntário optasse pela não participação, o que não ocorreu. Também seria descontinuada frente à ocorrência de situações de constrangimento ou mal estar psicológico. Vale entretanto frisar que, conforme demonstrado por estudos anteriores, amplamente disponíveis na literatura, nos quais se fez uso deste tipo de método da psicanálise aplicada, a probabilidade de ocorrência de dificuldades durante os encontros são nulas, uma vez que os procedimentos apresentativos – expressivos - foram cunhados levando em conta o máximo favorecimento da expressão subjetiva (Terzis, 2007).

Esse método já foi aplicado em outros estudos que geraram dissertações de mestrado e teses de doutorado (Nascimento, 2009;

Donnamaria, 2008; Moretto, 2008; Carvalho, 2008; Gasparini, 2007), pelo próprio projeto institucionalmente aprovado pela Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob responsabilidade do orientador Prof. Titular Dr. Antonios Terzis, líder do grupo de pesquisa intitulado: “Psicanálise e Grupalidade”.

Os participantes desta pesquisa são naturalizados do estado da Bahia; eram de orientação heterossexual; com idade acima de 40 anos; alguns possuíam filhos biológicos sem uso da técnica de reprodução humana assistida; alguns tinham filhos de relacionamentos anteriores; profissões diferentes, bem como diferentes antecedentes médicos com relação ao problema da infertilidade. Uma participante, no período da entrevista, não estava se relacionando afetivamente com nenhum parceiro fixo.

A seguir, iremos descrever algumas características pessoais de cada casal e de uma ex-paciente, selecionados para esta pesquisa. Cada casal será identificado por numeração (1), (2), (3) e o número (4) será destinado para a ex-paciente, assim como usaremos nomes fictícios para cada participante, para fins de preservar a identidade dos mesmos.

#### **Casal (1):**

Ana, na ocasião da entrevista, tinha 45 anos; possuía nível superior; casada há dez anos e vinha há oito anos tentando engravidar, totalizando seis tentativas com uso de técnicas de reprodução humana assistida - FIV. Tem em sua história uma cirurgia aos 21 anos de idade, onde foi retirado quase todo o ovário esquerdo, por motivos do diagnóstico de endometriose. Aos 24 anos de idade teve uma gravidez tubária na trompa direita e precisou fazer uma cirurgia



para preservar esta trompa, porém a deixou obstruída. Naquela ocasião era namorada do atual marido. Contudo, seis anos após a última cirurgia, teve que novamente fazer outra intervenção cirúrgica na trompa direita para desobstruí-la. Essa ficou permeável, mas com sinais de aderências. Também neste período, foi necessário fazer duas laparoscopias para fins de diagnósticos, além da descoberta de miomas no ovário direito. Passou um período em que ficou separada do namorado e ambos só vieram a se reencontrar anos depois, quando os respectivos relacionamentos anteriores não deram certos. Casaram-se e aos 36 anos de idade, Ana optou em fazer um tratamento de reprodução assistida. Nesse período submeteu-se, em uma clínica de reprodução humana que não foi a que ocorreu a presente pesquisa, a duas tentativas de FIV (uma com os próprios óvulos e outra com ovodoação), porém não obteve sucesso. Após essas tentativas não sucedidas, o casal optou em tentar novamente o tratamento da FIV com ovodoação, na clínica que foi realizada a pesquisa em questão. Nesse período, foram realizadas quatro tentativas até a obtenção do resultado da gestação com sucesso. Seu marido, Fabio, no momento da pesquisa tinha 49 anos, não possuía diagnóstico de infertilidade, um filho do relacionamento anterior e tinha nível superior.

### **Casal (2):**

Maria, na ocasião da entrevista tinha 45 anos, funcionária pública, casada há seis anos e vinha há quatro anos tentando engravidar, totalizando 3 tentativas com uso de técnicas de reprodução humana assistida - FIV. Tem em sua história um filho concebido de forma natural e com parto cesariano aos 40

anos de idade. Contudo, após ter esse filho desejou ter mais um, porém não obteve sucesso e necessitou do tratamento em clínica especializada de RHA, por motivos do diagnóstico de falência ovariana incipiente. Depois de um ano sem sucesso, utilizando dos tratamentos de baixa complexidade, buscou a clínica, na qual foi realizada esta pesquisa. Não obstante, ficou três anos nesta instituição fazendo tratamento da FIV com uso de óvulos doados, sendo que somente na terceira tentativa que obteve sucesso. Seu marido, Paulo, na ocasião da entrevista, tinha 47 anos; era industrial; teve uma união anterior; não tinha diagnóstico de infertilidade, contudo evitava a gravidez com a sua ex-companheira por motivo de não desejar ter um filho.

### **Casal (3):**

Cecília, na ocasião da entrevista, tinha 45 anos; possuía nível superior; casada há 20 anos e passou cinco anos tentando engravidar, sendo que chegou a passar por outra clínica antes da instituição onde foi realizada a presente pesquisa. Totalizaram-se quatro tentativas com a técnica da FIV, porém as três primeiras foram com óvulos próprios e a quarta com ovodoação, por motivos do diagnóstico de falência ovariana incipiente. O marido, Rodrigo, na ocasião da entrevista, tinha 43 anos; era comerciante e não tinha diagnóstico de infertilidade. Ambos decidiram, cerca de um ano depois de terem o filho, utilizar os embriões congelados que sobraram da última FIV com óvulos doados. Contudo, o procedimento não obteve êxito e no período da entrevista ainda cogitavam a possibilidade de novamente se submeterem ao tratamento com novos óvulos doados.

#### **Ex-paciente (4):**

Bianca, na ocasião da entrevista, tinha 47 anos; funcionária pública; solteira e, antes de buscar o tratamento na clínica de RHA, tentou um período de apenas dois meses para engravidar. Naquela ocasião em que buscou o tratamento de RHA, estava se relacionando com um parceiro fixo há cinco meses, porém este parceiro já teve uma união anterior com dois filhos e não queria ter mais. Por esse motivo, Bianca buscou a clínica, na qual foi realizada a presente pesquisa, para receber sêmen de doador e caso não produzisse óvulos, receber ovodoação. Sua queixa principal era que tinha 45 anos e desejava ter um filho, mesmo que usasse óvulos de doadora caso a reserva ovariana dela fosse limitada. Foi procedida apenas uma tentativa de FIV com óvulos e sêmen doados, apesar de que na entrevista tenha afirmado receber apenas doação de espermatozóide. Tem em sua história que aos 26 anos provocou aborto com dois meses de gestação e fez uma cirurgia para remoção de um nódulo de mama.

#### **IV - Instrumentos**

##### **a) Entrevista Psicológica**

Um dos instrumentos deste estudo foi uma entrevista aberta separadamente com cada casal – duração de uma hora e vinte minutos– iniciando com uma pergunta disparadora. Como destaca Bleger (1998, p.3) “a

liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular”. Dessa maneira, essa técnica fez com que o grupanalista tivesse a plasticidade de fazer perguntas e intervenções mediante a demanda exposta inconsciente do grupo, alterando-as, ampliando-as e aprofundando-as no decorrer deste encontro, na medida em que o grupo pode estar livremente expondo suas vivências (sem nenhum tipo de coerção). Para Terzis (2007), pode-se dizer que o entrevistador propicia um espaço seguro para que os participantes exteriorizem livremente seus pensamentos, seus desejos, suas fantasias, sonhos e experiências, no aqui e agora, nos encontros grupais.

A relação entre ambos delimita e determina o campo da entrevista e tudo o que nela acontece, porém, o entrevistador deve permitir que o campo da relação interpessoal seja predominantemente estabelecido e configurado pelo entrevistado (Bleger, 1998, p.9).

Segundo Freud (1900), o discurso do sujeito pode ter dois níveis psíquicos: consciente, chamado de conteúdo manifesto, ou seja, representa aquilo que é falado, contado ou narrado de lembranças e sentimentos possíveis de serem demarcados pela lógica; conteúdo latente ou onírico, que se apresenta de maneira deturpada na consciência, através dos processos psíquicos da condensação e deslocamento, que camuflam os desejos inconscientes para atingir o nível manifesto ou aparente da consciência. De

fato, o grupanalista (pesquisador) pode estar atento para os discursos emergidos no grupo, assim como observar a transferência, contratransferência, resistência, repressão, projeção, introjeção, entre outros aspectos.

Por ter se tratado de uma pesquisa com grupo de casal, não foi investigado apenas um aparelho psíquico individual e sim o psiquismo grupal. Trabalhar com o psiquismo grupal é uma tarefa árdua e repleta de especificidades, tanto na transferência ao grupanalista como a sua contratransferência. Para Bleger (1998, p. 4), a entrevista aberta é sempre uma relação humana, em que se espera que um integrante possa entender o que está afligindo o outro e atuar mediante este saber. Nesse sentido, trata-se de “um fenômeno grupal, já que mesmo com a participação de um só entrevistado sua relação com o entrevistador deve ser considerada em função da psicologia e da dinâmica de grupo”.

A entrevista aberta possui seus limites e extensões, tecendo assim um enquadramento para a sua realização, como: tempo, lugar e papel técnico do entrevistador. O primeiro se refere ao horário do começo da entrevista e seu término, pré-estabelecido com o entrevistado. Também o espaço deve ser determinado de antemão, de modo a se proporcionar um ambiente seguro para serem realizados os encontros. Com relação ao papel técnico do entrevistador (grupanalista), envolve sua postura e conduta, sendo que, em hipótese alguma, ele deve se apresentar ‘como amigo num encontro fortuito’. Conforme Terzis (2008), o entrevistador deve estar com a mente aberta, ou seja, à disposição para ouvir e observar os participantes do grupo, sem que haja algum interesse emocional ou comercial, a não ser a escuta.

Em suma, foram realizadas entrevistas abertas com cada casal (total de três casais e uma ex-paciente) separadamente. Além disso, ressalta-se que a entrevista por ter sido aberta teve, em especial, uma abertura para que os sujeitos entrevistados pudessem falar livremente sobre suas vivências emocionais durante todo o tratamento e as tentativas más sucedidas, fazendo com que o grupanalista pudesse, a partir destes relatos, formular novas questões pertinentes a tais experiências contadas. Nesse caso, o grupanalista evitou se expor ou interromper o desenvolvimento do grupo, porém esteve atento a estruturação do grupo como um todo; o movimento de apoio que o grupo fez para com as experiências que viveram; os mecanismos psíquicos de defesa emergidos antes, durante e após as vivências da FIV com receptação de óvulos; as fantasias do grupo e suas ressonâncias; entre outros.

**A função do pesquisador** – grupanalista – é de facilitar as discussões livres do grupo, compartilhar da evolução dos participantes em relação aos fenômenos grupais, mediar os conflitos emergidos nos encontros, bem como a evolução dos mesmos. Contudo somente intervém quando for necessário, se atentando apenas que tais intervenções sejam poucas e que possam contribuir para o desenvolvimento do grupo. Para Terzis (1994), o grupanalista tem um papel de observar todos os movimentos do grupo, atentando-se para além do que foi relatado como experiência por cada integrante do grupo, através de alguns aspectos como: o tom do discurso verbal do grupo, as tomadas de distâncias do discurso (silêncio, descansos, mudanças rápidas de assunto, entre outros); a necessidade de dominar o terapeuta (por exemplo: alguns participantes falam constantemente sem que os outros membros possam relatar suas experiências); as inibições (intelectuais ou afetivas do grupo); as

defesas; as angústias (de morte, de perda de objeto ou castração), entre outros.

#### **b) Gravador de áudio**

Os encontros foram gravados pelo aparelho de som - gravador. Foi apresentada a cada participante e solicitada a autorização para seu uso, posto que esse instrumento facilitaria nas transcrições e análises dos discursos proferidos. As fitas gravadas, após sua utilização, foram devidamente destruídas.

### **V - Procedimento para a coleta do material**

Inicialmente, foi feito um contato informal com a clínica em que foi realizada a pesquisa, para que pudéssemos explicitar os objetivos deste estudo. Depois, e já com a aprovação do Comitê de Ética da instituição (PUC – Campinas), foi formalizado o acordo para a realização do estudo com os ex-pacientes (casais), os quais foram chamados para as entrevistas. Nessas foram abordados dados referentes às condições que levaram esses casais à realização do tratamento da fertilização *in vitro* com uso de óvulos doados e suas experiências subjetivas antes, durante e depois do tratamento, bem como os dados formais de identificação dos ex-pacientes.

Ressalta-se que esses participantes foram previamente selecionados pelo próprio diretor clínico da instituição, onde foi realizada a pesquisa, o qual é médico e acompanhou estes casais durante todo o tratamento da infertilidade.

Além disso, enfatiza-se que a psicóloga da própria clínica esteve juntamente com esse diretor clínico, ajudando-o nesta pré-seleção, já que ambos acompanharam esses pacientes durante todo o tratamento e, por conseguinte, tiveram maior convívio com os casais. Esse aspecto contribuiu para uma pré-seleção dos candidatos a entrevista, posto que ambos profissionais terem familiaridade com os participantes e discernimento sobre os objetivos da presente pesquisa, o perfil dos participantes, bem como um diagnóstico clínico de comprometimento emocional e intelectual deles.

Decerto que, mesmo com essa pré-seleção, o grupanalista entrou em contato com os respectivos casais e fez o convite oficial para as entrevistas. Nesse momento, foram explicados minuciosamente os objetivos da pesquisa, a questão do sigilo ético e a contribuição que tais casais proporcionariam após a finalização deste estudo aos que necessitam deste tratamento através da FIV, bem como aos profissionais da área da saúde em poder compreender os processos psíquicos de seus pacientes. O sigilo quanto à identificação de cada participante foi mantido e somente os conteúdos obtidos foram analisados e divulgados na tese de doutorado, seguindo os cuidados éticos, nos quais as pesquisas com seres humanos são norteadas atualmente pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-Campinas. A decisão de não participação foi respeitada, não acarretando nenhum ônus para os ex-pacientes da clínica. Além disso, eles puderam manifestar-se em qualquer estágio da pesquisa.

A opção por um número pequeno de participantes (três casais e uma ex-paciente) se deu pelo fato de se tratar de um estudo psicanalítico e para que seja possível analisar e investigar profundamente as construções psíquicas e seus possíveis conflitos em relação ao processo do tratamento da infertilidade



e uso de óvulos doados. Segundo Gaskell e Bauer (2002), o tamanho da amostra ou o número total de entrevistas não é uma prerrogativa estanque para realização do trabalho a ser delimitado *a priori*, posto que possa ser alterado se for necessário para suprir os dados já colhidos ou não, contanto que haja certa evidência de saturação. A construção do *corpus* é atingida quando há uma saturação e dados posteriores não tragam novas observações.

Também Bleger (1998, p.10) afirma que “nenhuma situação pode conseguir a emergência da totalidade do repertório de condutas de uma pessoa e, portanto, nenhuma entrevista pode esgotar a personalidade do paciente, mas somente um segmento dela”.

## **VI - Análise do material da pesquisa**

Primeiramente, os conteúdos obtidos dos discursos de cada integrante e do grupo (casal) como um todo, nos encontros, foram analisados com base nas teorias psicanalítica e grupanalítica. Posteriormente, foram organizados, considerando-se: comunicações individuais; observações dos significantes emergidos no discurso do grupo, bem como possíveis conflitos, identificações, desejos e fantasmas recalçados. Impondo-se, portanto, a necessidade de transcrição, releitura e a organização das informações registradas no caderno de campo.

Dessa maneira, compreendendo conjuntamente esse percurso investigativo a partir dos estudos de Mathieu (1967), pressupõe-se o contato com os discursos dos indivíduos em pesquisa, para que seja possível obter maior amplitude sobre seus reais conteúdos latentes. Ou seja, o discurso

proferido pelo indivíduo ou o eco de significantes comuns na fala do grupo de casal foi uma fonte promissora para a presente pesquisa e um método utilizado para apropriar dos conteúdos latentes do inconsciente e seus reais significados pulsionais. O objetivo foi compreender, através da narrativa do grupo, os símbolos inconscientes das representações de coisas, que transfiguraram para o consciente por meio das formações oníricas manifestas, podendo-se fazer uma analogia dos discursos explanados com o relato trazido por qualquer paciente em análise sobre seus respectivos sonhos.

De fato, atentar-se para as palavras mais investidas libidinalmente no discurso do grupo, situações exemplificadas ou debatidas com maior ênfase ou, até mesmo, situações ou acontecimentos que não foram aprofundados ou debatidos, podem ser entendidos analogamente como sendo semelhantes à técnica utilizada para interpretar o material do sonho. A interpretação dos resultados obtidos, portanto, se baseia em especial nas premissas construídas por Freud no seu livro 'Interpretação dos sonhos' (1900), contudo transposta analogicamente ao grupo, já que considera-se que este é um aparelho de ligação e de transformação da realidade psíquica e o sonho individual coloca-se a partir da formação de um espaço onírico comum compartilhado e específico, o qual Kaës (2001) denominou de 'tessitura onírica do grupo'.

Para Terzis, Oliveira e Orlandi (2009), a análise do sonho em grupo possibilita conhecer as formações do inconsciente dos sujeitos em seu encontro com o outro. Esse espaço caracteriza-se por sua qualidade do sonho, por sua polifonia e por seu papel de parto-sonho. Esse sonho é elaborado na tessitura onírica do grupo. A analogia entre grupo e sonho implica também processos psíquicos comuns: condensação, deslocamento, encenação e

dramatização. Todos esses processos se combinam segundo um princípio organizador de pensamento do sonho e dos vínculos de grupo. Por exemplo, nos conteúdos manifestos do sonho operam alguns aspectos psíquicos como: condensação, deslocamento, formação reativa, transformação do uso da linguagem falada pela imagem, os quais atuam nos discursos manifestos sobre o que foi sonhado, modificando-os e ofuscando as elaborações oníricas latentes deste sonho.

O analista de um sonho, bem como o pesquisador- grupanalista - devem estar atentos para estas deformações nas representações manifestadas, podendo assim, através do discurso livre do grupo e as suas associações livres, interpretar os símbolos oníricos inconscientes. Importante destacar que os materiais emergidos no discurso do grupo foram articulados com o referencial teórico pautado para o embasamento e análise desta pesquisa, visando à fundamentação dos resultados. Importante destacar que as transcrições dos materiais colhidos nos encontros foram analisados tanto pelo grupanalista quanto seu orientador que possui também a mesma formação em psicanálise de grupo, ou melhor, ambos com referenciais teóricos da psicanálise e da grupanalise, a fim de proporcionar maior fidedignidade e compreensão dos resultados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Nesse capítulo apresentaremos o que foi acompanhado e escutado nos depoimentos dos casais, ressaltando que mostraremos apenas os relatos saturados que foram similares e enfáticos destas quatro entrevistas (a entrevista na íntegra de cada casal está no anexo deste trabalho). Contudo, faz-se necessário expor primeiramente algumas impressões dos comportamentos dos casais, observadas pelo pesquisador e orientador deste estudo, as quais são importantes para situar o leitor sobre as dificuldades encontradas na realização desta pesquisa de campo. Essas impressões serão válidas também para compreender o processo psíquico desses casais e corroborar na análise teórica-clínica no decorrer deste capítulo.

As quatro entrevistas foram desempenhadas separadamente com cada casal em um espaço dentro da própria clínica responsável pela realização de FIV com uso de óvulos doados. Essa sala possuía uma poltrona e um sofá, apresentando-se como um ambiente acolhedor (conforto dos móveis e a temperatura agradável do ambiente) e com acústica adequada que favorecia a escuta das falas de cada cônjuge e, ao mesmo tempo, excluía qualquer tipo de ruído advindo da área externa da mesma. Antes de darmos início aos relatos das entrevistas, é importante pontuar que o pesquisador teve dificuldade de encontrar casais que quisessem participar deste estudo, ainda que fossem explicados os objetivos do mesmo, seu caráter científico e o termo de consentimento livre e esclarecido (este documento está na íntegra no anexo deste trabalho). Os casais que se recusaram a participar desta pesquisa alegavam a falta de tempo para encontrar com o pesquisador e/ou não queriam falar a respeito do tratamento de RHA. Em decorrência dessa dificuldade, mesmo enfatizando ser um estudo científico e que seria sigilosa a identificação

de cada cônjuge, ainda assim não houve êxito nos oito primeiros convites com diferentes casais que passaram pela FIV com uso de óvulos doados. Nesse sentido, foi necessário no primeiro momento, após esses percalços, que o médico que realiza a FIV com óvulos doados dessa clínica, fizesse o convite para os demais casais que ainda não tinham sido convidados, *a priori*, pelo pesquisador deste estudo. Essa abordagem surtiu mais efeito a nível transferencial, posto que seis casais (ainda que expressassem desconfiança e certa insegurança) aceitaram participar da pesquisa. Desses seis apenas quatro foram até a clínica, enquanto os outros dois casais desistiram, alegando posteriormente que não se interessavam em contribuir com este estudo. Com o intento de não coagir e respeitar os motivos, ainda que vagos, que os levaram a não aceitar por livre e espontânea vontade a participar das entrevistas, foi inevitável apenas entrevistar os quatro casais que compareceram à clínica (o dia e o horário da entrevista foram marcados a critério da disponibilidade que cada casal julgou melhor para si próprio).

Antes de iniciar cada entrevista, além de apresentar os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento, foi perguntada a disponibilidade do casal em poder se reunir com outros casais, desta mesma pesquisa, para um encontro grupal em que pudessem compartilhar das experiências vividas pelos mesmos em relação ao tratamento da infertilidade. Em unanimidade todos recusaram tal proposta declarando que já estava difícil estarem ali presentes relatando a história de vida e o processo experimentado por eles no tratamento da infertilidade para o pesquisador (que neste momento era visto como um estranho para o casal) e que seria muito mais difícil se abrir para falar com outros estranhos (como referência ao grupo que poderia ser formado só com

casais que usaram desta mesma técnica de RHA). Nesse sentido, não foi viável uma configuração grupal de casais para um possível encontro coletivo, pois mesmo após o término da entrevista todos mantiveram a posição de não aceitar tal proposta.

Uma impressão que também se destacou foi o comportamento das mulheres em tomar a iniciativa da entrevista, já que todas falaram mais sobre o que vivenciaram antes, durante e depois do tratamento de RHA em comparação aos seus respectivos maridos. Esses, na maior parte da entrevista, resguardavam-se através do silêncio e poucas vezes emitiam opiniões ou suas experiências. Além disso, os homens demonstravam ansiedade para que aquele encontro fosse logo finalizado.

Vale notar outro aspecto interessante ocorrido em todos os encontros, que somente após o decorrer da entrevista é que o casal assumiu para o pesquisador que fez uso de óvulos doados, mesmo que inicialmente na apresentação dos objetivos do estudo fosse explicitada a questão da ovodoação. Nesses momentos, a iniciativa foi sempre da mulher e o homem apenas confirmava em seguida. Somente uma participante não confirmou a utilização de óvulos doados, apenas que recebeu sêmen de um doador. Com relação ao estado emocional dos entrevistados foi possível perceber um nível de ansiedade na fala e uma preocupação que seus nomes não fossem revelados na pesquisa.

Enfim, a partir do material clínico, ou seja, de algumas falas mais proeminentes e comuns dos quatro casais, foi realizada uma análise e interpretação do mesmo à luz de alguns conceitos da psicanálise freudiana e da psicanálise de grupo – dos autores Kaës e Anzieu. Por serem conceitos que

não foram construídos pelos seus respectivos autores, a partir de atendimentos de pacientes que fizeram tratamento com FIV e receberam óvulos doados, então a análise de cada trecho selecionado das entrevistas foi articulada com conceitos teóricos desses autores que possibilitassem uma compreensão mais próxima dos processos psíquicos vivenciados pelos casais, a seguir:

Maria (casal 2) – (f.107): *É o seu desejo pessoal, é o que você pensa da vida, é o que você quer para você... é a razão de você encontrar a razão de ser, sua razão de ser no mundo. Agora como somos seres complexos, então outras questões vão se agregando... então vão fortalecendo essa busca da realização pessoal, mas é isso praticamente tudo na vida.*

Paulo (casal 2) – (f.118): *É a família, eu penso assim família, eu imagino uma família, um pai, uma mãe e assim duas crianças, como eu disse antes era um casal, né? Dois filhos. Eu sempre tive isso em mente. Desde o princípio essa outra criança estava na nossa mente, né? Trabalhamos pra isso.*

Essas falas livres aludem a questão do desejo de terem um filho, imbricada na vivência da sexualidade infantil de cada indivíduo que, no aqui e agora, ressurgiu ao optar pelo tratamento de RHA. Nessas falas é possível ter um pouco da dimensão desse desejo, da sua importância na realização pessoal de cada entrevistado, assim como a sua efetivação traz um sentimento de completude semelhante ao que foi um dia, quando estavam vinculados à mãe na fase oral e ao estado emocional de plenitude que este período proporciona.



Para Freud (1905/1996), o desejo de ter um filho perpassa as questões vivenciadas pela criança na sua descoberta da sexualidade e sua constituição psíquica. A mãe, independentemente do sexo do filho, propiciará o ambiente e o contexto para que ele experimente a sexualidade, a erotização do seu corpo, a investigação de onde veio (origem dos bebês), bem como a primeira relação objetal. Tais fatores conglomeram importantes valores na constituição psíquica do infante, para ambos os sexos, porém tomarão destinos diferentes no decorrer do desenvolvimento psíquico, no que concerne ao desejo de ter filho na fase adulta. No sexo feminino é mais proeminente e de maior visibilidade o desejo de ter um filho, em razão de fatores sociais e culturais que influenciam no psiquismo da mulher, desde sua infância, quando se observa o brincar de bonecas, de casinha, entre outros.

No livro “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905/1996) postulou a existência da sexualidade infantil, bem como ampliou o conceito do sexual para além do órgão genital, afirmando que esse conceito envolve muito mais que a parceria entre dois seres humanos, no que tange à cópula sexual, sendo que seu significado abrange a reprodução, em ações, das excitações e dos desejos que vigoram desde a infância. Transcende as necessidades fisiológicas que imperam no corpo.

Freud (1905/1996) ressaltou a existência e a vivência da sexualidade na criança, através de estágios do desenvolvimento sexual. Estimulada em meio à provisão pelo adulto das necessidades vitais, a criança busca, a cada momento e em cada região do corpo, a descarga e a obtenção de alívio e prazer.

Assim, como consta em nota de Abraham (1970, p.52):

A expressão sexual não é um fenômeno independente, mas depende de uma função importante para a preservação da vida, a saber, o ato de sugar em busca de nutrição, de maneira que é a reprodução de um estímulo agradável que a criança experimentou durante a alimentação.

Essa etapa a que se refere o autor, em especial, é predominantemente oral, já que mamar no seio será a fonte estimuladora da pulsão sexual. No entanto, além da fase oral existem outras, como anal, fálica, edípica, latência e genital, em que o infante vai se desenvolvendo, tanto no que diz respeito à maturação neurofisiológica, psíquica e sexual, quanto em sua relação com o(a) cuidador(a), como alternativa para a sobrevivência física e psíquica por meio de vínculos emocionais que mobilizem esse outro a acolhê-lo. Na fase adulta ocorrerá o retorno dessas vivências emocionais da infância, contudo serão projetadas para o filho que nasceu. De fato, o vínculo construído dos pais com o seu bebê é um vestígio e repetição do que viveram no passado, com seus respectivos genitores quando ainda eram infantes e que agora buscam reproduzir, ilusoriamente, com o filho que nasceu.

Tais explicações, anteriormente mencionadas, oferecem substratos para compreender o desejo desses casais, que fizeram a FIV com uso de óvulos doados, de terem um filho, já que o complexo processo vivido na infância será justamente um dos alicerces para o que almejaram. Para Ribeiro (2004, p. 52), “talvez seja difícil diferenciar, no psiquismo infantil, questões tão interligadas como a presença (origem) de bebês, a relação (sexual) entre os pais, a diferença entre os sexos e entre as gerações”. São enigmas complexos,

permeados pelas excitações pré-genitais, de extrema importância para a investigação sobre o desejo de ter um filho.

Maria (casal 2) – (f.107): *Então quando você define isso: o que é importante pra mim como ser humano? O que vai me realizar? Quando chegar no final da minha vida e eu vou achar que eu trilhei o caminho que era aquele mesmo? Aquela sensação assim, não sei se plena, por que esse mundo acho que não vai trazer essa sensação cem por cento plena pra ninguém, mas se aproximar assim da razão de ser do ser humano. Por que eu existo? Por que eu me relaciono? Por que eu faço algumas renúncias e outras não? Então essas perguntas, essas questões da realização do ser humano é o que é importante, que é fundamental para essa decisão de você partir para um tratamento de fertilização...*

Bianca (n.4) – (f.50): *Você vive pra que? Para que você vive? Pra trabalhar, ganhar dinheiro, pra comprar bens materiais... porque tudo acaba, mas eles não. Eles são seus filhos e você vai ter a vida toda aquela pessoa que vai depender de você... até um certo momento vão ser independentes, vão criar fama... você vê você... parece que você vai se multiplicando... eu vejo assim, entendeu?*

Destacam-se nesses relatos a proeminência das fantasias narcísicas dessas mães em relação a terem um filho, assim como são apontados os limites da castração vivenciados por elas no desenvolvimento da sua sexualidade infantil, quando questionam a finitude das suas conquistas materiais, as quais afirmam

não suprir plenamente seus anseios. Decerto que, ao optarem em ter um filho constituem uma outra maneira de aplacar a angústia da castração, já que relatam sentir próximas a um estado de completude utópica, com sentimento de prazer imensurável e onipotente que este feito proporciona, no plano tópico da representação narcísica do Ideal do Eu. Essa fantasia é uma representação do que não se extinguiu da formação do narcisismo primário durante a infância, concomitantemente ao desenvolvimento da sexualidade infantil.

Conforme Freud (1905/1996), a sexualidade infantil polimorfa é provocada pelo adulto em meio aos cuidados que ele presta ao bebê. Essa erotização que abrange toda a superfície do corpo tem, no entanto, um destacado roteiro desde a oralidade até a fase fálica, com as distintas modalidades de cada estágio. As manifestações sensoriais e musculares crescentes da descarga e de busca de prazer da sexualidade infantil revelam uma atividade autoerótica, como se reiterando *in loco* as excitações que outrora foram incitadas pelo adulto. Apesar de ser aparentemente mecânica essa passagem é neste momento que nascem as manifestações propriamente pulsionais, as quais condensam importantes transformações que no futuro fornecerão substratos para que alguns adultos desejem ter filhos.

Assim, nos estágios primários da vida o bebê não tem noção de seu corpo e de estar separado do ambiente, pois todas as suas atividades se dão no terreno narcísico primário. Porém, em certo momento, ele nota que o seio ao qual se endereçava para buscar alimento e prazer pertence a um corpo, dando-se conta, concomitantemente, da existência e separação dos corpos. Nesse instante a pulsão torna-se autoerótica (para essa descrição cf. Freud, início do V capítulo do terceiro ensaio de 1905/1996), ou seja, as propriedades

de prazer próprio e a noção do próprio corpo começam a se esboçar na mente do bebê. O *auto*, esse recuo para si significa, entre outros aspectos, o nascimento das fantasias inconscientes, como sementes do mundo psíquico da criança que acompanham as atividades sexuais infantis e que, na fase adulta, retornam em potencial quando se deseja ter um filho. É neste momento quando nasce o filho que as fantasias narcísicas eclodem, buscando suprir as 'faltas' através das projeções do que não pode vivenciar em sua própria infância, mas que agora o filho poderá realizar. De fato, como foi bem exposta na fala da entrevistada Bianca (n.4), ao afirmar que se vê no filho que nasceu, ou seja, denotando a relação simbiótica que tem com a criança e a possibilidade desta última suprir seus desejos não realizados.

Maria (casal 2) – (f.72): *Todo ser humano quer conhecer a sua origem, né? Eu acho que isso aí talvez esteja no direito natural, no sentimento natural, então pra mim eu já entendi que a origem dele sou eu, o pai dele... não existe mais questionamento na minha cabeça do tipo: "ele não tem origem?" ele tem origem... ele tem origem que somos nós os pais, então não é um conflito pra mim ter que revelar para meus filhos, nem pra minha mãe. Não! Pra mim já está revelado para todos, pois todos viram aqui a minha barriga. Tá aqui o pai, tá aqui a mãe... não pretendo explicar mais nada.*

Cecília (casal 3) – (f.150): *Apesar de saber da verdade, que é real e que não é, mas, assim, ele é meu. O sangue que está nele, ele pode não ter o meu DNA, mas o sangue que tá nele é o meu, fui eu que alimentei ele, foi aqui que ele se desenvolveu, no meu ventre, então assim, ele é meu.*

Rodrigo (casal 3) – (f.128): *Um dos meus maiores receios, como ela está falando: “ah o lourinho parece”... nesses tratamentos, este tipo de coisa corre-se um risco de uma troca de sei lá... eu não sei como é que funciona aí por dentro, mas é uma coisa que eu falei com ela: “nós estamos partindo para uma fertilização in vitro se porventura trocarem? E aí? Vai ser gerado outro menino que não tem nada a ver com nós dois? E aí?” Meu maior receio seria esse.*

Bianca (n.4) – (f.48): *Eu sempre tive esse medo de nascer o filho com problema, né? Com síndrome de Down ou alguma síndrome aí de mulheres que tem filhos mais velhas...*

O nível de angústia nas falas livres desses entrevistados são reveladores, em relação à fantasia de sua origem vivenciada pelos mesmos no período infantil, que agora ressurgem após o nascimento de seus filhos. Isso pode ter ocorrido e se intensificado em decorrência do próprio contexto em que foram concebidas as crianças, ou seja, através de uma clínica; com uso da ciência médica; após o tratamento com técnicas de RHA com uso de óvulos doados, diferentemente da reprodução natural; com anonimato da doadora; e, possivelmente, por todos estes detalhes fantasiosos que aludem questionamentos e dúvidas sobre a paternidade e maternidade, já que a fertilização é *in vitro* e longe do alcance visual dos pacientes.

Nos trabalhos seguintes ao de 1905, Freud nota que os roteiros das fantasias seguem padrões filogenéticos, inicialmente de cunho narcísico. Por exemplo, os questionamentos inconscientes “de onde eu nasci?” ou “como

nascem os corpos?”, trariam respostas de acordo com as ocupações das descargas sexuais, ou seja, se estas são centradas na oralidade a “teoria” é de que os bebês nascem pela boca, ou, no estágio anal pela cloaca etc. Entretanto, a configuração da separação dos corpos, sublinhada acima, vai permitir na fase fálica inserir o sujeito na cena edípica, esboçando a trama do incesto e a ameaça de castração.

As teorias sexuais infantis nascem com a entrada na fase edípica, mais precisamente na constituição edípica do narcisismo, ou seja, dizem respeito à separação do ambiente que, através do mecanismo defensivo da regressão, o questionamento ‘de onde vêm os bebês?’ é respondido conforme ‘a concentração de tropas’ da libido, de acordo com o estágio em que a criança se encontrava: concepção, nascimento ou devoração dos bebês na e pela boca; ou concepção, nascimento e destruição dos bebês na e pela cloaca etc. Com base nessa concepção de Freud é possível perceber que tais fantasias de destruição ou de nascimento experimentadas pelas crianças podem ressurgir, no aqui e agora, quando adultos. Esses pais entrevistados que utilizaram a RHA, a depender da concentração das suas tropas de libido, criam fantasias persecutórias e de aniquilamento quando se angustiam sobre a possibilidade de seu filho nascer com algum problema de saúde, ou com alguma doença genética, ou dos óvulos serem trocados na clínica, entre outros.

Decerto que as teorias sexuais infantis se reportam, primordialmente, ao questionamento das origens que faz paralelo com a do retorno ao seio materno das fantasias filogenéticas. Contudo, em sua revelação positiva os infantes compartilham com essas fantasias uma atenção à cena primária, além de erigir

uma teoria sobre a ubiquidade do pênis nos seres do mundo (em paralelo com a fantasia filogenética de castração).

O ambiente e a filogenia propõem, então, as rotas e o programa edípico para a libido, cujo sentido e finalidade pela castração são a constituição de um sujeito separado. As teorias infantis atestam claramente, como indicamos acima, a elaboração dessa separação dentro da trama edípica em que se luta contra o viés narcisista que resiste ao luto implícito e à separação do objeto primário. Luto esse que é inerente à aceitação da castração para a entrada em cultura. A elaboração carrega consigo essa transposição retroativa e defensiva, ou seja, em meio ao refúgio narcísico da castração e aos estágios da libido - oral e anal. Esses adquirem uma configuração fantasmática (da problemática edípica), ou seja, de significantes culturais, porém sob o modo narcísico (ubiquidade do pênis, concepção, nascimento e bebês).

Para Ribeiro (2004, p.51) esses primeiros enigmas que ocupam a mente infantil, que dizem respeito à origem dos bebês e à própria origem, têm seu valor nas questões futuras relacionadas à função materna e paterna e ao desejo em ter um filho. Ainda em germe na mente da criança, esboçam-se questões sobre o papel do pai, da mãe e o sexual, os quais no futuro irão observar seus filhos questionando a própria origem. Não tão obstante, vemos como os entrevistados exaltaram que os filhos são deles, já que nasceram dos seus próprios ventres e que os alimentaram, ou seja, a representação da origem da criança perpassa também pela gestação e o momento do parto. Tais representações têm uma importância para estes pais, pois estão no campo do real e por isso tem um valor comprobatório da origem de seu filho.



Bianca (n.4) – (f.28): *Pelas características que eu queria, porque queria uma pessoa que se parecesse com a minha família, mais ou menos, não é? Sei lá, eu escolhi, assim, tinha um padrão...*

Rodrigo (casal 3) – (f.131): *Isso era o maior receio, mas é como ela falou: veio, parece comigo, parece com ela, então não trocaram. O meu maior receio fosse que não parecesse com nenhum dos dois... logicamente que a gente ia amar do mesmo jeito que gente ama ele hoje, mas sempre teria aquela dúvida do filho não ser nosso...*

Ana (casal 1) – (f.41): *(risos) Pois é, então, aí depois eu fiz os tratamentos com ovodoação só que os óvulos não eram bons, entendeu? No dia que ia fazer o procedimento a médica viu os da moça, colocou no microscópio e depois aumenta lá não sei o que... aí inclusive como eu já associei esses embriões ao meu primeiro (FIV) e eu vi que era diferente, aí a médica explicou que realmente eles não eram tão perfeitos quanto o meu... que era o meu próprio, entendeu? É isso, né? Bom, enfim, mas aí eu já não fui com segurança... eu senti que a médica não estava segura, que os óvulos não eram bons...*

A fantasia sobre a própria origem é por si só desencadeadora de angústia. Contudo para aquelas pessoas que utilizaram a técnica da FIV com uso de óvulos doados, a angústia se torna mais intensa e de complexo abrandamento. Isso posto, porque a fantasia se apropria do contexto real de como foi realizado o tratamento da infertilidade, produzindo questionamentos e dúvidas pautadas em desconfiças sobre a ética e honestidade dos

profissionais da clínica. Nesse sentido, os pacientes regridem à fase infantil em que vivenciaram essa mesma angústia, quando se questionavam sobre quem eram seus verdadeiros pai e mãe. Mais além, regridem à fase em que vivenciaram angústia em relação à descoberta da idoneidade da própria genitora, ou seja, quando a criança descobre que a mãe não é tão pura em seu amor para com o mesmo, já que divide a sua atenção e afeto com um outro: o seu próprio pai. A angústia sentida pela criança, no período das descobertas das diferenças entre os sexos e sua origem, é reativada no aqui e agora na fase adulta, como o foi no passado em relação aos seus pais. Contudo tal angústia reaparece nesses casais através de fantasias que denotam insegurança com a clínica em ter trocado os óvulos doados, bem como a angústia de que seu filho não pareça com eles (fazendo um paralelo à fantasia infantil da criança sobre a traição de sua mãe e a incógnita paternidade), entre outros.

No texto 'Romance familiar' de 1909, Freud descreve com clareza o conflito vivido pela criança a respeito da sua origem e suas impossibilidades amorosas sexuais para com seus pais. A dificuldade da criança em poder manter um estado de afeto satisfatório e único com seus genitores, após as interdições do complexo de castração, e, posteriormente, as constituições das barreiras sexuais, faz com que atravesse etapas de sua vida em que a fantasia circunscreve dúvidas a respeito da sua origem. Como exemplo disso, é comum o infante se questionar se aqueles que dele cuidam são seus verdadeiros pais, bem como imaginar uma possível infidelidade conjugal dos genitores, e depois, ao descobrir o funcionamento sexual e o papel masculino e feminino no ato da procriação, restringir ao pai a dúvida da paternidade.

Assim, tão logo se inicia imaginariamente “a substituição dos pais, ou só do pai, por pessoas de melhor situação, veremos que a criança atribui a esses novos e aristocráticos pais, qualidades que se originam das recordações reais dos pais mais humildes e verdadeiros” (Freud, 1909/1996, p.222). A criança, neste momento, goza às avessas, ao menosprezar as qualidades e afeições dos pais verdadeiros, posto que, em seu inconsciente, busca resgatar um passado em que estes eram mais fortes, belos e protetores, através de fantasias atuais com outros pais, supostamente melhores em termos de profissão, renda financeira, estética, entre outros. Esse período marcante para a criança poderá ser retomado em fases posteriores da sua vida, denotando um desejo de reconquistar aquele amor incestuoso desobstruído de repressões. No adulto “volta a manifestar-se nessas fantasias a supervalorização que caracteriza os primeiros anos da criança” (p.222) e tais fantasias vão ser projetadas em outras pessoas, como por exemplo: nas escolhas amorosas e no desejo de serem os melhores pais.

O desejo do adulto em ter um filho parece surgir desde a infância no esteio de questões estruturais para o psiquismo. Nesse sentido, a impossibilidade de realizar tal desejo na fase adulta pode reativar e/ou intensificar conflitos inerentes ao campo psíquico em que se origina na infância e de certo modo permanece vinculado.

Maria (casal 2) – (f.82): *Por exemplo, eu vejo muito questionamento na internet sobre possíveis encontros de meio irmãos, do tipo: “ah meio irmão, se encontram, se casam aí são irmãos e tal”, mas eu penso, assim, essa situação*

*de meio irmãos pode até acontecer num método natural... eu vou ter um filho e não foi revelado, no casamento ou antes e tal, aí os irmãos se encontram...*

Cecília (casal 3) – (f.144): *Eu vi que era uma menina, sabe? Mas eu via ele (o filho do casal) igual... nunca vi parecer tanto o olhinho, assim, redondo. Parecia assim uma bolinha de gude azul, aquele cabelinho... Aí eu pensei: “meu Deus é a irmã do meu filho. Só pode ser”. Idêntico. É porque eu não tinha como tirar uma foto, então, eu olhei e vi que era idêntico...*

Paulo (casal 2) – (f.30): *Eu insisti. Lembra que eu insisti pra gente ficar mais um pouquinho tentando antes de decidir pela fertilização? Eu achava que a gente poderia esperar mais um pouco no método natural, tentando o método que a gente estava, ou seja, aquela medicação que você estava tomando.*

Fabio (casal 1) – (f.7): *Então é importante você dizer o por que, o que houve, qual o problema dela biológico, né?*

Maria (casal 2) (f.4): *Então, é um processo difícil não só o ponto da questão de não poder ser mãe, mas, também, a condição de ser mulher, continuar atraente, continuar sendo feminina... tudo isso bate assim na cabeça da mulher. O homem eu acho que... não sei se ele pensou nisso, assim, eu tinha essa preocupação de revelar pra ele, que a minha fertilidade estava em declínio, o que poderia até interferir no nosso relacionamento.*

Cecília (casal 3) – (f.81): *Eu vi que meu tempo estava se esgotando, sabe? Por que para mulher realmente tem prazo de validade nesse sentido e meu tempo estava se esgotando... para ele tudo bem, assim, pra ele que é homem. O homem com sessenta ou com setenta pode arranjar outra mulher e conseguir isso e eu me sentia: “poxa meu tempo está se esgotando e eu não fiz... eu devia ter tentado antes...” bate uma certa culpa...*

É possível perceber a consternação nas falas livres desses entrevistados, no que concernem as suas próprias fantasias incestuosas. Essas que deveriam permanecer recalçadas, encontram um espaço para seu retorno, visto que seu filho foi gerado por um óvulo de uma doadora anônima e que esta pode ter gerado outros filhos ou doado seus outros óvulos para pacientes que necessitavam dos mesmos. A possibilidade real de este fato acontecer, ainda que mínima, e que possa ocorrer alguma relação afetiva e incestuosa entre irmãos, reacendem fantasias infantis de incesto e concomitantemente a angústia da castração desses pais. As fantasias que os entrevistados vivenciaram não é algo novo e nem tampouco o afeto que nela se encontra, pois é um desejo infantil, incestuoso, que carrega o temor do complexo de castração vivenciado pelo infante na fase fálica. Além do que, no relato da mulher transparece uma fantasia distorcida, produto de seu inconsciente, de que a perda do número de óvulos sadios que pudesse fertilizar significaria uma perda ou desapropriação da sua feminilidade. Ou seja, algo controverso e sem embasamento para com a realidade, já que não existe uma lei ou regra social ou científica que assegure esse tipo de pensamento. No tópico inconsciente, o que reverbera nesse tipo de associação é o ‘poder’ ou o

'falo' da mulher representado metaforicamente nos óvulos, o qual tem o significado na capacidade de gerar um filho. Ao sentir essa perda do 'poder' volta-se, em termo de regressão, a algo do conflito da sua infância a respeito do seu desenvolvimento sexual e conseqüentemente a angústia da castração e a inveja do pênis. No relato do homem transparece a fantasia de onipotência de seu falo, que neste contexto se exprime na fantasia de poder fertilizá-la, ainda que a realidade mostre que o organismo da sua esposa não pode mais produzir óvulos sadios para a fecundação. Isso pode atestar uma valorização do pênis como o falo todo poderoso, para esses pacientes.

Segundo Freud (1905/1996), na fase fálica existe uma construção imaginária da teoria infantil de que todas as pessoas possuem um pênis, sendo que, posteriormente, os infantes descobrem (pela manipulação genital e no prazer deste ato) que existem pessoas com falo e outras não. Essa diferenciação fará com que seja dada maior e mais intensa valorização a esse objeto. Na manipulação masturbatória a criança acaba por dedicar uma atenção aos seus próprios órgãos genitais, que antes deste estágio não era tão veemente. Porém, essa atenção não se restringirá apenas ao seu corpo e, servindo-se da pulsão escopofílica, ela também será atraída a observar os órgãos genitais das outras pessoas, sejam estas pai, mãe, irmãos, coleguinhas, animais e mesmos seres inanimados. Importante ressaltar que, antes disso, o menino não faz nessa fase uma distinção entre os sexos e nem mesmo diferencia os órgãos das outras pessoas do dele. Ou seja, para ele "é natural presumir que todos os outros seres vivos, humanos e animais, possuem um órgão genital como o seu próprio" (Freud, 1923a/1996, p.158).

A criança adentra a trama edípica que abriga o conflito incestuoso do complexo de Édipo e a decorrente angústia de castração. A mãe e, possivelmente, a irmã podem se tornar, então, alvos desejados pela criança do sexo masculino, havendo a necessidade preponderante de se interromper as investidas ao objeto desejado incestuoso, para que o indivíduo se torne sujeito de seus próprios desejos e agente na construção e manutenção da cultura - pertinentes para o bem-estar da sociedade.

A angústia de ser castrado recai no menino a partir do momento em que este recebe as ameaças externas. Freud (1933[1932] /1996, p.90) ressalta que a castração não pode ser entendida como uma ação real de retirar o pênis do menino, ou como uma ação resultante do fato de ele ter se apaixonado pela genitora; ao contrário, na angústia de castração “o que é decisivo é que o perigo ameaça de fora e a criança acredita nele”. Essas ameaças geralmente advêm das pessoas que, ao brincar com a criança, dizem que vão cortar o pênis dela; da própria mãe que tenta punir seu filho por estar manipulando o pênis; e, também, do fato de a criança se masturbar ou até mesmo quando tem enurese noturna.

A fantasia de castração ocorre, prioritariamente, quando a criança sente-se ameaçada em perder seu pênis (Freud, 1924/1996, p.195). No entanto, outras experiências anteriores a esse período tornam-se preparatórias para o momento do complexo edípico, como: “a retirada do seio materno — a princípio de modo intermitente, e mais tarde, definitivamente — e a exigência cotidiana que lhes é feita para soltar os conteúdos do intestino”. Não obstante, esses ‘cortes’ são ressignificados, *a posteriori*, à luz da ameaça de castração na fase fálica. Ao ser vivenciada pela criança, a angústia de castração fará com que,

conseqüentemente, ocorra a dissolução do complexo edípico, quando o menino deixará de investir sua libido no objeto incestuoso desejado, por conta do “temor da castração — isto é, pelo interesse narcísico nos órgãos genitais” (Freud, 1925/1996, p. 278) e tenderá a sublimar seus impulsos sexuais para atividades sociais. Nesse momento da infância, o menino atravessa uma das mais importantes experiências de sua vida, já que deve renunciar ao seu desejo sexual pela mãe, fazendo com que a rivalidade edípica com o seu genitor seja postergada para o futuro, constituindo-se não mais em um confronto direto e sim no desejo de igualar-se a seu pai e, se possível, superá-lo em sua tarefa de criar um filho com a sua futura esposa. Ressalta-se que esse filho será concebido por uma mulher possivelmente representada como a imago de sua mãe e fertilizá-la é uma maneira também de reafirmar sua potência viril, até então castrada pelo seu pai, que agora pode ser deslocada e sublimada para sua esposa.

No Complexo de Édipo feminino, a menina manipulará seu clitóris extraindo prazer dessa atividade. No entanto, da mesma maneira que o menino, tenderá a observar se outros seres vivos ou inanimados possuem o mesmo órgão que o dela, e se extraem, da mesma maneira, prazeres ao manipulá-lo. Ao deparar-se com o fato de o menino possuir um órgão genital maior e diferente do seu, tenderá a hesitar e relutar contra essa descoberta. Dessa atitude, segundo Freud (1931/1996, p.241), “aferra-se obstinadamente à expectativa de que um dia também terá um órgão genital do mesmo tipo e seu desejo por ele sobrevive até muito tempo após sua esperança ter-se expirado”. Inicialmente, a menina aceita essa castração como uma punição de algo que desejou, porém, mais adiante, perceberá que outras pessoas não possuem o



pênis, como a sua própria mãe, sofrendo uma desilusão que a leva a culpar sua genitora por não ter lhe dado esse órgão e a inveja do pênis. É nesse período que o complexo de Édipo feminino comporta-se com um caráter masculino e, somente com o decorrer do tempo, torna-se feminino.

Ao se descontentar por ter nascido sem pênis, a menina se afastará de sua mãe e buscará uma aproximação com seu pai, a fim de possuir um substituto do pênis que não teve, por meio de um filho gerado com esse pai. Vale ressaltar que esse seria um caminho para a dissolução satisfatória de seu Complexo de Édipo, no qual se constitui a feminilidade. Contudo, existe a possibilidade de, insatisfeita com o seu órgão genital, a menina ser repulsiva à masturbação e/ou ao interesse sexual em geral, ou mesmo de manter o desejo de possuir um pênis no futuro e com isso buscar se autoafirmar na masculinidade por longo período. Assim sendo, para Freud, essa última escolha pode levar a uma orientação homossexual na fase adulta.

Mediante as explanações anteriormente expostas, com base na teoria freudiana, podemos compreender como Freud se equivocou em dizer sobre a existência da dissolução do complexo edípico, posto que observamos como esses entrevistados do sexo masculino relutam em aceitar sua impotência diante da infertilidade biológica das suas esposas. Além do que, notamos nas entrevistadas a dificuldade de aceitar a sua castração, quando as próprias associam o poder fálico com a capacidade de gerar um filho. Decerto que, com a infertilidade reacendem o fracasso do seu 'falo' e a inveja do pênis, já que o homem (ou seu marido) não sofre tanto quanto a mulher pela ação do tempo, no que concerne à perda na produtividade do sêmen e à fertilidade.

Maria (casal 2) – (f.16): Nós acreditávamos que poderia acontecer naturalmente até porque já tínhamos, temos um filho. Então teve uma fase prévia de você buscar uma alternativa diferente. Porque, né? Porque... porque nós somos saudáveis, somos fortes, temos uma experiência positiva anterior, então acreditávamos que não precisava partir pra uma técnica que eu acho que é válida, importante, nos beneficiou... mas eu acho que é um processo normal mesmo, aí fizemos esse tratamento...

Paulo (casal 2) – (f.17): Primeira tentativa no natural, né? Seria o mais próximo do natural e depois quando a gente viu que não tinha condição, tava bem difícil e o tempo vai se encurtando, que chega uma faixa etária que você começa a ver que o tempo está contra, né? E nesse ponto aí nós homens somos mais bem beneficiados, né?

Rodrigo (casal 3) – (f.76): Então, talvez a idade seja importante para ela... eu estou com quarenta e três anos e ela com quarenta e quatro...

Cecília (casal 3) – (f.79): Além de tudo isso tinha outro problema que era a minha idade. Ou seja, poderia passar por tudo isso e não conseguir engravidar, também, por causa da idade.

Bianca (n.4) – (f.14): Depois dos trinta, eu esqueci de ter um filho. Nunca mais eu tinha pensado... só voltei a pensar nesse dia na clínica (risos)... eu fui para a clínica X, aí a doutora X e a doutora Y chegou pra mim, assim... eu disse pra ela assim: “ó eu não vou fazer mais o implante. Eu vou engravidar”. Aí ela me

*disse: “dona Bianca, se você quiser a gente faz o tratamento”, mas me disse todos os perigos que eu correria por causa da idade, né? Aí eu falei assim: “eu assumo todos os riscos, mas eu quero engravidar”.*

Nessas falas livres é possível compreender a dificuldade sentida pelos entrevistados em aceitar a própria castração. Na mulher observamos sua aflição ao relutar contra o diagnóstico de infertilidade, o que acarretaria na aceitação da perda do seu falo (que simbolicamente significaria o poder de gerar um filho através dos seus óvulos sadios), enquanto no homem a castração é revivida nesse momento, quando não é capaz de engravidá-la sem as técnicas de RHA, sendo que o mesmo delega esta impossibilidade ao problema do tempo biológico da sua esposa, como se fosse um mecanismo de defesa - projeção.

A obstinação do homem pela gravidez de sua esposa envolve a função mais psicológica que social de desmentir para a sociedade a suposta infertilidade, mostrando as pessoas que sua mulher está grávida, assim como ameniza também o temor da castração. Na mulher a obstinação pela gravidez pode ser pelo desejo de um filho como resultado da formação do Ideal do Eu, enquanto resolve o conflito edípico ao se identificar com os emblemas culturais respectivos ao gênero, ou o desejo pela maternidade quando estariam vinculados as identificações primárias, na exigência da fusão com o Eu Ideal. Fusão essa que conduziria a restituir a posição narcisista enquanto era criança e não reconhecia como diferenciada da mãe. O Ideal de maternidade possibilita o acesso da identidade feminina que somente parece consolidar-se a partir da chegada do filho.

Conforme McDougall (1997), os desejos bissexuais inerentes aos seres humanos, proeminentes na infância, têm sua pertinência na compreensão sobre a maternidade e paternidade. A bissexualidade implica em uma atração por ambos os genitores e, por conta desse fenômeno, surgem fantasias em possuir características tanto masculinas quanto femininas e de ter os pais como parceiros sexuais. Ou seja, emerge o desejo infantil nos adultos a partir do momento em que é requerida a posição homossexual ou heterossexual do Complexo de Édipo, em que se almeja o pênis poderoso do pai ou a posição da mãe de receptadora do pênis e do poder em gerar um filho.

De comum acordo com esse pensamento, a autora Ribeiro (2004, p. 67) enfatiza:

A ferida narcísica, decorrente do fato de a criança não poder satisfazer o desejo de ter um filho com os genitores, é compensada, na vida adulta, com a realização da maternidade e paternidade com os “substitutos” das figuras parentais – marido e esposa.

Decerto que, para entendermos essa trajetória que culmina no desejo de ter um filho, temor da castração e a inveja do pênis na fase adulta, é importante retornar aos conceitos sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil, em especial a saída da fase fálica e a entrada da latência.

A fase de latência surge após a saída da criança do complexo edípico, ou seja, o sujeito entra em latência em função da necessidade de recalcar a sexualidade infantil quando esta desemboca nos desejos incestuosos, decorrentes do investimento narcísico do falo, que compreende o último

estágio da trajetória da libido. O crepúsculo da atividade perversa polimorfa ocorre porque essa espécie paradisíaca narcísica da infância deve ser abdicada em função da realidade da castração. A criança se vê obrigada a abrir mão do amor dos pais, buscando seu lugar entre outros sujeitos. A sexualidade infantil passa por uma transformação sublimatória radical: a bissexualidade é sublimada para que possa servir aos laços sociais, submetendo-se às leis da sociedade que passam a ser internalizadas no Supereu. As pulsões sofrem inibições dos fins a serviço das moções afetivas, sendo que a sublimação das pulsões se coloca a serviço das funções simbólicas do pensamento, da racionalização e dos encargos do trabalho no âmbito das instituições propostas pela sociedade (escola, tarefas grupais ordenadas no campo social, da arte, do esporte etc).

Para Freud (1923b/1996, p.58), nesse período as pulsões sexuais submetem-se a uma orientação negativa de sua costumeira descarga, dando vez a destinos diversos. Uma pressão defensiva, diante da proibição do incesto e do correlato horror de castração, faz desviar essas moções sexuais de seus fins. Os elementos ideativos sendo recalçados, seus correspondentes afetivos acabam sendo invertidos: em vez de expectativa e descarga prazerosa, há um repúdio, vergonha, asco e ojeriza. Uma grande parte da energia sexual é “dessexualizada e sublimada (coisa que provavelmente acontece com toda transformação que resulta em uma *identificação*) e é, em parte, inibida em seus fins e transformada em impulsos de afeição”. Vejamos que, em vez da descarga (em direção ao objeto), há uma volta sobre si (negação) necessária para a identificação, utilizada para a aquisição de laços e sentimentos sociais, sublimando as correntes bissexuais da sexualidade

infantil. Essa mesma contenção de descarga promove, em vez da sua expulsão, uma inibição dos fins, reforçando os laços ternos das correntes afetivas do amor primitivo primário.

Em suas atividades rotineiras, Segundo Anna Freud (2006), esses aspirantes jovens acabam temendo a quantidade de suas pulsões em vez da qualidade, ou seja, o excesso está prestes a evocar a rememoração e o atiçamento da sexualidade infantil e suas pulsões parciais, as quais foram reprimidas nesta etapa de sua vida. Contrariar qualquer tipo de anseio tornar-se-á a maneira mais correta de renunciar às avalanches pulsionais que tanto amedrontam, pelo poder de as possuírem. Para o Eu, a saída encontrada é vetá-las com o maior rigor.

Para Freud (1924/1996), o equilíbrio conquistado pelo Eu durante a latência, a despeito das investidas pulsionais do Isso, ensaia uma possível desestruturação, em decorrência da entrada do sujeito na maturidade, em que se implicam alterações nas condições fisiológicas dos pulsos sexuais secundários (em relação à eflorescência libidinal infantil). Nesse sentido, tais condições favorecerão estimulações pulsionais, as quais são transportadas para a esfera psíquica, na forma de um influxo de libido. A saída da fase de latência e a entrada na puberdade serão marcadas por conflito psíquico, pelo fato de o Eu não conseguir, na maioria das vezes, estabelecer a mesma ordem e equilíbrio presenciados na fase de latência.

Essa re-ascensão, desta vez bastante violenta, do conflito edípico e seus precursores infantis sexuais marcam uma segunda elaboração da trama edípica para o processo com uma finalidade diferente da etapa inicial (entre dois e cinco anos), pois, desta vez, há necessidade e condição para uma

abdição definitiva (com seus possíveis fracassos) dos objetos incestuosos em prol do encontro com o 'objeto externo' (Freud, 1905/1996). Novamente, a consideração do tempo de elaboraço psíquica obrigará, na incitaço secundária da libido, o tratamento regressivo dos resquícios não dissolvidos do complexo de castraço infantil que carrega consigo seus precursores de origem da sexualidade perversa polimorfa. Nesse abalo sofrido pelo Eu, as moções sexuais tendem a voltar à consciêcia, e o mecanismo do recalque torna-se menos rígido, em comparaço àquele presente na fase de latência. As formações reativas que apoiavam o recalque perdem sua força. Fantasias do Complexo de Édipo surgem e tendem a vir à consciêcia de maneira deformada - nos meninos, cada vez mais com representações da castraço, e nas meninas, da inveja do pênis.

Paulo (casal 2) – (f.30): *Eu insisti. Lembra que eu insisti pra gente ficar mais um pouquinho tentando antes de decidir pela fertilizaço? Eu achava que a gente poderia esperar mais um pouco no método natural, tentando o método que a gente estava, ou seja, aquela medicação que você estava tomando. Mas aí depois você me convenceu de que realmente o tempo é muito curto. Acho que você conversou foi até com o médico da equipe e disse que a parte, a sua parte de ovário, da produção ovariana tava numa situação mais difícil mesmo... aí diante disso e tem a questão do tempo, né? Quanto mais passa o tempo pior fica, né? Não havia uma possibilidade de melhora e como a gente de fato, na verdade, não tentou uma só vez não...*

Fabio (casal 1) – (f.46): *Caso dela os óvulos em função da idade não amadureciam mais, por isso partir para doação, essas coisas todas...*

Rodrigo (casal 3) – (f.70): *Decepção, né? Poxa, mais uma vez... a gente se sentia... poxa, será que só com a gente que não acontece? Os outros casais tudo “engravidando” e a gente sempre...*

O que chama a atenção nessas falas dos entrevistados é a questão da relutância em aceitar a infertilidade da esposa, o sentimento de impotência deles em não conseguir engravidá-las e angústia em aceitar a ajuda de um terceiro (o especialista – médico em RHA) para que suas esposas pudessem engravidar. As duas primeiras considerações citadas já foram explicitadas anteriormente, contudo chama a atenção a terceira observação, posto que nesse momento as angústias dos entrevistados incidem na rivalidade e no ciúme com este terceiro elemento – outro (figura do médico) – na relação triangular. Pode-se compreender tal consternação dos maridos em decorrência do retorno das fantasias edípicas e incestuosas, que agora são projetadas na imagem do médico em forma de ciúme e rivalidade, como as foram no passado em relação aos seus respectivos pais na busca pelo amor incestuoso com as suas respectivas mães (representadas neste momento pelas esposas).

Em algumas relações amorosas, segundo Freud (1914/1996, p. 94) o homem escolhe suas parceiras através de atributos que podem ser encontrados na sua própria história com a sua genitora: “encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com a sua alimentação,



cuidados e proteção, isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua”. A fixação infantil, portanto, seria um pressuposto explicativo para que alguns homens neuróticos escolhessem determinadas mulheres, em decorrência das fantasias sexuais relacionadas à sua mãe, ou seja, “suas condições para amar e seu comportamento no amor – realmente decorrem da constelação psíquica relacionada à mãe” (Freud, 1910a/1996, p. 175). A ternura que sente por ela faz com que esse sujeito, mesmo depois do início da puberdade, ainda busque resgatar este amor isento de repulsas, nas suas futuras parceiras. Contudo, essas serão apenas substitutas dessa mãe, uma vez que a proibição do incesto erguerá as barreiras sexuais que impedirão o gozo livre de suas fantasias incestuosas. Assim, os objetos sexuais substitutos serão reinvestidos sob estes repúdios. Ao tentar discernir as condições necessárias preenchidas na eleição do objeto, Freud (1910a/1996) destaca em certos homens uma escolha de objeto que implica o prejuízo de uma terceira parte (por exemplo: namorado ou marido da mulher escolhida, entre outros). Outra precondição é a má reputação do objeto (por exemplo: infidelidade, promiscuidade, entre outros). A primeira condição revela a rivalidade, a segunda, o ciúme, ambas em um contexto triangular. Quanto às condutas amorosas, o sujeito se mostra bastante ocupado com o objeto numa espécie de fidelidade obstinada e compulsiva à mulher prostituída. Tais características do objeto, assim como o modo de entrega do sujeito, preservam-se mesmo quando há troca freqüente de objetos. Nessa entrega, há uma urgência em salvar a amada e resgatar sua virtude e reputação (“tirando-a da zona”). No que concerne a analogia aos processos psíquicos experimentados por cada casal entrevistado, o marido busca salvar a esposa e resgatar a sua reputação,

quando tentava engravidá-la pelo método natural, preservando, assim, a imagem dela de fértil e a sua feminilidade.

Essas características apontam para uma só fonte: a fixação no objeto edípico primário e, portanto, um aprisionamento na cena edípica, em seus vários componentes, como se o sujeito tivesse nela “ligado”, sem ter podido atravessá-la, atualizando, em relação à cena primária, as fantasias da criança que ele foi. No ressurgimento das pulsações sexuais da puberdade e/ou adulta, o homem foi incapaz de visar e se endereçar a um objeto verdadeiramente *externo* (Freud, 1910a/1996), ou seja, livre das feições e cargas do objeto incestuoso da infância. Em vez de reter na sua escolha, como na situação “normal”, apenas a característica geral de um objeto *maduro* como fora sua mãe, o púbere demonstra estar fixado na mãe ou é incapaz de abrir mão da demanda concreta da ternura infantil. Nesse sentido, o indivíduo sustenta a situação incestuosa de origem e, por isso, acaba atuando-a na vida amorosa adulta. Os objetos são, pois, atualizações substitutivas da mãe. O problema é - como Freud elucida em 1905, assim como no ensaio de 1912 - que o sujeito não pode, por alguma razão, integrar em sua malha psíquica o amor primário, a ternura proporcionada pela mãe, de modo que sirva de suporte para a corrente sensual da vida amorosa que renasce com a puberdade. Nas mulheres as escolhas amorosas também não se distanciam das ideias gerais que conduzem os homens na busca de suas parceiras. Elas também mantêm o desejo de obter um filho de seus genitores e tendem a retornar às fases anteriores do seu desenvolvimento sexual, quando podiam desfrutar de um amor com eles, sem maiores repressões.

Decerto que, no tratamento da infertilidade com uso de óvulos doados, alguns maridos tentam negar o vínculo existente entre o médico e a paciente, assim como a sexualização desta relação. O médico transita pelos genitais femininos e isso pode despertar a rivalidade inconsciente do marido, já que pode surgir a fantasia de não ser o homem que a engravidou e, conseqüentemente, de não ser o pai da criança que nasceu. Como detentor da ciência e do saber, o médico não apenas tem o conhecimento absoluto, mas supostamente tem a posse acerca do corpo da paciente e um saber que o marido carece, colocando este último na posição de impotência e castrado deste conhecimento. É nesse contexto que o médico assume a responsabilidade de garantir a procriação e encarna uma expressão de onipotência – o detentor do fogo (conhecimento) como no mito de Prometeu. O papel do marido nesse momento pode ser reduzido a apenas um doador de espermatozóide, enquanto o médico seria um Deus e/ou o pai da criança, já que para algumas mulheres existe a fantasia do médico ser o pai de seus filhos por tê-las fecundado.

Maria (casal 2) – (f.36): *Eu acredito, assim, que tenho mais restrições do que ele em relação a essa questão, por exemplo, só pra exemplificar uma das condições que eu conversei muito aqui com o especialista é que pra mim é inadmissível deixar embriões congelados. Para mim é filho, então, a princípio eu não queria fertilizar todos os óvulos que ficassem bons. Assim numa quantidade adequada, porque eu não admitia os congelados sem uso. Depois o médico me convenceu que se não fossem fertilizados todos, que as chances diminuiriam. Aí eu combinei que poderia fertilizar, mas eu ia utilizar todos. Eu*

*não ia autorizar nenhuma doação para experiência, nem pra nada e tal, porque assim pelas minhas convicções religiosas eu acredito que ali já é vida, então eu acho que ele pensa um pouco diferente de mim, mas eu teria quantos filhos à natureza me desse... porque eu não ia deixar nenhum...*

Nessa fala livre mais uma vez transparece a fantasia incestuosa e de rivalidade devido a constelação conflituosa edipiana, neste momento obstruída pelo mecanismo de defesa – formação reativa. A esposa desloca o motivo de não abdicar os possíveis óvulos fecundados que restaram do seu tratamento para outras pacientes que necessitavam dos mesmos ou para experimentos científicos, alegando a sua convicção religiosa que não permitiria tal conduta. É possível interpretar nesse relato a fantasia de que, ao doar os óvulos fecundados para experiências científicas ou que fossem implantados em outras mulheres, significaria concomitantemente dividir a exclusividade do amor edipiano que teve com o pai na infância. Portanto, dividir esses óvulos com outra mulher seria dividir o fruto desse amor na cadeia simbólica, em que os óvulos fecundados representariam os filhos dessa relação amorosa infantil.

Segundo Freud (1914/1996, p.107), em seu texto “Sobre o narcisismo”, as identificações são geradas entre os parceiros na escolha amorosa. Sendo assim, o imaginário que permeia essa relação irá, através das identificações e das fantasias também decorrentes dessas, reviver os processos da cena edípica. “Nesse caso uma pessoa amará segundo o tipo narcisista de escolha objetual: amará o que foi outrora e não é mais, ou então o que possui as excelências que ela jamais teve”. O investimento amoroso é, em grande parte, narcísico e o filho é o produto desta relação.

De fato para Ribeiro (2004), o narcisismo é um dos núcleos inconscientes que leva o ser humano a se relacionar com o outro ou um objeto, na busca de poder satisfazer seus impulsos sexuais infantis até então recalçados. Não obstante, ter um filho segue semelhante trajetória, contudo tem-se a sua singularidade. Ou seja, o desejo de ter um filho origina-se e permanece vinculado ao desejo de imortalidade do Eu. “Uma maneira de aproximarmo-nos da imortalidade é a possibilidade de transmitirmos a herança genética para os descendentes... Ver um pouco de nós mesmos em nossos filhos” (2004, p.53). Ainda segundo a autora, “o primeiro encontro com a mãe, o bebê é uma realização de aspirações narcísicas como um novo objeto. Os pais libidinizam seu bebê, e o bebê, por sua vez, pode trazer a realização narcísica e objetal para os pais” (2004, p.55). O projeto em ter um filho é recheado de investimentos narcísicos, visto que é fantasiar no outro (o bebê) uma parte de si ou a parte do casal em jogo, com a possibilidade de dar continuidade à cadeia geracional a qual faz parte.

Maria (casal 2) – (f.109): *Eu planejo muito assim a minha vida em termos profissionais, termos pessoais, mas esse assunto específico não foi planejado... para poder estudar, formar, então, para o homem eu acho que não é muito isso não, né?*

Paulo (casal 2) – (f.110): *Eu adiei também, eu não... que quando jovem eu não pensava de jeito nenhum em ter filho, alias eu primeiro até queria, mas a minha ex companheira não queria. A segunda (companheira) não deu por conta que*

*passou rápido (tempo de relacionamento). A terceira eu já imaginei, assim, eu teria dois filhos.*

Bianca (n.4) – (f.2): *Eu comecei a querer engravidar e até então eu não tinha vontade... essa vontade que as mulheres acham que é a coisa mais maravilhosa do mundo... eu não tinha essa vontade... eu tinha vontade de estudar, ter um bom emprego aí o tempo foi passando e eu não percebi.*

É importante destacar as dificuldades encontradas nos entrevistados ao decidirem ter um filho e abdicar de alguns projetos, como, por exemplo: estudos, profissão, viagem, entre outros. Esses aspectos já são bastante discutidos na literatura e expostos no capítulo da introdução desta tese, entretanto faz-se necessário pensar além dessas questões sociais e as mudanças que ocorreram no papel da mulher no mercado de trabalho, avanços da ciência médica na reprodução humana, entre outros, para compreender também os aspectos intrapsíquicos e interp-síquicos dos indivíduos que decidiram ter um filho com uso de RHA com óvulos doados. Para tanto vale ressaltar a angústia dessa decisão, para alguns pais em ter um filho pela FIV com receptação de óvulos, posto que nas falas destes entrevistados transparecem dificuldade e conflito que remetem a algo do âmbito dos interditos da sexualidade infantil e a sublimação destas fantasias, que retornam e os angustiam. Nesse sentido, é importante compreender o processo psíquico do sujeito, quando adentra na sociedade, no que concerne ao mundo simbólico das relações humanas.

Para Freud (1905/1996), existe uma incompatibilidade da sexualidade infantil perversa polimorfa - despertada, pelo adulto, a partir do nascimento em diante - com a realidade e a vivência em cultura e sociedade. Entretanto, essa sexualidade constitui a matéria e a fonte de vida, semelhante a uma reserva natural, a partir da qual se produzem os objetos, as funções e as estruturas culturais, mas que também se irrompe e se re-atualiza em qualquer atividade sexual adulta, por exemplo, como indica Freud (1905), nos atos preliminares etc. Cabe, indagar de um lado, em que consiste a sua transformação que torna essa fonte sexual disponível ao desempenho cultural e quais são as condições de possibilidade, no interior do sujeito, para tal transformação; e, de outro, quais seriam as extensões, limites e conseqüências de tal processo sublimatório no sujeito, seja em função de suas capacidades internas, seja em função de fatores exteriores, isto é, da cultura e em sua condição atual.

As duas primeiras questões demonstram como os agentes culturais da família cumprem de alguma forma o roteiro proposto pelos esquemas filogenéticos, culminando, na trajetória da libido, com a elaboração da proibição do incesto e a aceitação da castração. Constituição da matriz simbólica do sujeito que toma partido, em seu processo, no nível dinâmico e econômico, de uma negatividade passível de ser acionada no interior do trabalho dos derivados e destinos da pulsão: inversão dos afetos, desinvestimento, recalçamento, inibição dos fins, passividade, retorno sobre si e sublimação. Os últimos atestam de uma negatividade em contrapartida à positividade da descarga da tensão própria à satisfação das pulsões oriundas da sexualidade

infantil perversa polimorfa<sup>2</sup>. Não obstante, como dissemos acima, e junto com Freud, nem toda a sexualidade infantil é transformável, mesmo em ‘sujeitos normais’, e que tal ‘sobra’ do sexual infantil e seus componentes exigem de alguma forma seus direitos de satisfação<sup>3</sup>.

Certa efetividade da sexualidade e da pulsão é necessária, imprescindível para a saúde e o bem estar. Eis, então, um antagonismo entre sujeito e cultura, tributário do mal-estar, ao qual Freud dedicará a última parte de sua obra. São os questionamentos em relação aos destinos deste antagonismo. Os sintomas dos neuróticos, por exemplo, em seus diferentes níveis, denunciam a extenuação imposta aos sujeitos pelas demandas culturais – indícios dos limites da transformação da sexualidade infantil em assunção simbólica exigida pela civilização – demonstrando o fracasso de sua absorção pelo sujeito. O que é passível de desencadear um processo, de cunho destrutivo, articulando-se numa espécie de solução de compromisso, entre os limites do trabalho sublimatório e de outro com os modos sociais peculiares de subjetivação na contemporaneidade. Serão esses dois aspectos que conduzem alguns indivíduos na atualidade a se comprometer compulsivamente com diversas atividades, funções, viagens, trabalhos, estudos, entre outros.

Da mesma forma em que a puberdade testemunha o renascimento das pulsões sexuais e suas buscas de satisfação, as pulsões jamais seriam ‘gastas’ por inteiro, sejam nas quotas despendidas nos traços mnêmicos das vivências

---

<sup>2</sup> Freud discorre sobre os aspectos dinâmicos e econômicos de parte desses destinos em seu artigo de 1915, *A pulsão e seus destinos*. Entretanto, o sentido negativo que esses destinos demonstram será atribuído, a partir de 1920, à tendência silenciosa de retração da pulsão de morte.

<sup>3</sup> Ver, por exemplo, a seguinte e antiga citação: “Parece certo que o recém-nascido traz consigo germes de moções sexuais que continuam a se desenvolver por algum tempo, mas depois sofrem uma supressão progressiva, a qual, por sua vez, pode ser rompida por avanços regulares do desenvolvimento sexual ou suspensão pelas peculiaridades individuais” (FREUD, 1905, p. 166).



infantis ou nas outras transformações implícitas à inserção na cultura ou nas formações simbólicas dos sintomas. Entretanto, a cultura terá não só dificuldade em canalizar tal “sobra” pulsional, o que acarreta certo desgaste na obtenção de prazer dentro do universo amoroso adulto. Assim sendo, as imposições culturais crescentes das sublimações tendem a ultrapassar a capacidade de elaboração das pulsões, em prol de fins culturais, ferindo seu tecido mais primitivo e desestabilizando o intrínscas dos grupos pulsionais. Isso poderá causar conseqüências destrutivas tais como: a sujeição masoquista e sua inversão em atuações compulsivas, como por exemplo, alguns casais que investem demasiadamente suas libidos em projetos de trabalhos, profissões, em viagens, estudos, entre outros, e por conta disso delongam a decisão em ter filhos. Para Terzis, Donnamaria, Oliveira e Orlandi (2008), tais comportamentos muitas vezes são produtos da sujeição masoquista do homem para com as exigências da sociedade e o que esta última prioriza como o caminho para o bem estar e a felicidade. Mais além dessa análise, tais comportamentos poderão conduzir alguns casais que tardiamente decidiram ter um filho e, por já estarem com a idade biológica avançada, optaram pelo tratamento de RHA com uso de óvulos doados. Vemos, pois, que esses casais entrevistados já ultrapassaram os 40 anos de idade e investem compulsivamente em ter um filho, já que todos relataram ter passado por diversos tratamentos de RHA (que são muitas vezes invasivos e agressivos ao corpo) e com alto custo financeiro. De tal modo, a submissão desses casais aos tratamentos de FIV com uso de óvulos doados pode denotar um masoquismo expiatório pela culpa que experimentam os casais, já que abdicaram ter um filho no passado em prol das imposições ou das ofertas de

bem estar e felicidade que a sociedade exige (por exemplo: ter uma profissão rentável e de *status*) em substituição ao objeto desejado – filho – cuja falta não é elaborada.

Maria (casal 2) – (f.4): *Como é em todos os aspectos do ser humano quando você se encontra com um obstáculo, você tem um choque de imediato, mas é uma característica maravilhosa no ser humano você superar, você buscar as alternativas, acho que é por isso que a humanidade ta aí, né? E a partir daí eu fui entendendo o que estava acontecendo, quais seriam as alternativas? O que poderia ser feito? Conversando com ele, eu não compartilhei com amigas e nem com minha mãe, nem com irmã, nem com ninguém, só com ele que é meu marido e fomos tomando as decisões conjuntas... ele aparando as minhas arestas, as minhas dificuldades, os meus medos, me apoiando e fomos felizes. Três tentativas e na terceira nós fomos...*

Ana (casal 1) – (f.16): *Ela (médica) me deixou a vontade pra decidir e disse que existia essa opção de óvulos doados, só que no momento... eu me lembro bem na hora que ela me falou isso... minha reação quando ela falou isso foi: “neste caso eu vou ser uma barriga de aluguel?”. Essa foi à primeira reação que eu tive, mas foi uma coisa assim meio sem pensar. Não que eu tivesse assim nada contra isso, mas eu nunca tinha parado para pensar nessa possibilidade. Adoção sim, mas o óvulo de outra mulher... não mesmo. Que fosse com o espermatozóide dele... eu caí em mim, depois ela continuou conversando comigo sobre isso até eu amadurecer essa idéia. Saí dali, naquele momento, decidida a fazer sem problema nenhum com esse outro óvulo, principalmente*

*porque o espermatozóide era dele e eu sempre tive vontade de dar um filho a ele também. Embora eu também tivesse vontade de ter um filho claro.*

Cecília (casal 3) – (f.84): *As vezes eu até dizia pra ele (marido): “olha, eu encerro aqui porque eu não tenho mais condição, não dá mais”, “você também não é obrigado a ficar casado comigo se você quiser ainda tem essa possibilidade. Eu não estou mandando você ir, não é assim, você arranjar outro filho fora. Você quer, não é isso? Eu não posso...” atrapalhar, ou seja, eu não quero alguém comigo como posso dizer... se você tem essa possibilidade e você quer? A vida é sua. Eu não posso lhe impedir, eu não quero que você vá, mas não posso te impedir, sabe? Mais ou menos assim e aí foi que aconteceu...*

Essas falas das entrevistadas puderam demonstrar as aflições ou medo de perderem o afeto de seus maridos, quando demonstraram o receio de serem abandonadas pelos mesmos por não conseguirem mais gerar um filho biológico (perda do ‘poder’ – perda do falo). Nesse momento, pode-se compreender que é ativado um sinal de angústia, mais precisamente pelo medo do desamparo vivido na sua infância e que retoma nesse contexto do tratamento da fertilização. Também é possível identificar, mediante a problemática da infertilidade, maneiras sublimatórias que as esposas encontraram para lidar com os seus problemas. A alternativa de fazer a FIV com uso de óvulos doados tornou-se uma opção de manterem o seu poder ou o falo, já que mesmo não gerando um filho biológico, ainda assim poderiam engravidar e proporcionar um filho aos seus respectivos maridos. De tal modo,

isso não somente amenizaria as suas angústias de castração, mas também asseguraria o amor dos seus maridos, evitando assim o temor do desamparo vivido nas suas infâncias.

Já afirmava Freud (1930/1996), que os limites econômicos revelados pela entrada na cultura pelo sujeito, ou seja, a pressão e extenuação das exigências da sociedade sobre o indivíduo acabam por corroer e esgarçar o tecido psíquico, expondo o sujeito às ameaças primordiais de seu desamparo infantil. Para Freud (1923/1996), na segunda tópica, ao estabelecer um liame entre os limites internos e as exigências externas crescentes e inelutáveis de uma civilização em crescimento, poderá causar um mal estar nos seres humanos. Não obstante, desde os trabalhos sobre o amor (1910/1996 e 1912/1996), Freud constatava que nas relações afetivas entre os indivíduos, na civilização, pioram em relação a impotência e a insatisfação amorosa, pois esses malogros tendem a aumentar. No artigo de 1917a/1996 ele nota que os insucessos da feminilidade ficam evidentes pela reorganização da sociedade moderna, já que nas comunas primitivas as mulheres casadas permaneciam com suas mães, tias, filhos e filhas, tendo apenas contato sexual quando eram procuradas pelos homens etc. De fato para Oliveira (2010), não é freqüente essa aproximação no núcleo familiar e /ou entre as mulheres, já que a sociedade vem se tornando individualista e com poucos projetos compartilhados. A civilização, portanto, como fator de expansão da solidão e da segregação ou como teste de competências individuais, colocará progressivamente o homem diante da solidão e da ameaça da perda de amor, desafiando os fundamentos do amor primário, em relação ao qual a elaboração sublimatória teria um limite econômico. Sabemos que Freud elabora, a partir

dos anos 20, esse tema em torno da pulsão de morte, 'liberada' esta pela ascendência das exigências sublimatórias, que acarretará a desintração pulsional e o despertar da agressividade. Ou seja, exposição do sujeito à solidão e à busca de solução ao tentar remendar o desligamento das pulsões pela submissão masoquista moral, fazendo com que aumente o mal estar (sentimento inconsciente de culpa); busca incessante pelo amor do outro; medo da solidão; busca de se auto-afirmar na sociedade; entre outros. Tais reflexões e interlocuções com as teorias freudianas confirmam a necessidade de ter o 'outro' para aplacar a falta, a angústia da castração e o temor do desamparo, ainda que o filho se torne este elo de aproximação no casal e o mantenedor desta relação amorosa, para estes pacientes que se submetem a FIV com uso de óvulos doados.

Maria (casal 2) – (f.76): *Outro dia eu até falei uma coisa que eu achei que assim... não é que eu me envergonhei, mas eu fiz uma auto-crítica minha, por exemplo eu estou tão feliz com meu filho, mas eu acho que eu não doaria os meus óvulos... assim... como é que pode, né? Então eu me senti um pouco mesquinha. Fiz uma auto crítica negativa minha por que se eu estou tão feliz, está tudo tão bem, por que eu também não teria... se eu fosse mais jovem tivesse do outro lado... essa oportunidade assim tá fazendo um tratamento e ao invés de descartar os óvulos, doasse... eu tenho a impressão que eu não doaria. Então isso é algo que me leva a uma certa reflexão em relação a isso e pra tentar ser melhor, melhor no sentido de ser mais tolerante, compreender o outro lado, porque... imagina, nós somos felizes nos beneficiando numa*

*parceria tão... espero que ela tenha engravidado. Não sei... A gente não perguntou, né? A pessoa que doou...*

Cecília (casal 3) – (f.125): *De rejeitar e depois me culpar... eu tive essa insegurança sim, até durante o... quando deu positivo ao mesmo tempo que eu ficava alegre, dava um frio na barriga que você tá grávida e ficava: “meu Deus e agora como é que vai ser? Ele tá aqui... ele vai vir ao mundo... ele é meu... será que eu vou ter que amar ou eu vou amar como meu filho”, sabe? Durante a gestação batia essa insegurança... ele é meu... ficava feliz porque era meu, mas as vezes batia tipo uma culpa: “ai meu Deus será que eu fiz certo? É isso? Será que eu cometi algum pecado? Será que...” às vezes batia essa insegurança e...*

Bianca (n.4) – (f.36): *Isso tem mais de um ano que aconteceu comigo e ainda acho estranho até hoje... eu acho estranho. Hoje eu me acostumei... não vou dizer que eu acho natural não, mas é muito estranho ainda... mas hoje eu já me acostumei. Eu penso muito, mas não penso assim... eu penso em como dizer pra eles (filhos)... não penso mais que foi o banco de sêmen... não penso mais... eu só penso em qual história que eu vou inventar pra contar pra eles (filhos). Para eles não ficarem traumatizados, nem ficarem chateados, nem ficarem com raiva de mim, sei lá o que pode acontecer...*

Nessas falas percebe-se a fantasia persecutória das mães em relação à doadora, no sentido que esta última, por exemplo, possa reivindicar os óvulos doados, ou mesmo, deseje no futuro conhecer a criança que foi fruto destes

óvulos doados. Tais fantasias estão imbricadas nas falas que remetem indiretamente à doadora, quando expõe o medo que algum dia seus filhos possam questionar sobre a sua origem e queiram conhecer a doadora, ou mesmo, que esta última deseje e apodere dos seus filhos, caso o tratamento da própria doadora não dê certo. Além do que surge também o sentimento de culpa por receberem esses óvulos doados, como se tivessem furtado algo de valioso da doadora ou usado sem o consentimento da mesma. A doadora estaria apenas no papel de objeto sem construção de vínculo afetivo, ainda que busque expressar preocupação se esta conseguiu engravidar ou não. A entrevistada (Maria), nesse momento, se contradiz ao não ter ido buscar tal informação, como se atuasse um mecanismo de defesa: formação reativa. Seu Supereu parece cobrar essa posição contraditória da entrevistada, repreendendo-a pelo seu ato em receber os óvulos doados. De tal modo, esses comportamentos podem ser interpretados como mecanismos de defesa a partir de fantasias que negam a própria castração.

Essa análise faz sentido a partir da compreensão da função do Supereu através da teoria freudiana. O Supereu é uma instância psíquica de grande importância no aparelho psíquico. Sua constituição é decorrente das primeiras identificações com a lei paterna, quando ainda o Eu estava enfraquecido, produto do complexo de castração. Nesse sentido, o Supereu tornou-se herdeiro do Complexo de Édipo, pois na 'dissolução' deste complexo, a criança que admirava e ao mesmo tempo temia este pai, agora vai internalizá-lo e, conseqüentemente, preservará seu falo e o amor destes pais. Por isso que, segundo Freud (1923, p. 48), nessa instância psíquica estará "a expressão dos mais poderosos impulsos e das mais importantes vicissitudes libidinais do

Isso”, já que introduziu os objetos sexuais, da infância, mais importantes no Eu. Dessa forma, o Supereu torna-se mais poderoso, pois sendo o legado do Complexo Édipico, julgará o Eu em todas as suas ações, da mesma maneira que na infância obedecia e temia seu pai. No entanto, não somente essas identificações da lei paterna preencherão os mandos do Supereu, já que ao longo do desenvolvimento dessa criança e sua inserção em grupos sociais, outras autoridades serão investidas, como por exemplo: professores, padres, chefe do seu trabalho, entre outros, os quais desempenharão a censura moral. Censura essa que é solicitada pelo Eu, quando este não consegue reprimir o Complexo de Édipo satisfatoriamente e necessita deste auxílio, por vias da formação reativa acionada pelo Supereu.

Segundo Freud (1923, p.39) o Eu “assim, em sua relação com o Isso, ele é como um cavaleiro que tem de manter controlada a força superior do cavalo, com a diferença de que o cavaleiro tenta fazê-lo com a sua própria força, enquanto que o Eu utiliza forças tomadas de um empréstimo”, que neste caso são os investimentos feitos pelo Supereu. Essa mudança ocorre por conta de que o Eu, ao se apropriar dos investimentos do Isso sobre os objetos sexuais, tenta controlar o Isso, mantendo-o sob sua vigília, mas isso tem o seu preço, pois seu destino acaba sujeitando-se a este último. Ou seja, quando o Eu internaliza as características do objeto amoroso do Isso, faz com que, na realidade, seja guiado por este, mesmo que tente transparecer ser algo da sua natureza e da sua ordem. Nesse sentido que o Ideal do Eu sempre estará, por conta das formações reativas, imprimindo sua severidade ao Eu de duas maneiras: uma é obrigando o Eu a ser como ele e obedecer às características dos objetos (pais) da sua infância e a outra vetando o Eu: “você não pode ser



assim como o seu pai, isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz, certas coisas são prerrogativas dele” (FREUD, 1923, p.47). Assim sendo, quando o Eu não consegue se adequar a todas essas exigências, acaba por sentir-se culpado, já que, como réplica da relação infantil com seu pai, não conseguiu igualar a ele ou superá-lo. Não obstante, em relação às entrevistadas, na questão da formação da família, não foi possível ser semelhantes ou ir além de seus pais, em especial a genitora, por não terem conseguido gerar um filho biológico. O sentimento de culpa, então, encontra a satisfação na doença, por assim dizer na neurose, onde certamente o sofrimento causado por esta última será permanecido como punição. “O sentimento de culpa silencia; não lhe diz que ele é culpado; ele não se sente culpado, mas doente. Esse sentimento de culpa se expressa apenas como uma resistência à cura que é extremamente difícil de superar” (FREUD, 1923, p. 62). Em conformidade, Birmam (2005, p. 44) afirma que “tudo isso se recoloca de maneira permanente e renovada, pois a pulsão como força constante se apresenta de forma repetitiva”.

Maria (casal 2) – (f.80): *Agradeço muito a Deus e oro muito por ela (doadora). Espero que tenha sido feliz com os bebezinhos dela que vão nascer. Por que eu acho que eu teria restrições, pra receber eu não tive. Estou aqui feliz, mas pra doar... eu acho que eu teria mais restrições de doar do que pra receber. Tem lógica isso?*

Cecília (casal 3) – (f.127): *Exatamente, do tipo: “meu Deus será que eu vou ser castigada? Eu fiz alguma coisa errada? Eu pequei?” Mas depois pensava assim: “mas eu estou gerando uma vida, não estou tirando vida, eu estou*

*gerando, estou amando uma criança que veio de outra pessoa”. Então pra mim é assim, eu acho que é uma benção de Deus. Passava essas idéias, mas não ficou assim “martelando”... eu acho... a vida é uma benção, acho que a vida é dada por Deus, então eu acho que Deus não castiga alguém por ter gerado uma vida.*

Bianca (n.4) – (f.38): *Penso que daqui a pouco vou ver todos os seus amiguinhos com pai e mãe e só eles (filhos) que terão mãe... você não acha estranho não? Eu acho muito estranho, mais estranho ainda você saber a história verdadeira... se minha mãe me contasse isso, eu ia ficar com raiva dela, mas que eu ia me sentir uma pessoa muito esquisita ia. Pensar que não ter pai não foi nem porque ele não me quis... porque uma coisa é seu pai rejeitar você, outra coisa é você não ter, entendeu? (risos). Eu acho estranho porque como eu tive pai e mãe... eu não sei uma pessoa que não teve, mas eu tive pai e mãe e adorava os dois. Eu ia achar muito esquisito em não ter pai. Eu preferiria que minha mãe me dissesse que meu pai me rejeitou, não quis me registrar, não quis saber de mim... eu preferiria assim, mas saberia que ele existe. É uma maluquice, né? (risos).*

Decerto que o recebimento do óvulo parece caracterizar, nas falas livres das entrevistadas, uma realização narcísica, já que naquele momento imperou apenas a realização dos seus desejos em ter um filho. Nesse sentido, novamente se contradizem em suas posições (em não aceitar que outras mulheres possam doar seus próprios óvulos, já que presumem que tais óvulos já são seres humanos), posto que elas se beneficiaram das doações de óvulos

para engravidar. Observa-se, por conseguinte, os seus medos de serem julgadas por este ato pela sociedade e, conseqüentemente, reviverem o estado de desamparo infantil, causando-lhes um mal-estar psíquico.

Não cabe a nós uma crítica à cultura, pois seu papel não é outro senão avançar o projeto edípico em direção à castração, vertendo o amor primitivo ao amor condicional pelos ideais de um Supereu regido pelos mandos da cultura. O que analisamos que a própria escalada da cultura atinge um limite econômico de sublimação (como Freud indica no texto: '*O Eu e o Isso*', de 1923) que desgasta o projeto edípico revertendo-o para o desamparo. Algo que se reflete nas palavras de um dos autores que mais se dedicou à análise desse malogro do sujeito na contemporaneidade: "seria necessária uma espécie de gestão interminável e infinita do conflito pelo sujeito, de forma tal que este não poderia jamais se deslocar da sua posição originária de *desamparo*" (Birman, 2005, p. 129). O desamparo diante do não cumprimento dos mandos do Supereu, o que ameaça o sujeito à exclusão da comunidade e do amor, leva a um sentimento inconsciente de culpa, refletindo a remenda econômica do entrelaçamento pulsional em forma de masoquismo moral. Uma 'culpa' que jamais é sentida como tal, mas como *malaise*, mal-estar, de se estar doente, desencaixado no universo dos homens. O caminho não seria outro senão pela necessidade reiterada de busca de alívio, como no desamparo original, numa solitária existência onde reina a defesa do narcisismo.

Tal desenho econômico reflete as conseqüências no sujeito com o alargamento da cultura, em suas estruturas institucionais com vistas às conquistas da natureza (por exemplo: conseguir engravidar sem que ocorra uma reprodução natural), pela tecnologia (por exemplo: Técnicas de

Reprodução Humana Assistida), o que só faz aumentar o medo do desamparo (por exemplo: sentimento de culpa por usar óvulos doados) em prol da realização de desejos (por exemplo: ter um filho tardiamente). Tudo isso significa uma crescente e unidirecional tendência de sublimação, que pode sacrificar os laços comunitários e a sexualidade que esta abriga.

O mal estar, portanto, estará sempre atormentando a subjetividade do ser humano e, desta maneira, os destinos da pulsão tornam-se o foco principal para o entendimento das reverberações atuais deste incômodo psíquico, já que nestes destinos canalizarão as descargas, as quais vão amenizar ou agravar tal tormento. De fato, como havíamos ressaltado, a civilização vetará em muito essas descargas e, conseqüentemente, propiciará ao seu modo o cenário para tais descargas. O panorama da civilização contemporânea, segundo Birman (2005, p.23), está direcionado ao autocentrismo, ou seja, a um narcisismo que “assume uma configuração decididamente estetizante, em que o olhar do outro no campo social e mediático passa a ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica”. Nesse sentido, Freud já em 1910 no texto *Cinco lições da psicanálise*, alertava para esse possível fenômeno, ao afirmar que o destino da pulsão pela sublimação falhará, porque tal processo não dará conta das descargas destas pulsões que, conseqüentemente, acarretarão prejuízos seja no âmbito interno (Eu) ou externo (outro). Para Birman (2005, p.25), na contemporaneidade os sujeitos estão cada vez mais vivendo um narcisismo, auto-centramento de seus afetos, onde se impera o gozar do corpo do outro. Dessa maneira, o cenário que vemos não propicia muitas formações sociais com trocas afetivas, ‘projetos sociais compartilhados’, fazendo com que as poucas vinculações com o outro sejam para obtenção de prazeres sem

representações simbólicas. É nessa conjuntura social que a contemporaneidade mostra-se consumista, agressiva e esvaziada de subjetividade. Segundo Freud (1930, p.116), os homens vêem seu próximo não como um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também “alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo”.

Maria (casal 2) – (f.49): *Eu já decidi que eu não vou revelar a ninguém que esse filho tem uma contribuição genética de outra pessoa. Então, se fosse tão tranqüilo pra mim eu iria revelar pra todo mundo, minha sogra, minha mãe, minhas irmãs que eu tanto amo, mas ninguém sabe disso, então, eu não pretendo fazer essa revelação. Pode ser que haja conseqüências no futuro... eu acho que pode ser que sim... eu estou consciente disso, mas eu já decidi que... nós decidimos, não foi amor? Poderia revelar, mas ele é ótimo comigo, né 'mô'? Então eu pretendo não revelar... quer dizer, nós não pretendemos revelar nem para um filho, que é meu... é meu. “Ah e a origem dele?” A origem dele é nossa.*

Entrevistador – (f.67): *Certo, nem para sua família também, Paulo?*

Paulo (casal 2) – (f.68): *Não.*

Ana (casal 1) – (f.30): *Ninguém... ninguém da família sabe. Principalmente pra mim, assim, não que eu sofra com isso... de forma alguma. Eu amo meu filho e*

*eu fico imaginando: “meu Deus e se fosse do meu sangue seria diferente?”.  
Impossível, porque ele é meu filho, entendeu?*

Fabio (casal 1) – (f.35): *Ninguém sabe, nem a mãe dela, nem a família...*

Cecília (casal 3) – (f.144): *Com relação ao meu filho, eu fico assim, brincando com ele pensando: “é meu filho, eu tenho esse segredo com você, que eu não vou poder te contar”. Às vezes me dá um pouquinho de culpa disso assim... ele não vai saber realmente qual foi a origem dele, assim de onde é que ele veio. Eu acho que isso é importante para um ser humano e isso eu não vou poder falar pra ele, por isso que a gente, assim, vai ficar em segredo porque também não adianta eu falar pra ele por que eu acho que eu não sei como ele vai lidar com isso. Talvez eu vou criar um problema na vida dele, porque ele não vai conseguir saber que é... ele ter interesse em saber quem é e não vai conseguir descobrir quem é! Então, às vezes me bate isso de ficar pensando muito, assim: “eu não estou sendo sincera com você, eu tenho um segredo contigo e eu não vou te revelar nunca”. Fico pensando: “será que um dia por um acaso ele venha descobrir como é que a gente vai lidar com essa situação? Será que ele, a gente, ele principalmente, como é que vai lidar com isso?” Sabe?*

Rodrigo (casal 3) – (f.103): *A gente não quer falar pelo seguinte: a gente até quer esquecer que foi, então se ficar falando... tanto é que até hoje, graças a Deus, eu tanto ela, não falamos nem pra irmão, nem pra ninguém...*

Bianca (n.4) – (f.36): *“Eu não vou dizer uma coisa desta não (sobre o que aconteceu de fato)... vou dizer de jeito nenhum, nem pra ele, nem pra minha família, nem pra ninguém... nem para os meninos (os filhos).*

Essas falas dos entrevistados demonstram, de forma bastante clara, as posições dos casais em não revelar o uso da técnica da FIV com receptação de óvulos doados para a sociedade. É um tipo de segredo que alguns pais que se submeteram a esse tratamento de RHA constroem entre eles. Tal comportamento pode explicar a dificuldade que o pesquisador teve em conseguir participantes para este estudo de campo, assim como a ansiedade e angústia dos que aceitaram participar da pesquisa; o receio de que seus nomes fossem identificados; fantasia persecutória de que seu segredo fosse revelado tanto em relação à recusa do convite de participar de um grupo de casais que passou pelo mesmo tratamento (convite feito antes de iniciar cada entrevista), quanto ao pesquisador (já que somente no decorrer da entrevista que os participantes assumiram ter usado óvulos doados). Esse segredo pode ser entendido à luz da teoria psicanalítica de Kaës (2001), quando se compreende que o casal (um grupo especial) busca, ilusoriamente, vivenciar esta união como uma unidade. Tal união tem como pretensão transmitir seus respectivos narcisismos e dinâmicas edípicas vivenciadas por ambos na infância e que agora são atualizados nesta relação. Dessa maneira, surgem as alianças inconscientes que se tornam os pontos de emaranhamento das relações reprimidas que mantêm os sujeitos singulares entre si e com diferentes agrupamentos sociais, que neste caso é a família. Porém, essas alianças inconscientes podem ter um cunho positivo ou negativo nas relações

sociais, ou seja, o segredo do casal a respeito do uso de óvulos doados, causador de angústia nos cônjuges, pode denotar um aspecto relacionado a um pacto negativo. Esse refere-se ao traumático não elaborado, cujo destino é deixar afastado e excluído da consciência e da sociedade, posto que sua descoberta pode por em risco o vínculo deste casal e o trauma da não realização do desejo em ter um filho, que no caso específico do presente estudo: um filho biológico. Esse segredo torna-se uma maneira dos cônjuges em não se defrontar com a realidade da perda do poder do falo da mulher (já que na cadeia de significantes o óvulo simbolicamente representa o substituto do falo); a inevitável ansiedade gerada pela inveja do pênis (esta alude às vivências infantis em relação ao desenvolvimento sexual); a angústia de castração do homem ao perceber sua impotência mediante a sua impossibilidade de engravidar sua própria esposa e que esta última foi fertilizada por outro homem (retorno aos conflitos não elaborados da triangulação edípica de sua infância); a angústia originada pela ferida narcísica decorrente da imagem de incompletude do casal, já que um de seus integrantes tem dificuldade de fertilizar e isso de um modo geral feriu a imagem do casal como um todo; entre outros.

A angústia gerada pela ferida narcísica de alguns casais que usaram a FIV com óvulos doados e não tiveram um filho biológico, faz com que estes cônjuges tenham dificuldade de aceitar tal perda narcísica e o medo do desamparo (retorno da angústia vivida na infância de cada sujeito no estágio de desamparo) da sociedade ao julgar o método que utilizaram para tratar da sua infertilidade (por exemplo: dos próprios pais, irmãos, amigos, colegas, desconhecidos, entre outros). Decerto que, os desejos e fantasias desses



casais serão colocados em uma forna, ou melhor, na cripta, e esta equivale a um mundo fantasmático que vive separado e oculto no inconsciente do sujeito que não conseguiu incorporar, verdadeiramente, a perda do objeto desejado. O segredo criado por esses casais, portanto, pode ser uma manifestação da cripta, em que ameaça retornar a consciência sob a forma de fantasia persecutória de que em algum momento alguém pode descobrir e revelá-lo. Para Torok e Abraham (1995), o segredo denuncia um luto não realizado, podendo acarretar um embaraço ou vergonha ao sujeito caso seja revelado, e por conta disso alimenta a estrutura da cripta e sua clandestinidade, bem como organiza os vínculos entre os que compartilham do segredo e tornam-os cúmplices.

Maria (casal 2) – (f.70): *É assim, um processo gradativo... assim de conscientização, de internalização, tanto que assim na primeira consulta o médico disse assim: “não responda nada, você vai pensar”. Eu acho que pela experiência dele (médico), ele já conhece como é o processo. Assim primeiro de você tomar conhecimento da realidade, você negá-la, você buscar outra alternativa e depois você retornar para o passo anterior e aceitar. Para mim já ficou muito claro que ele já conhece isso não foi a primeira vez comigo e deve se repetir com várias pessoas...*

Bianca (n.4) – (f.16): *... aí passou um tempo, porque isso foi em janeiro, esse tratamento que eu fiz com ela, aí passou um tempo... quando chegou em junho, em menos de um ano, uma amiga minha tinha feito com o Dr. desta clínica o tratamento e tinha ficado grávida... aí eu me entusiasmei.*

Rodrigo (casal 3) – (f.83): *Nós achávamos que depois das três tentativas que nós fizemos... nós achávamos até que a Bahia não estaria preparado para... as clínicas não estariam preparadas para o nosso problema. Nós pensamos até em ir naquela época para uma clínica em São Paulo, mais famosa que tem... que foi prêmio... mas Graças a Deus que a gente não foi... nós chegamos até pensar, mas quando já estava tudo pronto... aí a colega dela falou sobre essa amiga que tinha conseguido aqui nesta clínica. Ficamos por aqui...*

Cecília (casal 3) – (f.24): *Foi... ela tinha dito: “por que vocês não tentam lá na Clínica X, uma amiga minha conseguiu lá...”. Não que outra seja ruim, mas por sorte nós viemos aqui e decidimos que seria a última, ou seja, os recursos sobraram para essa e aí que graças a Deus que nessa deu certo.*

Ana (casal 1) – (f.58): *De repente era pra não dar certo mesmo e ela não teve culpa (médica da clínica anterior). Eu realmente só saí de lá pra tentar o que um ginecologista tinha me dito: “por que você não tenta a clínica X? Eu conheço Dr. X”, aí eu falei: “me dê o telefone dele que eu vou ligar. Eu vou fazer uma consulta com ele”. Foi quando tive aqui, entendeu? Isso depois de um ano que eu tinha feito a segunda tentativa, aí resolvi vir aqui e aí eu gostei bastante dele. Achei que ele me passou uma segurança, sabe? Quando você olha para o médico e se sente segura, então, eu me senti segura. Então é aqui mesmo que eu vou tentar...*

Essas falas conglomeram depoimentos dos casais sobre os investimentos físicos, financeiros e emocionais das inúmeras tentativas sem sucesso para tratar de suas infertilidades, sejam nas diferentes clínicas que passaram até se submeterem ao tratamento com uso da técnica da FIV com receptação de óvulos doados. De tal modo, pode-se perceber que esses pacientes projetaram na instituição (clínica) como um todo, a salvação para seus problemas de infertilidade. Ou seja, deslocaram seus investimentos libidinais para a instituição como se esta última fosse um grupo que poderia acolhê-los e atenuar os sofrimentos físicos e emocionais por não conseguirem pelo método natural ter um filho. O grupo (a instituição como um todo) nesse sentido, realizaria o desejo desse casal, da mesma forma como o sonho é uma realização de um desejo. Conforme Anzieu (1967/1993), tal desinvestimento objetal corresponde, em termos econômicos, a um transporte da libido para a única realidade presente no aqui e agora, ou melhor, o grupo se torna o objeto libidinal. Outro aspecto a ser observado e interpretado, a partir da teoria construída por Anzieu (1967), que esses casais vivenciaram com a clínica uma espécie de ilusão grupal, a qual corresponde a um desejo de ser protegido e de preservar a unidade egóica do casal que estava naquele momento ameaçada pelo diagnóstico da infertilidade. Não obstante, a ilusão grupal ilustra o funcionamento de um Eu Ideal nos grupos, substituindo o Eu Ideal de cada um por um Eu Ideal comum. Daí a ênfase colocada, então, no caráter caloroso das relações entre os membros, na reciprocidade da fusão de uns com os outros e na proteção que o grupo traz aos seus integrantes. Decerto que percebemos essa ilusão grupal na medida que o casal experimenta um sentimento de esperança com o médico da clínica ou a instituição como um todo, colocando-

os na posição de salvador – fantasia onipotente. Nesse sentido, buscaram a melhor clínica, com tradição na área que atua, com médicos conceituados em suas especialidades profissionais, entre outros, ainda que não os conhecesse, criou-se um sentimento de ilusão utópica, algo do Eu Ideal. Tal ilusão é importante para criar ou motivar o enfrentamento da perda ou da falta, o que nos faz remeter ao provérbio socrático: “o mal estar esperançoso”, ou melhor, a procura do salvador, seja o médico ou remédio, para aplacar o mal estar que tanto angustiam esses casais.

Em semelhante pensamento, para Bion (1961/1975), surgem no grupo reações regressivas e infantis, em que se procura o objeto perdido, ou seja, o seio materno. Desse modo, o grupo se torna para seus integrantes uma família, já que se constitui em uma fonte que desperta os mais primitivos sentimentos. Conforme o mesmo autor (1961/1975), em relação ao pressuposto básico do grupo acasalamento, os integrantes acreditam que chegará um salvador que realizará todas as necessidades e prazeres que o grupo deseja. Alguém do grupo ou o próprio líder trará, no futuro, o messiânico que os salvará, fazendo com que, a qualquer momento, sejam afastados os sentimentos de agressividade e de perda que ameaçam o grupo e seu crescimento. Esse salvador pode ser projetado na figura do médico ou da clínica como um todo, que irá salvar o casal do sofrimento de não poder ter um filho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A partir deste estudo concluímos que os casais que se submeteram ao tratamento de RHA com uso da técnica de FIV com receptação de óvulos doados atravessaram momentos de sofrimento físico e psíquico para realização do desejo de terem um filho, assim como continuam em processo de elaboração psíquica a despeito da perda narcísica por não conseguirem ter um filho biológico por parte da mãe. Para além da intervenção que tiveram no corpo com doses elevadas de hormônios e exames físicos constantes quando se submeteram ao tratamento médico, também foi percebido nos casais que o inconsciente produziu algumas formulações psíquicas, no aqui e agora, durante as entrevistas, como por exemplo: desejos inconscientes; fantasias originárias: fantasia da diferenciação do sexo, fantasia de castração e fantasia edípica; pressuposto básico da ilusão e angústias persecutórias. Decerto que tais formulações psíquicas já haviam sido produzidas, reeditadas, em decorrência das atuações dos casais a cada tentativa para engravidar, quando eram inerentes as ilusões de onipotência para com as clínicas, com anseios de obterem resultado positivo para suas infertilidades. Do mesmo modo, a frustração quando não alcançavam êxitos. O desânimo, desconfiança e decepção foram sentimentos enfatizados pelos entrevistados ao relatarem suas vivências ao longo do tratamento, posto que todos haviam passado mais de uma vez pelos procedimentos das técnicas de RHA, em diferentes clínicas, sem sucesso.

As experiências que esses entrevistados tiveram ao longo do tratamento, levaram eles a um retorno aos estágios iniciais do funcionamento mental, mais precisamente aos estágios do desenvolvimento sexual infantil. A nosso ver havia uma regressão narcísica que incitava angústias persecutórias

e de perdas, peculiares de suas vivências do Complexo de Castração e da fase edípica, assim como a ativação de mecanismos de defesas primitivas como a negação e projeção. Esses tinham como finalidade amenizar as angústias narcísicas mediante os resultados negativos do tratamento, além da aflição em virtude do avanço da idade das esposas, que remetia estas à dificuldade na produção de óvulos sadios e possivelmente a terem uma gestação de risco. Além disso, foi observada uma regressão tópica representada pela ilusão de um sentimento exagerado criado pelo casal em relação à clínica ou ao saber científico do médico a despeito das técnicas de RHA. Tal regressão tinha como efeito uma transferência positiva para com estes objetos e possibilitava abrandamento do estado emocional que esses casais sentiam, ou melhor, a ansiedade com os resultados negativos. De acordo com a escuta das falas dos entrevistados, concluímos que estes projetaram na clínica, em especial na figura do médico, a competência para acolher as suas aflições e realizar o tão sonhado filho. Essas fantasias de onipotência na instituição remetem às vivências da primeira infância, mais precisamente na fase oral, em que os pais protegem e saciam as necessidades do filho. Esse estado emocional regressivo de dependência faz com que a figura do médico torne-se a de um 'salvador', para amenizar as suas angústias por não conseguirem ter um filho. Nota-se, pois, um movimento de cunho esperançoso messiânico, em que o casal cria uma ilusão na figura do médico de que este seria um messias, ou melhor, aquele capaz de salvá-lo, solucionando seus problemas com a infertilidade. A ilusão construída através de projeções de um futuro promissor possibilita um estado psíquico menos aflitivo e inseguro ao casal. Decerto que, quando a clínica ou médico não correspondem de imediato às suas demandas,

provoca uma desilusão desse casal com a instituição, como um todo, e, conseqüentemente, um movimento de fuga da mesma. Essa peregrinação de uma clínica para outra retrata uma busca incessante e maníaca dos casais de terem um filho, abrandando a angústia ocasionada por esta não realização. Não obstante, percebemos também uma regressão formal representada por atuações infantis do casal, cujas características mais salientes eram de esconder do pesquisador deste estudo o uso de óvulos doados no período inicial da entrevista, assim como trocas de olhares e conversas entre o casal de maneira que dificultasse o entendimento por parte do entrevistador.

Observamos também que o sentimento de impotência foi outro aspecto presente nesses entrevistados antes, durante e depois do tratamento, mesmo que tenham gerado um filho saudável com o uso da FIV com óvulos doados. Decerto que tal sentimento manteve-se porque esse filho possui parcialmente a carga genética do pai e nenhuma da genitora. Logo percebemos que as mulheres, em relação aos homens, sentiram-se mais fragilizadas emocionalmente no processo de tratamento das suas infertilidades e, concomitantemente, em constantes elaborações psíquicas para aceitar essa criança e lidar com a perda narcísica por não ter conseguido gerar um filho com ambas as cargas genéticas dos cônjuges. A partir dessa análise foi possível concluir que as atuações das mulheres em tomar iniciativas, nas entrevistas, ao expressar mais suas experiências emocionais durante o tratamento, como uma maneira de elaborar através da fala esta ferida narcísica aberta, em contrapartida às atuações dos seus respectivos maridos em buscar mais o silêncio. O comprometimento biológico na esposa, que a incapacitou de usar dos próprios óvulos para ter seu filho, repercutiu em seu funcionamento mental



de maneira que provocou o retorno de suas vivências infantis, mais precisamente da angústia por não nascer com o falo e a inveja do pênis. Embora o marido tenha contribuído com seus próprios espermatozóides para fecundar os óvulos doados, ainda assim não ficou ileso de sentir a angústia da castração. Do mesmo modo que analisamos as atuações das esposas em suas necessidades de falar compulsivamente, também interpretamos que as atuações dos maridos em ter permanecido considerável tempo em silêncio e em ter sempre expressado que o problema da infertilidade do casal era em decorrência da idade de suas esposas, sejam também maneiras de lidar com a angústia da castração. Isso porque os maridos sempre direcionavam a culpa da infertilidade às suas respectivas cônjuges, amenizando seus sentimentos de impotência em não conseguir fertilizá-las pelo método reprodutivo natural. Nesse sentido, outra conclusão que chegamos foi que cada membro do casal vivenciou o diagnóstico e o tratamento da infertilidade de maneira diferente. A sobrecarga da causa da infertilidade recaiu na mulher e esta demonstrou maior dificuldade em aceitar o tratamento da FIV com receptação de óvulos doados, pois, inevitavelmente, isso implicava em uma perda narcísica de não poder ter um filho com sua carga genética. Entretanto, no homem o diagnóstico de infertilidade da sua esposa fez com que se defrontasse com a sua fantasia de onipotência, em que seu falo era considerado o todo poderoso para fertilizá-la. Contudo, o sentimento de impotência em não engravidar a sua esposa o aludiu ao retorno de suas vivências infantis do Complexo de Castração e a angústia que nele é inerente.

A inveja do pênis, anunciada acima, apresenta-se em alguns momentos nas falas das entrevistadas ao questionarem-se da dificuldade ou mesmo da

incapacidade de gerar um filho biológico, quando se tem uma idade mais avançada em relação aos seus maridos que possuem praticamente a mesma idade. Não obstante, a inveja do pênis é também observada nas falas livres das esposas ao atribuírem um grande valor à capacidade das mesmas em gerar filhos, já que possuem atributos da própria natureza de produzir óvulos. Esses não são plausíveis de serem feitos pelos indivíduos do sexo masculino, contudo, para essas entrevistadas, as suas incapacidades biológicas de produzir óvulos saudáveis, para a fecundação, fazem com que se sintam impotentes e sem este suposto 'poder'. Ressalta-se que essas mães também, por outro lado, conseguem amenizar a angústia da perda desse 'poder', quando, ao optarem por receber óvulos de uma doadora, conseguem gerar seus filhos nos seus próprios ventres, ainda que estas crianças tenham apenas a contribuição genética dos seus respectivos maridos. Tais questões inevitavelmente remetem às fomentações do período infantil em que essas mães se angustiaram por não nascerem com pênis. A doadora dos óvulos, do mesmo modo, também será alvo dessa inveja pelas entrevistadas, já que possui esse suposto 'poder' por ter seus óvulos saudáveis e em quantidade para doar. Não obstante, esses óvulos doados foram fecundados pelos espermatozoides dos respectivos maridos dessas entrevistadas. Ou seja, se pensarmos que o marido é também o falo para sua respectiva esposa, conseqüentemente esta última perdeu em parte esta exclusividade e apoderação, visto que nas fantasias inconscientes das entrevistadas os respectivos maridos as traíram com a doadora. Essa problemática psíquica pode ser mais bem interpretada ao remetermos a vivência infantil em relação à triangulação amorosa presente no Complexo de Édipo, que neste contexto a

doadora e o marido são respectivamente as imagos do pai e da mãe da entrevistada, ou seja, produtos de suas fantasias inconscientes. Partindo desse pressuposto fantasmático fomentado pelas receptoras dos óvulos doados (esposas), estas revivem as angústias do declínio da fase fálica, em que descobrem que o amor sexual de seus respectivos pais é dirigido e exclusivo para as suas mães, frustrando assim suas investidas libidinosas e as recalçando. De fato, as esposas relutaram em aceitar o tratamento da FIV com óvulos doados e, mesmo após já terem seus filhos através desta técnica, é possível detectar vestígios de ciúmes da doadora ou até mesmo angústia persecutória de que esta última possa querer conhecer e se apoderar da criança que nasceu. Tais fantasias remetem à dificuldade de superar a experiência que tiveram no Complexo de Édipo, tanto nos ciúmes com suas próprias genitoras quanto no medo de perderem o amor de seus pais por investirem suas libidos para com os mesmos, ou seja, estas atuações atestam a não dissolução do complexo edípico como Freud buscou afirmar, *a priori*, em 1924 no seu texto “A dissolução do Complexo de Édipo”.

Notamos nesse estudo que tanto os homens quanto as mulheres optaram por ter um filho tardiamente, seja por diversos motivos de cunho profissional, viagens, estudos e outros. A idade já avançada, em especial das mulheres, é um agravante considerável e de extrema importância para se ter um filho biológico sem a necessidade interventiva da ciência médica. Tal aspecto não foi valorizado anteriormente pelo casal e, mediante a dificuldade ocasionada pela infertilidade, fez com que surgisse o sentimento de culpa. Esse teve um sentido expiatório, já que não houve um investimento, de forma libidinal, no projeto familiar em prol das buscas por outros mandos sociais que

imperam na contemporaneidade. O individualismo da sociedade atual e a constante injunção cultural, produtos de sublimações em excesso, dificultam as elaborações das pulsões. A sujeição masoquista social, caracterizada em especial por atuações compulsivas, pode ter conduzido esses entrevistados a escolher projetos sociais relacionados à profissão, estudos, viagens, entre outros, priorizando-os em relação ao também projeto de ter um filho. A culpa decorrente das escolhas no passado vem à tona, exigindo o que ambos desejaram na infância, pois durante a fase edípica aspiravam seus respectivos pais amorosamente e sexualmente, ou melhor, a mulher vivenciava o desejo de ter um filho com o pai, enquanto no homem o desejo era superar seu pai na própria criação de seus futuros filhos. As formações psíquicas fantasiosas que observamos com muita clareza na trajetória dos casais, como sendo uma odisséia pela busca de gerar um filho, podem ter implicações nas atuações exageradas e ilusórias que viveram os casais, posto que, por um lado, era acometido pelo sentimento de culpa e, por outro, o avanço da idade alargava as angústias, ansiedades e o medo do desamparo, caso não conseguisse gerar um filho. Esse temor aparece nas falas dos casais, em especial, quando fantasiam os julgamentos da sociedade por utilizarem óvulos de uma doadora. Nesse sentido, buscam esconder de seus familiares e amigos como foi gerado o filho, com o intuito de não serem vítimas de preconceitos, isolamento social e, até mesmo, evitando que no futuro sejam julgados pelo próprio filho sobre a sua origem. É importante ratificar que nas mulheres também foi percebida uma angústia referente a um possível repúdio pelos respectivos maridos, quando receberam o diagnóstico de infertilidade e a opção de terem um filho apenas mediante o uso de óvulos doados. Desse modo, tal fantasia de abandono

remeteria ao medo do desamparo de suas vivências na fase infantil, que agora se fazem presentes neste contexto e as angustiam. Essa experiência e a falta de uma elaboração psíquica para discernir e refletir sobre esta tomada de decisão, fez com que esses casais, inconscientemente, sofressem com as fantasias de castração, edípicas, de perda, incestuosas, persecutórias, entre outras. Em muito dessas fantasias tem, concomitantemente, o sofrimento narcísico dos casais ao defrontarem-se com os limites impostos pelo princípio de realidade e a aceitação de suas impotências. Apesar de a criança ter nascido saudável, concluímos que, para os seus pais, ela provoca uma reação de estranheza, algo como um mal estar, já que a todo momento buscam, de maneira infantil, esquecer como foram originados os seus filhos. Ao mesmo tempo, há uma fantasia persecutória sobre o futuro dessa criança: quando esta quiser saber a sua origem; ou de que esta criança possa incestuosamente se relacionar afetivamente com seu(ua) irmão(ã) por parte da mãe doadora do óvulo; ou que esta última possa querer conhecer a criança; ou que o filho tenha algum problema de saúde no futuro por conta da carga genética da doadora; entre outros.

Observamos, além do desejo pela maternidade nas mulheres entrevistadas, que os homens também buscam realizar-se com o nascimento de seus filhos. Contudo, para eles, o contexto social tem uma relevância na realização desse desejo, pois procuram reafirmar a sua virilidade e masculinidade quando conseguem engravidar as suas respectivas esposas. De fato, esse aspecto é bastante ressaltado nas falas dos entrevistados, ao reafirmarem que a infertilidade do casal é em decorrência do avanço da idade de suas companheiras. Todavia, além dessa observação, compreendemos que

a angústia de castração nesses homens também era fomentada na relação com o médico. Nas fantasias dos maridos, o médico tem um lugar de destaque por possuir um saber que possibilita engravidar as suas respectivas esposas, ao contrário deles que estão frustrados e angustiados por lidarem com a impotência de seus falos. Mediante esse contexto, revivem a fase edípica na qual se deparam com um falo mais poderoso (o do seu pai) e que se apodera do objeto que tanto deseja (a sua mãe). De tal modo, concluímos que no tratamento de RHA desses casais, o marido se vê novamente em uma situação semelhante a sua infância (processo regressivo e inconsciente), sendo que agora o médico é o possuidor do falo onipotente que poderá fertilizar a sua esposa. O limite da castração é mais uma vez imposta e a rivalidade com o seu pai é projetada no aqui e agora na figura do médico. Salientamos que esses casais entrevistados, após o tratamento, não retornaram para a clínica, na qual fizeram a RHA. Isso pode aludir à dificuldade dos mesmos, ou mais precisamente dos maridos, em defrontarem-se com as suas incapacidades referentes à fertilização de suas esposas e de depararem-se com o médico que a conseguiu. Também podemos interpretar que esses sentimentos de frustração e angústia, mobilizados pela ferida narcísica do casal, favoreceram a recusa do convite de participar de alguns encontros grupais com outros casais que passaram pelo mesmo tratamento da FIV com óvulos doados. Notamos que, para os homens, esse tipo de configuração grupal iria colocá-los em uma situação de constrangimento a despeito de sua virilidade, enquanto nas mulheres a condição seria de reconhecer a perda de 'poder' de procriar e, concomitantemente, da feminilidade.

Embora os casais verbalizem sua satisfação em ter um filho e a realização de serem pais, ainda assim, lidam com uma espécie de gestão constante do conflito psíquico fomentado pela experiência que tiveram com o tratamento da infertilidade com uso da FIV e receptação de óvulos doados. A aspiração do casal em ter um filho biológico, e que pudesse transmitir seu material genético, representava uma fantasia primária importante que os cônjuges compartilhavam. Esse filho tão idealizado não foi viável, apesar de ele possuir parcialmente a carga genética do pai e, mediante esta realidade, os genitores buscam elaborar esta perda narcísica e o luto pela impossibilidade de conceber este filho tão sonhado. Não obstante, concluímos que esses entrevistados buscaram uma alternativa para lidar com esse sofrimento psíquico, selando um segredo com seus respectivos parceiros em não falar mais sobre a origem do seu filho e o tratamento que se submeteram para gerá-lo. Nesse sentido, o segredo torna-se um pacto negativo que aponta um luto não realizado do casal e, ao mesmo tempo, organiza os vínculos que os genitores compartilham. Ambos os cônjuges tornam-se coniventes com esse segredo e fortalecem seus laços afetivos a partir deste pacto firmado. Para tanto, a família de cada integrante do casal, bem como amigos e colegas não têm conhecimento sobre o tratamento que o casal fez para ter o filho e nem mesmo este último saberá como foi concebido. Tais atuações refletem-se em um isolamento social e em fantasias persecutórias de que, em algum momento, alguém pode descobrir esse segredo, podendo acarretar um embaraço ou vergonha caso seja revelado.

Destarte, concluímos também que as experiências com os casais entrevistados indicaram eficácia, no que concerne ao método aplicado neste

estudo, assim como a interpretação dos resultados a partir de conceitos teóricos freudianos e dos autores grupanalíticos: Anzieu e Kaës. A dinâmica dos casais analisados, como um grupo especial, possibilitou aparecimento dos fenômenos psíquicos produzidos pelo inconsciente de cada cônjuge. Esses foram interpretados a partir dos dispositivos grupais envolvidos nesses entrevistados, a despeito da infertilidade e o tratamento com uso da FIV com ovodação. Também ficou clara a importância do profissional da psicologia no processo do tratamento desses pacientes que necessitam da técnica da FIV com óvulos doados, e que o mesmo possa atuar antes, durante e depois do tratamento. Em todos os entrevistados, apesar de afirmarem que estão realizados pelo nascimento sadio de seus filhos, ainda assim percebemos que o pacto negativo, que os vinculam, ocasiona sofrimento psíquico ao casal. Nesse sentido, o apoio psicológico e discussões de casos clínicos com a equipe tornam-se relevantes, já que amenizariam as angústias da equipe em relação às demandas e projeções dos pacientes, assim como as contra-transferências tanto da equipe para com os pacientes, quanto o seu inverso.

Esta pesquisa, portanto, favorece com tais reflexões as equipes de saúde envolvidas com esse procedimento e proporciona uma melhor assistência a essas famílias, já que a reprodução assistida é algo novo e complexo, por abarcar aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e religiosos. Trata-se, por conseguinte, de um terreno 'fértil' que instiga à realização de novos trabalhos científicos, referentes às demandas psíquicas desses pacientes. Finalizamos desta maneira incentivando novas pesquisas com tal temática e método, ou melhor, que novos trabalhos científicos possam



trazer mais contribuições neste campo de atuação dos profissionais da saúde que lidam com esta demanda de pacientes.

Os avanços da medicina vêm a passos largos beneficiando, em muitos casos, as demandas físicas dos pacientes, enquanto que nem sempre os processos psíquicos destes pacientes acompanham tamanho progresso. A FIV com óvulos doados configura-se nesse paradigma, em que por um lado a medicina proporciona para alguns casais ter o tão desejado filho, mas por outro lado nem sempre estes beneficiados conseguem acompanhar psiquicamente e emocionalmente as concretizações dos próprios sonhos...

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.

Anzieu, D. (1967/1993). *O Grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ariés, P. (1981). *História da criança e da família*. (trad. Dora Flaksman). 2ª Ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Bion, W.R. (1961). *Experiências com Grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo.

Birman, J. (2005). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.

Borlot, A.M.M.; Trindade, Z.A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estud. psicol. (Natal)*. v.9, n.1, pp. 63-70.

Brandi, M.C.AC.; Pina, H.; Lopes, J.R.C. (1997). Epidemiologia da Infertilidade Conjugal. Em Donadio, N.; Lopes, J.R.C.; Melo, N.R. (Orgs.), *Reprodução Humana II – Infertilidade, Anticoncepção e Reprodução Assistida*. São Paulo: Organon.

Brasil, Constituição. (2005). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 35ª Ed., São Paulo: Saraiva.

Brasil. (2002). Lei n. 10.406 de 1º de janeiro de 2002. Em *Novo Código Civil Brasileiro*. Campinas: Bookseller.

Brauner, M.C.C. (2003). *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar.

Cambiaghi, A.S. (2002). *Fertilização um Ato de Amor*. São Paulo: Edicon.

Carvalho, J.P.E. (2008). *Experiências com um grupo de crianças através da música: um estudo psicanalítico*. Campinas/SP, 143 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

Conselho Federal de Medicina. (1992). Resolução n.º 1.358/92. *Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida*. Acessado em: 21/02/2011. Disponível em:

[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358\\_1992.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm)

Corrêa, M. V. (2000). Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v. 16, n. 3. pp. 863-870.

Corrêa, M.V. (2001). *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?*. Rio de Janeiro: UERJ.

Dias, M. B. (2006). Manual de direito das famílias. *Rev. Atual. e Ampl.* (São Paulo), 3ª Ed., São Paulo: Revista dos Tribunais.

Donadio, N.; Lopes, J.R.C.M.; Roberto; N. (1997). *Reprodução Humana II – Infertilidade, Anticoncepção e Reprodução Assistida*. São Paulo: Organon.

Donadio, N.; Donadio, N.F. (1997). Reprodução Humana Laboratoriamente Assistida. Em Donadio, N.; Lopes, J.R.C.M.; Roberto; N. (Orgs.), *Reprodução Humana II – Infertilidade, Anticoncepção e Reprodução Assistida*. São Paulo: Organon.

Donnamaria, C.P. (2008). *Do vínculo virtual ao conjugal: um estudo psicológico*. Campinas/SP, 117 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

Foulkes, S.H.; Anthony, E.J. (1967). *Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Pontual.

Freud, Anna. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1900). Interpretação do sonho. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV - V.

Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

Freud, S. (1909). Romances familiares. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

Freud, S. (1910a). Um tipo especial da escolha de objeto feita pelos homens (Contribuições à psicologia do amor I). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

Freud, S. (1910b). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

Freud, S. (1912). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (Contribuições à psicologia do amor II). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

Freud, S. (1913). Totem e Tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII.

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

Freud, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

Freud, S. (1917a). Conferência XXI. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

Freud, S. (1917b). Conferência XXII. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

Freud, S. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII.

Freud, S. (1923a). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

Freud, S. (1923b). O Eu e o Isso. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

Freud, S. (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

Freud, S. (1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

Freud, S. (1927). O Futuro de uma Ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.



Freud, S. (1930). Mal estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.

Freud, S. (1931). Sexualidade feminina. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI.

Freud, S. (1933 [1932]). Conferência XXXII. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.

Freud, S. (1939[1934-38]). Moisés e o Monoteísmo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (E.S.B.). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII.

Gama, G. C. N. (2003). *A nova filiação: o biodireito e as relações parentais*. Rio de Janeiro: Renovar.

Gaskell, G.; Bauer, M.W. (2002). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. São Paulo: Vozes.

Gasparini, E.V.R. (2007). *Experiências com casais inférteis que utilizam a medicina reprodutiva: um estudo psicanalítico*. Campinas/SP, 202 pp. Tese

(Doutorado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

Goldin, M.A. (1991). *Amores Freudianos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Helbe, H. W. (Org.). (2000). *Tratado de Ginecologia*. 3ª Ed., v. 3. São Paulo: Roca.

Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (1985). Chaîne associative groupale et subjetivités. *Revista de Psicologia e Psicoterapia de Grupo*, v. IX, n. 2.

Kaës, R. (2004). *A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*. Aparecida: Idéias & Letras.

Kaës, R. (1991). *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (2001). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (2005). *Espaços psíquicos comuns e partilhados*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lopes, J.R.C. *et al.* (2008). Doação de Óvulos. Em Souza, M.C.B.; Moura, M. D.; Grynszpan, D. (Orgs.), *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.

Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. v.12, n.2, pp. 395-417.

Mathieu, P. (1967). *Essai de interpretation de quelques payes du revê celtique*. Interpretation, p. 232-59.

McDougall, J. (1997). As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. Em Ribeiro, M. (Org.), *Infertilidade e Reprodução Assistida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ministério da Saúde. (2005). *SUS oferecerá reprodução assistida*. Acessado em: 21/02/2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id\\_area=832](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832)

Moretto, C.C. (2008). *Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico*. Campinas/SP, 123 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

Nascimento, F.R.M. (2009). *Adiamento do projeto parental: um estudo psicológico com casais que enfrentam a esterilidade*. Campinas/SP, 170 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

Nasio, J. D. (1999). *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Oliveira, G. P. (2010). O Desejo do Casal de ter um Filho: possíveis percalços na instauração da parentalidade. Em Antonios Terzis *et al.*(Orgs.), *Psicanálise Aplicada na América Latina: Novos Contextos Grupais*. 1ª Ed., Campinas/SP: Via Lettera, v. 1, p. 51-61.

Oliveira, G. P.; Terzis, A. (2010). Fertilização *In Vitro* e o Mito de Prometeu: Estudo Psicanalítico. *Rev. Pensamento plural (UNIFAE)*, v. 4, pp. 20-25.

Olmos, P.E. (2003). *Quando a cegonha não vem: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade*. São Paulo: Carrenho.

Papp, P. (2002). *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Piato, S. (2002). *Tratado de ginecologia*. 2ª Ed., São Paulo: Artes Médicas.

Pichon-Rivière, E. (2000). *Teoria do Vínculo*. 7ª Ed., São Paulo: Martins Fontes.

Pina, H. *et al.* (2008). Doação de Óvulos. Em Souza, M.C.B.; Moura, M. D.; Grynszpan, D. (Orgs.), *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.

Quayle, J.; Melamed, R.M.M. (2006). *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Schaffer, J. A.; Diamond, R. (1994). Infertilidade: dor pessoal e estigma secreto. Em E. Imber-Black. (Org.), *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Seibel, D. (2006). Pensando a ovodocção – dilemas e desafios. Em Quayle, J.; Melamed, R.M.M. (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, E. (2001). *Abordagens familiares*. São Paulo: ABEAD.

Silva, M.E.L. (1993). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus.

Souza, M.C.B.; Moura, M. D.; Grynszpan, D. (2008). *Vivências em tempo de reprodução assistida: o dito e o não dito*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.

Terzis, A.; Oliveira, G. P. (2009). Aversão sexual sob uma perspectiva freudiana. *Rev. Psicologia (Lisboa)*, v. XXIII, p. 149-164.

Terzis, A. (2008). Interpretación de los sueños y de los mitos: una comprensión psicoanalítica. Em Rojas, M.C. *et al. Perspectivas vinculares en psicoanálisis: las prácticas y sus problemáticas*. Buenos Aires: Asoc. Argentina de Psicología y Psicoterapia Grupo.

Terzis, A. (1994). *Psicologia Comunitária e Institucional*. Campinas: Puc-Camp (uso interno).

Terzis, A.; Donnamaria, C. P.; Oliveira, G. P. (2010). Escolhas na Pós-Modernidade: Expressão da Liberdade ou da Impulsividade? *Rev. Pensamento plural (UNIFAE)*, v. 4, pp. 26-32.

Terzis, A.; Oliveira, G. P.; Orlandi, M. A. (2009). A Festa De Carnaval Como Sonho: Um Estudo Psicanalítico. *Revista de Psicologia Plural*, v. XVIII, p. 01-144.

Terzis, A.; Donnamaria, C. P.; Oliveira, G. P.; Orlandi, M. A. (2008). As vicissitudes das pulsões nas escolhas amorosas contemporâneas. *Rev. SPAGESP*, v. 9, p. 11-18.

Terzis, A. (2006). Dimensões teóricas e técnicas da grupanálise. In: *Grupoterapia: teoria e técnica*. Campinas: Quick.

Terzis, A. (2007). *Psicanálise, Grupalidade e Cultura*. 2ª Ed., Campinas: Magister Baron.

Tognotti, E. (2000). Esterilidade conjugal. Em Halbe, H.W. (Org.), *Tratado de ginecologia*. 2ª Ed., São Paulo: Roca.

Torok, M.; Abraham, N. (1995). *A casaca e o Núcleo*. São Paulo: Escuta.

Venosa, S. S. (2005). *Direito Civil: direito de família*. 5ª Ed., v. 6. São Paulo: Atlas.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR E DO ESTUDO**

Meu nome é Gustavo Presídio de Oliveira, sou psicólogo, doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em que sou identificado pelo RA 08500647. Estou realizando um estudo que objetiva compreender, a partir das teorias psicanalíticas de grupo, as fantasias, desejos e reações conflituosas emocionais de casais que se submeteram ao tratamento de reprodução assistida, em especial com receptação de óvulos, tendo gerado seus filhos com sucesso. Para tanto, estou realizando entrevista, com duração de 1 hora e 20min, com o casal que se submeteu ao tratamento de FIV com receptação de óvulos doados. Nessa, usarei como mediador dialógico a técnica psicanalítica de associação livre, procedimento consagrado tanto na clínica como na pesquisa.

As coisas que você por ventura me contar durante a entrevista não serão divulgadas em nenhum lugar, mas o relatório final da pesquisa, contendo as histórias criadas pelos participantes, sem identificação do autor, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Tais entrevistas visam a coleta de dados para esse trabalho e não envolvem riscos a você e, embora, não esteja previsto nenhum benefício, poderá ocorrer o fato de que ser escutado sobre sua trajetória no tratamento da infertilidade possa lhe fazer bem. Após a análise do material será feito um convite a todos os participantes, para uma reunião de devolutiva dos resultados. É importante ressaltar que você tem a opção pela não participação, que será respeitada.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÕES**

Este termo, em duas vias, é pra certificar que eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para eu ser entrevistado e para a utilização da minha história, da forma como me foi explicado.

Estou ciente de que meu nome não será identificado no material resultante da entrevista, e de que será preservado o sigilo das coisas que eu vier a contar ao pesquisador durante a entrevista.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome/assinatura:

Em caso de dúvidas ou queixa, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa – PUC – CAMPINAS, Rodovia Dom Pedro I, Km 136– CEP 13086-900 – Parque das Universidades – Campinas –Telefone (019) 3343-6777. Telefone de contato do pesquisador: (011) 93960100.

## ANEXO II

### Entrevista com o casal (n.1): Ana e Fabio

*Entrevistador* - (f.1): Como vocês vivenciaram o tratamento da Reprodução Humana Assistida?

*Ana* (casal 1) – (f.2): Acho que tudo tem que começar comigo, por que na realidade tenho que falar um pouco antes do tratamento, como tudo começou e que me levou... que nos levou a fazer o tratamento, né?

*Fabio* (casal 1) – (f.3): O por que é interessante falar... da causa, né?

*Ana* (casal 1) – (f.4): A minha história vem lá de trás, entendeu? Não é uma coisa assim...

*Fabio* (casal 1) – (f.5): Por exemplo, quem faz um tratamento de fertilização é porque naturalmente não conseguiu engravidar...

*Ana* (casal 1) – (f.6): É.

*Fabio* (casal 1) – (f.7): Então é importante você dizer o por que, o que houve, qual o problema dela biológico, né?

*Ana* (casal 1) – (f.8): É.

*Fabio* (casal 1) – (f.9): Dizer por que ela teve que fazer, né?

*Ana* (casal 1) – (f.10): Por que de certa forma, psicologicamente falando, ou sei lá o que... acho que tudo isso tem uma carga atrás, não é uma coisa que de uma hora para outra decidi engravidar e partir pra fertilização, né? Então, eu acho que eu teria que falar um pouquinho desse meu passado... acho que tudo começou, meu problema em si, começou quando eu tinha vinte e um anos de idade, que aí eu tive endometriose e precisei fazer uma cirurgia a céu aberto, mesmo naquela época. Por conta disso, a trompa esquerda foi retirada e quase que o ovário esquerdo todo. Bom, enfim, mas aí minhas chances de engravidar ainda existiam... engravidar normalmente existiam.

*Fabio* (casal 1) – (f.11): Ficaram reduzidas.

*Ana* (casal 1) – (f.12): É mas, assim, hoje na realidade se um ovário funciona perfeitamente, pra lei da natureza, parece que existe uma compensação, né? Então conseguiria engravidar normalmente e a outra trompa que ficou é uma trompa que estava... acho que perfeita. Ela tinha aderência, também não era obstruída nem nada, só que depois eu tive uma gravidez aos vinte e quatro anos... foi com ele mesmo (refere-se a Fabio). Foi nessa única trompa que restou, mas por azar o médico na época não conseguiu manter a trompa, né? Então fiz outra cirurgia a céu aberto e um outro momento que eu tive que atravessar aos vinte e quatro anos. Aí depois eu tive que fazer uma nova cirurgia pra desobstruir a trompa, também a céu aberto. São momentos difíceis que a mulher passa, né? Você olha pra frente e você acha que as suas chances de engravidar vão reduzindo e que naquele momento que o médico disse isso sobre a minha trompa quando eu tinha vinte e quatro anos atrás... o médico até bem conceituado aqui, disse: “olha, você só com bebê de proveta”. Então, na minha cabeça quando tinha vinte e quatro anos de idade, só vinha à pergunta: “o que é um bebê de proveta?” Então, isso a vinte e um anos atrás, com aquilo na minha cabeça e achava que aquilo era um... Sabe? Bom, enfim, mas assim eu nunca perdi a esperança, pois cada cirurgia que eu fazia, eu achava que era um

momento que eu tinha que atravessar mesmo... bom, eu nunca perdi a esperança, então assim, três cirurgias, depois uma laparoscopia, outra cirurgia que não deixa de ser invasiva, vários exames pra saber se o útero está bem... isso sem tentar engravidar. Por quê? Por que eu tinha endometriose e o tratamento era um tratamento muito difícil, por que é como se você toma medicação e você zera os hormônios, como você estivesse na menopausa. Então aquelas ondas de calor, aquela coisa horrível, é um tratamento muito ruim. Bom, isso aí foi passando, passando e o médico começou a me cobrar na época, o meu ginecologista, que eu tinha que engravidar... só que naquela época a gente começou a namorar, eu tinha dezenove ou dezoito anos de idade e estava na faculdade. Aí a gente namorou alguns anos, se separou... eu já não estava mais com ele, não estava com um relacionamento certo e o médico só me cobrando: “aos trinta anos e você não pode demorar muito”. Você se sente pressionada... aquela coisa, eu não tinha um relacionamento certo pra poder tentar engravidar, entende? Aí depois eu passei por vários outros processos de tratamento em si, para combater ou pelo menos controlar a endometriose, só que depois de trinta anos parece que os hormônios vão diminuindo, não sei como é que funciona muito não, mas ela fica controlada, entendeu? Então já não tinha mais essa questão da endometriose, somente os exames que eu fazia e tal. Bom, aí quando eu tinha trinta e cinco anos, ele (Fabio) se casou e eu também. Eu tinha um namorado e quase me casei e tal... sei que acabou, não deu certo minha relação e a dele (Fabio) também. Ele chegou a se casar, mas não deu certo e nós nos reencontramos (risos)... depois de muitos anos.

*Fabio* (casal 1) – (f.13): É, essa história mesmo que rolou...

*Ana* (casal 1) – (f.14): Então começamos a namorar e tal e aí eu não estava mais assim evitando... já estava meio que tentando engravidar, já que a gente viu que podia dar certo e iríamos ficar junto e tal... isso aos trinta e cinco e aos trinta e seis anos, nós decidimos fazer o tratamento, por que a gente achou que não ia dar certo ficar esperando muito tempo. As chances reduzindo cada vez mais e foi aí que partimos pro tratamento de fertilização. Não foi nesta clínica, foi em outra clínica, só que foi um momento muito difícil. De todos os tratamentos que eu fiz, fiz no total seis: quatro aqui e dois nesta clínica, foi o pior por que eu só tinha um ovário, na realidade, e o outro ovário esquerdo ele tinha um pedacinho pequeno. Então, quando recebi os estímulos ele apareceu e os óvulos também, só que os óvulos não amadureciam. Então tomava muita medicação no primeiro tratamento, muita medicação e os óvulos surgiram nos dois ovários, ou seja, um ovário pequenininho e o outro ovário normal. Mas eles não amadureciam e aí tinha que tomar muita medicação. Eu comecei a tirar sangue duas vezes ao dia para o médico ficar acompanhando, não só pelo ultrassom, mas também as taxas de hormônio... era um sofrimento. Então, eu tinha que tirar sangue todos os dias duas vezes ao dia, enfim só que aí eu consegui aspirar dois ou três óvulos, mas só um era perfeito... consegui fazer um embrião perfeito e os médicos ficaram até encantados, que aquele embrião era tão perfeito. As células eram perfeitas, então as chances existiam mesmo com um embrião só, tanto que a médica achou que eu iria estar grávida... mas depois viu que eu não tinha engravidado... então esse momento foi o mais difícil pra mim, por que eu acreditei muito, eu achava que por toda a minha história de vida iria conseguir... então foi um baque muito grande, ainda mais por receber esta notícia quando estava numa reunião no trabalho. A médica me ligou e... isso que mais me marcou de todo o tratamento, aí eu saí da sala, pedi licença e a médica me falou: “nadamos, nadamos e morremos na praia”. Então isso pra mim foi muito forte, mas assim foi só naquele momento. Fui pra casa, lógico que chorei aquela coisa toda e ele (Fabio) também me deu uma força muito grande... em momento algum, em momento algum, dos tratamentos que eu fiz, ele teve alguma dúvida que um dia eu não iria engravidar. Isso também foi muito forte e a minha mãe também me deu muita força, pois eu achei que ela fosse ficar com ‘peninha’ de mim e tal. Eu não sentia pena nem da parte dele e nem da minha mãe, então isso me deu mais força de continuar, entendeu? No outro dia eu já estava bem, lógico que fica aquela dorzinha e tal, mas eu acho que eu sou uma pessoa forte, entendeu? Eu acreditava que: “bom, não deu certo, mas vou tentar outras vezes”. Eu tentei de novo e a segunda tentativa foi com óvulos doados. A médica achou que eu não ia responder bem...

*Entrevistador*- (f.15): Então, o uso de óvulos doados foi desde a clínica anterior?

*Ana* (casal 1) – (f.16): Sim. Na primeira tentativa foi com meu próprio óvulo, mas na segunda tentativa a médica achou que não valia apena eu sofrer tanto... Eu sofri demais com estímulos

e aquela coisa de tirar sangue e tal... aí ela achou que não ia adiantar continuar recebendo estímulos todos, toda aquela medicação e de repente não ter um resultado, entendeu? Ia ser muito frustrante... ela me deixou a vontade pra decidir e disse que existia essa opção de óvulos doados, só que no momento... eu me lembro bem na hora que ela me falou isso... minha reação quando ela falou isso foi: “neste caso eu vou ser uma barriga de aluguel?”. Essa foi a primeira reação que eu tive, mas foi uma coisa assim meio sem pensar. Não que eu tivesse assim nada contra isso, mas eu nunca tinha parado para pensar nessa possibilidade. Adoção sim, mas o óvulo de outra mulher... não mesmo. Que fosse com o espermatozóide dele... eu caí em mim, depois ela continuou conversando comigo sobre isso até eu amadurecer essa idéia. Saí dali, naquele momento, decidida a fazer sem problema nenhum com esse outro óvulo, principalmente porque o espermatozóide era dele e eu sempre tive vontade de dar um filho a ele também. Embora eu também tivesse vontade de ter um filho claro.

*Fabio* (casal 1) – (f.17): É um fato novo.

*Ana* (casal 1) – (f.18): É...

*Fabio* (casal 1) – (f.19): Essa história de ovo doação... mas a gente assimilou e resolveu fácil e aí tocou em frente...

*Entrevistador* - (f.20): Como foi isso pra você, Fabio?

*Fabio* (casal 1) – (f.21): Inicialmente não era o ideal, mas depois você passa a aceitar facilmente e hoje em dia a gente nem lembra, não é verdade? A gente nem lembra, a gente até conversando assim no dia-a-dia quem vê assim “ah, puxou você. É seu filho, né?” Entendeu?

*Ana* (casal 1) – (f.22): É lógico que isso vem na minha cabeça...

*Fabio* (casal 1) – (f.23): Super natural...

*Ana* (casal 1) – (f.24): Não, mas isso vem na minha cabeça algumas vezes. Normal...

*Fabio* (casal 1) – (f.25): É claro que vem, mas a gente a coisa flui tão bem por que...

*Ana* (casal 1) – (f.26): Ah sim... às vezes a gente comentando, assim, uma simples coisa, ou alguém comenta alguma coisa... aí você cai na real... ali você pára pra... Mas a gente não...

*Entrevistador* – (f.27): Existem pessoas, além de vocês, que sabem do uso da FIV com óvulos doados?

*Ana* (casal 1) – (f.28): Não.

*Fabio* (casal 1) – (f.29): Não.

*Ana* (casal 1) – (f.30): Ninguém... ninguém da família sabe. Principalmente pra mim, assim, não que eu sofra com isso... de forma alguma. Eu amo meu filho e eu fico imaginando: “meu Deus e se fosse do meu sangue seria diferente?”. Impossível, porque ele é meu filho, entendeu? E eu vejo às vezes...

*Fabio* (casal 1) – (f.31): E por sorte ainda parece muito com ela...

*Ana* (casal 1) – (f.32): É tanto que se parece comigo, por que as pessoas falam: “é a cara da mãe, é a cara da mãe” (risos).

*Fabio* (casal 1) – (f.33): Então a história é toda redonda...

*Ana* (casal 1) – (f.34): É a cara da mãe... eu olho pra ele... eu vejo coisas semelhantes... eu vejo a minha mãe falando: “o corpo não sei o que é do meu irmão, não sei o que é de não sei quem...” (risos)

*Fabio* (casal 1) – (f.35): Ninguém sabe nem a mãe dela, nem a família...

*Ana* (casal 1) – (f.36): Não, ninguém sabe. Eu decidi que não.

*Fabio* (casal 1) – (f.37): Só esta clínica e nós.

*Ana* (casal 1) – (f.38): Só, ninguém mais...

*Entrevistador* – (f.39): E eu...

*Fabio* (casal 1) – (f.40): Ah é você...

*Ana* (casal 1) – (f.41): (risos) Pois é, então, aí depois eu fiz os tratamentos com ovoduação só que os óvulos não eram bons, entendeu? No dia que ia fazer o procedimento a médica viu os da moça, colocou no microscópio e depois aumenta lá não sei o que... aí inclusive como eu já associei esses embriões ao meu primeiro (FIV) e eu vi que era diferente, aí a médica explicou que realmente eles não eram tão perfeitos quanto o meu... que era o meu próprio, entendeu? É isso, né? Bom, enfim, mas aí eu já não fui com segurança... eu senti que a médica não estava segura, que os óvulos não eram bons...

*Entrevistador* – (f.42): Ou seja, os próprios óvulos que você tinha antes eram mais perfeitos...

*Ana* (casal 1) – (f.43): Exatamente. Eles ficavam no hospital, todo mundo na clínica ficou encantados como eram tão perfeitos, entendeu? Então minhas chances de engravidar eram grandes. Bom, enfim, aí eu fiz o procedimento, mas eu também não estava acreditando tanto... mas sempre há esperança, né? Aí eu vim para os médicos daqui e pensei: “agora entrega à Deus”. Os embriões não ficaram tão perfeitos. Bom, aí decidi... o tratamento não deu certo e foi difícil também receber a notícia, por que o momento que eu fui avisada, eu acho que o médico não teve muito cuidado na hora de dar a notícia... não era para passar a mão na cabeça, tratar com carinho não... não é isso, mas é o escolher o momento de dar a notícia e essa segunda notícia quando recebi, estava almoçando. Imagina? Eu almoçando com a menina, com a moça que era do trabalho, era nova no trabalho tal e eu não tinha afinidade nenhuma para caso tivesse vontade de chorar... o telefone toca para dar a notícia, assim, friamente... não é por que seja errado dar friamente, eu acho que de repente tem que ser assim mesmo, entendeu? Por que se tratar assim de uma forma muito... eu acho que é pior. Eu acho que a gente fica mais sensível ainda, mas o momento ali, eu almoçando e recebo a ligação... sim, eu faço o que com o meu prato ali? Com uma pessoa que eu não tenho afinidade nenhuma... como que eu levanto ali da mesa? Como que engoli aquilo? Eu tive que engolir aquele choro... é horrível isso. Muito cuidado ao dar a notícia para o paciente... isso aí pra mim foi uma das coisas mais difíceis. Eu acho que pra todo mundo é o mais difícil receber. Eu acho que tem que ter um certo cuidado com a forma, o momento... é muita pressão...

*Fabio* (casal 1) – (f.44): É uma pressão total de A a Z de respostas, satisfação a sociedade, a família, a si próprio...

*Ana* (casal 1) – (f.45): A idade vai chegando, né?

*Fabio* (casal 1) – (f.46): Caso dela os óvulos em função da idade não amadureciam mais, por isso partir para doação, essas coisas todas...

*Ana* (casal 1) – (f.47): Era muito sacrifício...

*Fabio* (casal 1) – (f.48): Era muito sacrifício, mas a gente venceu...

*Ana* (casal 1) – (f.49): Minha sorte é que eu não falava pra muitas pessoas, entendeu? Era muito, assim, fechado... minha mãe, uma prima como se fosse minha irmã e no máximo meu irmão só... só, ninguém mais.

*Entrevistador* – (f.50): Sabiam do tratamento...

Ana (casal 1) – (f.51): O momento do tratamento...

Entrevistador – (f.52): Mas não sabem da ovodação?

Fabio (casal 1) – (f.53): Não, Não...

Ana (casal 1) – (f.54): Ninguém sabe da ovodação.

Fabio (casal 1) – (f.55): Não houve grande conflito, assim, eu acho que nenhum... nem pequeno da nossa parte. Ela ajudou muito, por que é uma pessoa muito forte, né? Sempre acreditou e tinha determinação no que ela queria. Ela tinha aquela esperança grande e eu pra poder estar sempre de apoio, acreditava muito que ia dar certo. Agora isso se quer em momento nenhum nos colocou, a nossa relação, nem em jogo e nem discussão. Ela foi muito paciente, muito perseverante, muito forte, uma pessoa muito equilibrada e eu acho que isso ajudou muito. Junto com o meu apoio e a cumplicidade total... eu falo assim história muito redonda tem um final feliz, né? A gente fica até meio assim de estar falando de si próprio, mas na verdade foi... foi uma história longa, né? Tudo começou quando ainda namorávamos; tínhamos vinte anos e tal; começou essa gravidez ectópica, depois a gente passou dez a quinze anos separados, depois volta e retoma um processo, né? Quer dizer, é como se fosse um sonho antigo que se tornou realidade muito tempo depois e por ironia do destino por ovodação. Você vê que a coisa é tão forte que o filho ainda veio parecido com ela, mais até do que comigo.

Ana (casal 1) – (f.56): (risos)

Fabio (casal 1) – (f.57): Quer dizer, é uma coisa assim incrível...

Ana (casal 1) – (f.58): As vezes eu confiava muito na outra clínica, mas, assim, eu decidi mudar não foi por causa dela (médica da clínica anterior). Eu quis tentar outra coisa, tentar diferente, fazer diferente, entendeu? Ir em algum outro médico, quem sabe a questão de sorte? Eu acredito um pouco nisso também, mas, assim, eu sei por que os óvulos que eu recebi da doadora eram ruins... isso é uma questão de sorte também, entendeu? De repente era pra não dar certo mesmo e ela não teve culpa (médica da clínica anterior). Eu realmente só saí de lá pra tentar o que um ginecologista tinha me dito: “por que você não tenta a clínica X? Eu conheço Dr. X”, aí eu falei: “me dê o telefone dele que eu vou ligar. Eu vou fazer uma consulta com ele”. Foi quando tive aqui, entendeu? Isso depois de um ano que eu tinha feito a segunda tentativa, aí resolvi vir aqui e aí eu gostei bastante dele. Achei que ele me passou uma segurança, sabe? Quando você olha para o médico e se sente segura, então, eu me senti segura. Então é aqui mesmo que eu vou tentar... aí começou todo processo de novo de exames, exames, exames... isso é desgastante. Aí foi a primeira tentativa e não deu certo, então ele acreditava que ia dar certo depois com os óvulos da doadora no caso, né? Eu tive que ir por esse caminho de novo. Ele viu que realmente não adiantava... então fez vários exames que não adiantava ficar insistindo ali, por que é muito sofrimento...

Fabio (casal 1) – (f.59): Gera uma expectativa pra gente vir aqui, como é que vai ser o bebê? Vai ser assim, vai ser assado, vai ser bonito, vai ser baixinho, como é que vai ser o cabelo? Então, a gente superou esse processo...

Ana (casal 1) – (f.60): Eu sempre acreditei, assim, acreditava no profissional.

Fabio (casal 1) – (f.61): É uma coisa muito pessoal, independente, assim do...

Ana (casal 1) – (f.62): É muito sério. Eu acreditei nela, entendeu? Eu pedi, por favor, consiga uma pessoa parecida comigo, por favor... eu aceitei todo esse processo de tratamento, porque eu acho que se Deus mandou ele (filho) tem um propósito. Eu penso dessa maneira. Eu não sou aquela pessoa histórica, religiosa... não. Eu acredito em Deus, mas, assim, eu não sou religiosa, não sou aquela pessoa de ficar na igreja, não sou aquela pessoa... eu senti fé. Acho que era isso, então, se pra mim estava vindo daquela forma... eu queria abraçar aquilo por que era minha chance, então, por que eu vou ficar questionando Deus do tipo: “por que comigo tem que ser assim?” Minha vida inteira sofri... eu fui aceitando e vamos para frente... vamos

buscando, entendeu? Por que é aquilo que eu falei, eu acho que na vida nada é perfeito... tem pessoas que tem sei lá o que sucesso numa coisa, outras pessoas tem sucesso em outra e eu acho que de repente pra mim esse caminho eu não tive muito sucesso. Não tive sucesso no sentido de ter os meus próprios óvulos, mas existe sucesso em outras coisas... eu sou tão feliz em outras coisas, por que eu tenho um homem da minha vida, tenho meu sucesso digamos assim profissional, tenho sucesso na família que é tudo para minha vida... eu tenho tantas coisas só que essa questão do filho, de um óvulo que eu posso conseguir de outra forma, eu não consegui de mim mesma. Agora se de alguma forma não engravidasse, talvez fosse difícil pra mim, mas eu também já tinha um plano na minha cabeça se não desse certo: eu ia adotar uma criança. Eu não iria deixar de ser mãe. Eu deixei sempre isso claro e ele (Fabio) aceitava isso como um plano B, mas eu ia tentar até o meu limite. Limite emocional, financeiro, psicológico, enfim todos, mas eu achava que isso ia dar certo, entendeu?

*Entrevistador* – (f.63): Se vocês adotassem um filho, que seria esse plano B, vocês estariam falando também para os demais familiares?

*Ana* (casal 1) – (f.64): Ah sim, eu queria que meu filho soubesse realmente que ele era adotado desde pequenininho...

*Fabio* (casal 1) – (f.65): É por que independente de preconceito, eu acho que atualmente o mundo já evoluiu tanto e a sociedade já evoluiu muito. Já passou a aceitar isso com muito mais facilidade, com muito mais naturalidade... com o uso da ovodoação, eu acho que da parte da mulher, embora eu seja do sexo oposto, mas a gente sente isso, que o fato de ela poder ter gerado esse filho já acho que preenche praticamente oitenta por cento... não sei se até chega atingir esse percentual do desejo e a realização, né?

*Ana* (casal 1) – (f.66): Quase cem por cento... é quase cem por cento, por que são poucos os momentos que eu paro pra me lembrar de que o óvulo não é meu... é por que eu fico olhando para o meu filho... eu vejo que é meu filho...

*Fabio* (casal 1) – (f.67): Eu acho que cada vez mais em função do amor, do crescimento dele, do crescimento do amor e de tudo em vida...

*Entrevistador* – (f.68): Você já imaginou como poderia ser a doadora?

*Ana* (casal 1) – (f.69): Sim. Sabe quando eu imaginei?

*Fabio* (casal 1) – (f.70): Às vezes eu fico pensando...

*Ana* (casal 1) – (f.71): Quando eu estava fazendo o tratamento, mas aí depois disso não. Quando eu vim aqui eu falava assim: "Fabio, eu vi uma moça assim, assim, assada e ela é alta". Por que...

*Fabio* (casal 1) – (f.72): Você tem uma curiosidade de vê-la...

*Ana* (casal 1) – (f.73): Hoje eu não tenho... Não tenho, não penso sinceramente. Já tive por que eu ficava assim... aqui nesta cidade não tem muitas mulheres do meu tamanho, né? Hoje em dia a nova geração está crescendo muito, mas da minha faixa etária não são tantas... aí será que foi escolhido uma moça assim alta também? Aí ficava olhando às vezes... Eu vi uma moça assim, assim assada, aí eu pensava: "eu acho que pode ser ela". Aí eu ficava olhando quem estava na mesma fase, no mesmo momento que era pra fazer inspiração, no momento que ele tinha que vir fazer coletar também do sêmen, né? Então aí eu ficava talvez seja aquela, talvez seja aquela, aquela é mais parecida comigo... aí eu falava pra ele, entendeu? Mas só nesses momentos.

*Fabio* (casal 1) – (f.74): Minha curiosidade está mais no aspecto da seleção genética, por que eu crio cavalos já muitos anos. Crio cachorro e crio cabras também. Então eu gosto desse trabalho genético, dessa seleção genética... então você vai pegando as características de um indivíduo, características do outro e vai somado ao resultante... é só por isso e nada além.

Ana (casal 1) – (f.75): Só antes eu tinha essa vontade... no meu caso eu vou dizer por que é como se eu dividisse a minha maternidade com ela...

Fabio (casal 1) – (f.76): É, exatamente...

Ana (casal 1) – (f.77): Eu não tenho vontade por quê? Ela não é a única... por que eu vou perder tempo com curiosidade? Ela não existe mais na minha cabeça...

Fabio (casal 1) – (f.78): É melhor nem ver a imagem...

Ana (casal 1) – (f.79): Ela nem existe mais...

Fabio (casal 1) – (f.80): Por que não existe imagem de ninguém na psicanálise, né?

Ana (casal 1) – (f.81): Mas foi isso que o psicólogo me disse uma vez...

Fabio (casal 1) – (f.82): O óvulo Deus mandou, por exemplo...

Ana (casal 1) – (f.83): É. Deu de presente entendeu? Essa pessoa não existe e eu comecei a entender isso e a raciocinar desta forma depois, antes eu tinha essa curiosidade pra saber se meu filho vai ser bonitinho (risos), se será que vai ser muito diferente ou passou uma doença genética aí sem perceber... mas depois não, não tenho vontade de conhecer. Ele parece comigo, entendeu? Ela não existiu pra mim. Ela existiu quando veio... no tratamento ela existiu realmente e eu queria conhecê-la mesmo. Mesmo que não fosse apresentada, mas que eu olhasse para ela assim e tal... descobrisse como ela era, mas fora isso nenhum, nenhum, mas nenhum mesmo. Sinceramente.

Fabio (casal 1) – (f.84): Eu acho que esse é o método mesmo... a gente não veio conhecer e nem nada. Já pensou se a gente conhecesse essa pessoa realmente? Seria ruim, por que ia ficar aquela história do ciúme platônico sei lá como que, entendeu?

Entrevistador – (f.85): Como seria este ciúme platônico?

Fabio (casal 1) – (f.86): É por que até poderia surgir isso...

Ana (casal 1) – (f.87): Eu prefiro não. Ele tem outro tipo de curiosidade que é essa questão genética aí, né? E só.

Fabio (casal 1) – (f.88): Eu acho que o caminho perfeito é esse aí. Eu acho que o sistema metodológico é esse aí.



### ANEXO III

#### Entrevista com o casal (n.2): Maria e Paulo

*Entrevistador* – (f.1): Como vocês vivenciaram o tratamento da Reprodução Humana Assistida?

*Maria* (casal 2) – (f.2): Olha, eu primeiro vou dar o meu ponto de vista depois eu vou deixar ele falar...

*Entrevistador* – (f.3): Ele pode interromper você...

*Maria* (casal 2) – (f.4): É, ele pode! (risos). Veja só, assim... eu planejo muito assim a minha vida em termos profissionais, termos pessoais, mas esse assunto específico não foi planejado, porque as situações foram ocorrendo. Então, nós temos um filho de cinco anos, foi concebido naturalmente e aí após o nascimento desse filho veio logo o desejo de ter o segundo e as dificuldades apareceram. Não estávamos esperando uma infertilidade minha. Eu tenho uma baixa reserva ovariana pra minha idade e esse processo deve ter acontecido já há algum tempo e eu não sabia, né? Então, o que acontece é que a gente não pensa de imediato partir pra uma... acho que é drástica, assim, uma fertilização. A gente não pensa nisso, você vai procurando os obstetras, fazendo tratamento primeiro até, assim, se conscientizar que você, no meu caso que sou mulher, que estou tendo uma queda na minha fertilidade. Então, é um processo difícil não só o ponto da questão de não poder ser mãe, mas, também, a condição de ser mulher, continuar atraente, continuar sendo feminina... tudo isso bate assim na cabeça da mulher. O homem eu acho que... não sei se ele pensou nisso, assim, eu tinha essa preocupação de revelar pra ele, que a minha fertilidade estava em declínio, o que poderia até interferir no nosso relacionamento. É algo que eu depois superei, eu vi que não tinha nada a ver, mas no início me impactou e aí a gente busca outras alternativas. Não busquei de imediato uma clínica, fui para a minha ginecologista, todos obstetras, fazer exames, negando “não isso não pode ser verdade” e tal. Aí que até o meu obstetra deu o diagnóstico e recomendou a clínica de fertilização, então, levou mais ou menos um ano isso, depois que o meu filho nasceu até eu tomar essa iniciativa de procurar uma clínica e vim sozinha. Eu não vim com ele, porque teve esse processo prévio também, assim, de eu me preparar pra revelar ao meu parceiro que eu estava com essa dificuldade, né? A gente se dá muito bem, mas eu passei por esse sentimento assim... sofri um pouco com isso. Eu nem lhe falei ‘mô’ sobre isso. Acho que não foi pouco não, foi muito. No início, assim, eu sofri bastante. Aí, foi esse processo que procurei algumas clínicas. Essa não foi à primeira. Foi à segunda clínica e a partir daí com a orientação dos médicos você vai internalizando essa realidade... como é em todos os aspectos do ser humano quando você se encontra com um obstáculo, você tem um choque de imediato, mas é uma característica maravilhosa no ser humano você superar, você buscar as alternativas, acho que é por isso que a humanidade tá aí, né? E a partir daí eu fui entendendo o que estava acontecendo, quais seriam as alternativas? O que poderia ser feito? Conversando com ele, eu não compartilhei com amigas e nem com minha mãe, nem com irmã, nem com ninguém, só com ele que é meu marido e fomos tomando as decisões conjuntas... ele aparando as minhas arestas, as minhas dificuldades, os meus medos, me apoiando e fomos felizes. Três tentativas e na terceira nós fomos...

*Paulo* (casal 2) – (f.5): É ,antes de vir pra cá, a gente fez o tratamento de fertilidade, né?

*Entrevistador* – (f.6): Na outra clínica?

*Paulo* (casal 2) – (f.7): Não, tratamento de fertilidade não, vamos dizer assim... um tratamento para que ela melhorasse...

*Maria* (casal 2) – (f.8): É...

*Paulo* (casal 2) – (f.9): A condição dela...

*Maria* (casal2) – (f.10): Os implantes...

*Paulo* (casal 2) – (f.11): Você tenta, se ainda não o método natural, método antigo, mas pretendendo melhorar a reprodução dela... não foi aqui ainda...

*Maria* (casal 2) – (f.12): Não, foi na clínica X.

*Paulo* (casal 2) – (f.13): Foi na clínica X...

*Maria* (casal 2) – (f.14): foi com o médico X...

*Paulo* (casal 2) – (f.15): foi com ele mesmo...

*Maria* (casal 2) – (f.16): Eu usei implante, esse um ano que a gente tentou natural, a gente acreditava que podia acontecer, aí eu usei implante. É subcutâneo. Tomei algumas medicações... então aquilo que eu te falei, assim, de imediato pelo menos conosco a gente não pensou assim. Não foi tudo bem com o diagnóstico de reserva ovariana baixa e não fomos partir logo pra uma clínica de fertilidade. Não. Nós acreditávamos que poderia acontecer naturalmente até porque já tínhamos, temos um filho. Então teve uma fase prévia de você buscar uma alternativa diferente. Porque, né? Porque... porque nós somos saudáveis, somos fortes, temos uma experiência positiva anterior, então acreditávamos que não precisava partir pra uma técnica que eu acho que é válida, importante, nos beneficiou... mas eu acho que é um processo normal mesmo, aí fizemos esse tratamento...

*Paulo* (casal 2) – (f.17): Primeira tentativa no natural, né? Seria o mais próximo do natural e depois quando a gente viu que não tinha condição, tava bem difícil e o tempo vai se encurtando, que chega uma faixa etária que você começa a ver que o tempo está contra, né? E nesse ponto aí nós homens somos mais bem beneficiados, né?

*Maria* (casal 2) – (f.18): São...

*Paulo* (casal 2) – (f.19): Mas as mulheres, essa faixa é mais curta. Então a gente optou em fazer o tratamento mesmo de fertilização e aí vem vocês, né? Ela que participou mais nessa parte de selecionar... ela selecionou aqui, a partir da seleção dela que eu vim pra cá. Eu não fui na outra (clínica) não. Depois que ela selecionou já tinha feito uma ou duas consultas com o médico aqui, aí que eu vim. É que eu vim pra gente seguir realmente a diante.

*Entrevistador* – (f.20): Na outra clínica você chegou a participar de alguma consulta?

*Paulo* (casal 2) – (f.21): Não, não...

*Entrevistador* – (f.22): Só depois que foi revelado no caso o...

*Paulo* (casal 2) – (f.23): Não, da fertilização in vitro, do tratamento de fertilização... ela foi numa outra e veio nessa... seleção mesmo...

*Entrevistador* – (f.24): Mas você já sabia?

*Paulo* (casal 2) – (f.25): Já sabia.

*Entrevistador* – (f.26): Como foi essa situação? Parece-me que ela ficou um pouco ansiosa...

*Maria* (casal 2) – (f.27): Fiquei...

*Entrevistador* – (f.28): Mas por outro lado ela tá me dizendo que você sempre a acolheu... e como foi isso pra você? Como é que você recebeu essa notícia?

*Maria* (casal 2) – (f.29): Ele nunca me falou isso e eu nunca perguntei também...

*Paulo* (casal 2) – (f.30): Eu insisti. Lembra que eu insisti pra gente ficar mais um pouquinho tentando antes de decidir pela fertilização? Eu achava que a gente poderia esperar mais um pouco no método natural, tentando o método que a gente estava, ou seja, aquela medicação que você estava tomando. Mas aí depois você me convenceu de que realmente o tempo é muito curto. Acho que você conversou foi até com o médico da equipe e disse que a parte, a sua parte de ovário, da produção ovariana tava numa situação mais difícil mesmo... aí diante disso e tem a questão do tempo, né? Quanto mais passa o tempo pior fica, né? Não havia uma possibilidade de melhora e como a gente de fato, na verdade, não tentou uma só vez não... foi mais, né?

*Maria* (casal 2) – (f.31): Mais...

*Paulo* (casal 2) – (f.32): Foi mais. Aí como de fato a gente tinha se dado um prazo também, né? A gente se tinha se dado um prazo, de caso não acontecer até esse ponto, a gente parte pra fertilização. Aí chegou aquele prazo mesmo e a gente veio e partiu pra fertilização mesmo.

*Entrevistador* – (f.33): Então você está me dizendo que retardou ao máximo o início do tratamento da fertilização, porque vocês se sentiam sadios e achavam que podiam ter outro filho pelo método natural?

*Paulo* (casal 2) – (f.34): É...

*Entrevistador* – (f.35): Além disso, existiu outro fator além dessa questão da saúde? Teve outras questões que limitaram aceitar naquela época o tratamento de fertilização in vitro?

*Maria* (casal 2) – (f.36): Da parte dele eu não sei. Eu consigo até responder isso por mim, assim, eu vou deixar que ele diga o pensamento dele. Eu acredito, assim, que tenho mais restrições do que ele em relação a essa questão, por exemplo, só pra exemplificar uma das condições que eu conversei muito aqui com o especialista é que pra mim é inadmissível deixar embriões congelados. Para mim é filho, então, a princípio eu não queria fertilizar todos os óvulos que ficassem bons. Assim numa quantidade adequada, porque eu não admitia os congelados sem uso. Depois o médico me convenceu que se não fossem fertilizados todos, que as chances diminuiriam. Aí eu combinei que poderia fertilizar, mas eu ia utilizar todos. Eu não ia autorizar nenhuma doação para experiência, nem pra nada e tal, porque assim pelas minhas convicções religiosas eu acredito que ali já é vida, então eu acho que ele pensa um pouco diferente de mim, mas eu teria quantos filhos à natureza me desse... porque eu não ia deixar nenhum... felizmente não aconteceu essa questão de congelamento e tal, não todos, né? Mas pra mim seria assim um critério, uma limitação se ele dissesse: “se a gente fizer a transferência e a gestação acontecer, não vamos retornar pra tentar também fertilizar os outros, assim, implantar os outros”. Se ele me dissesse isso aí com certeza eu não faria, mas em nenhum momento ele me disse isso e eu expus a ele claramente, assim, as coisas. Transferimos quatro, né? Podíamos um só, mas também poderia estar com quatro aqui gerados, né? Porque pra mim seria uma condição...

*Entrevistador* – (f.37): Sobrou algum óvulo?

*Maria* (casal 2) – (f.38): Não... por exemplo, assim, um detalhe que eu não lhe revelei, eu tenho quarenta e quatro anos. Então essa gestação foi com óvulos doados, então sou óvovoreceptora. Então ainda tem essa questão, a questão de deixar congelado que também é inadmissível. Não pensaria nisso de forma alguma... realmente eu tive que fazer uma reflexão em relação à essa questão e conversar com ele (marido). Mas não consultei nenhum líder religioso e nem nada, eu tenho minhas convicções e pra mim é vida. Vida desde o momento que juntou ali e concebeu é vida. Não deixaria de forma alguma congelar, não descartaria, não passaria para experiência e nem nada agora. Eu tive alguns questionamentos éticos quanto à recepção de óvulos...

*Entrevistador* – (f.39): Sim...

*Maria* (casal 2) – (f.40): Muito mais do que o congelamento...

*Entrevistador* – (f.41): Você quer falar antes da gente entrar nesse tema?

*Paulo* (casal 2) – (f.42): Não, eu não tinha, não tenho e quando a gente discutia sobre esse assunto eu sempre defendi que a gente tem melhoria, tem avanço científico e a gente pode e deve usar. Quanto à questão que ela vai entrar agora de ética, dos óvulos que vão ficar congelados é vida, eu não entendi assim... para mim poderia servir como um estudo científico. Eu não tinha isso na cabeça, não é uma preocupação para mim, mas entendi que para ela que era bem mais religiosa que eu e se é uma preocupação dela em voltar pra pegar esses óvulos... eu fiquei só receoso talvez se tivesse mais quatro, cinco, seis filhos (risos)...

*Maria* (casal 2) – (f.43): Ia ter hein (risos)...

*Paulo* (casal 2) – (f.44): É mais dava pra cuidar de todos (risos)...

*Maria* (casal 2) – (f.45): É, eu me lembro que essa gestação foi bem sucedida na terceira tentativa... nas duas primeiras, quando eu tive resultado negativo: eu sofri como se tivesse perdido um filho. Assim, pra mim foi muito difícil, então não deixaria de forma alguma congelar, não critico quem deixa, tenho muitas amigas que já fizeram, já deixaram, mas não reprovoo porque cada um tem seus valores. A gente tem que viver de acordo com esses valores. Acho que o importante é isso. Então, quem deixa, mas não sente que está contrariando os seus princípios éticos... eu acho que aí não há nenhum mal. Assim, eu não condeno nem critico, mas se agora você deixa e se você sente isso, você percebe que você está contrariando toda a sua formação... então acredito que é grave! Então no meu caso eu acho que não seria feliz, não conseguiria por só estar pensando nos que estão lá e tal... mas as vezes até que vai logo, eu tenho movimento pra poder libertar os congelados... as vezes eu leio alguma coisa assim na internet, existe o seguimento da sociedade que também não concorda, mas exceções são exceções.

*Entrevistador* – (f.46): Você discute sobre esses assuntos na internet?

*Maria* (casal 2) – (f.47): Eu quase que tenho um fórum, né? Com esse objetivo também de apoiar as pessoas que não conseguiram e tal. Eu tenho um codinome assim, um pseudônimo nesse fórum e é nesse fórum que ele sempre me alega cuidado, porque isso se retroalimenta, né? Você sempre fala isso (marido) quanto mais você fica ali mais...

*Paulo* (casal 2) – (f.48): Hoje, diminuiu bastante o acesso...

*Maria* (casal 2) – (f.49): É diminuí, de vez em quando eu entro assim pra postar a experiência positiva, porque para mim era super importante quando entrava no fórum e eu via alguém dizendo: “não deu certo, deu certo, deu certo e tal”. Então às vezes eu faço isso, mas não revelo, assim, às vezes eu tenho até oportunidade dentro desses fóruns de você ter um contato individual com alguém, mas eu procuro não fazer até porque assim dentro da questão ética das minhas restrições pessoais, por exemplo, eu já decidi que eu não vou revelar a ninguém que esse filho tem uma contribuição genética de outra pessoa. Então, se fosse tão tranquilo pra mim eu iria revelar pra todo mundo, minha sogra, minha mãe, minhas irmãs que eu tanto amo, mas ninguém sabe disso, então, eu não pretendo fazer essa revelação. Pode ser que haja conseqüências no futuro... eu acho que pode ser que sim... eu estou consciente disso, mas eu já decidi que... nós decidimos, não foi amor? Poderia revelar, mas ele é ótimo comigo, né ‘mô’? Então eu pretendo não revelar... quer dizer nós não pretendemos revelar nem para um filho, que é meu... é meu. “Ah e a origem dele?” A origem dele é nossa. Então eu evitei também esse contato assim, que às vezes as pessoas pegam no fórum: “ah vamos fazer um contato e tal”, mas eu evitei por conta disso.

*Entrevistador* – (f.50): Esse contato pode ser pessoal ou somente via internet?

*Maria* (casal 2) – (f.51): Eu queria até pela internet, mas até isso eu evito assim... eu só posto minhas mensagens no fórum que é um ambiente virtual aberto, público, né?

*Entrevistador* – (f.52): Entendo...

*Maria* (casal 2) – (f.53): Mas eles têm aqueles recursos que se você quiser fazer contato virtual, mas exclusivo com determinada pessoa é possível, mas eu evito. Já recebi até mensagens de uma moça de São Paulo com fotos e tudo que o filho dela foi concebido com ovodoação... ela é receptora. Ela é engraçada porque ela mudou de nome no fórum aberto, no aberto que ela se comunicava com todo mundo ela mudou de nome, agora pra determinadas pessoas ela se revelou, como no meu caso mesmo, ela mandou foto e mandou um monte de coisa assim, entendeu?

*Entrevistador* – (f.54): Esse chat é só de pessoas que receberam óvulos doados?

*Maria* (casal 2) – (f.55): Não, fertilidade geral... tem parte que é maternidade também, bebê depois que nasceu primeiro trimestre. O nome é Fertili, Ferti...

*Paulo* (casal 2) – (f.56): É por que eu não acompanho bem esse fórum, mas acredito que for similar aos outros você entra lá e com um nickname... e a partir daí troca idéias, então a partir do momento que você fica mais...

*Maria* (casal 2) – (f.57): Dignidade é a dignidade...

*Paulo* (casal 2) – (f.58): É fica mais amigo, você pode individualizar mais...

*Maria* (casal 2) – (f.59): Ambiente reservado...

*Paulo* (casal 2) – (f.60): Pode ser nome trocado ou você pode sair do Chat ali e partir pra emails individualizados... você pode anexar fotos... e o que acontecer, né?

*Maria* (casal 2) – (f.61): Foi. Ela fez isso...

*Paulo* (casal 2) – (f.62): Revelar seu nome acontece, mais... ou seja, ela (esposa) evitou se expor.

*Entrevistador* – (f.63): Pelo o que sua esposa falou, você aceitaria revelar?

*Paulo* (casal 2) – (f.64): Eu acredito, eu não tenho uma dificuldade de lhe dar com isso. A tecnologia tá aí pra servir a gente e essa área desenvolveu bastante e eu não vejo, eu não me sinto, se mesmo que fosse também doação para mim, mesmo que não tivesse carga genética minha... não vejo uma dificuldade em dizer: "olha eu usei esse recurso aqui tecnológico". Eu não tenho dificuldade pra lhe dar com isso, por isso se fosse uma decisão só minha eu revelaria. Não ficaria contando, mas se perguntar eu diria... não vejo dificuldade.

*Entrevistador* – (f.65): E o tratamento antes da fertilização com uso de óvulos doados, alguém soube? Família? Amigos?

*Maria* (casal 2) – (f.66): Não. O que eu procurei, o que nós procuramos, foi à clínica de fertilização. As pessoas sabem, minhas irmãs, porque a gente acaba comentando: "eu vou ao médico e tal", mas exatamente qual foi o tratamento não...

*Entrevistador* – (f.67): Certo, nem da sua família também Paulo?

*Paulo* (casal 2) – (f.68): Não.

*Entrevistador* – (f.69): Então, como foi receber a notícia sobre o tratamento com uso de óvulos doados?

*Maria* (casal 2) – (f.70): É assim, um processo gradativo... assim de conscientização, de internalização, tanto que assim na primeira consulta o médico disse assim: “não responda nada, você vai pensar”. Eu acho que pela experiência dele (médico), ele já conhece como é o processo. Assim primeiro de você tomar conhecimento da realidade, você negá-la, você buscar outra alternativa e depois você retornar para o passo anterior e aceitar. Para mim já ficou muito claro que ele já conhece isso não foi a primeira vez comigo e deve se repetir com várias pessoas... Evidentemente que há aquelas que decidem não optar por esse caminho. Eu tenho uma amiga que fez doze fertilizações, uma parte aqui na Bahia, uma parte em São Paulo, uma parte em Minas, em Campinas também, e não engravidou. Ela não aceitou a opção da receptação de óvulos. Uma pessoa muito esclarecida, então, fica difícil que aconteça e eles dão esse tempo, os profissionais... mas o médico que nos atendeu, ele nos deu tempo pra pensar sobre isso... então é um processo no meu ponto de vista de amadurecimento da situação por parte do indivíduo e o que vai contar para o caminho a ser adotado, né? Por que todos passam por essa experiência inicial que é a informação e depois o processo de amadurecimento. Agora o caminho a ser adotado vai depender da sua formação. Não tem outra explicação no meu ponto de vista, por que as primeiras fases vão ser comuns pra todo mundo. O médico vai chegar pra você e dizer: “olha sua situação é essa, as alternativas são essas, essas e essas e o que você vai fazer?” Aí pronto vai pesar... vai pesar a formação mesmo, religiosa, cultural, a ética, a moral, a sua estabilidade emocional, o parceiro que está com você ou a parceira... então eu acredito que esse conjunto que forma a “psiquê”, a personalidade do indivíduo, que vai determinar a escolha final. Foi o que aconteceu comigo. Eu senti e sofri não só pelo fato de não poder ser mãe com meus próprios óvulos, mas, como falei anteriormente, eu tinha receio de como isso iria impactar o meu marido. Assim, sei lá, depois eu superei, mas na época pensava: “será que ele vai achar que eu sou vovó? Não posso mais ter filho, não sou mais mulher, não sou mais bonita, não sou mais feminina, não sou mais atraente...” tudo isso passou na minha cabeça como é que ele vai achar de mim agora? “Pronto agora estou casado com uma vovó que não pode mais ter filho”. As coisas vão caminhando, né? Conta, também, assim, no meu ponto de vista a formação intelectual porque quanto mais informação você tem, mais elementos possui pra poder discernir aquela realidade, né? Foi gradativo mesmo... ele (marido) foi fundamental assim nesta decisão. Se ele dissesse que não, às vezes eu até converso, né? Se não tivesse dado certo aqui a gente partiria para outra cidade... outro dia ele me disse: “é... partiria”. Não sei, tenho até dúvidas se a gente iria fazer esse investimento de ir pra outra cidade e tal, mas foi isso, foi um amadurecimento e o que contribuiu pra isso foi o conjunto da nossa formação e nossa estabilidade assim emocional, sentimental, que eu acho que é muito boa. Estou muito feliz com minha família... aí acabou dando certo.

*Entrevistador* – (f.71): Vocês pretendem um dia contar para seu filho sobre a FIV? E para o irmão dele?

*Maria* (casal 2) – (f.72): Eu não... ele eu não sei. Eu não porque pra mim qual é a questão fundamental? Todo ser humano quer conhecer a sua origem, né? Eu acho que isso aí talvez esteja no direito natural, no sentimento natural, então pra mim eu já entendi que a origem dele sou eu, o pai dele... não existe mais questionamento na minha cabeça do tipo: “ele não tem origem?” ele tem origem... ele tem origem que somos nós os pais, então não é um conflito pra mim ter que revelar para meus filhos, nem pra minha mãe... não, pra mim já está revelado para todos, pois todos viram aqui a minha barriga, tá aqui o pai, tá aqui a mãe... não pretendo explicar mais nada. Respeito quem pensa o contrário, mas eu não tenho conflito assim: “a gente ta enganando alguém”, etc. Não, não estou, estava aqui dentro de mim. Eu sei que tem a questão da carga genética, não tenho dúvidas, as vezes eu pensava se iria nascer parecido comigo, como é que vai nascer? Quem disse que não pensa, não é verdade. A minha prioridade que nascesse perfeito, com muita saúde, com muita vitalidade. Eu sinto verdadeiramente que é meu filho, me emociono, choro quando eu vejo alguma coisa, alguma coisa, então é meu filho. Eu não tenho dúvidas em relação a isso, agora às vezes eu penso nisso assim: “poxa como é que vai ser assim, espero que seja parecido conosco”. Por exemplo, em São Paulo me parece que eles mostram a foto da pessoa na infância. Já li muito sobre isso que os médicos, clínicas, dão opção talvez ao casal... apresentam várias fotos no caso da pessoa que doou os óvulos na infância pra gente ter uma noção mais ou menos, né? Muitas vezes eles pedem fotos assim até dos pais, dos avós, mas aqui não tem. A gente não soube de nada, nem a ficha a gente tem. É uma questão de confiança. Eu não vi ficha, não vi perfil. Eu

acho que seria importante, assim, que é até uma sugestão que eu dou pra o pessoal aqui, assim, talvez a preferência, o grau de instrução da pessoa... talvez passe no primeiro momento um pouquinho mais de segurança pra quem vai receber. Mas aqui não aconteceu... aqui não acontece... é um pouco diferente, acho que cada clínica tem o seu método e aqui a gente não ficou sabendo de nada. Só passamos os nossos dados e já fizemos todos os exames e nós confiamos na escolha deles, então é...

*Paulo (casal 2) – (f.73):* Eles garantiram que a doadora tinha uma faixa etária tal e que era parecida com você (esposa – Maria)...

*Maria (casal 2) – (f.74):* É as vezes eu penso nisso...

*Paulo (casal 2) – (f.75):* É mas essa questão de foto mesmo na infância até seria um recurso interessante...

*Maria (casal 2) – (f.76):* Em outros estados, assim, eles dão uma ficha pra ver qual é a profissão e tal... então, hoje em dia as vezes nem passa esse pensamento assim: “poxa tomara que seja assim alguém parecida conosco, porque cria uma identidade”... é um pensamento que... é um pensamento, assim, rápido mas nada que me preocupe. Nada disso, assim, eu acho que é do ser humano mesmo. No outro filho também pensava isso. Será que vai ficar parecido com o meu pai, minha irmã, minha mãe... imagina? Então acredito que seja natural, a maior preocupação é ser uma criança muito saudável. Assim, eu também faço uma análise da seguinte forma: se pra mim foi difícil, assim receber um óvulo, assim uma herança genética de outra pessoa pra poder realizar o nosso sonho, eu acredito que para essa pessoa não tenha sido tão fácil assim? Se for alguém com a mesma formação que eu tenho, se for uma pessoa que tenha uma formação mais parecida com a dele talvez não. Outro dia eu até falei uma coisa que eu achei que assim... não é que eu me envergonhei, mas eu fiz uma auto-crítica minha, por exemplo eu estou tão feliz com meu filho, mas eu acho que eu não doaria os meus óvulos... assim... como é que pode, né? Então eu me senti um pouco mesquinha. Fiz uma auto crítica negativa minha por que se eu estou tão feliz, está tudo tão bem, por que eu também não teria... se eu fosse mais jovem tivesse do outro lado... essa oportunidade assim tá fazendo um tratamento e ao invés de descartar os óvulos, doasse... eu tenho a impressão que eu não doaria. Então isso é algo que me leva a uma certa reflexão em relação a isso e pra tentar ser melhor, melhor no sentido de ser mais tolerante, compreender o outro lado, porque... imagina, nós somos felizes nos beneficiando numa parceria tão... espero que ela tenha engravidado. Não sei... A gente não perguntou, né? A pessoa que doou...

*Paulo (casal 2) – (f.77):* Alguém disse que tinha engravidado...

*Maria (casal 2) – (f.78):* Não, as duas primeiras ‘amor’ não sei se foi a mesma pessoa...

*Paulo (casal 2) – (f.79):* A última não, né?

*Maria (casal 2) – (f.80):* A gente não perguntou. Então, assim, agradeço muito a Deus e oro muito por ela. Espero que tenha sido feliz com os bebezinhos dela que vão nascer. Por que eu acho que eu teria restrições, pra receber eu não tive. Estou aqui feliz, mas pra doar... eu acho que eu teria mais restrições de doar do que pra receber. Tem lógica isso?

*Paulo (casal 2) – (f.81):* Não. Eu acho que combina com sua opinião de não deixar congelar por que considera vida. Eu acho que procede a sua preocupação.

*Maria (casal 2) – (f.82):* É talvez, por exemplo, eu vejo muito questionamento na internet sobre possíveis encontros de meio irmãos, do tipo: “ah meio irmão, se encontram, se casam aí são irmãos e tal”, mas eu penso, assim, essa situação de meio irmãos pode até acontecer num método natural... eu vou ter um filho e não foi revelado, no casamento ou antes e tal, aí os irmãos se encontram... então, já que eu sou tão religiosa e acredito tanto em Deus... eu deixei essa parte aí as forças divinas... enfim, no final deu tudo certo, por que essa questão da fertilização no Brasil não tem controle muito... não é sério a palavra (se referi a lei brasileira), a própria legislação não tem controle sobre essa questão, por exemplo, eu sempre entendi que essa troca de gametas tinha que ser em parceria dos casais, os dois casais fazendo tratamento

e aí um vai doar, o outro vai receber. Vai ter aquela troca financeira e tudo mais, mas eu já ouvi dizer que lá em São Paulo que uma pessoa, uma mulher, se ela produzir muitos óvulos, ela pode repartir esses óvulos com várias outras receptoras. É uma coisa assim que a gente não sabe exatamente como a legislação trata desse assunto... aqui nessa clínica pelo menos o que foi revelado pra gente é isso assim: que a pessoa que doou, doou apenas para mim. Agora que evidentemente se ela não foi bem sucedida, ela doou pra outras pessoas, né? Nós engravidamos e ela continuou essas doações. Então a questão assim do procedimento médico, técnico e científico eu acredito que o Brasil não tem muito controle não. Eu acho que fica assim muito a critério da clínica, embora tenha uma legislação que trate o mínimo dessa questão, né? Porque você sabe...

*Entrevistador* – (f.83): Você se referiu ao Conselho Federal de Medicina?

*Maria* (casal 2) – (f.84): É, porque a pessoa sai da maternidade, você vai registra o seu filho e pronto, né? Essa questão da repartição dos óvulos eu não sei como é que é... se há uma fiscalização das clínicas, alguns profissionais ou o próprio conselho tem essa equipe nas clínicas fiscalizando pra saber o que está acontecendo. Eu acredito que não. Um exemplo é a escolha do sexo, que é proibido no Brasil. Eu já ouvi dizer que acontece muito no sul e sudeste. Então é uma prática que não é permitida, mas acontece porque não tem de fato a fiscalização... então isso é uma questão. Até que ponto isso aí é realmente observado, eu não sei. A gente fica um pouquinho aberto, da um pouco de insegurança essa questão, se trocou ali e tal. É, mas nós sentimos confiabilidade, enfim, aqui tudo o que foi proposto eu não tenho, assim, não nos deixa desconfiados de nada...

*Entrevistador* – (f.85): Parece que é muito importante isso que você está falando, pois percebo uma certa angústia sua sobre esta questão...

*Maria* (casal 2) – (f.86): É traz mesmo... eu não sei nem se é questão, por um fato assim, por exemplo, eu estou recebendo e meu sentimento é que é meu filho, nem penso contrário. Eu sei que daqui algum tempo essa situação que a gente está aqui conversando, pra mim eu quero esquecimento, eu não vou sei lá... se um dia um fato de alguém na frente chegar na situação... eu tenho certeza que daqui um tempo eu não vou mais olhar pra ele e achar que... lembrar desse tratamento, não, não vou, vou esquecer totalmente. Então a questão que eu falei religiosa, eu acho que é assim: “eu não sei o que aconteceria com esse óvulo doado” querendo ou não é uma vida de outras pessoas... eu acho que eu não ia tá bem. Acho que está bem tratado, entendeu? Essa confiança que alguém teve em mim, eu acho que eu não teria, eu pensaria o tempo todo nisso. A questão religiosa só tem a ver com o início da vida, início e fim da vida. Então o início da vida pra mim em razão dessa questão religiosa é... juntou óvulo e espermatozóide é vida. Um dia, um segundo, um minuto depois desse processo, a gente podia vê-lo na ultra. Tava lá o coração. Então pra mim consolidou mais ainda, então essa questão de deixar congelado, de descartar, tem a ver com questão religiosa que define quando uma vida começa. Agora a questão de dar e receber, eu acho que se afasta um pouco da questão religiosa e se aproxima mais dessa questão da confiabilidade que vai acontecer com esse ser humano. Então essa falta de... eu acho que é isso, de confiança. No futuro, no que vai acontecer com a criança, eu acho que iria de alguma forma prejudicar a minha existência (caso ela doasse óvulos). Eu acho que sempre, até que a minha vida tivesse um fim. Eu iria lembrar que talvez eu tivesse contribuído por uma vida... não sei onde ia acabar... é, eu acho que, assim, talvez me sentiria mãe embora os óvulos não fosse nem fecundados, nem virassem gente, nem nada, né amor?

*Paulo* (casal 2) – (f.87): É outra preocupação que você disse que se sobrasse alguns (óvulos doados que eles receberam)...

*Maria* (casal 2) – (f.88): Não deixaria...

*Paulo* (casal 2) – (f.89): Congelados...

*Maria* (casal 2) – (f.90): Nunca deixaria...

*Paulo* (casal 2) – (f.91): Você ia voltar pra pegar...



*Maria* (casal 2) – (f.92): Pegaria todos, todos...

*Paulo* (casal 2) – (f.93): Talvez você se preocupasse com essa outra pessoa recebendo, se ia ter esse mesmo cuidado...

*Maria* (casal 2) – (f.94): É um pensamento egoísta. Tenho total consciência disso por que alguém confiou em mim, né?

*Entrevistador* – (f.95): E como você se sente em relação a essa pessoa que lhe doou óvulos?

*Maria* (casal 2) – (f.96): Eu me sinto grata...

*Entrevistador* – (f.97): Mesmo que você não a conheça?

*Maria* (casal 2) – (f.98): Não, não conheço. Eu me sinto desde a primeira, que foram três tentativas e três pessoas diferentes, né? Então, falei até pra o médico que foi uma, assim, a gente investiu, fez um investimento financeiro porque a pessoa que recebe faz um investimento financeiro no tratamento da pessoa que está doando. Funciona dessa forma, mas em nenhum momento desde que da primeira tentativa que foi negativa, a segunda foi negativa também, em nenhum momento me senti comprando óvulos... é genuíno o que eu vou lhe revelar... pesou assim: “poxa já fizemos um investimento e não deu certo”, em nenhum momento, pelo contrário, a gente dizia: “poxa alguém está feliz!” Contou primeiro a felicidade de alguém, porque as que nós sabemos que as duas primeiras conseguiram engravidar, então, foi uma experiência muito forte.

*Entrevistador* – (f.99): Foi doação compartilhada?

*Maria* (casal 2) – (f.100): É, foi assim. Nós recebemos os óvulos, pagamos, primeiro a questão financeira é que funciona... nós pagamos o nosso tratamento e pra receber os óvulos de outra pessoa pagamos, não sei se cem por cento, mas uma parte do tratamento dela nós pagamos. Por exemplo, o que nós investimos para o nosso tratamento mais a parte dela, que foi cinquenta por cento. Acho que foi isso, mais ou menos, então o nosso valor era um valor X e o dela cinquenta por cento de X. Então houve o investimento financeiro, né? E aí a primeira tentativa deu negativa e a segunda também. Então é incrível isso, não é teoria e não é assim só pra falar algo de nada não, é uma sensação, pelo menos comigo, eu compartilhei com ele (marido) e com o médico assim de que não deu certo, mas foi uma experiência muito marcante pela tentativa, pelo fato de estar ali, fazer um tratamento e você de fato receber aqueles embriões e no final não deu certo... mas, pra alguém deu. É estranho isso, mas é uma sensação muito gratificante de crescimento, de amadurecimento. Em nenhum momento eu fiquei triste: “poxa ela conseguiu e eu não consegui. Eu paguei (se referi ao tratamento deles e da doadora – os 50%), gastei dinheiro, não sei o que”. De forma alguma, de forma alguma... eu não tirei nada dela não. Meu sentimento não foi racional, foi o sentimento de que, no dia da transferência dos embriões até o dia que eu recebi o beta negativo, eu fui mãe. O sentimento foi esse. Não foi assim: “ah não, eu não devo nada a ela estamos quites”... não é esse o sentimento...

*Entrevistador* – (f.101): Então está além disso?

*Maria* (casal 2) – (f.102): Eu me lembro que da segunda vez eu chorei tanto, né amor? Na varanda... poxa eu perdi meus filhos... até me emociono quando eu falo assim e, quando assim, da última vez eu soube que não foram transferidos quatro e apenas um, eu senti que perdi três filhos. Não tem nada a ver com ela (doadora), depois que transferiu não teve nada a ver com a doadora, teve a ver comigo, com Deus, com a minha existência, com a minha existência ao lado dele (marido). A questão dela foi claro essa parceria (doação compartilhada de óvulos), foi esse momento da gente ajudar uma a outra, mas o fato de dar certo ou não (o tratamento) eu acho que não está na mão dela, nem na minha, nem na de ninguém. Está na mão de Deus, então durante quinze dias tinha aí uns X potenciais meus (chance de engravidar ou não com o tratamento), mas mesmo assim eu me sentia mãe. Sair daqui me sentindo mãe. É meio doido, né?

*Entrevistador* – (f.103): E você (marido) como se sentiu nesse período?

*Paulo* (casal 2) – (f.104): Eu fiquei fazendo conta, quatro mais um é cinco (risos) (quantidade de óvulos que poderiam ser implantados no útero da esposa)... eu diferente dela, eu sentia até um alívio, né? (risos) Só tivemos um (embrião implantado no útero da esposa). Eu estava pensando depois de um período, assim, algumas horas: “quatro vai ser difícil, mais dois ou três é dureza! (refere-se à possibilidade, caso implantassem os 4 embriões, de nascerem todos) Fiquei pensando: “dois passeando num carrinho, um do lado do outro é até bonito aquela... (risos). Então fiquei aliviado (risos). Você (esposa) ficou triste, né? Perdeu três, mas eu fiquei aliviado, pois é um só...

*Maria* (casal 2) – (f.105): Mas eu acho que pra mim é muito importante definir essa questão, talvez até ajude outras pessoas essa questão financeira. Eu acho que pesa muito pouco, assim, chega um momento que você não dá valor a essa questão, dando certo ou não dando certo.

*Entrevistador* – (f.106): Então já que você tentou medir isso, o que pesa mais na reprodução humana com o uso de óvulos doados? O que pesa pra um pai? O que pesa pra uma mãe?

*Maria* (casal 2) – (f.107): Olha, essa pergunta é interessante porque outro dia eu estava pensando nisso. Essa decisão, essa importância tem a ver com ele, que é meu marido, tem a ver com o meu filho (o primeiro filho do casal), ou tem a ver comigo? Fiquei um tempão, assim, refletindo sobre: porque essa vontade? É por que a gente quer fortalecer a família? É por que a gente quer que o nosso filho (o primeiro filho do casal) tenha um companheiro mais a frente? Eu cheguei a uma conclusão que o que pesa é a motivação, do meu caso específico, do ser humano é a minha motivação. Então agregam outras questões, mas o que pesa pra você decidir por esse caminho, em primeiro lugar, é a motivação pessoal. É o seu desejo pessoal, é o que você pensa da vida, é o que você quer para você... então quando você define isso: o que é importante pra mim como ser humano? O que vai me realizar? Quando chegar no final da minha vida e eu vou achar que eu trilhei o caminho que era aquele mesmo? Aquela sensação assim, não sei se plena, por que esse mundo acho que não vai trazer essa sensação cem por cento plena pra ninguém, mas se aproximar assim da razão de ser do ser humano. Por que eu existo? Por que eu me relaciono? Por que eu faço algumas renúncias e outras não? Então essas perguntas, essas questões da realização do ser humano é o que é importante, que é fundamental para essa decisão de você partir para um tratamento de fertilização... mas a resposta pra mim para esta pergunta é isso, é a razão de você encontrar a razão de ser, sua razão de ser no mundo. Agora como somos seres complexos, então outras questões vão se agregando... então vão fortalecendo essa busca da realização pessoal, mas é isso praticamente tudo na vida. Não sei como é que ele (marido) pensa nessa questão. Se foi por mim ou se foi pelo filho (o primeiro do casal), se foi por ele (o próprio marido), mas pra mim a resposta é a realização do ser humano. Então você busca essa realização e a realização neste caso específico para mim passou por essa tremenda decisão. Então, tudo mais, o dinheiro, se vai ser parecido com um ou com outro (o filho gerado pela fertilização in vitro), se vai revelar (ao filho, aos familiares e amigos)... você acaba deixando em um plano secundário, por que o objetivo principal é se realizar como pessoa, se encontrar, se definir. Para mim foi avançado, agora assim, o futuro espero que eu seja feliz...

*Entrevistador* – (f.108): Vocês adiaram ter filhos por conta da profissão?

*Maria* (casal 2) – (f.109): Eu adiei a gestação... a maternidade? Sim para poder estudar, formar, então, para o homem eu acho que não é muito isso não, né?

*Paulo* (casal 2) – (f.110): Não, mas eu adiei também, eu não... que quando jovem eu não pensava de jeito nenhum em ter filho, alias eu primeiro até queria, mas a minha ex companheira não queria. A segunda (companheira) não deu por conta que passou rápido (tempo de relacionamento). A terceira eu já imaginei, assim, eu teria dois filhos. Então, assim, a questão de decidir é uma coisa interna. Eu acho que a gente imagina uma família, né? Seria eu, a mulher e no caso não deu muito certo que seria um casal de filhos, né? (risos). Por enquanto... Tem que continuar tentando.

*Maria* (casal 2) – (f.111): Ai,ai...

*Paulo (casal 2) – (f.112):* Tinha uma menina, na verdade, na verdade eu até sonhava mesmo literalmente com uma casazinho mesmo... uma menina que era a sua cara (mulher) só que mais danada, né? (mulher risos) e ai tive o Vinicius... a idéia é continuar, né? Tentamos, né? Aí teve a decisão, em função de que realmente era o único caminho (uso de óvulos doados), então a gente decidiu. Eu acho que se houvesse a alternativa normal, que seria o natural perfeito, mas não houve essa possibilidade. Então, o tratamento pra melhorar a reprodução também não deu resultado. Sobrou só esse caminho, né? Pelo menos atualmente é só esse caminho que a gente já viu aí com os médicos que a gente conversou. A decisão foi em função disso. Aí acho que tem uma vontade, sei lá um sonho de quando visualiza a família, visualiza dessa forma. Eu pensava assim: ter um casal. Uma criança só... puxa, eu tenho uma família muito grande. Eu ficava pensando: já pensou um sozinho (um filho apenas)? É por isso que fica dengoso (referindo ao primeiro filho), mimado, cheio de vontade, pois um pai, uma mãe e um filho, você vai dar tudo pra essa criança. Vai ficar muito mimado. O Vinicius já é mimado, né? Agora demos um irmãozinho pra ele... seria uma irmãzinha, mas veio um irmãozinho. Eu sempre queria isso na cabeça, um casal, dois filhos pelo menos... três seria até bom, né?

*Maria (casal 2) – (f.113):* Quem sabe na próxima? Tudo bem?

*Paulo (casal 2):* ( Risos)

*Entrevistador – (f.114):* Então você concorda com sua esposa que a questão financeira em termo de nível seria o mais baixo na relação de prioridade? Prepondera é a questão mais do desejo interno?

*Paulo (casal 2) – (f.115):* A questão financeira... eu penso que se você quer uma coisa e tem e pode pagar e até pode pagar sem nem adiar muita coisa, ou seja, não vai ser nenhum sacrifício, então tá tranquilo. O benefício é muito grande pro recurso financeiro que a gente colocou aqui é pouco...

*Entrevistador – (f.116):* Sua esposa falou muito da questão interna...

*Maria (casal 2) – (f.117):* É...

*Paulo (casal 2) – (f.118):* É a família, eu penso assim família, eu imagino uma família, um pai, uma mãe e assim duas crianças, como eu disse antes era um casal, né? Dois filhos eu sempre tive isso em mente. Desde o princípio essa outra criança estava na nossa mente, né? Trabalhamos pra isso. Eu sempre pensei uma família, mas uma criança só, com uma criança só, não vou nem dizer dois filhos, talvez até um pouco mais, mas com uma criança só, filho único, vai ficar ruim, porque Vinicius vai ficar muito mimado. Eu gostaria de mais crianças realmente...

*Entrevistador – (f.119):* Queria deixar em aberto para vocês falarem alguma coisa que não foi dita, não foi perguntada, não foi falada, mas que seria muito importante para vocês exporem neste momento.

*Maria (casal 2) – (f.120):* É, pra encerrar eu gostaria de deixar como uma experiência pessoal minha, assim, que o ser humano não pode estar fechado para as oportunidades na vida dele. O novo ele tem que ser acolhido, não é que você vai optar por ele, mas você não deve rejeitar nenhuma proposta nova... tem que ouvir, tem que amadurecer e depois desse amadurecimento você vai estar bem preparado para tomar uma decisão. Então, foi o que aconteceu comigo, assim, eu senti, passei por aqueles processos todos que eu já mencionei aqui de reflexão, de sensibilização e foi muito importante eu não estar fechada com preconceitos para o novo, né? A gente (refere-se ao marido) até conversa que daqui a alguns anos vai ser a coisa mais natural do mundo, esses métodos, essas alternativas que pra hoje são novidades... são objetos de preconceito. Por isso que no meu caso eu oculto... eu vou ocultar porque eu não quero que meu filho sofra com esse preconceito que ainda existe. Daqui a alguns anos não vai existir mais isso...

*Paulo (casal 2) – (f.121):* Provavelmente vai existir preconceito contrário...

*Maria* (casal 2) – (f.122): Com o natural não é amor?

*Paulo* (casal 2) – (f.123): Você é natural!? Coitado! (Risos)

*Maria* (casal 2) – (f.124): Pois é, mas são coisas que ainda são da nossa época, então eu não quero que ele sofra isso. Se eu puder evitar... uma outra questão também que eu gostaria de deixar marcada assim é que a gente não deve entrar nessa tentativa achando que vai dar certo cem por cento... por que quando eu entrei eu achei: “ não! vai dar certo porque é científico, é técnico não é matemático”. Pode dar, pode não dar, no nosso caso foi na terceira vez e na terceira eu achava que não ia acontecer, porque nas duas primeiras os óvulos eram maravilhosos, os embriões maravilhosos, excelentes e na terceira não eram. Eram classificação D e C, né? Então, nas primeiras eram A. Tipo A, classe A, não deu certo porque que nessa vai dar? E foi justamente o que aconteceu e o resultado positivo, então não é matemático e tem que entrar assim com essa consciência... pode dar certo ou pode não dar certo. Aí você vai assim retirar o benefício da experiência e não do resultado. Não é o resultado, a gestação ou o filho que é o que a gente deseja, mas o que vai marcar é a experiência porque não é matemático ... aí é que eu acho que tem toda conexão que Deus existe, porque a medicina esta aí, mas é a Mão Dele é que age. Então é a mão dele que permitiu que isso acontecesse. Então pensar muito nisso porque aceitar o novo e entender que não é matemático, não é cem por cento certo poder dar certo e poder não dar... como tudo na vida da gente...

*Entrevistador* – (f.125): Quer falar alguma coisa Paulo?

*Paulo* (casal 2) – (f.126): Se eu falar vou repetir... quem quer tenta e tentar é lógico que se espera engravidar. Se você está casado e quer filhos e o natural não conseguiu, tem que recorrer à medicina, tem que recorrer ao que a gente tem e provavelmente vai dar certo. Acredito que houve essa dificuldade... a gente sabe de pessoas que tentou várias vezes e não conseguiu, mas acho que cada vez mais os recursos vão ficar mais eficientes. Vai chegar a um ponto que vai ser cem por cento de eficiência, então se a pessoa quer é válido... eu acho que é muito válido...

## ANEXO IV

### Entrevista com o casal (n.3): Cecília e Rodrigo

*Entrevistador* - (f.1): Como vocês vivenciaram o tratamento da Reprodução Humana Assistida?

*Cecília* (casal 3) – (f.2): Olha! Na realidade foi assim... foi uma caminhada. A gente não decidiu: “vamos fazer isso hoje”, sabe? A gente foi... o tempo foi passando, eu fui deixando para engravidar depois, porque foi preciso estudar, fui pra São Paulo e tudo mais e aí quando a gente decidiu aí não... tínhamos dificuldade, procuramos um médico, um médico ginecologista obstetra, assim normal, que pediu exames e disse que: “tá tudo certo com vocês, a princípio vocês não tem nenhum problema”. As vezes é porque a pessoa deseja ter filho assim logo...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.3): Ansiedade...ansiedade e tal. Aí foi passando mais um tempo e nada da gente conseguir. Aí depois disso ele foi pedindo exames mais específicos e tal, passou assim uns medicamentos para estimular a ovulação e foi passando um mês, outro e nada da gente conseguir... a gente tentou fazer inseminação mesmo, tomando remédio, estimulando a ovulação e depois um dia mais adequado iria lá e fazia a inseminação mesmo. Por diversas vezes também gastamos muito dinheiro e não conseguimos, então... e assim não é só o fato de gastar dinheiro, é gastar tempo e gastar...

*Cecília* (casal 3) – (f.4): Emocional... os dias e o tempo passando e nada da gente conseguir realizar e emocionalmente também é muito desgastante, porque você tenta, vai cheio de esperança e expectativa quando chega lá no dia e nada. Não acontece, né? Aí depois de mais de um ano tentando, assim ... aí eu falei: “poxa”... aí a médica disse assim: “olha existe outro processo que é fertilizamento in vitro, aí você vai tomar medicação, depois passar por condições de retirar os óvulos e fecunda em laboratório e tal”. Assim é difícil acontecer, não é muito não, são todos os casais, não são todas as tentativas que dão certo... a probabilidade é menos que cinquenta por cento, mas existe isso e também é caro. Vocês têm que verificar se a gente quer, aí dão umas indicações... a gente não tem muitas opções aqui e aí nós fomos para uma outra clínica que não foi essa e fizemos tratamento lá. A gente tentou umas três vezes, sabe? A gente ia com toda a expectativa, queria que desse certo, fazia tudo certinho, tomava remédio, passava por todo aquele processo de anestesia geral, centro cirúrgico, retirava os óvulos... o quanto tirou? Não sabia que não foram todos que fecundava in vitro. Aí fazia transferência e todo aquele processo, depois fazia o teste e dava negativo... ia gerando uma frustração na gente... ai eu dizia: “não vou mais”, “não quero mais”... “estou cansada, eu acho que não vai dar certo mesmo pra gente” e de repente chegava à clínica e via que outras pessoas tinham conseguido... ai eu me questionava novamente: “como é que eles conseguem e a gente não consegue?” O médico dizia: “é assim mesmo tem gente que consegue na primeira vez, outros tentam e não conseguem, outros conseguem na terceira, e por aí vai”, sabe? A gente gastando dinheiro e aí nós paramos no tempo, sabe?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.5): Nós fizemos na verdade, de início, umas quatro tentativas...

*Cecília* (casal 3) – (f.6): Foi...umas quatro ou cinco tentativas, umas três numa outra clínica tal e depois aí é que a gente parou, sabe? Já tinha gastado muito dinheiro, achando que não era mais certo, que ia ficar batendo sempre nessa mesma “tecla”, mas tinha uma coisa que não estava surtindo efeito, sabe? Então a gente desistiu, mas aí passou um tempo, depois você vai indo, indo, pensa na criança... mas eu quero ter um bebê e de repente você pensa assim: “e a adoção”? Era uma possibilidade também de adotar uma criança, mas tem que entrar todo aquele processo, na terapia, e na maioria das vezes assim a gente não escolhe a criança... tem que ser a criança que eles tem lá no momento e depois as vezes os pais que doam desistem... será que tem isso? Tem toda uma história.

*Entrevistador* – (f.7): Entendo...

*Cecília* (casal 3) – (f.8): É, a gente pensou também numa adoção porque é assim...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.9): Questão da adoção...

*Cecília* (casal 3) – (f.10): É assim... é um momento muito complexo, muito difícil, a gente pensa em diversas coisas, a gente pensou numa adoção, não excluiu essa possibilidade, aí depois viemos para esta clínica. Isso tem muito tempo... aí a gente fez e não deu certo, e falávamos: “não vamos lá e tal” (se referindo a primeira clínica de RHA que não obtiveram resultados positivos no tratamento).

*Entrevistador* – (f.11): Esta clínica seria então a segunda instituição que procuraram tratamento?

*Cecília* (casal 3) – (f.12): A segunda clínica...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.13): A segunda clínica, porém pela primeira vez acertamos...

*Cecília* (casal 3) – (f.14): É, mas era a quarta tentativa nossa, que foram três na de lá, né?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.15): Três lá e uma aqui...

*Cecília* (casal 3) – (f.16): É, uma aqui...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.17): Acertamos três lá fora e todas deram errado... fora os que ela “rolou” o “negócio” de inseminação que não era esse processo todo...

*Cecília* (casal 3) – (f.18): Fertilização in vitro, né?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.19): Fertilização in vitro...

*Cecília* (casal 3) – (f.20): Era mais simples...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.21): Era mais simples, o custo era menor que fertilização in vitro, né? Cada passagem dessa era três ou dois mil por mês...

*Cecília* (casal 3) – (f.22): No mínimo, né? Tinha a medicação que era muito cara...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.23): Como a gente já estava no sufoco, já tinha reservado o dinheiro para isso, nós tentamos três lá e só restava aqui... aí uma colega dela do trabalho comentou com ela sobre esta clínica.

*Cecília* (casal 3) – (f.24): Foi... ela tinha dito: “por que vocês não tentam lá na Clínica X, uma amiga minha conseguiu lá...”. Não que outra seja ruim, mas por sorte nós viemos aqui e decidimos que seria a última, ou seja, os recursos sobraram para essa e aí que graças a Deus que nessa deu certo. Inclusive nós tínhamos conversado com uma psicóloga, passamos pela psicóloga e também dissemos sobre o negócio da adoção caso não desse certo partiria para adoção... mas graças a Deus deu certo.

*Entrevistador* – (f.25): Quanto tempo se passou durante estas tentativas de fertilização in vitro?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.26): Um ano... um ano sem pensar, sem fazer nenhum tipo de tratamento, depois das três tentativas...

*Entrevistador* (f.27): Você me falou que pensou na adoção, mas quem pensou na adoção primeiramente?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.28): Os dois...

*Entrevistador* – (f.29): Vocês tinham pensado conjuntamente na adoção?

*Cecília* (casal 3) – (f.30): É, eu pensei...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.31): É porque nós já temos vinte anos de relacionamento... então com namoro com tudo uns vinte anos... era desejo meu tanto dela termos um filho, mas como ela bem nos colocou, fomos adiando. Quando estávamos em São Paulo sozinhos, só eu e ela tal... então pensávamos quem é que vai ficar cuidando do menino? A gente sempre se protegeu, mas aí quando decidimos mesmo, aí nada de acontecer e futuramente quando nós viemos aqui fizemos uma bateria de exames como ela falou e é isso.

*Cecília* (casal 3) – (f.32): Então é assim.

*Entrevistador* – (f.33): Então a adoção foi...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.34): A conjunto, conjunto...

*Cecília* (casal 3) – (f.35): É...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.36): Mas aí a gente pensou numa adoção, em adotar, mas não era uma coisa bem resolvida entre a gente... era uma possibilidade, né? Porque era uma possibilidade caso não desse certo, mas a gente falou: "não, vamos tentar o nosso só se for o último caso a adoção".

*Cecília* (casal 3) – (f.37): Em último caso a adoção, porque nós sabemos que a adoção seria tudo bem, mas... vai ter o mesmo carinho igual, mas é a questão do sangue, a questão sei lá... vamos ter o nosso, 'bora' tentar até o último momento o nosso, aí decidimos em conjunto em irmos nesta clínica. Seria a última tentativa aqui, porque não ia ficar protelando, protelando... se essa vez der errado a gente podia até ver a adoção, mas graças a Deus deu certo... a gente desistiu um pouco da adoção. Quando ele (médico) falou assim que existia a possibilidade de adoção, mas não era uma coisa assim totalmente resolvida, é porque no fundo ainda existia uma esperança de a gente ter o "nosso", né? Eu acho assim, talvez se eu tivesse tido dois, três filhos... eu poderia até adotar um outro. A gente pode até adotar já tendo o nosso, mas é porque é uma questão complicada, difícil, então eu acho que quando você tem que ir lá no orfanato... não sei de que ponto que você vê uma criança pra trazer para casa para ser sua... você tem que ir com a cabeça bem resolvida, com a mente bem...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.38): Bem aberta...

*Cecília* (casal 3) – (f.39): Bem trabalhada, né? Porque você vai pegar um ser que, de repente... porque é assim, quando a mulher está gestando um filho, ela fica um mês, dois... vai se acostumando com aquilo tudo, vai se preparando, né? De repente você pega uma criança que outra pessoa fez isso e vai trazer para sua casa, pro seu ser, então, você precisa ter assim amor, está bem preparada para lidar com essa situação, né? Dar amor à essa criança para que ela seja bem recebida e resolvida na vida e o casal também precisa estar bem resolvido para isso, não é? Pra depois não ficar: "ah eu devia ter tentado o meu" tal... quando você escolhe uma criança e traz para sua casa você tem que estar preparado para amar aquela criança como se fosse realmente sua, então eu acho que a gente não tinha isso totalmente resolvido. Vamos esgotar todas as possibilidades pra depois a gente tentar isso, sabe? A adoção, como nós já temos o nosso hoje, pode ser que um dia a gente resolva... "ah vamos pegar uma criança e adotar", sabe? Eu acho que é uma possibilidade, conheço pessoas que já adotaram e disseram que é a mesma coisa e tem filhos naturais e têm filho adotado. Tem o mesmo amor, mas eu acho... porque é assim, a gente já foi educado e já cresceu pensando em ter os próprios filhos, né? Quando não tem fica essa coisa de: "ai porque eu não tenho", se culpando de não ter tentado antes. E as vezes eu falo assim: "por que passou muito tempo e a gente não conseguiu, mas pode ser que se a gente tivesse tentado melhor quando éramos mais jovem, no começo, poderia também não ter dado certo porque tanta gente que não consegue e tal". Então, assim, foi gerando, foi surgindo uma série, algumas dificuldades, então por isso que a gente pensou na possibilidade de adotar... mas aí tanto eu como ele queríamos ter o nosso filho. Eu percebi que eu até que estava aceitando, mas cheguei a dizer: "eu não posso morrer

nesta estação sem antes tentar”. Eu não tenho como chegar e determinar: “eu vou engravidar”, então, assim, se eu não tenho esse poder só me resta me conformar com essa idéia e aceitar. Então eu já tinha, assim quando eu vim para cá, que eu queria lógico ter um filho meu. Assim, eu vim mais por causa dele e disse assim: “não, eu vou tentar pela última vez” para não dizer depois que “podia ter tentado e não tentou” e assim, no fundo no fundo, eu não acreditava muito que fosse dar certo. Eu acho que até por isso que eu acho que eu fiquei mais “relax”, porque eu já tinha até tirado mais da minha cabeça essa coisa. Eu tentei ser mãe... se tiver que acontecer bem, senão eu vou procurar outra coisa pra minha vida... eu vou procurar ser feliz de outra forma e aí a gente fez aqui, no início, eu engravidei de dois... eram gêmeos...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.40): É, iam ser dois...

*Cecília* (casal 3) – (f.41): É... dois bebês... aí, lá perto do terceiro mês eu fui fazer ultrassom e a médica falou assim: “eu tenho duas notícias pra te dar, uma boa e uma ruim, qual que você quer primeiro?” aí você já fica... eu falei: “olha dá logo a boa”. A médica então disse: “não, eu vou falar primeiro a ruim. Você tá vendo que você tá com dois bebês. Um tá desenvolvendo e está aqui e tal, mas o outro não está bem e tal. Não fique preocupada porque não vai atrapalhar o desenvolvimento do outro. Você pode sair daqui e procurar sua obstetra e ver o que é que tem que fazer, mas não precisa ficar desesperada que não vai acontecer nada, assim, que vá atrapalhar o desenvolvimento do outro”.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.42): É, graças a Deus...

*Cecília* (casal 3) – (f.43): E foi isso. Eu não tive problema nenhum durante a gestação... foi tranquilo, tudo teve acompanhamento... foi tranquilo, foi uma gestação tranquila e o parto também. O bebê nasceu ótimo, um menino saudável, levado, serelepe...

*Entrevistador* – (f.44): Então não foi fácil, não é?

*Cecília* (casal 3) – (f.45): Não.

*Entrevistador* – (f.46): Três tentativas...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.47): Quatro na verdade...

*Cecília* (casal 3) – (f.48): Na quarta tentativa...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.49): Três lá e uma aqui...

*Entrevistador* – (f.50): Esta “uma aqui”, como se fosse a ultima tentativa?

*Cecília* (casal 3) – (f.51): Ultima vez... a gente não ia ficar tentando indefinidamente, porque é como disse: é caro o processo... é caro tanto financeiramente como emocionalmente e fisicamente, sabe? Tomar toda aquela medicação e fazer exames, controle e tal e traz toda aquela expectativa e: “não foi dessa vez”...

*Entrevistador* – (f.52): Como se sentiu ao receber esse tipo de notícia?

*Cecília* (casal 3) – (f.53): Olha... eu digo o seguinte: fácil não é.

*Entrevistador* – (f.54): Vocês receberam três notícias como esta, não foi?

*Cecília* (casal 3) – (f.55): A gente já, assim, chega à clínica e faz a transferência...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.56): Fica contando os dias...

*Cecília* (casal 3) – (f.57): Passam uma série de recomendações para nós...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.58): Fica contando os dias para saber o resultado e nada... depois aquele “baque”...



*Cecília* (casal 3) – (f.59): Tal dia você faz o exame e aí você fica pensando... faltam quantos dias? Aí fica contando dia-a-dia... aí eu ia lá no laboratório tirava o sangue para fazer o exame e "catava" aquela guia. O resultado, eu pegava porque era o meu sangue, aí entregava e guardava na bolsa. Aí meu marido me ligava e dizia: "olha você promete que não vai abrir sozinha?" (risos).

*Rodrigo* (casal 3) – (f.60): O resultado ia sair as cinco horas... uma hora da tarde a gente já estava lá cutucando (risos)...

*Cecília* (casal 3) – (f.61): Tudo por causa desse resultado, né?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.62): Ansiedade enorme ...

*Cecília* (casal 3) – (f.63): O coração ficava assim: tuk, tuk... disparado por esse resultado, né? É ruim... depois o resultado estava cheio de números que a gente não sabia o significado... Que significa esse número? Tá certo? Não queria enxergar o que estava na frente... será que é isso mesmo? Aí ia comparar com os outros resultados...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.64): Quando ela ligou para o médico e ele disse: "sim, você está grávida", aí ela começou a chorar...

*Entrevistador* – (f.65): Isso já na quarta tentativa?

*Cecília* (casal 3) – (f.66): Na quarta tentativa...

*Entrevistador* – (f.67): Então foi uma notícia boa?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.68): Ótima

*Entrevistador* – (f.69): Como é que vocês lidaram com as notícias anteriores de não conseguirem engravidar?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.70): Decepção, né? Poxa, mais uma vez... a gente se sentia... poxa, será que só com a gente que não acontece? Os outros casais tudo "engravidando" e a gente sempre...

*Cecília* (casal 3) – (f.71): Os outros casais engravidando com tanta facilidade...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.72): Os exames dizendo que os óvulos dela estavam bons e o meu esperma tinha problema: cinqüenta por cento era móvel e cinqüenta por cento não.

*Entrevistador* – (f.73): Mas a infertilidade estava no casal, na sua esposa ou com você?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.74): Comigo tinha esse problema... que era dos cinqüenta por cento... metade conseguiam mobilidade e a outra metade dos espermatozoides não. Tinha também o negócio da trompa interrompida... aí ela vai explicar melhor porque, né?

*Cecília* (casal 3) – (f.75): É porque, depois de uma série de exames... a princípio diziam: "não, tua dificuldade é por causa da idade, mas assim outras mulheres também na sua idade às vezes com mais idade engravidam. Vamos investigar mais a fundo, né?"

*Rodrigo* (casal 3) – (f.76): Então, talvez a idade seja importante para ela... eu estou com quarenta e três anos e ela com quarenta e quatro...

*Cecília* (casal 3) – (f.77): Por que é assim que acontecia: a gente tava tentando e não conseguia. Começamos a tomar medicações pra estimular e também não deu certo... aí então decidimos investigar mais fundo, o que é que existe? Qual o outro fator além da idade? Na época eu estava com uns trinta e sete, trinta e oito anos... qual o outro "dificultador" no caso,

né? Aí o médico pediu esse exame da trompa e verificou que a minha trompa estava interrompida...

*Entrevistador – (f.78): Uma só?*

*Cecília (casal 3) – (f.79):* Aí quando eu levei o laudo para o médico, ele disse que realmente a trompa estava interrompida e nesse caso a única possibilidade para a gente era a fertilização in vitro, porque aí existe o encontro do espermatozóide com o óvulo... porque a trompa estava interrompida e daí eu levei no outro médico e ele olhou e disse assim: “pode ser que realmente a sua trompa esteja interrompida como diz esse exame aqui, mas eu acho na minha opinião que isso é um falso positivo”. Digamos assim: porque a trompa é um órgão muito sensível e na hora de estimular, de passar o líquido ela se contrai... o teste é feito com um líquido, vão injetando e aí se o líquido passar pela trompa, então, o médico diz que tá passando normal. Caso não passe é porque a trompa não está funcionando. Para desobstruir a trompa teria que fazer uma cirurgia e eu não queria mais sofrer fisicamente e psicologicamente... tal risco, eu não quero passar. Por isso, então a gente preferiu fazer a fertilização in vitro até porque o médico disse assim: “você pode fazer cirurgia, passar pelo processo cirúrgico e pode ser que a trompa não esteja interrompida. Pode ser que esteja e a gente consiga reverter, ou pode ser também que não dê certo”. Além de tudo isso tinha outro problema que era a minha idade. Ou seja, poderia passar por tudo isso e não conseguir engravidar, também, por causa da idade. Então, até nisso ele recomendou que seria mais viável fazer a fertilização in vitro, sendo que a gente sabia que era difícil dar certo... cinquenta por cento ou até menos do que isto. Então, é assim um percentual baixo e aí nisso foi também danificando a parte dele, ou seja, o espermatozóide.

*Entrevistador - (f.80): Muitos obstáculos...*

*Cecília (casal 3) – (f.81):* Eu vi que meu tempo estava se esgotando, sabe? Por que para mulher realmente tem prazo de validade nesse sentido e meu tempo estava se esgotando... para ele tudo bem, assim, pra ele que é homem. O homem com sessenta ou com setenta pode arranjar outra mulher e conseguir isso e eu me sentia: “poxa meu tempo está se esgotando e eu não fiz... eu devia ter tentado antes...” bate uma certa culpa... depois eu também fui conversando, fui trabalhando, fui vendo assim que outras pessoas, muita gente que não tem filho, gente que tentou e não conseguiu... pensei também que às vezes as coisas não acontecem como a gente quer. Às vezes a gente pensa: “não pode ser coisa da natureza de DEUS”. Então assim passa uma série de coisas, de dúvida na cabeça da gente e tal, né?

*Entrevistador – (f.82):* Como assim? DEUS queria no passado que vocês tivessem filhos e agora DEUS não queria?

*Rodrigo (casal 3) – (f.83):* Nós achávamos que depois das três tentativas que nós fizemos... nós achávamos até que a Bahia não estaria preparado para... as clínicas não estariam preparadas para o nosso problema. Nós pensamos até em ir naquela época para uma clínica em São Paulo, mais famosa que tem... que foi prêmio... mas Graças a Deus que a gente não foi... nós chegamos até pensar, mas quando já estava tudo pronto... aí a colega dela falou sobre essa amiga que tinha conseguido aqui nesta clínica. Ficamos por aqui...

*Cecília (casal 3) – (f.84):* Você me perguntou, assim, da questão de DEUS... onde é que DEUS entra nessa história? Não é que eu achava que DEUS me castigou, assim, eu acho que cada um tem um papel nessa vida, um destino. Sabe? Eu acho que nem tudo tá pra todo mundo... umas pessoas tem que seguir um caminho, outras seguem outro caminho, talvez coisas que DEUS já tinha preparado pra gente... outras não. Assim, apesar de não ser religiosa de ficar... freqüentar muito a igreja, mas, assim a gente... eu não posso ter tudo na vida... ninguém pode ter tudo na vida. Então é assim, a gente tem que aceitar a vida como dá pra viver, como ela é. Então é assim, eu não fiquei achando assim: “ai DEUS tá me castigando porque eu não tentei quando eu era mais jovem”... não foi isso que eu pensei, assim, talvez essa história de ser mãe já não tivesse mais no meu caminho, no meu destino de ser mãe natural assim, né? Então às vezes eu procurava, não ficava assim também me culpando e culpando DEUS por que eu? E porque não eu? Eu acho que a gente deve lutar por aquilo que a gente, que a gente tem como mudar, que a gente pode mudar, quando são coisas que não está no nosso poder... então a

gente tem que procurar aceitar e apesar de chegar na lacuna de ficar as vezes um “puxa eu queria ser diferente tal...” eu queria ser mãe mas não está acontecendo, então eu tenho que continuar, eu tenho que procurar um outro jeito... eu acho que não só as mães são felizes, tem muita gente que é mãe é não é feliz, então, eu encaro desse jeito, mas sempre bate uma tristeza... não era assim uma depressão, mas da uma certa tristeza. “Ai eu quero ter meu filho”... É por isso que eu tentei mais uma vez, mas na minha cabeça estava assim: “essa é a última vez, porque eu não agüento mais ficar tentando, fazer esses exames... não quero mais isso, se não deu certo eu vou procurar trabalhar a minha mente e ver como é que a gente, como casal, vai resolver isso”, sabe? Adotar uma criança... as vezes eu até dizia pra ele (marido): “olha, eu encerro aqui porque eu não tenho mais condição, não dá mais”, “você também não é obrigado a ficar casado comigo se você quiser ainda tem essa possibilidade. Eu não estou mandando você ir, não é assim, você arranjar outro filho fora. Você quer, não é isso? Eu não posso...” atrapalhar, ou seja, eu não quero alguém comigo como posso dizer... se você tem essa possibilidade e você quer? A vida é sua. Eu não posso lhe impedir, eu não quero que você vá, mas não posso te impedir, sabe? Mais ou menos assim e aí foi que aconteceu...

*Entrevistador* – (f.85): Sim...

*Cecília* (casal 3) – (f.86): Por que é assim, eu acho que a gente não é dono da outra pessoa, sabe? Eu não posso, se não dá pra fazer, não ter esse filho, “poxa”... a vida é dele, não é minha, não sou dona da pessoa. Eu não tinha conversado isto com ele ainda, mas eu já me preparava pra isso, por que até pela questão de adotar... se a gente fosse realmente adotar, eu ia chegar pra ele dizendo: “eu vou adotar... eu esgotei aqui... a minha opção pela adoção é por isso, mas você esgotou? Você quer realmente adotar?” Eu não queria também que ele escolhesse só por que eu quero. Ele precisa querer também. Você não quer tentar mais? Esse tipo de coisa, né? Então é uma série de coisas que a gente vai vivendo um dia e outro e vai pensando, vai amadurecendo, mas pra gente não precisou chegar nisso aí... graças a DEUS.

*Entrevistador* – (f.87): Você já tinha falado isso pra ele?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.88): Não.

*Cecília* (casal 3) – (f.89): Não.

*Entrevistador* – (f.90): É a primeira vez?

*Cecília* (casal 3) – (f.91): É, não tinha... não tinha falado isso para ele.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.92): Eu não estou com ela, vinte anos só pelo filho, entendeu? Independente do filho ou não, é como ela falou: “eu ia ter que me convencer de que DEUS me deu essa coisa de não ser pai”, por exemplo.

*Cecília* (casal 3) – (f.93): Assim, porque também é difícil. É como é que fala: “privar as pessoas de certas coisas e depois...” tem que ser uma escolha da pessoa, uma opção. “Não dá mais, não dá pra mim”, mas para ele desistir, como existe a possibilidade que eu não venha a privar ele... se não pode... então é assim, ele fez a escolha dele. “Você também quer parar aqui? Ou não? Porque é assim, pra depois não vir cobrança do tipo: olha eu podia. Foi você, tal,tal,tal”. Então é assim toda uma história.

*Entrevistador* – (f.94): E hoje você pensa do jeito que você pensava antes? No sentido dele poder procurar outra pessoa para ter outros filhos?

*Cecília* (casal 3) – (f.95): Hoje nós somos uma família realmente, eu, ele e o nosso filho, né? A gente até deseja ter mais filhos, até um irmão ou uma irmãzinha e tal... pode ser que a gente não consiga mais isso... a gente até ainda pensa em fazer mais outra tentativa aqui sabe...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.96): Estamos nos capitalizando para isso... para tentar de novo.

*Entrevistador* – (f.97): Então a vontade de ter outro filho ainda existe?

*Cecília* (casal 3) – (f.98): É para meu filho não ficar sozinho. Às vezes a gente pensa em ter uma menina e pode ser que venha um menino também...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.99): Por causa da experiência... que seria ótimo também, por exemplo, nós tivemos a experiência com este filho, mas aí só ficar com ele... “poxa como seria criar uma menina?” Porque é diferente, né? Então a gente tá trabalhando.

*Cecília* (casal 3) – (f.100): Existe uma possibilidade tal... mas aí, assim, eu acho que é uma aceitação ainda, um trabalho da mente de aceitar isso maior de que... porque é assim, faz você vir pra uma clínica, fazer todo esse processo de tomar remédio e tal... já é algo dificultoso e mais ou menos assim... no começo você diz: “poxa esse bebê não é gerado por mim, não fui eu que gerei, foi por um médico que pegou lá tirou”... às vezes eu fico conversando com ele e digo: “olha se a gente fizer esse processo e der certo eu não quero falar pro meu filho que ele foi bebê de proveta, porque às vezes as pessoas falam: “ah bebê de proveta” e isso... assim, logo no começo do tratamento dizem assim: “ah foi bebê de proveta como é que ele vai aceitar isso?”. Inclusive, né? Vamos falar no nosso caso foi...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.101): Foi isso... Foi por ovodoação que tivemos nosso filho. A gente não quer se abrir pra todo mundo, porque... pra não ficar perguntando como é que foi e tal. No começo, a gente quando estava começando o tratamento...

*Cecília* (casal 3) – (f.102): A gente não quer falar para ninguém.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.103): A gente não quer falar pelo seguinte: a gente até quer esquecer que foi, então se ficar falando... tanto é que até hoje, graças a Deus, eu tanto ela, não falamos nem pra irmão, nem pra ninguém...

*Cecília* (casal 3) – (f.104): Só o médico daqui que sabe.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.105): Só eu, ela e ninguém mais...

*Cecília* (casal 3) – (f.106): Mas assim, no começo, eu tinha todo esse preconceito, assim, de fazer... de ser um bebê de proveta por não ter sido gerado...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.107): É que a gente tá tentando esquecer, nem tá querendo lembrar disso...

*Cecília* (casal 3) – (f.108): De não ter sido gerado de forma natural, sabe? A gente estava tentando com os meus óvulos, aí fez umas três tentativas com os meus... se desse certo... dando certo eu não iria dizer bebê de proveta, porque ele foi gerado diferente... eu pensava assim e aí teve todo o processo e faz com fulano lá e faz não sei o que...

*Entrevistador* – (f.109): Como foi isso pra vocês, quando optaram pela FIV com uso de óvulos doados?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.110): Nós chegamos aqui e explicamos que já tínhamos passado por todo esse processo, aí ele falou: “tem a opção de vocês continuarem com esse mesmo processo tentando com seus próprios óvulos ou partir para uma inseminação com um óvulo de outra pessoa”. Aí ele explicou o processo, passou a gente para uma psicóloga e a gente conversou com a psicóloga... aí nós fomos conversando.

*Cecília* (casal 3) – (f.111): Aí a gente foi amadurecendo a idéia e chegamos a conclusão que o seguinte: nós já tínhamos tentado três lá na outra clínica com os nossos óvulos... teríamos passado umas oito vezes pela inseminação artificial e nada. Então a gente falou: “pô” se é a última cartada que nós estamos dando, vamos trabalhar a parte do óvulo vindo de uma “outra”, porque as chances são maiores.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.112): Ai fomos trabalhando isso na nossa cabeça, principalmente na dela, porque o stress meu amigo só rolou na dela. Então primeiro precisava ela estar bem pra poder aceitar, que é que nem eu falei com ela: “nós vamos ser os pais óbvio... você vai gerar, você

vai sentir". Tanto é que meu filho hoje, eu nem me lembro que é de outra pessoa. Às vezes na família dela falam: "ah parece com Cecília". A gente fica quieto. "Ah parece tanto com Cecília"...

*Cecília* (casal 3) – (f.113): É...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.114): A gente comenta depois, entendeu? Tipo assim: "realmente ele parece e tal... complicado assim..."

*Cecília* (casal 3) – (f.115): Eu até me divirto, porque o bebê realmente parece com ele, porque têm os olhos claros...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.116): Puxou mais a parte alemã que eu tenho. A minha descendência é alemã.

*Cecília* (casal 3) – (f.117): É mais louro... vai ser comprido assim grande... então, nasceu com olhos verdes e lourinho. Só que na minha família também, assim, meu pai têm os olhos claros, tia, avó...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.118): Ela tem prima que é loura... então é assim muito misturado...

*Cecília* (casal 3) – (f.119): É, mas as vezes eu me divirto por que chega em um lugar as pessoas dizem: "ai nossa como ele parece com o pai, mas a carinha é sua, o jeitinho do rosto e o cabelo é seu". É parece realmente, então é assim: "a sobrancelha não parece com a minha não, mas parece com você que tem mais". Assim, o fato de receber os óvulos doados não foi assim tão tranquilo...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.120): Normal.

*Cecília* (casal 3) – (f.121): No começo, "poxa", eu pensei: "eu quero, eu quero, mas será que eu vou aceitar como meu filho realmente? Será que depois eu não vou me arrepender? Não vou me culpar?" Perguntava pro Doutor isso e ele disse assim: "olha, todas as pessoas que passaram por aqui que fizeram isso estão super felizes". Aí eu me perguntava: "será que eu vou ficar também?" Bateu dúvida também, insegurança...

*Entrevistador* – (f.122): Você se arrependeu depois em ter feito este tipo de tratamento?

*Cecília* (casal 3) – (f.123): Não, mas temia de dizer assim: "você não é meu...". Eu tinha medo de...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.124): Qualquer briguinha dizer que ele não é filho dela...

*Cecília* (casal 3) – (f.125): De rejeitar e depois me culpar... eu tive essa insegurança sim, até durante o... quando deu positivo ao mesmo tempo que eu ficava alegre, dava um frio na barriga que você tá grávida e ficava: "meu Deus e agora como é que vai ser? Ele tá aqui... ele vai vir ao mundo... ele é meu... será que eu vou ter quer amar ou eu vou amar como meu filho", sabe? Durante a gestação batia essa insegurança... ele é meu... ficava feliz porque era meu, mas as vezes batia tipo uma culpa: "ai meu Deus será que eu fiz certo? É isso? Será que eu cometi algum pecado? Será que..." às vezes batia essa insegurança e...

*Entrevistador* – (f.126): Agora entrou Deus num outro contexto?

*Cecília* (casal 3) – (f.127): Exatamente, do tipo: "meu Deus será que eu vou ser castigada? Eu fiz alguma coisa errada? Eu pequei?" Mas depois pensava assim: "mas eu estou gerando uma vida, não estou tirando vida, eu estou gerando, estou amando uma criança que veio de outra pessoa". Então pra mim é assim, eu acho que é uma benção de Deus. Passava essas idéias, mas não ficou assim "martelando"... eu acho... a vida é uma benção, acho que a vida é dada por Deus, então eu acho que Deus não castiga alguém por ter gerado uma vida. Mas aí depois eu fiquei pensando assim: "mas como é que vai ser a carinha dele?" Será que quando ele nascer, que vier ao mundo, eu for olhar e dizer assim: é meu filho? É diferente de mim? Como é que vai ser?" Sempre batia uma insegurança e durante a gestação eu enjoava e pensava:

“meu Deus será que eu estou enjoando por causa da gestação ou alguma coisa na minha mente de não aceitar o bebê e tal?”. Aí o tempo foi passando, a gestação foi desenvolvendo, fui curtindo, comprando enxoval e fazendo as coisas. Queria logo que ele nascesse pra ver como é que era a “carinha” dele. Eu me lembro que no momento do parto... foi cesariana e a gente fica consciente e vê tudo, só que eles colocam um negócio aqui na frente e tá lá tirando né? Colocam as luzes bem forte e eu vi quando ela puxou e “coisou”... aí eu vi seu cabelinho loiro, foi subindo... aí eu olhei e disse: “ai meu Deus até que ele é parecido, não é diferente”, então tem toda essa coisa como vai ser a carinha desse bebê e tal...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.128): Um dos meus maiores receios, como ela está falando: “ah o lourinho parece”... nesses tratamentos, este tipo de coisa corre-se um risco de uma troca de sei lá... eu não sei como é que funciona aí por dentro, mas é uma coisa que eu falei com ela: “nós estamos partindo para uma fertilização in vitro se porventura trocarmos? E aí? Vai ser gerado outro menino que não tem nada a ver com nós dois? E aí?” Meu maior receio seria esse.

*Entrevistador* – (f.129): Vocês pensaram nisso? Ou foi só você (*Rodrigo*)?

*Cecília* (casal 3) – (f.130): Não. Eu pensei também...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.131): Isso era o maior receio, mas é como ela falou: veio, parece comigo, parece com ela, então não trocaram. O meu maior receio fosse que não parecesse com nenhum dos dois... logicamente que a gente ia amar do mesmo jeito que gente ama ele hoje, mas sempre teria aquela dúvida do filho não ser nosso...

*Cecília* (casal 3) – (f.132): É por que... Ele era para outro casal, mas veio pra gente e o nosso foi pra outro entendeu?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.133): Aí complica... É uma situação complicada, porque o nosso foi pra outro e o outro veio pra gente...

*Cecília* (casal 3) – (f.134): Então você vê que é bastante complexo, várias possibilidades: “e se isso e se aquilo?” A gente ficou até meio maluco com tantas coisas na nossa cabeça. Eu lembro que quando eu ia pra clínica, tinha que fazer os exames, enquanto isso eu estava sentada e tinha várias mulheres... aí eu pensava: “meu Deus será que aquela é a doadora”(risos). “É essa aí ou é aquela... É essa aí, aquela que estava sentada, acho que foi aquela ali...”

*Rodrigo* (casal 3) – (f.135): Eu dizia: “Esqueça viu, esqueça isso”.

*Cecília* (casal 3) – (f.136): Então a gente pensava assim: “será que é essa?”.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.137): Eu não ficava assim... eu vinha na recepção, mas ela ficava observando será que é aquela, será que foi aquela (risos)... nesse caso ela imaginava quem era a doadora, ou seja, ia vendo a revista na saída do consultório e aí ela falou: “Rodrigo eu acho que o nosso filho vai ser daquela mãe que está sentada... aí falei: “esqueça...”

*Cecília* (casal 3) – (f.138): Essas coisas que ele não tinha paciência... “para com isso, não sei o que”...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.139): O que nós queremos na verdade é o seguinte: na próxima tentativa que a gente está se capitalizando, tentar conversar com o Dr. daqui pra ver se consegue o mesmo doador. Eu não quero saber quem é, mas que seja a mesma do meu filho... não procurem uma outra doadora com as mesmas características, se possível a mesma doadora, porque eles têm conhecimento de quem seja, entendeu? Uma das nossas propostas é essa... numa próxima tentativa a gente vai ver se conversa com ele pra ver se conseguem a mesma...

*Cecília* (casal 3) – (f.140): Às vezes, tipo assim, quando eu estou com ele, sozinha a noite, como é que seria a mãe dele? Mas, não chega a ser um pensamento fixo, uma neurose nada disso não... passa assim... depois eu não penso mais... acho que já está mais ou menos

dormido na minha mente... eu e ele não conversamos muito sobre isso. É como ele falou: a gente não quer ficar batendo nessa tecla... Aí deixa isso pra lá...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.141): Eu até esqueci disso aí. Nosso filho, é nosso filho, independente de como veio é o nosso filho...

*Cecília* (casal 3) – (f.142): Também aconteceu uma vez que eu estava até em uma loja de roupas, comprando umas coisas, e nisso encontrei uma mãe com uma criança no braço... uma menininha. Aí quando eu vi, olhei assim a criança e fiquei meio paralisada meio estática...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.143): Já achou que a menina fosse a irmã do nosso filho...

*Cecília* (casal 3) – (f.144): Eu vi que era uma menina, sabe? Mas eu via ele (o filho do casal) igual... nunca vi parecer tanto o olhinho, assim, redondo. Parecia assim uma bolinha de gude azul, aquele cabelinho... Aí em pensei: "meu Deus é a irmã do meu filho. Só pode ser". Idêntico. É porque eu não tinha como tirar uma foto, então, eu olhei e vi que era idêntico... depois a mãe olhou assim pra mim e saiu dizendo: "'oxi' quem é essa mulher que está olhando tanto para meu filho e tal". Eu pensei: "se eu estivesse com meu filho aqui ela ia entender porque eu to olhando tanto para a esta criança". Eu acho que ela não era a doadora, porque era mulata e o filho loiro, por isso que eu pensei: "meu Deus será que é mesmo?". Aí eu acho que ela ficou meio cismada, por quê? Que eu sou mulata, que eu sou negra? Eu não posso ter um filho loiro?! "Eu acho até que ela pensou isso, porque que eu olhei tanto, eu pensei: "não estou olhando por isso, eu estou olhando por achar ele lindo e parecido com o meu filho". Aí eu pensei: "será que é?". Eu senti uma emoção de curiosidade, aí falei assim: "que criança linda parecida com meu filho". Se ela me desse, eu queria pra mim também, sabe? Agora assim, com relação ao meu filho, eu fico assim, brincando com ele pensando: "é meu filho, eu tenho esse segredo com você, que eu não vou poder te contar". Às vezes me dá um pouquinho de culpa disso assim... ele não vai saber realmente qual foi a origem dele, assim de onde é que ele veio. Eu acho que isso é importante para um ser humano e isso eu não vou poder falar pra ele, por isso que a gente, assim, vai ficar em segredo porque também não adianta eu falar pra ele por que eu acho que eu não sei como ele vai lhe dar com isso. Talvez eu vou criar um problema na vida dele, porque ele não vai conseguir saber que é... ele ter interesse em saber quem é e não vai conseguir descobrir quem é? Então, às vezes me bate isso de ficar pensando muito, assim: "eu não estou sendo sincera com você, eu tenho um segredo contigo e eu não vou te revelar nunca". Fico pensando: "será que um dia por um acaso ele venha descobrir como é que a gente vai lhe dar com essa situação? Será que ele, a gente, ele principalmente, como é que vai lhe dar com isso?" Sabe? As vezes me bate isso, tanto é que a gente quer fazer de novo, só que eu só posso assim... não existe um arrependimento. Ele é meu, a gente fez, tá feliz e quer tentar de novo. Se a gente tiver outra menina ou um menino vai ser ótimo, vai ser muito bom, mas, assim, existe isso de: "será que no futuro, um dia, provavelmente ele vai descobrir? Ou então, assim, eu olhar pra ele e dizer que tenho um segredo contigo e não posso te dizer... eu não sou cem por cento sincera com você..." às vezes bate realmente isso assim, mas também não chega ser assim uma culpa, um problema... é um fato, é uma coisa real... a origem dele é essa...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.145): Não sei se isso é mais feminino, ou seja, a mulher pensa em fazer isso, mas, eu...

*Cecília* (casal 3) – (f.146): Você não pensa nisso?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.147): Em hora nenhuma eu penso. Eu procuro traçar que ele é nosso filho, independente que ele saiba ou não. Ele é nosso filho e acabou. É como se eu tivesse enterrado isso, então ele é nosso filho.

*Cecília* (casal 3) – (f.148): Eu não sei também, assim, porque é homem ou mulher, mas eu acho a relação da mãe com o filho é muito forte... é muito mais próxima, assim pelo fato de ter gerado, carregado, de pegar, de ficar ali... eu acho que existe uma cumplicidade muito grande. Nessa cumplicidade de a gente estar juntos, eu tenho essa... não sei se é mentir, esse segredo, com você (com o filho) e se vai me perdoar por não te falar, sabe?

*Rodrigo* (casal 3) – (f.149): Não bote isso na sua cabeça, não fique pensando nisso, procure amar seu filho, criar bem seu filho, para que ele seja feliz...

*Cecília* (casal 3) – (f.150): Não, sei lá. Eu fico pensando se um dia ele descobrir, qual vai ser a reação dele em relação a mim? Cabe somente a mim, que não sou a mãe biológica dele, mas eu fico me perguntando: será que ser a mãe biológica é tão importante assim? Porque tem gente que... tem muita mãe biológica que não ama, mãe biológica que dá pra outra pessoa, né? Então, eu acho que o único problema que existe nisso hoje em dia é isso, de eu não poder contar pra ele e se contar ele não poder descobrir e não conseguir e ter um problema com relação a isso... porque pra mim ele é meu, é meu filho, sabe? Então, é assim, parece que em determinado momento o óvulo é meu mesmo, sabe? Apesar de saber da verdade, que é real e que não é, mas, assim, ele é meu. O sangue que está nele, ele pode não ter o meu DNA, mas o sangue que tá nele é o meu, fui eu que alimentei ele, foi aqui que ele se desenvolveu, no meu ventre, então assim, ele é meu.

*Rodrigo* (casal 3) – (f.151): É uma das preocupações que eu tenho, por exemplo, caso ele venha ter uma doença que precise de um doador... medula... essas coisas entendeu? Não vai poder ter da mãe, só resta do pai, mas se o pai não for compatível, entendeu?

*Cecília* (casal 3) – (f.152): Mas as vezes nem sempre a mãe é compatível, aí já são as neuróticas possibilidades...

*Rodrigo* (casal 3) – (f.153): Não, mas e se? Se eu procuro e não acho, né?



## ANEXO V

### Entrevista com a ex-paciente (n.4): Bianca

*Entrevistador* - (f.1): Como você vivenciou o tratamento da Reprodução Humana Assistida?

*Bianca* (n.4) – (f.2): Está clínica não foi à primeira clínica que eu procurei, né? Foi à segunda... na verdade eu nunca quis ter filho. Nunca deu aquela vontade, aquela coisa mais maravilhosa do mundo... nunca foi, nunca pensei assim. Eu queria se eu tivesse um marido, se ele quisesse muito, mas o tempo foi passando, foi passando e eu não percebi que o tempo passou. Um dia eu procurei a clínica aí no bairro... como é o nome? É pra mim lembrar das coisas, né? Já tem dois anos isso... já que eu comecei a querer engravidar e até então eu não tinha vontade... essa vontade que as mulheres acham que é a coisa mais maravilhosa do mundo... eu não tinha essa vontade... eu tinha vontade de estudar, ter um bom emprego aí o tempo foi passando e eu não percebi. Aí um dia eu fui em uma clínica ginecológica, mas não foi para engravidar, eu fui pra fazer o contrário. Me disseram que tinha um adesivo que você botava e ficava, eu acho que um ano inteiro, sem ter menstruação, sem ter problema nenhum... aí eu peguei e fui lá para fazer isso. Quando eu cheguei lá, a médica que me atendeu disse que estava tudo certo... no outro dia ia colocar o implante. Na hora que eu fui embora ela chegou pra mim, assim, e disse: “Ó mas a senhora tem um problema, você já tem, quer dizer não é um problema, você tem que pensar que você já tem quarenta e dois anos... quarenta e quatro anos, e se eu colocar esse implante e você quiser engravidar no meio do caminho, com dois meses, você não vai poder, por que não é como a pílula que amanhã você pára e no outro dia você já pode engravidar de novo. Esse implante demora pra sair do corpo”. Aí eu falei assim: “não doutora ‘fulaninha’, eu não quero. Não tem problema não, por que eu não quero engravidar...” aí eu fui, peguei o carro e vim dirigindo. Quando chegou no meio do caminho, eu fiquei naquela: “poxa realmente eu tenho quarenta e quatro anos e se eu desistir? E se eu quiser engravidar e não poder mais engravidar?”... e aquela coisa toda, eu quero, não quero, quero, não quero... não dormi nada de noite. Você é espírita? Não sei, mas eu sou espírita e parece que algum espírito, não sei se é alguma bobagem, pra mim não é bobagem, falou comigo que se eu não fizesse... que eu tinha que ter um filho. Aí não sei se você vai achar maluquice (risos)...

*Entrevistador* – (f.3): Ah você é espírita...

*Bianca* (n.4) – (f.4): Você é espírita? Parece. Eu na verdade quando era adolescente, quando eu tinha uns vinte e poucos anos, eu fiz um aborto. Eu não era espírita naquela época, aí depois eu acho que aquilo ficou na minha cabeça... não sei se foi aquilo, se foi um espírito que falou comigo... eu sei que no caminho de lá pra cá, eu fiquei com aquele negócio na cabeça... era alguma coisa buzinando que se eu não fizesse... eu parei e pensei bem. Não dormi nada de noite e no outro dia quando eu fui colocar o implante, cheguei pra doutora X e disse: “ó doutora, eu não quero mais implante... eu quero engravidar”. Aí ela chegou assim em mim e disse: “ah, mas você já tem quarenta e quatro anos, pense bem, você quer mesmo?”. Eu disse: “quero”. Aí fiz o primeiro tratamento com ela... você não conhece a doutora X, não né?

*Entrevistador* – (f.5): Não e também não vai entrar o nome dela na pesquisa...

*Bianca* (n.4) – (f.6): É por que eu falei sem querer... eu ia falar “fulaninha”, mas eu me atrapalhei... é, mas eu falo pra mim lembrar das coisas...

*Entrevistador* – (f.7): Na hora que transcrever a entrevista, eu vou colocar clínica “X”, seu nome vai ser paciente “Y” ou numeração ou letra...

*Bianca* (n.4) – (f.8): Aham...

*Entrevistador* – (f.9): Enfim, mas você falou de um aborto na adolescência...

*Bianca* (n.4) – (f.10): É... foi com vinte e poucos anos...

*Entrevistador* – (f.11): Naquela época você estava se relacionando com alguém?

*Bianca* (n.4) – (f.12): Não. Não tinha. Eu estava morando com o meu pai... meu pai era muito rigoroso, aí eu fiquei com medo... não tinha emprego, aí eu fiz sem pensar, mas fiz. Até hoje eu ainda penso, assim, que eu não devia ter feito, mas não foi uma coisa, assim, que eu fiquei atormentada... nada disso, eu não tenho nada dessas coisas de tormento, grandes remorsos... nada disso, eu fiquei durante um período... fiquei, assim, com uma tristeza, que eu não devia ter feito, mas não tinha outro jeito. Eu não fiquei com isso, assim, na cabeça com aquela “coisa” me remoendo não... não ficou não... de vez em quando eu penso que eu não deveria ter feito, aí eu penso assim: “ah seu eu não tivesse feito, podia ter meus vinte e poucos anos”, entendeu? Mas também não foi uma coisa, assim, que me atormentou muito não. Eu fiquei chateada, por que na verdade, no fundo, eu não queria fazer, mas eu fiquei... não tinha como... além disso, eu não era independente, morava com meu pai, meu namorado não podia me ajudar, ele não tinha recursos... coitado... aí eu fiz. Foi por isso que eu fiz, porque não tinha recurso, mas eu não fiquei, assim, atormentada aquela coisa do tipo: “ah ela ficou atormentada a vida toda”. Não, mentira, eu fiquei durante um período... eu penso que eu não deveria ter feito, mas na época era a solução. Aí passou...

*Entrevistador* – (f.13): Bom, aí você passou esse período e nunca quis ter filho?

*Bianca* (n.4) – (f.14): Nunca, nunca mais. Eu nunca tive, assim, um relacionamento que durasse... eu tinha relacionamentos que viam, iam... eu nunca fiquei, assim, só. Esse que eu fiquei oito anos, mas depois desse nunca mais... eu sempre namoro com um, assim, acabo e depois fico um tempo sozinha... namoro com outro... nunca tive, assim, uma coisa duradoura que eu dissesse assim: “vou formar uma família”. Por isso que também esqueci. Depois dos trinta, eu esqueci de ter um filho. Nunca mais eu tinha pensado... só voltei a pensar nesse dia na clínica (risos)... eu fui para a clínica X, aí a doutora X e a doutora Y chegou pra mim, assim... eu disse pra ela assim: “ó eu não vou fazer mais o implante. Eu vou engravidar”. Aí ela me disse: “dona Bianca, se você quiser a gente faz o tratamento”, mas me disse todos os perigos que eu correria por causa da idade, né? Aí eu falei assim: “eu assumo todos os riscos, mas eu quero engravidar”. Aí eu fui fazer um tratamento com ela, que não deu certo... fiquei chateada...

*Entrevistador* – (f.15): Naquele período você estava se relacionando com alguém?

*Bianca* (n.4) – (f.16): Com um namorado. Estava com esse, que eu queria que fosse o pai dos meus filhos, mas não deu certo... mas, tudo bem... aí eu fiquei chateada, quase que eu ficava com depressão. Então, eu viajei pro Uruguai e fiquei quase um mês lá. É muito triste, muito triste, porque aquela coisa que eu botei na cabeça que eu queria, queria... eu sou muito teimosa, quando eu boto uma coisa na cabeça pra tirar é um sacrifício. Aí viajei, fiquei chateada, aí voltei... aí passou um tempo, porque isso foi em janeiro, esse tratamento que eu fiz com ela, aí passou um tempo... quando chegou em junho, em menos de um ano, uma amiga minha tinha feito com o Dr. desta clínica o tratamento e tinha ficado grávida... aí eu me entusiasmei. Na clínica anterior a esta (a qual foi feita esta entrevista), eu tomei muito hormônio e fiquei toda inchada, mas aí não deu certo... foi aí que ela me disse que a chance era pouca, a chance era mínima (usando do próprio óvulo), mas eu queria porque eu não queria fazer a fertilização in vitro... eu queria fazer natural, mas não deu certo. Eu não tinha relacionamento fixo naquela época, aí eu pensei: “vou ter um filho sem pai?”. Eu não queria que ele não tivesse pai, queria que tivesse pai, mãe... tudo direitinho, mas aí o tempo foi passando e quando eu resolvi ter mesmo... eu estava com este relacionamento, tanto é que eu fiz o tratamento com essa médica X primeiro, aí quando chegou em junho... aí eu falei com a ‘figura’ que estava

comigo na época, aí ele disse: “tudo bem”. Ele já tinha filho, mas era de outro relacionamento... mas, ele queria. Então, já que queria tanto, ele também assumiria este filho comigo. Aí eu comecei o tratamento...

*Entrevistador* – (f.17): Ele tem quantos filhos do antigo relacionamento?

*Bianca* (n.4) – (f.18): Acho que tem três... não, tem dois.

*Entrevistador* – (f.19): Tem dois...

*Bianca* (n.4) – (f.20): Tem dois filhos... aí eu comecei o tratamento com o Dr. desta clínica, mas quando eu estava no meio do tratamento, tomando aqueles remédios todos e aquela confusão toda, ele disse que não queria mais. Disse que pensou direito e que já tinha muito filho e a situação não estava boa e não sei o que... não queria mais. Aí eu peguei e falei assim: “olha eu não vou perder a minha oportunidade”, porque eu já tinha gasto muito dinheiro com aquele tratamento, eu queria demais e se eu perdesse aquela chance... eu conversei com o Dr. daqui, desta clínica, e disse assim para ele: “Ó Dr. X, aconteceu isso e eu não sei como é que eu vou fazer”. Aí ele me disse: “olha, tem a alternativa do banco de sêmen”. Eu nunca tinha pensado nisso e nem sabia que tinha... quer dizer, sabia que tinha, mas não sabia que usava assim pra qualquer coisa. Eu pensava que usava assim: um casal quando o marido não pudesse engravidar a mulher aí usava. Não sabia que usava, assim, mulher solteira que usava, entendeu? Aí ele pegou e me disse isso... aí eu falei: “ah! Será?” Aí eu disse: “eu vou pensar”. Continuei tomando os remédios e tudo direitinho, aí teve um dia que ele me disse: “olha Bianca, ou faz ou não faz, porque se não a gente vai perder os óvulos”. Por que tem os períodos, né? Os dias...

*Entrevistador* – (f.21): Preparação do útero...

*Bianca* (n.4) – (f.22): Tem aquela preparação toda, aquela confusão, aquele negócio, os dias certinhos e eu tinha que tomar os remédios no dia certo, injeção, aquela confusão toda. Aí eu disse: “ó Doutor, eu vou fazer”. Aí eu fui lá, escolhi e quando ele implantou três, um perdeu e os dois vingaram. Aí pronto, veio as duas belezinhas (risos).

*Entrevistador* – (f.23): Então o médico utilizou...

*Bianca* (n.4) – (f.24): De um doador...

*Entrevistador* – (f.25): O esperma do doador você chegou a escolher?

*Bianca* (n.4) – (f.26): Escolhi...

*Entrevistador* – (f.27): As características...

*Bianca* (n.4) – (f.28): Pelas características que eu queria, porque queria uma pessoa que se parecesse com a minha família, mais ou menos, não é? Sei lá, eu escolhi, assim, tinha um padrão...

*Entrevistador* – (f.29): Então, você escolheu o doador do esperma com características semelhantes a da sua família e não do seu ex companheiro.

*Bianca* (n.4) – (f.30): Eu não escolhi parecido com ele não. Escolhi parecido com a minha família, um padrão assim... é que eu não me lembro direito... já tem mais de dois anos isso... tem mais de dois anos, é. Eu escolhi através de uma tabela. Parece que tinha assim: altura, cor, religião... assim, parecido comigo mesmo... as coisas que eu gosto, o tamanho de um metro e oitenta porque parece mais ou menos comigo... Eu escolhi do jeito que estava ali, mais ou menos uma coisa que eu gostasse... aí eu peguei e escolhi (risos). Essa história ninguém pode saber. Nem a minha família sabe... só a minha mãe que sabe...

*Entrevistador* – (f.31): Então, você usou óvulos de doadoras ou os seus?

*Bianca* (n.4) – (f.32): Não, eu usei meus óvulos, agora ele foi que foi (risos)... Ai meu Deus que coisa esquisita... Deus que me livre, mas foi tudo maravilhoso e nasceram... até hoje estão aí, maravilhosos, nunca tiveram problema nenhum de saúde e estão aí... tudo maravilhoso.

*Entrevistador* – (f.33): Como assim: “foi uma coisa esquisita”?

*Bianca* (n.4) – (f.34): Muito esquisito, mas depois eu me acostumei. É porque eu inventei uma história dizendo que foi dele (ex companheiro), porque a gente namorou quase um ano e que quando ele soube que eu estava grávida de dois sumiu. Não quis assumir, então, eu tive condições de assumir os dois... eu não quero mais nem saber dele...

*Entrevistador* – (f.35): Você ainda está se relacionando com ele?

*Bianca* (n.4) – (f.36): Não estou mais não. Depois daquilo ali, quando ele disse que não queria mais, eu nem conversei também. Estava no meio do “negócio”... aí no meio do negócio ele vem me dizer que não quer mais! Aí me aborreci... aí eu tinha que inventar uma história, então, em pensei: “eu não vou dizer uma coisa desta não (sobre o que aconteceu de fato)... vou dizer de jeito nenhum, nem pra ele, nem pra minha família, nem pra ninguém... nem para os meninos (os filhos). Eu, se alguém me dissesse que tinha acontecido isso comigo, minha mãe tivesse feito isso que fiz... eu não ia gostar, porque é um negócio esquisito, não é? Se chegar alguém perguntando quem é o pai? Eu vou dizer que ele não quis assumir. Essa é a história que eu vou contar, mas depois eu acho que eu vou procurar um psicólogo pra poder ver se ele me ajuda em como eu vou dizer para esses meninos (filhos)... essa história verdadeira eu não vou contar, mas esse é um caso para depois (risos)... quando eles começarem a perguntar, aí eu vou procurar um psicólogo. Eu acho que meu caso não é o único não, né? Se você pegar um filho que não tem um pai, é uma coisa esquisita pra mim, né? É muito estranho... eu acho assim, como eu te falei de um casal que não pode ter filho e usar de doação, é uma coisa mais normal, quer dizer, não é muito normal também, né? Isso tem mais de um ano que aconteceu comigo e ainda acho estranho até hoje... eu acho estranho. Hoje eu me acostumei... não vou dizer que eu acho natural não, mas é muito estranho ainda... mas hoje eu já me acostumei. Eu penso muito, mas não penso assim... eu penso em como dizer pra eles (filhos)... não penso mais que foi o banco de sêmen... não penso mais... eu só penso em qual história que eu vou inventar pra contar pra eles (filhos). Para eles não ficarem traumatizados, nem ficarem chateados, nem ficarem com raiva de mim, sei lá o que pode acontecer...

*Entrevistador* – (f.37): Por que seus filhos ficariam com raiva de você?

*Bianca* (n.4) – (f.38): Eu ficaria... penso que daqui a pouco vou ver todos os seus amiguinhos com pai e mãe e só eles (filhos) que terão mãe... você não acha estranho não? Eu acho muito estranho, mais estranho ainda você saber a história verdadeira... se minha mãe me contasse isso, eu ia ficar com raiva dela, mas que eu ia me sentir uma pessoa muito esquisita ia. Pensar que não ter pai não foi nem porque ele não me quis... porque uma coisa é seu pai rejeitar você, outra coisa é você não ter, entendeu? (risos). Eu acho estranho porque como eu tive pai e mãe... eu não sei uma pessoa que não teve, mas eu tive pai e mãe e adorava os dois. Eu ia achar muito esquisito em não ter pai. Eu preferi que minha mãe me dissesse que meu pai me rejeitou, não quis me registrar, não quis saber de mim... eu preferiria assim, mas saberia que ele existe. É uma maluquice, né? (risos).

*Entrevistador* – (f.39): Você já se senti preparada para contar para seus filhos toda essa história?

*Bianca* (n.4) – (f.40): A verdade é que eu não vou contar nunca. Eu acho que vai ser pior para eles, não é? Depois assim, é uma história pra daqui um tempo quando eles começarem a falar, me perguntar essas coisas... mas está muito longe... ainda são pequenininhos. Os meninos da rua já acham estranho, porque uns amiguinhos deles, eles são maiores do que meus filhos, já falam e toda hora me perguntam: “cadê o pai deles? Por que o pai deles não aparece? Por que o pai deles não está aqui comigo?”. Veja que é um menino que não é nem da família, apenas um amiguinho que eles têm aqui na rua... se um amigo já está perguntando isso pra criança... é cruel, né? Quando eles souberem, se souberem de uma história dessa, vão cair matando em

cima deles dois. Eu não quero que eles passem por isso, pelo menos que diga que existe um pai, tem um nome, sabe onde mora... inventar tudo, mas é uma conversa que olha...

*Entrevistador* – (f.41): Só sua amiga sabe que você procurou a clínica de reprodução humana?

*Bianca* (n.4) – (f.42): Que procurou a clínica, mas ela não sabe que eu fiz uma fertilização in vitro.

*Entrevistador* – (f.43): Esse lado maternal, você construiu? Vive construindo?

*Bianca* (n.4) – (f.44): Venho construindo... Hoje eu me sinto muito bem, mas eu vou te contar a verdade verdadeira: é que eles nasceram prematuros e ficaram sete dias na UTI. Nesses dezessete dias eu não tinha caído a ficha que tinha tido dois bebês e que eles ficaram lá no hospital. Eu fiquei em casa e tive esse probleminha... faltou alguma coisa ali, porque eu fiquei em casa e nem parecia que tinha tido filhos e eles no hospital. Quando eles vieram para minha casa, foi um choque muito grande. Eu tive aquela... eu tomei um susto, porque eu nunca tinha pegado em um bebê, nunca tinha carregado, nunca... minha irmã teve dois filhos, meu irmão tem dois filhos e eu nunca carreguei ninguém. Não é por que eu tinha alguma “coisa” não, é porque eu tinha medo de carregar. Eu sou muito desastrada, por isso tinha medo de carregar e cair. Quando eles chegaram em casa: “ave Maria”, foi uma coisa horrível... eu me senti muito mal e teve um dia que eu disse pra minha mãe: “Ah minha mãe”... porque antes de mim ter essa experiência, eu queria adotar. Porque quando o doutor me disse que eu poderia ter filho doente, não sei o que mais, eu disse: “ah minha mãe, eu acho que o melhor é adotar”. Porque eu não tenho estrutura pra cuidar de filho com síndrome de down... o meu maior medo era de nascer algum filho doente, porque já que eu não tenho tanta agonia com menino... eu nunca gostei assim, “amo” ou “adoro bebê”... nunca fui dessa coisa, ainda mais um menino doente... aí eu quis adotar. Na época disse pra minha mãe: “olha minha mãe se esses meninos fossem adotados, eu tinha devolvido”... porque quando você adota, você tem um ano, que eles chamam de período de adaptação... em um ano você fica com a guarda provisória, depois de um ano é que você fica com a guarda definitiva... é seu filho mesmo, mas naquele ano de adaptação, eu teria devolvido, porque eu não tinha estrutura nenhuma pra cuidar de bebê... porque dois, acho também é que foram dois... aí fica aquela: os dois chorando ao mesmo tempo e choro de criança me irrita muito... até hoje me irrita. Eu me acostumei, mais não suporto quando eles começam a chorar, gritar, gritar, gritar... eu saio de perto, porque eu fico agoniada. Quando eles eram pequenos, eu não tinha estrutura, não tinha babá pra cuidar deles e minha mãe disse que era fácil cuidar. Isso porque minha mãe teve um de cada vez. Minha mãe teve quatro (risos), mas foi um de cada vez... dois só quem os tem é quem sabe o que é... minha mãe disse: “não, não precisa contratar babá agora não porque menino quando chega só faz é dormir” (risos). Chegou e quarenta dias e quarenta noites sem dormir... porque eles dormiam, acordavam, dormiam, acordavam e era um e era o outro, vinte e quatro horas nós duas. Não tinha empregada, porque a empregada tinha ido parir também... a nossa empregada antiga e minha mãe acharam, tiveram esta idéia maravilhosa de dizer que o menino quando chega em casa só faz dormir... mentira dela, porque os dois não dormiam, tinham cólica... foi um inferno, quarenta dias e quarenta noites. Aí eu fiquei em depressão, chorava... só fazia chorar, chorar, chorar e pensei até em me matar... mentira (risos). Porque pra mim, matar é muito difícil, mas teve um dia que eu pensei em pegar o carro e sumir... nunca mais ver esses meninos, porque era uma gritaria dentro de casa e tudo caía no chão e tinha que lavar, esterilizar de madrugada... você já pensou ficar quarenta dias e quarenta noites sem dormir? Dia e noite só faziam chorar... aí uma colega minha que me salvou dizendo para a gente contratar uma enfermeira. Eu nem sabia que tinha isso... que dormia com os bebês. Aí eu contratei a enfermeira (risos). Você deve estar achando que essa mulher é doida, né? Então, contratei essa enfermeira. Essa mulher é que salvou a minha vida. Essa criatura que ficou lá em casa, eu paguei a ela uma fortuna para ela ficar vinte dias seguidos. Ela foi no primeiro dia e eu adorei porque eu dormi a noite toda... uma beleza... a melhor noite da minha vida... dormi a noite toda... ela ia sete horas da noite e saía as sete horas da manhã. Aí eu contratei vinte dias e ela ficou lá em casa... foi o período que eu me equilibrei de novo, porque eu fiquei completamente desequilibrada... briguei com todo mundo... brigava porque eu não aguentava mais aquele estresse daqueles meninos chorando no meu ouvido o tempo todo... era mamadeira, lavar mamadeira e esterilizar... aquela agonia... Deus me livre! Aí nessa época eu pensei assim: “olha minha mãe se não fossem meus, esses meninos... se fossem adotados, eu

tinha devolvido porque eu descobri que eu não tenho essa natureza de criar menino” (risos). Às vezes eu acho que foi por conta do estresse também...

*Entrevistador* – (f.45): Entendo...

*Bianca* (n.4) – (f.46): Mas depois que passou, que essa enfermeira veio, eu comecei a me equilibrar... consegui uma babá... aí pronto: ficou maravilhoso! Hoje está tudo maravilhoso! Só aos domingos é que eu não tenho ninguém em casa (risos), mas está bom, porque um dia só não dá pra morrer (risos). Eu fiz agora uma viagem para o exterior e fiquei trinta dias com esses meninos... voltei parecendo uma louca (risos)... aí peguei e chamei uma prima minha e foi eu, minha mãe e ela... para elas me ajudarem com eles... minha mãe já é uma senhora e já não pode fazer tudo comigo, porque esses meninos dão um trabalho danado. Quando eu cheguei lá minha prima disse que eu não gostava de criança e veio embora... eu fiquei com minha mãe lá trinta dias... quase que enlouquecia quando cheguei aqui, por isso que eu fiquei gripada... mas agora está tudo maravilhoso... equilibrou tudo de novo... tudo maravilhoso... estou me sentindo maravilhosa e acho que toda mulher tem que passar por isso, tem que ser mãe... nasceu para isso... eu acho não de dois, mas de um só está bom...

*Entrevistador* – (f.47): Você gostaria de comentar mais alguma coisa?

*Bianca* (n.4) – (f.48): Na minha visão, o pior de tudo desde a gravidez até eu parir, foi na época que o médico obstetra, que fez o meu parto, maravilhoso, ele é melhor médico do mundo... salvou eles (filhos), inclusive essa história não tem o menor interesse, mas ele foi maravilhoso comigo, com eles... ele chegou pra mim uma vez e disse que tinha um exame que poderia fazer... por que eu sempre tive esse medo de nascer o filho com problema, né? Com síndrome de Down ou alguma síndrome aí de mulheres que tem filhos mais velhas... aí ele disse que tinha um exame que podia fazer... um exame que tira o líquido amniótico por uma agulha que introduz no útero... sei lá, fura a barriga para tirar... ele me disse que tinha esse exame... eu aborrecia muito ele, porque eu queria ter certeza que todos os exames que ele fazia davam normais, mas eu queria ter certeza que os dois iriam nascer sem problema dessas síndromes horríveis que tem por aí. Ele me disse que tinha um exame que tinha cem por cento de certeza, mas que esse exame trazia risco para os bebês, porque se ele tirasse... porque tinha até um certo mês de gravidez, parece que é o quinto mês ou quarto mês... um “negócio” desses e eu já estava no quarto mês, já estava no limite de fazer ou não fazer esse exame. Ele me disse que ele mesmo não faria e me aconselhou a não fazer, porque trazia risco, inclusive quando a gravidez é dupla ainda é pior. Disse que se estourar a bolsa de um e não estourar do outro, saem os dois... iriam morrer os dois. Eu fiquei mais de uma semana pensando se ia fazer, se não ia fazer, porque o meu tormento era ter um filho com problema. Porque eu não tenho estrutura para... não é nem financeira... é emocional mesmo, entendeu? Eu gosto muito de sair, de viajar e eu não gosto, assim, de uma pessoa dependente de mim pra vida toda, porque uma pessoa com problema, eu na minha maneira de ver, vai ser minha dependente pra vida toda... já que não tem uma outra pessoa pra me ajudar... eu ia ficar sozinha com dois filhos com problemas... e quando eu morresse, quem é que iria ajudar eles? Aí o meu maior pavor era esse: ter um filho com problema de... um problema desses sérios, mas aí na última hora eu resolvi não fazer. Mas tinha marcado o exame e tudo, mas aí algumas pessoas me aconselharam que era muito perigoso; que eu iria perder os dois e se eu perdesse nunca mais eu poderia ter outros... resolvi em não fazer... arrisquei... fiquei com esse tormento até no dia em que pari. A primeira pergunta que eu fiz pra médica quando eles nasceram era: se eles eram normais? Porque eu estava tão nervosa, tão agoniada com isso... mas mesmo com todos esses riscos, eu só aconselho a não fazer nada pra engravidar quem não tem uma condição financeira, porque você colocar um filho no mundo pra não ter... é muito dinheiro que você gasta... muito dinheiro. Olha que nem foram para a escola ainda e já estão gastando uma fortuna dessas... você imagina quando forem para a escola? Você vai “botar” um filho no mundo para que? Para ser marginal? Para ser pivete? Eu acho que você tem que “botar”, quando você tem dinheiro ou condição para criar uma pessoa, não é?

*Entrevistador* – (f.49): Então, para você, o que significa ter um filho?

*Bianca* (n.4) – (f.50): Eu acho que significa tudo. Eu acho que se eu não tivesse filho... eu acho que tem um sentido na sua vida, porque a minha estava assim: viajar, trocar de carro, passear,

ir pra barzinho, pra show não sei o que... tem dois anos que eu não vou a um cinema, tem um ano que eu não sei o que é manicure, minhas unhas estão horríveis... eu estou achando tudo hoje maravilhoso (risos). A única viagem que eu fiz agora foi pra ver família... não fiz viagem nenhuma pra me divertir, pra lugar nenhum, só com eles. Eu acho que eles dão incentivo para a pessoa, entendeu? Não sei se todo mundo pode pensar assim, mas eu penso assim. Você vive pra que? Para que você vive? Pra trabalhar, ganhar dinheiro, pra comprar bens materiais... porque tudo acaba, mas eles não. Eles são seus filhos e você vai ter a vida toda aquela pessoa que vai depender de você... até um certo momento, vão ser independentes, vão criar fama, você vê você... parece que você vai se multiplicando... eu vejo assim, entendeu? Eu acho que toda mulher tem que parir (risos). Eu nunca adotei ninguém, eu não conheço ninguém que adotou ninguém, mas não acho que é a mesma coisa que gerar um filho. Você ficar sete meses na barriga, aquela relação muito ligada mesmo à você. Eu vou no shopping hoje, fazer alguma coisa e venho correndo por causa deles... eu só penso neles, não sei se é por que eles estão pequenininhos, não sei se quando crescer vai ser a mesma coisa... sei que hoje eu só penso neles, compro tudo pra eles, não compro nada para mim... fui pra essa viagem e trouxe malas e malas de roupa e brinquedo. Só sei que pra mim não trouxe nada, só o computador (risos)... você vive em função deles é o que você nasceu pra isso. Para o homem, eu já acho que não é... eu acho que a relação do homem com o filho não é tão forte... não é forte como da mulher... a mãe com o filho é uma coisa inacreditável! Você só pensa no menino, por isso que tem pai que não está nem aí, não quer reconhecer, não quer ver, mas a mãe não... mãe é sempre mãe e eu acho que eu vou ser uma excelente mãe... tomara (risos)...

