

**ELIANE VERGINIA ROVIGATTI GASPARINI**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS INFÉRTEIS QUE  
UTILIZAM A MEDICINA REPRODUTIVA:  
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
2006**

**ELIANE VERGINIA ROVIGATTI GASPARINI**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS INFÉRTEIS QUE  
UTILIZAM A MEDICINA REPRODUTIVA:  
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr Antonios Térzis

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
2006**

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

**t618.178019 Gasparini, Eliane Verginia Rovigatti.**

G249e

Experiências com casais inférteis que utilizam a medicina reprodutiva: um estudo psicanalítico / Eliane Verginia Rovigatti Gasparini. - Campinas: PUC-Campinas, 2006. 202p.

Orientador: Antonios Térzis.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Infecundidade – Aspectos psicológicos. 2. Infecundidade. 3. Casais sem filhos. 4. Reprodução humana. 5. Psicanálise. I. Térzis, Antonios. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós- Graduação em Psicologia. III. Título.

22ed. CDD – t618.178019

**ELIANE VERGINIA ROVIGATTI GASPARINI**

**EXPERIÊNCIAS COM CASAIS INFÉRTEIS QUE  
UTILIZAM A MEDICINA REPRODUTIVA:  
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Banca Examinadora

---

Presidente Prof. Dr. Antonios Térzis

---

Prof. Dr. André Magoulas Perdicaris

---

Profa. Dra. Dayse Maria Motta Borges

---

Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior

---

Profa. Dra. Vera Lúcia Rezende

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Vanderlei e Regina,  
pelo carinho, apoio e compreensão  
nas dificuldades que foram sendo encontradas  
ao longo desses quatro anos de curso.*

*Ao Gustavo, meu marido,  
pelos anos de convivência  
e suporte emocional em todos os meus trabalhos,  
em todas as minhas alegrias e tristezas.  
Seu amor, carinho e dedicação  
facilitaram esta jornada.*

*Ao Gabriel, com todo o meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

Ao querido professor Antonios Térzis, orientador de muitos anos dos meus trabalhos de pesquisa e companheiro em minha caminhada profissional.

À CNPq, Conselho Nacional de Apoio à Pesquisa, pela bolsa oferecida de apoio à pesquisa.

Ao Dr. Arnaldo Schizzi Cambiaghi, pelo reconhecimento do meu trabalho profissional e pelo espaço a mim oferecido em sua instituição.

À Dra. Daniella S. Castellotti, pela paciência na discussão dos casos clínicos atendidos e pela possibilidade de um trabalho em equipe.

Às secretárias do IPGO - Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina Reprodutiva, pelo apoio e auxílio com as pacientes.

À Dra. Therezinha Souza-Dias, psicanalista, companheira de estudos e pesquisas sobre o tema e, principalmente, uma amiga sempre presente.

À minha analista, Dra. Maria Lúcia Ferrão de Souza Campos, pelo competente e sério trabalho de análise, fundamental para uma pesquisa desta natureza.

E a todos os casais que voluntariamente se dispuseram a participar desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

## SUMÁRIO

|   | página |
|---|--------|
| RESUMO.....   | v      |
| ABSTRACT.....   | vii    |
| RESUMÉ.....   | ix     |
| INTRODUÇÃO.....   | xi     |
| I. Maternidade e Paternidade: algumas considerações teóricas..... | 1      |
| 1.1 Sobre o desejo de ter filhos e a infertilidade.....           | 7      |
| 1.2 O estudo do grupo casal.....                                  | 14     |
| II. A Medicina Reprodutiva: conceitos .....                       | 19     |
| III. OBJETIVOS.....   | 29     |
| IV. MÉTODO.....   | 31     |
| 4.1 Campo de pesquisa.....  | 34     |
| 4.2 Sujeitos.....   | 36     |
| 4.3 Instrumentos.....   | 39     |
| 4.3.1 Entrevista Psicológica.....                                 | 39     |
| 4.3.2 Desenho.....  | 41     |
| 4.3.3 Gravador de áudio.....                                      | 42     |
| 4.4 Procedimento.....   | 42     |
| 4.5 Análise do material.....                                      | 44     |
| V. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....                                   | 46     |
| 5.1 Casal 1 - Com o coração na mão.....                           | 47     |
| 5.2 Casal 2 - Por que não acontece?.....                          | 59     |
| 5.3 Casal 3 - Passa o tempo, o tempo passa.....                   | 75     |
| 5.4 Casal 4 - Sangue do meu sangue.....                           | 90     |
| 5.5 Casal 5 - Até quando o corpo agüenta?.....                    | 100    |
| 5.6 Casal 6 - Psicólogos terapeutizados.....                      | 112    |
| VI. CONCLUSÕES.....   | 123    |

|  |            |
|--|------------|
| <b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                    | <b>133</b> |
| <b>VIII. ANEXOS.....</b>                                       | <b>143</b> |
| <b>Anexo A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b> | <b>144</b> |
| <b>Anexo B Entrevista na íntegra - Casal 1.....</b>            | <b>145</b> |
| <b>Anexo C Entrevista na íntegra - Casal 2.....</b>            | <b>153</b> |
| <b>Anexo D Entrevista na íntegra - Casal 3.....</b>            | <b>163</b> |
| <b>Anexo E Entrevista na íntegra - Casal 4.....</b>            | <b>176</b> |
| <b>Anexo F Entrevista na íntegra - Casal 5.....</b>            | <b>187</b> |
| <b>Anexo G Entrevista na íntegra - Casal 6.....</b>            | <b>195</b> |



## RESUMO

Gasparini, E.V.R. *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.

Este estudo relata as vivências emocionais de casais que apresentavam dificuldades para engravidar e que decidiram buscar ajuda na medicina reprodutiva. Os objetivos foram: investigar e analisar as principais reações emocionais desencadeadas no casal ao longo do tratamento para a infertilidade; estudar a repercussão do tratamento reprodutivo no vínculo do casal, bem como do casal com a equipe médica e do casal com a psicóloga; compreender as representações psíquicas em torno do desejo de ter filhos quando associadas a um tratamento reprodutivo, e descrever as impressões e vivências emocionais da psicóloga com relação aos casais estudados. Foram estudados seis casais, com diferentes diagnósticos médicos para infertilidade, e que buscaram auxílio na medicina reprodutiva. Utilizou-se o método psicanalítico aplicado ao grupo casal - grupo especial, conforme Käs (1977) e Anzieu (1993), assim como a técnica da entrevista livre não-diretiva de Bleger (1993), e a técnica projetiva do desenho livre. Para a análise do material coletado foi adotada a técnica de análise do conteúdo proposta por Mathieu (1967) e Käs (1977), e para interpretar as experiências subjetivas dos casais utilizaram-se as teorias da psicanálise e grupanálise. A partir da análise das entrevistas e desenhos, alguns elementos foram identificados na mentalidade do grupo - casal, entre eles a hipercatexização do desejo de ter filhos. A dificuldade em atender a este desejo desencadeou um movimento regressivo e reações defensivas. A tentativa de preservar fantasias onipotentes dificultou o processo de tolerância à frustração e à capacidade de espera, ou reformulação dos projetos do casal. Angústias de caráter persecutório foram desencadeadas, principalmente naqueles cônjuges cujos aspectos da personalidade encontravam-se mais comprometidos. O diagnóstico da infertilidade, assim como os diversos tratamentos provocaram uma

desestruturação no vínculo conjugal. Observamos a perda da intimidade conjugal, a diminuição do desejo sexual após os sucessivos tratamentos que desvinculam as relações sexuais do ato reprodutivo. O desejo de transmitir a herança genética e a valorização do filho biológico ainda fazem parte das representações psíquicas do casal. O filho biológico, do “próprio sangue”, é o filho sonhado, idealizado. O vínculo satisfatório que o casal estabelece com a equipe médica interferiu na sensação de segurança e esperança que os casais depositam no êxito do tratamento. A maioria dos casais conseguiu estabelecer um vínculo satisfatório com a psicóloga utilizando o espaço da entrevista como forma de expressão livre das suas experiências emocionais. A experiência com os casais inférteis possibilitou por um lado sensibilizá-los aos fenômenos emocionais diante da situação da infertilidade, e por outro, pensar em meios apropriados para resolver alguns dos problemas que surgem diante desta problemática. O dispositivo técnico que institui a interpretação para o trabalho psicanalítico com os casais sobretudo aqueles inseridos na instituição garantiu boas condições de pesquisa e análise, já que possibilitou a interpretação necessária entre as relações dos membros do casal, entre o casal e a instituição, e do casal com a psicóloga. Um trabalho desta natureza, de análise intertransferencial, baseia-se na concepção de que é possível compreender a intensidade das representações psíquicas do grupo casal. Recomendamos a criação de novos espaços onde os casais inférteis possam continuar a discutir livremente sobre seus desejos, suas dificuldades, fantasias e esperanças, facilitando a compreensão das experiências advindas com a infertilidade.

Palavras-chave: casais inférteis; medicina reprodutiva; estudo psicanalítico, vínculo, vivências emocionais.

## ABSTRACT

Gasparini, E.V.R *Experiences with infertile couples that use reproductive medicine: a psychoanalytical study*. Campinas – SP, 202 pages. Thesis (Doctorate) Psychology Institute, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

This study relates the emotional experiences of infertile couples who decided to seek help in reproductive treatment. The objectives were: to investigate and analyze the main emotional reactions experienced by couples during the fertility treatment; to study the consequences of the reproductive treatment in couple's bonds as well as their bonds with the medical staff and the psychologist; to understand the psychic representations of the desire to have children when associated to a reproductive treatment, and to describe the psychologist's impressions and emotional experience in regard to the couples subjected to the study. Six couples with different medical diagnosis for infertility, seeking for medical treatment for such a problem were surveyed as primary source of information. For the purpose of the study were used methods and techniques such as the psychoanalytical method applied to the couple group – special group – according to Käes (1977) and Anzieu (1993), as well as the technique of non-directive interview of Bleger (1993), and the projective technique of free drawings. The technique of content analysis proposed by Mathieu (1967) and Käes (1977) was used to analyze the material collected. Psychoanalysis and group analysis theories were employed in the interpretation of couple's subjective experiences. From the analysis of the interviews and drawings, some elements in the couple's group mentality could be identified, among them the "hipercatexization" of the desire to have children. The difficulties associated to satisfying such desire unchained a regressive movement and also defensive reactions. The attempt to preserve omnipotent fantasies has compromised the process of tolerance to frustration and to the capacity to wait, or reformulation of the couple's projects. Persecutory-related anguishes were broken out, mainly in the elements of the couples whose personality aspects happened to be compromised the most. Infertility diagnosis as well as the various different fertility treatments led to the unstructuring of couple's bonds. We could observe the loss of intimacy and decrease in sexual desire after successive fertility treatments that break link between sexual intercourse and the reproductive act. Both the desire to transmit genetic heritage forward and the appreciation of biologic child are still part of couple's

psychic representations. The biological-child, from the same blood, is the dreamt and idealized child. The satisfactory bond that the couple established with medical staff has interfered in how safe they feel and in their levels of hope and confidence that the fertility treatment will yield positive results. The majority of the couples managed to establish satisfactory bonds with the psychologist, using the interview session as a way to freely express their emotional experiences. The experience with infertile couples on one hand has allowed to increase their level of sensitivity in regard to the emotional phenomena associated to infertility, and on the other hand has helped such couples to think about appropriate means to deal with some problems that are a consequence of this situation. The method used in this study has assured good conditions for research and analysis once it has made possible the proper interpretation of the relationships between the elements of the couple, between the couple and the institution and of the couple and the psychologist. A work of such transference nature is based on the assumption that it is possible to understand the intensity of the psychic representations of the couple group. We recommend the creation of new environments where infertile couples can keep on freely discussing their desires, difficulties, fantasies and hopes, making it easier to understand the experiences originated from infertility.

Key words: infertile couples; reproductive medicine; psychoanalytical study; attachment; emotional experiences

## RESUMÉ

Gasparini, E.V.R. *Expériences avec des couples infertiles qui utilisent la médecine reproductive: une étude psychanalytique* Campinas - SP, 202 p. Thèse de Doctorat. Institut de Psychologie, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Cette étude présente les expériences émotionnelles de couples qui présentaient des difficultés pour concevoir un enfant et qui ont décidé de demander l'aide de la médecine reproductive. Elle a eu comme buts: rechercher et analyser les principales réactions émotionnelles qui ont surgi chez le couple tout au long du traitement contre l'infertilité; étudier la répercussion du traitement reproductif portant sur les liens du couple, aussi bien sur les liens entre le couple, l'équipe médicale et la psychologue; comprendre les représentations psychiques autour du désir d'avoir des enfants lorsque ces liens sont associés à un traitement reproductif et décrire les impressions et les expériences émotionnelles de la psychologue par rapport aux couples étudiés. Six couples ayant de différents diagnostics médicaux d'infertilité et qui ont demandé l'aide de la médecine reproductive ont été étudiés. On a utilisé la méthode psychanalytique appliquée au groupe couple - groupe spécial - Kâes (1977) et Anzieu (1993), ainsi que la technique de l'entretien libre non directif - Bleger (1993) et la technique projective du dessin libre. Pour l'analyse du matériel réuni, on a adopté la technique de l'analyse du contenu proposée par Mathieu (1967) et Kâes (1977). Pour interpréter les expériences subjectives des couples, les théories de la psychanalyse et de la groupanalyse. À partir de l'analyse des entretiens et des dessins, quelques éléments ont été identifiés dans la mentalité du groupe-couple, comme par exemple, la «hipercatexization» du désir d'avoir des enfants. La difficulté d'accomplir ce désir a causé un mouvement régressif et des réactions défensives. La tentative de préserver des fantaisies omniprésentes a rendu difficile le processus de tolérance à la frustration et à la capacité d'attente ou de reformulation des projets du couple. Des angoisses du type persécutant ont été entraînées, surtout, chez les conjoints dont les aspects de la personnalité se

trouvaient plus compromis. Le diagnostic de l'infertilité aussi bien que les divers traitements ont provoqué une déstructuration du lien conjugal. On a remarqué la perte de l'intimité conjugale, la diminution du désir sexuel après les successifs traitements qui séparaient les rapports sexuels de l'acte reproductif. Le désir de transmettre l'héritage génétique, la valorisation de l'enfant biologique, venant du même sang, reste l'enfant rêvé, idéalisé. Le lien satisfaisant que le couple a établi avec l'équipe médicale a interféré dans la sensation de sécurité et dans l'espoir qu'ont les couples quant à la réussite du traitement. La plupart des couples réussissent à établir un lien satisfaisant avec la psychologue utilisant l'espace de l'entretien comme forme d'expression libre de leurs expériences émotionnelles. L'expérience avec des couples infertiles a rendu possible d'un côté que ceux-ci se sensibilisent aux phénomènes émotionnels face à la situation de l'infertilité et, d'un autre côté, qu'ils réfléchissent sur des moyens appropriés pour résoudre quelques problèmes qui surgissent face à cette problématique. Le dispositif technique qui institue l'interprétation au travail psychanalytique avec des couples, surtout ceux qui se trouvent insérés dans l'institution a garanti de bonnes conditions de recherche et d'analyse, puisqu'il a permis l'interprétation nécessaire entre les membres constituant le couple, entre le couple lui-même et l'institution et du couple avec la psychologue. Une étude de ce genre, d'analyse intertransférentielle, se base sur le fait qu'il est possible de comprendre l'intensité des représentations psychiques du groupe-couple. Nous recommandons la création de nouveaux espaces où les couples infertiles puissent continuer à discuter librement leurs désirs, leurs difficultés, fantaisies et espoirs, rendant facile la compréhension des attentes issues de l'infertilité.

Mots-clés: couples infertiles; médecine reproductive; étude psychanalytique; lien; expériences émotionnelles

## INTRODUÇÃO

O tema da sexualidade e reprodução humana, e mais recentemente o controle parcial sobre o processo reprodutivo, desafiam os antigos e sedimentados conceitos sobre maternidade e paternidade. Terreno fértil para discussões e muitas controvérsias, os novos avanços científicos vêm modificando as configurações familiares e lançando importantes desafios éticos.

Os casais que hoje apresentam alguma dificuldade em engravidar procuram ajuda na medicina reprodutiva a fim de solucionar seu problema. Mesmo tendo à disposição modernas técnicas médicas para o tratamento reprodutivo, nunca se sabe ao certo quando o casal conseguirá ter um filho. A espera para satisfazer um desejo e a incerteza com relação à sua realização abalam a dinâmica conjugal assim como a estrutura emocional de cada parceiro.

Casos como esses, que cada vez mais se pronunciam nos consultórios e clínicas especializadas, apresentam ao psicólogo questionamentos referente à repercussão dessas mudanças –a forma “tradicional” de procriar– sobre o psiquismo humano e sobre o vínculo conjugal. Essa demanda vem questionando os antigos modelos teóricos da psicologia, que tinham como referencial papéis e modelos femininos e masculinos bastante definidos.

Há muitos anos me dedicando ao trabalho com casais e gestantes– fazendo parte de uma equipe multidisciplinar–, vejo este atual panorama da reprodução assistida desafiador e instigante aos questionamentos práticos e teóricos da prática do profissional de saúde mental. A atual experiência de trabalhar em uma instituição que atende à casais com dificuldades para engravidar fez com que as questões apresentadas ficassem cada vez mais intrigantes, mobilizando o interesse para que as observações clínicas pudessem ser pensadas de uma forma sistemática e detalhada.

Em se tratando de um tema tão complexo, que poderia ser observado através de diferentes vertentes –social, cultural, emocional, ética–, nos propusemos um olhar cuidadoso sobre as vivências emocionais dos casais,

valorizando a escuta e a singularidade das experiências afetivas encontradas. Neste trabalho científico objetivamos a investigação, compreensão e análise aprofundada das observações clínicas realizadas no atendimento dessa população. O trabalho foi organizado da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta uma reflexão sobre a influência das mudanças sociais e econômicas nos tradicionais conceitos de maternidade e paternidade. Contemplamos a influência das novas tecnologias reprodutivas sobre a sexualidade, assim como a situação emocional do casal infértil. Na segunda parte discorremos sobre o desejo de ter filhos, analisado pelo referencial psicanalítico. A discussão iniciou-se com Freud, passando por Melanie Klein, até chegar aos atuais trabalhos de psicanalistas estudiosos das questões que envolvem o desejo de procriar, a infertilidade e a medicina reprodutiva. A terceira parte foi dedicada à reflexão sobre o grupo casal. Uma vez que esta pesquisa foi direcionada à compreensão desse grupo especial, apresentamos os parâmetros definitórios desse tipo de união que seguiram os referenciais psicanalíticos e grupanalíticos de Käs, Anzieu, Bion, Puget e Berenstein. Por último, apresentamos no segundo capítulo os principais conceitos da medicina reprodutiva que ajudarão o leitor da pesquisa a se familiarizar com os termos e tratamentos citados durante o trabalho.

Para atender aos objetivos desta pesquisa selecionamos instrumentos capazes de oferecer com detalhes a dinâmica emocional de cada caso estudado. O método qualitativo, com enfoque psicanalítico, foi aplicado ao nosso objeto de estudo - grupo casal- e procuramos criar um processo caracterizado pela abertura, construção e participação.

A análise dos dados encontrados seguiu os modelos desenvolvidos por psicanalistas franceses, como Mathieu e Käs, que construíram um método de análise capaz de sistematizar, organizar e interpretar conteúdos obtidos através de instrumentos que valorizam a associação livre e as projeções. Obviamente que em se tratando de um trabalho desta natureza, em que o psicólogo é pesquisador e participante do processo, a precisão da análise também deveria estar comprometida com a análise da contratransferência do pesquisador durante o atendimento dos diferentes casos.



No capítulo Resultados e Discussões apresentamos a análise realizada em cada casal estudado, com os relatos mais significativos e as interpretações finais.

Uma compilação dos principais temas encontrados em cada objetivo traçado para este estudo foi apresentada nas Conclusões, oferecendo uma visão geral e atualizada das principais experiências emocionais dos casais inférteis.

A partir deste estudo esperamos ter contribuído para a elucidação de algumas questões que fazem parte da situação emocional dos casais inférteis, oferecendo informações a toda equipe de assistência nesta área, e deixando sempre um caminho aberto para que novas pesquisas possam sempre fertilizar o campo mental.

## **I. Maternidade e paternidade: algumas considerações teóricas**

O desejo de procriar e assim experimentar a maternidade e paternidade é uma das características mais comuns em todo ser humano. Isto significa que estaremos falando da realização de um desejo com um alto grau de importância e repercussão no psiquismo humano.

Ao tentarmos situar a questão da maternidade e paternidade nos tempos atuais, faz-se necessário um breve olhar histórico. Alguns estudos demonstram que uma verdadeira mudança ocorreu no conceito de amor e maternidade desde a Idade Média até os dias atuais, e que a exaltação do amor materno é fato recente na civilização ocidental. Na Europa do século XVI predominava o costume de confiar o recém-nascido a uma ama de leite que cuidava da criança durante os primeiros anos de vida. Fatos históricos sugerem que até o século XVIII predominava uma conduta de indiferença materna. Foi somente no final do século XVIII que teve início a exaltação do amor materno no discurso de filósofos, médicos e políticos. No século XIX o culto à maternidade ampliou-se, e no século XX, após o surgimento da psicanálise e de outras teorias psicológicas, reforçou-se a importância da mãe no desenvolvimento dos filhos (Maldonado, 1989).

As diversas maneiras de compor e recompor uma família implicam em diferentes contextos de maternidade e paternidade. Assim como um homem e uma mulher se unem por uma infinidade de motivos –conscientes e inconscientes– assim também a motivação para ter filhos se deve às mais diversas causas. Tanto pode ser a expressão do amor e da união; a necessidade da transcendência através das gerações, como uma tentativa de salvar um casamento em crise ou a comprovação da fertilidade.

Até metade do século passado, a sexualidade das mulheres estava atribuída fortemente à maternidade. A mulher ideal incluía os papéis femininos tradicionais – cuidados com a casa, marido e filhos, além das questões ligadas ao que eram considerados predicados puramente femininos, como sensibilidade,

resignação, fragilidade, delicadeza e instinto materno. Bassanezi (*in* Mansur, 2001, p. 27) destaca:

A vocação para a maternidade e a vida doméstica seriam marcas da feminilidade, enquanto a iniciativa, a participação no mercado de trabalho, a força e o espírito de aventura definiriam a masculinidade. A mulher que não seguisse seus caminhos estaria indo contra a natureza, não poderia ser feliz ou fazer com que outras pessoas fossem felizes.

Através dos tempos, na maioria das sociedades, a mulher tem sido fundamentalmente definida por seu papel procriativo e maternal, enquanto o homem necessitava criar identidades masculinas, em contra-identificação com a maternidade feminina (Raphael-Leff, 1997). Porém, importantes mudanças neste contexto ocorreram e as acentuadas diferenças nos antigos e tradicionais papéis femininos e masculinos vêm diminuindo, ou pelo menos se modificando. A importância do projeto parental continua como sempre foi: algo valorizado, esperado e cultuado socialmente. Sabemos que somente 5 % da população mundial decide voluntariamente não ter filhos e, portanto, não escolher o papel de pais como desejável (Makuch, 2006).

A sexualidade não mais vem atrelada à maternidade, e as fronteiras tão bem antes definidas dos papéis dos homens e mulheres, dos modelos tradicionais de casamento e, principalmente, do espaço que o trabalho ocupa na vida das pessoas vêm sendo amplamente modificadas. Com a participação efetiva da mulher no mercado de trabalho, novas configurações familiares vão se desenvolvendo. Ambos os membros do casal são responsáveis pelo sustento econômico da casa e agora também se exige do homem uma participação ativa no cuidado dos filhos e na divisão de tarefas domésticas. Atualmente os pais estão tendo que se comprometer em atividades maternas para ganhar a posição paternal, antes garantida a eles pelo nome. Desta forma, agir como pai, bem como mãe, está se tornando cada vez mais uma atividade contínua.

Até pouco tempo atrás, os casais sabiam que as relações sexuais realizadas nos dias férteis da mulher resultariam em gravidez, e aqueles que não podiam ou conseguiam engravidar teriam como opção a adoção ou a vida sem filhos. Hoje

esse cenário mudou drasticamente. Nos grandes centros urbanos já não causa tanto espanto mulheres que querem ter o primeiro filho após os 35 anos, idade em que já se sentem estabilizadas financeira e profissionalmente. No passado, os médicos consideravam as mulheres grávidas com 30 anos em idade avançada. Mas agora a maioria das mulheres que procura as clínicas de reprodução assistida tem em média 35 anos; e 30% das pacientes têm mais de 40 anos (Ribeiro, 2004). Os homens, apesar de não estarem sujeitos aos mesmos limites biológicos que as mulheres, também se questionam até que idade gostariam de ter e cuidar de filhos.

Os avanços científicos possibilitaram o uso de métodos contraceptivos, facilitando o controle sobre a reprodução, e o desenvolvimento vertiginoso das modernas tecnologias reprodutivas afetou não somente as condições da procriação, porém igualmente as formas de parentesco, de filiação e a própria identidade sexual. Em alguns tratamentos médicos a procriação fica dissociada do ato sexual em si, ocorrendo a três: a mulher, o marido e o médico. Com esta nova demanda o discurso científico tende a ocupar um lugar de valor de referência no “simbólico”, a desvalorizar a esfera e a verdade do “psíquico”, a impor seus modos de raciocínio. Rapidamente identifica-se uma nova medicina: a medicina do desejo. Segundo Tort (2001), “a questão da clínica já não seria ‘onde está doendo?, mas: que deseja?’”

Não obstante toda esta revolucionária tecnologia reprodutiva, ainda há algo mítico na questão da maternidade e paternidade que não pode ser excluído desta reflexão. Interessa-nos entender que modelos originais de conduta e pensamento foram e são passados há séculos e que parecem dar significados à existência humana. Segundo Azambuja (1986), as mulheres atuais vivem um conflito entre os seus desejos profissionais, pessoais e a questão da maternidade. As mulheres empurram para períodos um tanto avançados na idade a decisão de ter ou não filhos, em virtude de poderem realizar outras conquistas em suas vidas. Contudo, tal fato não é passado em branco sem angústia ou conflito, e um dos motivos dessa situação psíquica diz respeito à idéia mítica do que é ser mãe. Os mitos sinalizam a crença de que compete à mãe não permitir a dispersão do

grupo familiar, e criar os filhos com uma disponibilidade incessante. A mulher precisa lidar com uma eterna culpa, pois ao não querer ou não poder ter esse ideal de mãe sempre disponível, ela se sente culpada por não atender ao mito da mãe constantemente à disposição. Isto provoca a vivência da “falha”, ampliando-se quando não é possível realizar o desejo de ter filhos.

Segundo os mandamentos bíblicos, a maior bênção que se pode receber é uma descendência tão numerosa quanto as estrelas do céu e as areias do mar, e tão exuberante quanto a erva sobre a terra. Tubert (1991, p. 129) em seu estudo sobre a infertilidade, cita: “Benção e fertilidade são sinônimos, do mesmo modo que maldição e esterilidade. Na Bíblia, nem adultérios nem incestos são considerados crimes, sempre que sua finalidade seja remediar a esterilidade.”

Uma vez inseridas na cultura ocidental judaico-cristã, é inevitável que observemos as mensagens e a representação que a infertilidade tem ao longo dos tempos e da história. A figura da mãe idealizada tem um suporte cultural por fazer parte do sagrado, do inquestionável, do que não se pode explicar pela razão. Considerar a maternidade como um mandato da natureza sustenta a idéia de um destino inquestionável à mulher. Fiorini (1999) elucida que esta idéia torna-se o argumento central da idealização. Por isso, há a necessidade de distinguir entre reprodução e maternidade, considerando uma de ordem “natural”, e a outra, da ordem de uma experiência humana em que se articulam inúmeras fantasias e investimentos psíquicos. Conceituar a maternidade como algo ideal designaria a idealização de um estado narcisista originário que representaria um “paraíso perdido” que a criança imaginariamente viveu e que o adulto não pode deixar de construir (Kristeva, 1988).

Gondin (2002) identifica inúmeras passagens no Velho e no Novo Testamento em que a procriação é associada a uma dádiva divina, e a infertilidade, a um sinal de vergonha e desqualificação. O Evangelho escrito por Lucas (Lu., I, 25, 30-1, 46-8) diz que Zacarias e Isabel não tinham filhos, mas como eram justos diante de Deus, Este ouviu suas preces, e mesmo Isabel já estando em idade avançada concebeu-lhe um filho. A autora destaca duas outras passagens que apresentam parábolas para falar da infertilidade. Em Lucas destaca-se:

“Porque o machado já está posto à raiz das árvores. Toda árvore que não dá bom frutos será cortada e lançada ao fogo” (Lucas, III, 9). Ainda em Lucas pode-se ver:

E dizia também esta parábola: um homem tinha uma figueira plantada na sua vinha, foi buscar fruto, e não encontrou. Então disse ao cultivador da vinha: Eis que há três anos venho buscar fruto a esta figueira e não o encontro; corta-a; para que está ela ocupando terreno inutilmente? (Lucas, XIII, 6-9).

Semelhante concepção pode ser encontrada no mito de Édipo Rei. Tebas foi castigada com a infertilidade dos campos ao se descobrir que o rei vivia um matrimônio incestuoso. Ou seja, a infertilidade como castigo divino é encontrada desde os tempos da Grécia Antiga (Ribeiro, 2004).

A geração da vida através de técnicas reprodutivas, cujos avanços científicos são inquestionáveis, não poderia ser considerada um fator isolado de questionamentos a respeito de sua repercussão em termos psíquicos. “Ele remexe no que há de mais mitológico no homem: sua origem. É a origem a essência de todos os mitos” (Bastos ,1995, p.914). Desde a origem das culturas e da história humana nunca houve dúvidas do que é ser mãe. Esta certeza nem sempre se estendia com relação ao pai. Porém, com o desenvolvimento das modernas técnicas reprodutivas auxiliares dos casais que não conseguem ter filhos, novas discussões referentes aos conceitos de maternidade e paternidade estão sendo atualizadas.

A fertilização assistida – com a possibilidade de uso dos materiais genéticos doados, bancos de sêmen e óvulos de doadoras, barrigas de aluguel, embriões congelados – vem realizando uma verdadeira revolução nos antigos conceitos acerca do que é ser mãe e pai, instigando o pensamento sobre a sua influência nos psiquismos feminino e masculino, e na própria constituição familiar. Fiorini (1999), avalia que a busca por tratamentos médicos entra no jogo da oferta e da procura, considerando a maternidade como uma necessidade apoiada na ordem biológica que será cumprida sem considerar a constelação psíquica.

A percepção e o conhecimento de um “fazedor” externo de vida, de uma cena primária tecnológica e de um ato que se passa no exterior do corpo é algo

inédito e revolucionário. Na opinião de Melgar (1995), é a primeira vez na história da evolução humana em que um terceiro que fecunda é percebido no mundo externo. Na mitologia eram as deusas da vida, da fecundação e da morte – Moiras, Perséfone e Artêmis – que expressavam as forças da natureza. Para a autora, neste início de século a tecnologia das *fertilizações in vitro* propõe um grande desafio à fatalidade biológica. Cada estrutura psíquica, cada encruzilhada no ciclo vital e cada tecnologia científica tem uma certa especificidade traumática, fantasmática e defensiva, valendo tanto para a infertilidade como para a reprodução assistida.

Todo esse enredo histórico e cultural leva o ser humano a se deparar com o tema das limitações e frustrações. Homens e mulheres querem apagar ou driblar as marcas da passagem do tempo, mantendo-se sempre jovens e belos; querem alcançar conquistas profissionais, querem o poder econômico e desejam manter-se à parte da passagem do tempo e dos limites biológicos. Apresenta-se um poder imaginário para se lidar com os limites do corpo e da mente, porém a realidade sempre se impõe! E, no que diz respeito ao desejo de ter filhos, há sempre um mistério a ser desvendado. Os casais buscam tratamentos para atender ao seu desejo, no entanto observam-se muitas falhas no êxito do tratamento. Constatam-se vínculos conjugais conflituosos e um número alto de mulheres deprimidas e angustiadas (Apfel e Keylor, 2002). Por que se deseja tanto um filho e se faz tudo para tê-lo? Que aspectos internos dos homens e das mulheres são mobilizados diante desta motivação?

O projeto compartilhado de ter filhos faz parte de um dos parâmetros definidores do casal, que no entender de Puget e Berenstein (1993), sela definitivamente a idéia de casal. Para Sezer e Stewart (1997) a pré-história do casal, isto é, a história de cada um antes do encontro, sua inscrição familiar, enriquecida pelas suas próprias experiências emocionais definem o lugar deste indivíduo em sua família, e a maneira como ele poderá criar ou não uma família. Ainda assim, adquirido este lugar, estará permitido a ele ter seus próprios filhos, ou não se sentirá internamente autorizado a tê-los? Seja qual for a maneira com

que o casal se formou, esse modo singular fará parte da pré-história desse possível filho, influenciando na possibilidade do encontro e satisfação dos desejos.

Apesar da responsabilidade pela dificuldade para engravidar ser inicialmente dirigida às mulheres, o problema afeta ambos os membros do casal. Até hoje as mulheres são as primeiras a procurar as clínicas de infertilidade, mas a cobrança por parte da sociedade é dirigida de maneira diferente tanto ao homem como à mulher. Para o homem, a cobrança dirige-se à sua masculinidade; quanto à mulher, é relacionada à sua completude, quer dizer, para ser uma mulher completa, ela deve ser mãe (Borlot e Trindade, 2004).

Se as mudanças sociais e culturais favoreceram o surgimento de uma nova demanda dirigida à medicina, a saber, queremos tratar da falta de filhos, é porque ainda se trata de um desejo muito poderoso. Seria este desejo comandado pela força dos aspectos culturais, bíblicos e mitológicos, ou pela força do “eu quero”? De tantos desejos que passamos na vida sem realizar, porque este seria tão desafiador ao psiquismo? A seguir iremos analisar alguns pensamentos psicanalíticos a esse respeito, que contribuem para o corpo teórico deste estudo.

## **1.1 Sobre o desejo de ter filhos e a infertilidade**

Por que se deseja tanto ter um filho? E quais as repercussões da impossibilidade de realização deste desejo no psiquismo humano? Este desejo, que não se limita somente às mulheres, também povoa o psiquismo masculino, que ainda hoje continua a valorizar aquela parceira que poderá dar-lhe a prole almejada. Abordaremos neste momento algumas considerações teóricas acerca do desejo de ter filhos em homens e mulheres.

O desejo de ter filhos, para a teoria psicanalítica, está intrinsecamente associado à sexualidade e a seus desdobramentos. Sua origem está na primeira infância, na relação primária com a mãe em ambos os sexos. Durante o desenvolvimento emocional de homens e mulheres esse desejo percorre caminhos diferentes, tornando-se mais central no psiquismo feminino, tornando-se um dos mais importantes na vida da mulher (Ribeiro, 2004).



A questão da influência da maternidade no psiquismo feminino, ou a sua falta, foi desde o início objeto de interesse da psicanálise. Freud, seu criador, e muitas psicanalistas mulheres –Helene Deutsch, Marie Langer, Melanie Klein– se debruçaram sobre o tema, aprofundando seus estudos e tentando trazer contribuições significativas para esta área.

O início da psicanálise, marcado pelo desenvolvimento das teorias freudianas a respeito de uma paciente histérica, abriu caminho para que a sexualidade feminina começasse a ser estudada. Diz-se que a psicanálise surgiu no ventre de uma histérica. Vale mencionar, a psicanálise nasceu do desejo de Freud entender o que se passava com uma histérica, mulher que apresentava um corpo doente e que exibia metaforicamente seu sintoma ao médico. Ana O., engravidou de uma criança imaginária, fruto do seu vínculo transferencial com Breuer, e acusou seu analista de ser o pai.

Atormentado com essa acusação imaginária, Breuer abandonou o caso e entregou sua paciente a Freud, que começou a explorar a causa sexual das neuroses e a constituir a base da descoberta freudiana da psicanálise (Zalberg, 2003). No tratamento de Anna O., Freud (1895) tentou encontrar o sentido do seu sintoma, que parecia advir de “reminiscências sexuais”, e descobriu que nem todos os conteúdos psíquicos poderiam ser revelados. Havia um recalque originário que impediria esse acesso.

O pai da psicanálise desdobrou seus estudos, tentando formular e reformular as teorias da sexualidade feminina. As teorias de Freud (1923) a respeito do desejo de ter filhos levaram à clássica idéia da inveja do pênis sentida pelas meninas. Foi através da percepção da falta do pênis e da inveja que isto provoca nas meninas que Freud iria elaborar o complexo de castração da menina, e posteriormente o seu complexo de Édipo. Após a descoberta da castração, a menina teria três caminhos possíveis de serem percorridos para o desenvolvimento psicosexual: a inibição sexual ou frigidez, o complexo de masculinidade e a maternidade.

Somente um deles, a maternidade, foi apontado como sendo viável à feminilidade: a substituição do desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho.

Em seu artigo “Feminilidade”, Freud (1933) passou a considerar a inveja do pênis como particularidade da mulher adulta, ou seja, Freud pensava que a situação feminina somente se instalava quando o desejo de pênis era substituído pelo desejo de ter filho, atrelando a condição da feminilidade à maternidade.

Ou seja, ser mulher é igual a ser mãe. Quando a menina passa do desejo dirigido à mãe para o pai, posiciona-se no complexo de Édipo positivo, e através da equação simbólica: pênis=filho, passa a desejar um filho do pai e posteriormente de outro homem. Isto significa que a maternidade será uma meta de ordem fálica, apesar de que, para Freud, é a grande meta do desejo feminino. Freud (1933) diz: “O desejo com o qual a menina retorna ao pai é, sem dúvida, originalmente o desejo do pênis, o qual a mãe lhe negou, esperando-o agora do pai. A situação feminina só se estabelece quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de filho.”

A concepção da maternidade como uma categoria fálica apóia-se em uma condição fetichista: o filho é o falo da mãe (Fiorini, 1999). Antes de ter instituído a primazia do falo em substituição à primazia do pênis, Freud (1917) mencionou a equivalência pênis=bebê no psiquismo feminino. Independentemente do sexo anatômico ao qual pertence, toda criança é sempre “menino” para a mãe, por constituir um substituto fálico para ela. Em 1917, Freud disse que a natureza deu à mãe uma compensação para a sua falta como mulher: um bebê. Após a introdução da primazia do falo, não se poderia mais pensar na falta da mulher em termos imaginários, devendo-se fazê-lo em termos simbólicos. Em 1923, Freud declarou que o falo apresentava-se pela vertente da presença no homem e pela vertente da ausência na mulher, sendo todavia uma constante em ambos os sexos (Zalberg, 2003).

Langer (1981, p.31), psicanalista da escola francesa que estudou profundamente as teorias freudianas a respeito da sexualidade feminina e da maternidade, afirmou categoricamente: “ainda que seu instinto maternal seja sublimado ao máximo, a mulher que não conseguiu realizar-se como mãe sentirá, no fundo do seu ser, haver desperdiçado parte de si própria”. Langer fez parte de um grupo de pesquisadores – como Benedek, Deutsch, Pines – que considerava a

infertilidade, quando não constando de distúrbios físicos, um sintoma cuja causa seria psíquica e inconsciente, o que se chamou por muito tempo de “infertilidade psicogênica”.

Benedek (1953), por exemplo, em um clássico estudo, constatou que enquanto em animais uma só inseminação dá um resultado positivo de 99%, o sucesso da inseminação na mulher oscila, segunda o caso, de 4 a 30%, mesmo sendo realizado sob ótimas condições físicas e no período adequado. A hipótese de Langer (1981) é de que quando as mulheres se defrontam com a possibilidade de realizar seus desejos conscientes de maternidade, angustiam-se tanto que perdem temporariamente sua fertilidade. Assim, seu conflito inconsciente com a maternidade não somente influenciou na escolha marital, como perturbou sua possibilidade de conceber ou de levar uma gravidez a termo.

Também em seus estudos sobre o psiquismo feminino, Langer entrelaça uma hipótese entre sociedade e sintoma. Aquela mulher que não pode satisfazer a seus desejos exigentes de criar uma vida, experimenta a infertilidade como uma perda vital para sua economia narcisista, como uma falta e ausência intoleráveis. A partir desta situação ela revive perdas, fracassos e antigas feridas narcisistas, ressignificando em um sentido depressivo ou persecutório a conflituosidade pré-edípica. A antiga identificação com a mãe idealizada e a antiga ligação sexual, que subjaz ao desejo de filho, tende a ser substituída por uma relação de objeto narcisista com uma mãe onipotente que recalca a sexualidade edípica, penetra intrusivamente no corpo e esteriliza o mundo interno. Esta é a fantasia da esterilidade segundo a autora.

Langer (1981) também faz uma reflexão sobre a formação de sintomas e a cultura dominante de uma época. Nas sociedades dos séculos passados havia uma imensa restrição às mulheres no seu desenvolvimento sexual e social, porém um favorecimento e valorização de suas funções maternais. As conseqüências destas restrições davam origem aos quadros de histerias e outras manifestações neuróticas nas mulheres. Neste século, em contrapartida, as circunstâncias sociais, culturais e econômicas limitam e impõem restrições à maternidade. Diminuem os quadros neuróticos tradicionais e aumentam os transtornos procriativos e

psicossomáticos. Diante dessas inúmeras mudanças sociais, é possível observar com frequência as mulheres empenhando-se com obstinação no seu crescimento profissional, empurrando a maternidade para um período em que o corpo talvez já apresente limites reais para conceber.

Klein, famosa psicanalista da escola inglesa, dedicou-se ao estudo de aspectos mentais primitivos que se originam da relação primordial da mãe com o bebê, ressaltando hipóteses levantadas por Freud e afirmando que a infertilidade está associada à angústia primitiva de saber ter destruído bons objetos internos. O fato de a mãe da mulher infértil ter tido dificuldades para aceitar a filha e desfrutar de sua maternidade pode reativar identificações patogênicas com a hostilidade materna, desencadeando quadros depressivos, paranóides ou psicossomáticos.

Estudos psicanalíticos mais recentes também oferecem contribuições importantes sobre a dinâmica do desejo de filhos e do impedimento à sua realização. Bydlowski (1992) afirma que a busca de um filho através dos meios artificiais mostra-se como uma vontade de proteger o mundo interno de afetos arcaicos, transformando fantasias agressivas em eróticas e esperançosas; uma ação defensiva para não perder o sustento edípico da estrutura psíquica ameaçada tanto pelo fracasso narcísico do desejo de um filho, como pelo fracasso do desejo genital de procriar assim como um esforço para modificar a realidade frustrante. A fecundação assistida faz parte da luta contra o desprazer.

Com as mudanças sociais e culturais advindas na sociedade moderna, que lugar ocupa o filho atualmente no desejo de uma mulher? Ele se mantém igual ao do século passado ou sofreu diferentes representações? Uma nova corrente dentro da psicanálise se faz presente e começa a interpretar o desejo da maternidade/paternidade sob o vértice das conexões entre indivíduo e sociedade. Chodorow (1978) diz que a maternidade ocorre por intermédio de processos psicológicos estruturalmente induzidos. Esta não seria produto da biologia nem de preparo intencional para a função, e sim uma reprodução social de papéis de gênero. Em sua obra *Psicanálise da Maternidade*, a autora também questiona o caráter instintivo do desejo de ser mãe. Ela assegura que não há base biológica nas

mulheres para cuidar de crianças especificamente, e sugere que os principais aspectos da organização social do gênero são transmitidos da instituição família, nas quais os filhos se tornam membros como gêneros da sociedade.

Tubert (1996) também vem abordando o tema da maternidade particularmente pelo vértice social, diminuindo o peso do fator biológico e desta função “natural” de ser mãe. Conforme a autora, “a maternidade é uma construção social”. Diante de tantos anos de estudo apontando para o caráter instintivo ligado à estrutura e à função biológica da mulher, Tubert diz que pouco se estudou sobre as circunstâncias de tempo e espaço que determinam o desejo de ser mãe. Este fato biológico, ela observa, criou a equação equivocada de que a todo fenômeno fisiológico de concepção e gestação deveria corresponder o desejo de ter filhos. Sobre o assunto há duas passagens em sua obra *Mulheres sem sombra: Maternidade e Tecnologia*:

Esta identificação da maternidade social com a reprodução biológica é produto de um sistema de representações. Isto é, de uma ordem simbólica que cria a ilusão de naturalidade, provocando um corte radical na sua própria natureza, instaurado no ser humano pela sua inserção cultural (p. 73).

A definição da maternidade como fato natural é uma representação ideológica que proporciona uma imagem totalizadora e unificada da mulher-mãe, uma identidade sólida e coerente posta a serviço das ilusões narcisistas. A equação mulher-mãe-natureza incorpora na mulher o mito paradisíaco da satisfação ilimitada, a onipotência própria da fusão imaginária com um Outro cujo desejo é absoluto, com o qual o sujeito identifica-se plenamente (p.75).

Os diversos trabalhos psicanalíticos discutidos neste capítulo apresentam diferentes interpretações não somente do desejo de ter filhos, como também da sua relação com a concepção de maternidade e paternidade. Observamos que tais conceitos parecem estar envolvidos por determinantes socioculturais e até mesmo econômicos e políticos, o que em nosso olhar não minimiza a intensidade do desejo de homens e mulheres de ter filhos e constituir uma família.

É fato que o trabalho vem ocupando cada vez mais o lugar que antes era preenchido pelo filho, e facilmente podemos encontrar algumas mulheres envolvendo-se em inúmeros tratamentos médicos para tentar superar, através da

ciência, obstáculos que fazem parte dos limites que a vida impõe (Vianna, 2001). E o que pensar dos homens, que sempre tiveram e ainda têm em sua vida o trabalho ocupando funções essenciais no seu desenvolvimento emocional? Já falamos que com as mudanças sociais e culturais os homens estão sendo convidados a participar ativamente não só da criação dos filhos, mas modificando a antiga função atribuída ao papel do pai. Uma literatura muito menos ampla foi encontrada a respeito deste aspecto. Contudo, não há dúvidas a respeito da importância das funções paternas no desenvolvimento saudável de um filho. This (1987, p. 205) assim define a maternidade em função do pai:

O pai permite à sua mulher converter-se em mãe, superando uma genitricidade possessiva. Ser mãe é, então, viver com um homem, mais do que possuir um filho. Ser mãe é ajudar um filho a ir em direção ao pai, mas é também ajudar o homem em sua relação com o filho. Se homem e mulher rivalizam pelo poder, sem capacidade de aceitar sua castração simbólica, ao filho só resta arcar com os custos desse conflito de dominação.

Se esta tarefa comum entre homens e mulheres de ter e educar um filho já é uma tarefa difícil em condições naturais de procriação, o que acontece quando se utiliza um espermatozoide doado para um tratamento reprodutivo? Ou quando a esposa se ausenta inúmeras vezes nas idas e vindas do consultório médico? Ou quando o marido descobre que seu espermatozoide não é capaz de fecundar uma mulher?

Se a função do pai é separar a criança da mãe, interrompendo a fusão original, imaginária, existente entre eles, deixando de ser uma fabricação materna para ser um par criativo, filho de um homem e de uma mulher, estariam estas funções comprometidas no homem infértil?

Ao compreender um pouco mais sobre o desejo de ter filhos em homens e mulheres, e a repercussão que tal insatisfação poderia provocar em termos de desenvolvimento de suas personalidades, passaremos agora a dirigir nosso olhar para o vínculo conjugal. Isto é, como o casal é definido neste estudo e qual a função deste desejo no seu relacionamento afetivo.

## 1.2 O estudo do grupo casal

Podemos concluir dos estudos e teorias analisadas, que maternidade e paternidade fazem parte do sonho de muitos homens e mulheres que ainda têm o projeto de ter filhos como um dos mais importantes em suas vidas. Ainda que a tecnologia esteja facilitando àqueles que por alguma razão desejam ter filhos, independentemente de terem formado um casal heterossexual ou não, esta pesquisa privilegia este tipo de união: indivíduos que em idade adulta se escolhem, namoram, casam e decidem formar uma família. Em primeiro lugar, gostaríamos de compreender em detalhes que desejos conscientes e inconscientes levam os indivíduos a quererem viver como um casal, para depois realizarem um projeto comum de ter filhos.

O estudo específico do grupo casal ganhou mais contornos a partir de trabalhos iniciais sobre grupos de maneira geral. Bion, por exemplo, sustenta o ponto de vista de que nenhum indivíduo, ainda que esteja isolado, pode ser considerado como marginal em relação a um grupo, ou carente de manifestações ativas de psicologia grupal. As teorias de Freud, basicamente do complexo de Édipo, demonstram a imensa importância do grupo familiar para o desenvolvimento do ser humano. As teorias de Klein – com suas hipóteses sobre as primeiras relações objetais, ansiedades psicóticas e depressivas, mecanismos primitivos de defesa – promoveram a compreensão de que os primeiros contatos com a mãe e as pessoas que rodeiam a criança têm impressões e qualidades peculiares influenciando de maneira profunda no seu desenvolvimento posterior. Ou seja, “o indivíduo tem que estabelecer contato com a vida emocional do grupo, que o confronta com o dilema de evoluir e diferenciar-se e enfrentar os temores associados a esta evolução” (Grinberg e col., 1973).

Em seus trabalhos pioneiros com grupos, Bion definiu a hipótese da existência de uma “mentalidade grupal” a partir da observação de que o grupo funciona quase sempre como uma unidade, mesmo que seus membros não tenham consciência disto. Esta hipótese constitui a formulação básica para a pesquisa de fenômenos grupais. Esta mentalidade grupal é formada pela opinião,

vontade ou desejo unânime do grupo em um momento. A organização do grupo em determinado momento, isto é, a correlação entre a mentalidade grupal e os desejos do indivíduo é chamada por Bion de “cultura do grupo. Os “supostos básicos” qualificariam a mentalidade grupal e podem ser três: o de dependência, o de ataque-fuga e o de acasalamento.

Puget e Beresntein (1993), autores da escola argentina de psicanálise, que desenvolveram seus estudos psicanalíticos com fundamento nas teorias de grupo da escola francesa e inglesa – Anzieu, Kães e Bion – definem o termo casal como uma estrutura vinculada entre duas pessoas de sexos diferentes, a partir de um dado momento, quando estabelecem o compromisso de fazerem parte dela em toda a sua amplitude. O casal tem elementos definitórios que permitem determinar esta estrutura com alto grau de especificidade, e dos pontos de vista evolutivo e convencional é considerada tradicionalmente a origem da família. Na interpretação psicanalítica, o casal se desprende das famílias de origem levando seus modelos, em especial o desejo dos diferentes egos de uma família de se perpetuarem no tempo através da transmissão do desejo de ter filhos, transformado no desejo de ter uma família. Nota-se uma transformação do sentimento de ter sido desejado como filho pelos próprios pais, operando como uma identificação. Os parâmetros definitórios elaborados pelos autores partem do pressuposto de que é necessário distinguirmos o objeto de estudo. Embora providos do mundo sociocultural, estes possuem registros no mundo psíquico infantil, de onde se incorpora o modelo do *objeto casal*. Ao redor dos quatro parâmetros definitórios do casal, pactos conscientes e inconscientes são estabelecidos entre os sujeitos.

O primeiro deles diz respeito à *cotidianidade*, isto é, ao tipo de estabilidade com base nas unidades temporal e espacial dos intercâmbios diários. Propõe ao ego lugares vinculares e mentais estáveis, constituindo-se em um organizador dos ritmos de encontros e não encontros do casal, podendo se transformar em desencontros. O segundo parâmetro é chamado de *projeto vital compartilhado*, isto é, a ação de unir e reunir representações de realizações e conquistas projetadas no futuro. O modelo deste projeto futuro inclui a criação de filhos reais ou



simbólicos. O casal necessita de uma certa estabilidade para poder lidar com a concretização, perda, crise ou renovação de projetos. O terceiro parâmetro refere-se às *relações sexuais estáveis*, e por último, temos a *tendência monogâmica*.

Outro conceito muito utilizado nos estudos de casal é concernente à noção de vínculo, cuja origem do latim significa *vinculum*, de *vincire*: atar. União ou atadura de uma pessoa ou coisa com outra, podendo expressar também a ação de unir, juntar. Esta definição sugere uma relação estável, associada ao vínculo conjugal, à fantasia de ser estável no tempo e no espaço (Puget e Beresntein, 1993). A respeito desta definição, os autores acrescentam:

Um vínculo é estabelecido a partir de estipulações equivalentes a um contrato inconsciente. Os acordos inconscientes são o resultado de um tipo de combinação entre aqueles aspectos compartilháveis, partindo cada um dos espaços mentais dos sujeitos, e resultam do desdobramento da tendência a unificar seus funcionamentos mentais e vinculares (p.21).

Então, por que se vive em casal? Se tomarmos os motivos conscientes que habitualmente escutamos, iremos concluir que isto ocorre para compartilhar projetos, a vida cotidiana, assegurar relações sexuais regulares, conservar a sociedade, a espécie humana e reproduzi-la. Porém, em uma perspectiva psicanalítica, começamos a perceber a complementaridade dos neuróticos, o medo da solidão, a necessidade arcaica de um “apuntalamiento” – como diz Anzieu – das funções arcaicas em um objeto primordial, a necessidade de frear a angústia de um retorno a uma estado de abandono durante as frustrações e os fracassos (Anzieu, 1997). Segundo este autor, é no enamoramento que ocorre uma revolução e exaltação amorosa, que é o estado fundador do casal, pelo menos na cultura ocidental. Há uma crença que se constitui na ilusão, dual e gemelar, para acrescentar-se aquelas ilusões descritas por Freud e Winnicott das ilusões necessárias para a vida psíquica e para a condição humana. Anzieu (1997) evidencia que esta união inicial pode ser representada por dois enamorados imaginariamente vinculados pela fantasia de uma pele comum, refazendo a pele comum da mãe e do filho, tocando-se e abraçando-se sem parar, tendo a

necessidade de uma só pele e procurando um conhecimento imediato de pensamentos e afetos um do outro.

O espaço imaginário psíquico do casal comporta o desejo de terem a presença física um do outro – sua falta é suprida por cartas, telefonemas –, estando totalmente disponíveis um para o outro e dar sentido à vida, antecipar e ler os pensamentos e desejos um do outro. A quase totalidade de investimento libidinal em cada membro do casal projeta a agressividade na realidade exterior.

Uma das características centrais do casal é o que se pode chamar de “permanência”, isto é, na condição de eleito, o cônjuge é este outro que sempre está aí, um objeto privilegiado. Por isto, irá receber um carga intensa de projeções, de aspectos bons ou maus. Titan (1994), julga que isto se traduz da seguinte forma: “em sendo o mais amado, pode ser o mais odiado”. Tal fato, consoante o autor, deriva da condição humana da ambivalência a que destinamos nosso primeiro objeto de amor: o seio materno, depositário do melhor amor e mais intenso ódio. A negação do ódio, retirando a condição da ambivalência, remete o objeto à condição de idealizado. Ao eleger um objeto de amor, recriamos substancialmente cenários da relação primordial com o primeiro objeto de amor: a mãe. Ou seja, a relação de casal é diferente de qualquer outra relação dual, com um nível de compromisso e possibilidades de projeções que apresentam intensidades diferentes de qualquer outra parceria.

Fagundes (1994) afirma que a relação íntima de um casal tem o poder de reativar intensamente as etapas evolutivas do desenvolvimento emocional de cada um dos parceiros. Ou melhor, ao ativar reciprocamente o mundo das relações objetais internas, reativa também relações objetais primitivas, e dentre estas vivências chama a atenção para a “ilusão de fusão”. Esta fantasia inconsciente poderá gerar distorções na percepção dos membros do casal, intensificando suas emoções de possessividade, inveja, ciúme, e dificultando a contenção dessas emoções mesmas e a empatia entre eles. Se esta fantasia não for bem administrada pelos casais, principalmente em situações de crise, poderá levá-los a uma regressão da relação para um estado psíquico mais primitivo, do tipo narcísico. Sabemos que no estado narcísico o indivíduo recorre à união total com

um objeto idealizado, como forma de manter a onipotência narcísica, por medo de perder o objeto ideal. Nesta condição sente inveja e cai no abandono e numa desintegração psíquica. Por conseguinte, tal fantasia necessita ser bem cuidada e observada por todos aqueles que trabalham com o grupo casal.

Parece-nos imprescindível que esta pesquisa contemple o estudo do casal diante de um projeto tão vital como é a formação de sua família. Sem excluir aspectos particularizados da personalidade de cada homem e mulher, nosso olhar volta-se sempre para o casal e a problemática que surge quando um de seus desejos – o de ter filhos – não consegue ser atendido. Junta-se a isto a disponibilidade de intervenções médicas e medicamentosas para auxiliar no alcance de seu objetivo, e as intercorrências físicas, psíquicas e sociais que esse fato provoca.

No capítulo seguinte definiremos e explicaremos alguns dos conceitos teóricos da área da medicina reprodutiva que serão encontrados em nossos resultados. Supomos que estas definições poderão facilitar a leitura desta pesquisa.

## II. A Medicina Reprodutiva: conceitos

*É preciso admitir que essas técnicas perturbam nossas estruturas inconscientes, ou ao menos, fazem-nas balançar.*

*(Sezer e Stewart, 1997, p.75)*

*A esterilidade é o significante de todas as perguntas, de todos os enigmas: de onde vêm as crianças? O que há no ventre das mulheres? Qual é o papel do homem na procriação? etc.*

*(Silvia Tubert, 1996, p.148)*

O objetivo deste capítulo é oferecer uma visão geral sobre a infertilidade e a reprodução assistida do ponto de vista biológico. Pretendemos explicar alguns conceitos médicos que serão evidenciados ao longo desta pesquisa para facilitar sua leitura e a compreensão dos dados coletados. Em virtude de a medicina reprodutiva ser uma área bastante ampla das pesquisas médicas e com várias especificidades, realizamos uma seleção dos temas e termos mais comumente encontrados e que estão presentes no atendimento a casais inférteis. Esperamos com isto facilitar a leitura para aqueles que não estejam familiarizados com estas terminologias.

A Organização Mundial de Saúde define a infertilidade como a incapacidade de um casal conseguir a gravidez ou parto de um bebê vivo após um ano de relações sexuais regulares sem o uso de métodos anticoncepcionais, aumentando a sua possibilidade de ocorrência com a idade. De acordo com estes dados, um em cada quatro casais com mais de 35 anos sofrerá de infertilidade (Schaffer e Diamond, 1994).

A definição da infertilidade, como um caso que merece atenção médica, aplica-se a casais que tentaram engravidar e não conseguiram durante determinado período. Para aqueles que são jovens, têm relações sexuais

freqüentes e não usam nenhum método anticoncepcional, esse período é de dois anos. Olmos (2003) frisa que durante esses dois anos o casal está dentro da margem de subfertilidade, a qual, em muitos casos, pode ser resolvida com tratamentos clínicos simples. Após dois anos de tentativas freqüentes e frustradas, o casal necessita de alguma espécie de tratamento e deve procurar ajuda médica. Entretanto há uma divergência entre os médicos com relação ao momento em que se deve começar a tratar a infertilidade. Olmos indica que há uma tendência crescente entre os especialistas de se agir mais cedo, pois as chances de gravidez diminuem com o passar do tempo.

É bastante comum existir uma certa confusão entre os termos esterilidade e infertilidade. Tecnicamente, a esterilidade é a situação do casal que não consegue engravidar por um período superior a dois anos de tentativas regulares, seja qual for a causa. Já a infertilidade, do ponto de vista técnico, trata-se de casos em que a mulher consegue engravidar mas a gestação não evolui. Isto significa que a infertilidade só afeta as mulheres. Mas hoje os termos são utilizados praticamente como sinônimos (Olmos, 2003). Neste trabalho estaremos utilizando o termo infertilidade como se apresenta no uso diário à compreensão da maioria das pessoas: significando a incapacidade de engravidar e de conceber de um casal, sejam suas causas masculinas ou femininas.

Apesar de encontrarmos pequenas variações nos índices e métodos de pesquisa, a infertilidade apresenta uma margem de incidência que vai de 8% a 15%. Ou seja, de cada cem casais em idade reprodutiva, oito a quinze destes podem ser inférteis. De maneira geral, considera-se a média: de cada dez casais, um enfrenta dificuldades para ter filhos. Todavia, apenas um em cada cinco casais com dificuldades para engravidar bate na porta das clínicas de medicina reprodutiva em busca de ajuda (Olmos, 2003).

Observamos naturalmente um aumento no número de mulheres que recorre aos serviços de medicina reprodutiva: com uma freqüência cada vez maior, as mulheres estão optando pela gravidez depois dos trinta e cinco anos, fase em que já investiram grande parte do seu tempo na carreira profissional. Nesta época da vida fértil feminina há uma diminuição natural das taxas de

fertilidade e da qualidade dos óvulos, reduzindo ainda mais as chances de gravidez. Até os trinta anos, a cada ciclo a mulher tem de 20% a 25% de chance de gravidez, caindo para 10% a 15% nos próximos dez anos, e para 5% a 10% após os quarenta anos (Menken et al., 1986).

A infertilidade pode ser primária (quando o casal nunca engravidou) ou secundária (quando já houve gestação anterior). A seguir, enfocamos alguns percalços no encontro dessas células que originam as dificuldades para a reprodução.

Para que a concepção ocorra é preciso que duas células– uma do homem e outra da mulher– se encontrem no interior do corpo feminino para dar origem a um novo ser. O que pode ser descrito de forma tão simples encobre uma complexidade de mecanismos altamente especializados que a natureza cumpre com primazia.

Do ponto de vista científico existem quatro condições básicas para que a fecundação ocorra, e o embrião, que nada mais é do que o bebê em fase inicial de desenvolvimento, se transforme em feto e caminhe para o nascimento de uma criança. A infertilidade acontece quando uma destas quatro condições não é satisfeita:

- os espermatozóides devem ser saudáveis, possuir boa mobilidade e boa capacidade de penetração;
- o óvulo precisa ser saudável, bem amadurecido e ter boa capacidade de recepção do espermatozóide;
- óvulo e espermatozóide têm que se encontrar em local apropriado;
- óvulo e espermatozóide devem interagir e encontrar condições que permitam o prosseguimento da gestação (Jaffe, S. e Jewelewicz, R. 1991, *in* Olmos, 2003).

Há um consenso em sempre considerar a fertilidade ou a infertilidade uma condição do casal. Isto porque o mesmo homem ou mulher com outro parceiro pode apresentar resultados diferentes com referência à reprodução. Esta condição existe porque há mulheres muito férteis com maridos pouco férteis que

conseguem a gravidez. Também há casos em que os dois apresentam subfertilidade, porém os recursos naturais conseguem interagir bem.

Estima-se que entre as causas da infertilidade, 40% sejam femininas, 40% masculinas, e 20% sejam de causa desconhecida (Collucci, 2003). Dentre as causas femininas mais comuns temos:

- **endometriose:** o endométrio é o tecido que reveste o útero internamente. Logo após a menstruação inicia-se o crescimento deste “forro” no interior da cavidade uterina, que vai aumentando de espessura progressivamente. Quando este endométrio, em vez de crescer dentro do útero, se implanta em outros órgãos, dá origem à endometriose. Aparece com frequência de 10% a 15% em mulheres em idade reprodutiva (18 a 44 anos), e em 25% a 35% das mulheres com problema de infertilidade. A endometriose pode deformar a anatomia dos órgãos reprodutores, que se aderem a outros órgãos e entre si. As tubas perdem a mobilidade ou ficam obstruídas, impedindo o encontro do espermatozóide com o óvulo. Além disso, prejudica a qualidade da ovulação e dificulta a implantação do embrião (Cambiaghi (a), 2004).
- **síndrome do ovário policístico (SOP):** há uma concentração de pequenos cistos no ovário cuja presença afeta o eixo dos hormônios sexuais que interferem na reprodução (Olmos, 2003).
- **obstruções e lesões nas trompas:** infecções que aparecem dentro do útero, ou mesmo no colo uterino, podendo desdobrar-se em fatores obstrutivos para a trompa. Uma vez dentro do útero, sua evolução é para o alto. As bactérias, por exemplo, fazem todo tipo de estragos quando alcançam as trompas. A fímbria da trompa é a extremidade responsável por receber o óvulo no início de sua caminhada ao interior do útero. Quando esta parte é lesionada formam-se aderências capazes de fechar a trompa. Os líquidos acumulados em seu interior podem causar estragos irreversíveis (Olmos, 2003).

- **miomas uterinos:** os miomas são tumores benignos localizados no útero. Suas causas são desconhecidas, mas acredita-se que haja predisposição genética ou uma maior suscetibilidade à estimulação do hormônio estrogênio. Os miomas podem impedir a implantação do embrião ao causarem uma deficiência na circulação sanguínea no local. Podem também provocar abortamento, ou por compressão obstruírem as trompas (Cambiaghi (b), 2004).

Dentre as causas masculinas mais comuns podemos citar:

- **varicocele:** consiste em veias dilatadas ao redor dos testículos, semelhantes a varizes, que aumentam a temperatura local, interferindo na fabricação dos espermatozoides. Aparecem em 15% a 20% por cento da população masculina em geral. Na realidade 35% a 40% dos homens com infertilidade e 60% a 80% dos homens com infertilidade secundária, já tiveram filhos em época anterior (Cambiaghi (b), 2004).
- **azoospermia:** significa a ausência total de espermatozoides. É uma doença que só pode ser diagnosticada depois de um espermograma (exame que avalia a quantidade e a qualidade dos espermatozoides). O homem tem ejaculação, orgasmo e prazer, mas não há espermatozoides dentro do líquido produzido. A azoospermia pode ser de dois tipos: de produção (problema no testículo, provavelmente de origem genética) ou de fatores obstrutivos (Olmos, 2003).
- **infecções e doenças sexualmente transmissíveis:** o líquido seminal, sêmen, e os espermatozoides precisam estar sempre saudáveis, sem bactérias ou processos inflamatórios ao seu redor. Quando uma infecção se aloja na próstata ou nas vesículas seminais, todo o veículo de condução do sêmen fica contaminado ou prejudicado. Algumas seqüelas de infecções e doenças sexualmente transmissíveis podem ser mais graves, causando, por exemplo, alterações nos espermatozoides, mudanças na acidez do sêmen e até obstruções, como azoospermia.



A Reprodução Humana é um assunto que vem ganhando cada vez mais espaço nas ciências médicas, pois vivemos um momento singular em que os avanços científicos e a tecnologia sempre mais especializada permitem corrigir algumas falhas no processo reprodutivo e ajudar os casais a conseguirem o tão sonhado bebê.

A fertilização ou reprodução assistida compreende um conjunto de técnicas laboratoriais utilizadas por médicos e biólogos, a fim de promover a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, quando ela não se verifica por meios naturais. Tais técnicas substituem a relação sexual na reprodução biológica, provocando mudanças nos moldes tradicionais de procriação. Além do casal, pode também envolver o médico, ou até mesmo um doador do material reprodutivo. Em algumas circunstâncias caracteriza-se pela doação temporária do útero (mãe de aluguel ou mãe substituta) (Corrêa, 2001).

As técnicas da fertilização assistida podem ser classificadas quanto à complexidade de seus tratamentos, podendo ser definidas em termos de: baixa, média e alta complexidade (Cambiaghi (a), 2004). Entre elas temos:

- **Baixa complexidade**

#### Indução da ovulação

Também chamada de terapia hormonal (Serafini e Motta, 2004), é usada para estimular o corpo da mulher visando a aumentar a atividade dos ovários, que preparam os hormônios e óvulos para a reprodução.

#### Coito programado

Também chamado de "namoro programado". Consiste em manter relações sexuais nos dias de maior fertilidade, quando as chances de obter a gravidez aumentam.

- **Média complexidade**

Inseminação artificial intra-uterina (IAIU)

Trata-se de um procedimento simples que consiste em introduzir o esperma diretamente no interior do útero; é usada geralmente quando o volume ou a concentração de espermatozóides não é suficiente, ou quando o muco cervical apresenta problemas.

- **Alta complexidade**

ICSI ( Injeção intracitoplasmática de espermatozóide)

Nesta técnica o espermatozóide é introduzido no óvulo maduro por meio de uma microscópica injeção. Segundo Serafini e Motta (2004), esta técnica tornou-se o segundo grande marco da história da ciência da reprodução humana assistida, depois do nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta. É um requinte tecnológico da micromanipulação de gametas, semelhante à colocação de algo dentro de um ovo sem quebrar-lhe a casca. Esta técnica é utilizada sobretudo nos casos de infertilidade masculina, quando a produção de espermatozóides é pequena, rara ou praticamente nula. Com a ICSI, o fator masculino da infertilidade passou praticamente a não existir.

GIFT ( Transferência intratubárea de gametas)

Neste procedimento os óvulos são retirados e misturados aos espermatozóides. Esta mistura de gametas é colocada diretamente na tuba uterina por meio de uma laparoscopia. Nesta região eles irão promover uma fertilização natural e os embriões formados navegarão até o útero.

ZIFT ( Transferência intratubárea de embriões)

Este procedimento combina fases da FIV e da GIFT. Os óvulos são coletados e fertilizados em laboratório, e depois os zigotos (ou pré-embriões) são colocados diretamente na tuba uterina também por meio de uma laparoscopia.

Tal como a GIFT, a ZIFT hoje está praticamente abandonada e serve apenas para casos excepcionais, como na impossibilidade de colocar embriões através do colo uterino (Serafini e Motta, 2004).

FIV ( Fertilização *in vitro* convencional; bebê de proveta)

O procedimento é realizado em quatro fases. Na primeira, é realizada a estimulação ovariana, com o propósito de favorecer o crescimento do maior número possível de óvulos. Na segunda fase, outro hormônio é utilizado para estimular a maturação dos óvulos. Quando atingem o tamanho ideal, esses óvulos serão aspirados dos ovários e então identificados e selecionados a fim de se unirem com os espermatozoides (em laboratório) para formar os embriões. Depois de formados, os embriões serão colocados em uma estufa cujas condições são semelhantes às da tuba uterina, em geral por 48 a 72 horas, até se formarem os blastocistos (embriões com mais de 8 células). Quando estiverem amadurecidos, aqueles que apresentarem melhores índices de qualidade serão transferidos para o útero materno, que estará hormonalmente preparado para recebê-los (Serafini e Motta, 2004)

As chances de uma gravidez múltipla após procedimentos como a FIV existem em função do uso de medicamentos indutores da ovulação. Se na concepção natural a ocorrência de gravidez múltipla é da ordem de uma em oitenta, na indução da ovulação – uma etapa da FIV – o índice seria altíssimo se não houvesse monitoração médica. A importância de evitar gestações múltiplas de trigêmeos, quadrigêmeos, está no fato de que quanto maior o número de embriões implantados, maior a probabilidade de complicações obstétricas, como abortos e prematuridade. Em alguns países, são utilizadas técnicas para redução de embriões ainda na fase inicial da gestação, o que passa por avaliação médica e por decisão tomada em conjunto com o casal (Olmos, 2003).

A fertilização *in vitro* consiste em uma das técnicas mais sofisticadas e conhecidas da população em geral, sendo que a chance de gravidez por tentativa consiste em 30%.

As técnicas de reprodução assistida iniciaram-se com a inseminação artificial, especificamente em animais, e depois em seres humanos. O primeiro caso de inseminação artificial humana de que se tem registro data de 1891, praticado pelo médico inglês John Hunter. A fertilização *in vitro* começou a ser estudada em 1878, quando Schenk, na tentativa de fertilizar óvulos de cobaias, incubou sem êxito oócitos foliculares com espermatozóides (Oliveira e Borges, 2000). Estes autores acentuam que a procriação artificial encontrou obstáculos morais, religiosos e científicos, mas com o passar do tempo, principalmente depois de descobertas fundamentais como a criopreservação de sêmen, as técnicas ganharam corpo.

Com esta evolução histórica, em 1944 dois biólogos, Rock e Menkin, obtiveram quatro embriões normais a partir de óvulos humanos colocados na presença de espermatozóides, e a partir de 1947, quando se descobriu a possibilidade de congelamento de pré-embriões em fase de pré-implantação, compatível com o desenvolvimento de ovos de mamíferos, a técnica ganhou consistência.

Data de 20 de julho de 1978 o nascimento na Inglaterra do primeiro bebê de proveta, Louise Brown, após quinze anos de pesquisa. No mesmo ano nasceu o segundo bebê, na Índia, e em 1979 houve o terceiro êxito nesse procedimento. No Brasil, o primeiro bebê de proveta nasceu em sete de outubro de 1984.

Oliveira e Borges (2002) salientam que a fertilização *in vitro* deixou de ser um assombro para a sociedade, que começou a se preocupar com os conflitos inerentes às novas técnicas, verificando-se a necessidade de uma regulamentação das práticas. As leis e regras que regem a prática da reprodução assistida ainda apresentam lacunas e necessitam de maior discussão para que haja um consenso entre os médicos que trabalham nesta área. Frequentemente surgem casos onde há controvérsias quanto à conduta ética de médicos e clínicas especializadas em diversos assuntos, principalmente os mais polêmicos: redução embrionária, doação de óvulos, barriga de aluguel. Estes fatos demonstram o quanto estamos caminhando por um terreno que envolve inúmeros questionamentos sobre questões éticas e morais. Neste trabalho discutimos estes temas de forma limitada,

uma vez que a profundidade de nossas discussões esteve direcionada aos conteúdos emocionais do tema estudado.

A seguir estaremos delimitando os objetivos desta pesquisa, realizando um recorte neste panorama de olhares tão diversificados.

**III- OBJETIVOS**

---

- 1- Investigar e compreender as principais reações emocionais desencadeadas no casal ao longo do tratamento para a infertilidade.
- 2- Estudar a repercussão do tratamento reprodutivo no vínculo do casal, bem como do casal com a equipe médica e do casal com a psicóloga.
- 3- Compreender as representações psíquicas em torno do desejo de ter filhos quando associadas a um tratamento reprodutivo.
- 4- Descrever as impressões e vivências emocionais da psicóloga com relação aos casais estudados.





O presente estudo é de natureza qualitativa apoiada na compreensão de que este tipo de abordagem propicia um espaço para reflexão a respeito das histórias pessoais de cada sujeito, respeitando a sua singularidade e preservando ao máximo a riqueza de suas vivências.

A abordagem qualitativa no estudo da subjetividade volta-se para a elucidação, o conhecimento dos processos mentais que constituem a subjetividade, distanciando-se da predição, generalização ou controle (Gonzales-Rey, 2002). Este autor confirma que o estudo dos determinantes qualitativos na psicologia se define pela busca e explicação de processos que não são acessíveis à experiência, os quais existem em inter-relações complexas e dinâmicas que, para serem compreendidas, exigem um estudo integral e não sua fragmentação em variáveis.

De conformidade com as formulações epistemológicas e psicanalíticas de Bleger (1984), todas as ciências humanas compartilham o estudo do mesmo fenômeno, o ser humano, cada qual se detendo em um grupo, classe ou nível de qualidades fenomênicas. Deste modo, o autor esclarece que fazer clínica não significa tão-somente estudar e cuidar de indivíduos. Percebemos que é clínico todo método de pesquisa-intervenção que considere singularidades de modo situado, ou seja, não abstraindo as condições concretas: condição de ser social, de ser histórico, de estar inserido em um meio ambiente étnico, político, religioso e cultural.

Ao optarmos pelo enfoque psicanalítico procuramos criar um processo caracterizado por abertura, construção e participação. Silva (1993) lembra que o objeto da psicanálise é o *inconsciente*, é a gama de significados emocionais possíveis que se organizam segundo um fio condutor que batizamos de *desejo*, com tendência a se manifestar à consciência e daí ao ambiente. Este processo se apresenta com uma *dupla face*: de um lado, a associação livre – a oferta de material sem crítica ou intenção determinada como forma de acessar aspectos do mundo intrasubjetivo, e de outro, a atenção flutuante – captação de material sem crítica ou intenção predeterminada.

Na acepção de Herrmann (2001), o motor do efeito psicanalítico reside na interpretação. O sujeito me conta algo e eu escuto como se além desse algo outro tema se quisesse mostrar, que ainda desconheço. Neste material, um sentido novo deverá surgir. Assim, o autor elucida que a teoria (psicanalítica) nos informa a técnica ou o instrumento a ser utilizado. Este instrumento dirige o processo (“*métodos*”, ou caminho para um fim) que origina uma nova teoria (novos conhecimentos).

O método qualitativo, com enfoque psicanalítico, foi aplicado ao nosso objeto de estudo, que neste caso direcionou-se ao grupo casal. A primeira noção de grupo como objeto de estudo foi proposta na França por Pontalis em 1963. Para o autor, o grupo como objeto funciona no campo psíquico e opera efetivamente como uma realidade estruturada e atuante, capaz de informar não somente imagens ou fantasias, como também todo o campo do comportamento humano. Anzieu, em 1966, desenvolveu a tese de que o grupo é como um sonho, uma imagem projetada de instâncias superegóicas e narcisistas, parecidas às que são estruturadas no psiquismo individual.

Vários autores na década de sessenta, como Bion em 1955, já assinalavam a importância do estatuto do grupo como objeto. Kaës, em 1977, desenvolveu com detalhes a noção de que no psiquismo de cada um de nós existem formações grupais inconscientes, assim como a noção pela qual os membros de um grupo constituem juntos um sistema de relações e operações de caráter transicional, a que ele denominou “aparelho psíquico grupal”. Esse autor diz que o aparelho psíquico grupal não poderia ser construído sem reproduzir os elementos constitutivos de um aparelho psíquico subjetivo ao solicitar as formações grupais do psiquismo: imagem do corpo, imagos, fantasias originárias e aparato psíquico individual.

Os estudos metodológicos de enfoque psicanalítico sobre o grupo casal foram desenvolvidos por dois autores da escola argentina –Puget e Berenstein– que tiveram como ponto de partida as concepções teóricas postuladas por Kaës (1977), isto é, o processo associativo grupal dá acesso a significados perdidos, ocultos, forcluídos, que provavelmente não apareceriam no processo

associativo do sujeito singular. Além disso, acrescentam 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 recalcimentos”. Concluem que os elementos encontrados em um grupo também podem ser encontrados na formação do pensar livre interdiscursivo, criado no marco do vínculo do casal. Em sua obra *Psicanálise de casal*, Puget e Berenstein (1993), desenvolveram um método que tem como referência os parâmetros psicanalíticos habituais – fenômeno inconsciente, associação de idéias e a interpretação psicanalítica do vínculo conjugal. O casal remete a um tipo de estrutura multipessoal, por sua estabilidade e composição vincular mínima, permitindo um desnudamento dos processos psíquicos através da observação psicanalítica.

#### **4.1 - Campo de Pesquisa**

Esta pesquisa é fruto de um trabalho de assistência psicológica desenvolvido com pacientes atendidos em uma instituição médica da cidade de São Paulo, cuja especialidade é a medicina reprodutiva. Rotineiramente são atendidos pacientes na área de ginecologia, obstetrícia e reprodução assistida. Este local já desenvolve e aprimora técnicas que auxiliam os casais com dificuldades para engravidar há mais de 15 anos, oferecendo um serviço altamente especializado. O nome da instituição não será divulgado neste trabalho com a finalidade de se preservar ao máximo a identidade dos sujeitos. Esta resolução foi recomendada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – PUC-Camp – seguindo os cuidados éticos nos quais as pesquisas com seres humanos são norteadas atualmente.

A equipe médica é formada por dois médicos esterileutas (também ginecologistas e obstetras) responsáveis pelos tratamentos reprodutivos, um médico ultra-sonografista, um médico urologista, uma psicóloga e uma nutricionista. No local são atendidos pacientes particulares e conveniados a sistemas de seguro-saúde.

A partir da experiência clínica os médicos observavam que os casais, diante da notícia de um diagnóstico que confirmasse algum problema ou disfunção nas capacidades procriativas, ficavam extremamente angustiados. Além disso, os casais que já vinham passando por tratamentos reprodutivos há vários anos ou já haviam passado por várias outras instituições, também chegavam para a consulta bastante desmotivados e fragilizados emocionalmente. A equipe médica, sensível às angústias e ansiedades dos pacientes atendidos em reprodução assistida, e ciosa por se ater à autonomia do casal em fazer a opção pelos tratamentos necessários, tem por hábito recorrer ao auxílio da psicóloga.

Desde o início deste trabalho focalizamos dois aspectos: o contato direto com os pacientes durante as entrevistas e a participação em reuniões com os médicos para discussão dos casos. Toda a equipe demonstrou uma atitude de respeito e consideração às informações advindas do atendimento psicológico. Este fato auxiliou a troca de informações e possibilitou um trabalho realmente multidisciplinar. A equipe ofereceu liberdade completa para a técnica e a leitura teórica de nossa escolha, o que facilitou uma compreensão detalhada da nossa população e do tipo de pesquisa que poderia ser realizado.

A todo casal que está iniciando ou retomando o tratamento reprodutivo é sugerido que participe de uma entrevista psicológica. Após esse contato inicial é concedida a todos a oportunidade de continuarem com um acompanhamento psicológico. A decisão de participar da entrevista, assim como a opção de seguir algum tipo de trabalho psicológico é de caráter totalmente voluntário, e a recusa de estar em qualquer desses atendimentos não interfere na seqüência de atendimentos médicos e na qualidade da assistência que é oferecida na instituição.

Durante os anos em que realizamos este trabalho na instituição observamos que com freqüência as mulheres compareciam às consultas médicas e psicológicas sem a presença do marido, ou este participava apenas esporadicamente do processo. Nessa circunstância, este trabalho de pesquisa também poderia ser uma oportunidade para convidar os maridos a fazer parte do atendimento psicológico, e assim conhecendo os processos psíquicos que ocorreriam neste pequeno grupo-casal, estabelecendo uma nova compreensão psicanalítica sobre o tema estudado.

Com a prática clínica percebemos que a entrevista era muitas vezes a única oportunidade de os pacientes falarem sobre o problema fora do ambiente de consultas, exames e testes do tratamento reprodutivo. Ao oferecer esse espaço aos casais, seria possível identificar suas necessidades e conhecer melhor as demandas de cada caso.

## 4.2 - Sujeitos

Colaboraram voluntariamente com este estudo seis casais atendidos na instituição, que estavam buscando ajuda médica para tratamento da infertilidade.

Os casais foram selecionados de acordo com alguns critérios:

- estarem buscando tratamento médico na instituição para conseguir ter filhos, mesmo que já tivessem realizado outros tratamentos em diferentes clínicas;
- ambos os membros do casal aceitarem participar voluntariamente da pesquisa.

Os casais residiam em sua maioria na cidade de São Paulo, sendo que apenas um deles morava no interior deste mesmo Estado. Apresentaram diferentes níveis socioeconômicos, de faixa etária, profissões, e diferentes antecedentes médicos com relação ao problema da infertilidade.

A idade das mulheres variou de 30 a 42 anos, e a dos homens, de 33 anos a 46 anos.

A seguir descreveremos algumas características pessoais dos casais selecionados para o estudo. Os membros do casal foram identificados como esposa e marido, e os números à sua frente no decorrer do estudo referem-se ao casal a ser identificado.

**Casal 1**

Por ocasião da entrevista, a esposa (1) tinha 33 anos e estava grávida pela segunda vez, ainda nas primeiras semanas da gestação. Em função de um comprometimento bastante significativo no funcionamento das trompas, o tratamento recomendado para o casal desde o princípio foi a fertilização *in vitro* (FIV). Na primeira vez em que foi realizado este tratamento, a mulher conseguiu engravidar, porém sofreu um aborto espontâneo com 34 semanas de gravidez. Este ocorreu em função de uma ruptura uterina, resultando também na perda de uma das trompas. Esta fatalidade não estava associada com o tratamento reprodutivo realizado. O marido (1), assim como sua esposa (1), é analista de sistemas e na ocasião tinha 32 anos. Estavam casados há oito anos e há cinco vinham tentando a gravidez.

**Casal 2**

A esposa (2), com 30 anos, é professora de escola infantil; o marido (2), de 34 anos, é técnico em eletrônica. Estão casados há oito anos e há quatro vinham tentando a gravidez, e já haviam realizado vários tratamentos em outras instituições, como estimulação da ovulação e coito programado. Apesar do diagnóstico de ESCA, ou, infertilidade sem causa aparente, o casal não obteve sucesso em nenhum tratamento. Essa era a primeira vez que estavam nessa instituição, e após a consulta médica estavam considerando realizar pela primeira vez uma fertilização *in vitro* (FIV). Foram buscar ajuda nessa clínica após o marido (2) fazer uma pesquisa pela Internet.

**Casal 3**

A esposa (3), de 42 anos, é advogada e o seu marido, de 46 anos, é profissional autônomo. São casados há três anos. Há mais de três anos vinham tentando a gravidez, tendo realizado outros tratamentos reprodutivos em diferentes instituições. Todos os exames médicos já confirmaram em ambos a normalidade dos órgãos e funções reprodutivas. Acredita-se que a dificuldade para obter a gravidez ocorra em função da idade da esposa (3), uma vez que vários estudos já confirmaram a perda gradativa da capacidade reprodutiva da mulher após os 35 anos. Eles procuraram a instituição por indicação de amigos que lá realizaram tratamento e obtiveram sucesso.

#### **Casal 4**

Por ocasião da entrevista, a esposa (4) tinha 38 anos e seu marido (4), quarenta. Estão casados há aproximadamente nove anos e há seis anos vêm tentando a gravidez através de diferentes técnicas reprodutivas. O marido (4) apresenta um diagnóstico de azoospermia, isto é, ausência de espermatozóides. Nas primeiras tentativas de inseminação artificial utilizaram – mesmo sabendo das poucas chances de sucesso– o esperma do marido (4). Após o fracasso desses tratamentos foram aconselhados a realizar uma fertilização *in vitro* com doação de esperma. Apesar da resistência do marido (4), realizaram algumas tentativas que também não deram certo. Nesta instituição haviam realizado mais uma vez uma fertilização *in vitro* com material doado (esperma), e esta entrevista se deu após o insucesso deste último procedimento.

#### **Casal 5**

A esposa (5), geógrafa, tem 34 anos e seu marido (5), engenheiro, tem 30 anos. Começaram os tratamentos reprodutivos há 5 anos a partir de um diagnóstico de endometriose na esposa. Depois de um período em que tentaram

naturalmente a gravidez, o casal iniciou os tratamentos reprodutivos. Realizaram duas estimulações ovarianas associada ao coito programado, e após o insucesso destas técnicas partiram para a fertilização *in vitro*. Na primeira tentativa de FIV, a esposa (5) engravidou, porém teve um aborto espontâneo com poucas semanas de gestação. Vieram a descobrir que sua gravidez havia sido ectópica – embrião alojado nas trompas – e em função desse episódio a esposa (5) perdeu uma das trompas. O casal procurou a instituição a partir da leitura de um dos livros escritos pelos médicos esterileutas. Houve aí uma nova tentativa de FIV, obtendo um resultado negativo, e esta entrevista ocorreu após o término deste tratamento.

### **Casal 6**

A esposa (6) tem 39 anos, o marido (6) 36, e estão casados há quase 10 anos. Ambos são psicólogos e já possuem um filho de quatro anos, fruto de uma gravidez natural. Durante os últimos dois anos eles tentaram sem sucesso uma segunda gravidez e foram procurar ajuda especializada ao descobrirem no marido (6) um diagnóstico de varicocele. Realizaram uma inseminação artificial em outra instituição e vieram até a clínica atual por indicação de amigas que já haviam realizado tratamentos. Por ocasião desta entrevista não estavam realizando nenhum tratamento médico.

## **4.3 - Instrumentos**

### **4.3.1 Entrevista Psicológica**

Uma vez que a psicanálise tem como objeto de investigação os processos mentais inconscientes, utilizamos a entrevista aberta como uma forma de termos acesso ao mundo psíquico do casal. Bleger (1993, p. 19) estabelece:



(...) toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim, o contrário; a entrevista é a situação natural em que se dá o fenômeno que, precisamente, nos interessa estudar: o fenômeno psicológico.

O autor considera a entrevista aberta como a técnica em que o entrevistador tem a flexibilidade necessária para fazer as perguntas ou intervenções, possibilitando uma investigação mais ampla e profunda das vivências do entrevistado. A escolha da entrevista como instrumento de pesquisa também se justifica pela qualidade de representação da palavra. Kães (1977) identifica que a palavra se presta ao jogo de sentidos com reflexão no conhecimento dos fatores psíquicos e no que ocorre no inconsciente. Para o autor, a “coisa” designada pelas palavras se modela primeiramente de acordo com as leis da percepção endopsíquica dos fatores e dos fatos inconscientes. Em sua qualidade de representação, a palavra realiza, desde o início, certa economia pelo vínculo que persiste, ainda que oculto, com o processo de simbolização. Se os símbolos do inconsciente extraem seu sentido de uma conversão metafórica, o mesmo ocorre com respeito a certos símbolos lingüísticos. As palavras são monumentos, arquivos, tradições e vestígios do que vem a formar o simbolismo do inconsciente. Segundo a teoria psicanalítica, as falas dos sujeitos podem ser analisadas em dois níveis: o conteúdo manifesto – aquilo que lembramos e contamos, nossas histórias, que podem ser lógicas ou absurdas – e o conteúdo latente – isto é, o conjunto de idéias que se associam entre si e se metamorfoseiam em um conteúdo manifesto ou aparente. Freud elaborou esta teoria analisando o conteúdo dos sonhos publicado em seu clássico trabalho *Interpretação dos Sonhos* (Freud, 1900 in Térzis 2005).

Ao optarmos pela entrevista aberta com o casal, estávamos também atentos ao que Kaës (1977) e Puget e Berenstein (1993) nos informam sobre o seu modelo. A possibilidade de ver e reconhecer a existência do outro ego como um objeto real externo autônomo, leva à construção de diferentes processos transferenciais por parte dos sujeitos e contratransferenciais por parte do entrevistador. Existem

diferenças entre a associação livre, feita por um único aparelho psíquico, e o pensar livre, construído entre dois ou mais aparelhos psíquicos. Aceitar compartilhar um discurso construído entre duas ou mais pessoas representa tanto uma facilitação como uma restrição. Neste sentido, os processos transferenciais e contratransferenciais de entrevista com um casal apresentam suas especificidades. Um ego age naturalmente como limite do outro ego, em sua possibilidade de falar e pensar com liberdade. Estas especificidades foram observadas em nosso estudo e analisadas posteriormente.

#### **4.3.2 Desenho**

A escolha do desenho como um meio de expressão nesta pesquisa ocorreu devido às suas propriedades projetivas. O desenho é uma transcrição gráfica de uma imagem mental construída com a percepção do mundo e de seus próprios esquemas mentais. Como toda linguagem, a imagem gráfica constitui um sistema de sinais que organiza uma relação entre um significado e um significante (Käes, 1977). Este autor distingue que a significação do conteúdo da imagem gráfica se estabelece em dois níveis: o da atividade psíquica consciente (manifesta) e o da atividade psíquica inconsciente – o significado latente – que muitas vezes observamos através dos detalhes.

O desenho como forma de comunicação tem se convertido em um facilitador para explorar as forças inconscientes reprimidas, que com a comunicação lógica e verbal não se expressam. Ainda na opinião de outros autores, como Aiello-Vasberg (1995), por exemplo, o desenho constitui uma técnica facilitadora para expressar conteúdos internos de uma forma menos defensiva, podendo nos aproximar da verdadeira experiência emocional.

Uma vez que os tratamentos para a reprodução ocorrem efetivamente no corpo humano, buscamos uma investigação destas representações através de uma técnica que facilitasse as projeções das representações mentais. Para tal foi

solicitado a cada um dos membros do casal que desenhasse “*um corpo qualquer*”. Segundo a teoria grupalítica de Kães (1977), a imagem do corpo faz parte dos organizadores psíquicos do aparelho mental. Para o autor, a representação do corpo significa uma tentativa de reconstruir uma unidade constantemente ameaçada por perigos internos e externos encobertos pelo começo da existência corporal.

#### **4.3.3 Gravador de áudio**

Todas as entrevistas e os comentários dos desenhos foram gravados em áudio, utilizando-se um minigravador da marca Panasonic e fitas do tipo microcassete. Utilizamos este gravador com a finalidade de possibilitar uma maior fidedignidade ao material coletado, assim como a facilidade em retornar à fonte quantas vezes se fizessem necessárias.

#### **4.4 - Procedimento**

O convite para a participação dos casais foi realizado pela pesquisadora através de um contato telefônico, e de um convite pessoal para aquele casal que se encontrava na instituição em horário concomitante ao da pesquisadora. Nesse momento foi mencionada a proposta do estudo e o tempo de duração da entrevista. Por ocasião deste convite também foram informados de que a recusa em participar não mudaria o tratamento durante a assistência médica.

Após a verificação dos critérios de inclusão dos sujeitos, a realização das entrevistas seguiu um enquadramento com tempo e lugar definidos previamente. Cada uma delas teve uma hora de duração e foi realizada na sala de atendimento da psicóloga, na própria instituição. A pergunta disparadora de todas as entrevistas foi: “*Como é tentar ter um filho através das técnicas da Reprodução Assistida?*” Esta pergunta ampla foi utilizada com o propósito de permitir a emergência de um discurso marcado por um fluxo associativo espontâneo e

pessoal, livre de amarras e formalismos excessivos, ou seja, a entrevista afastava-se da diretividade.

Após o seu término, foi pedido a cada um dos membros do casal que desenhasse em uma folha branca de sulfite “*um corpo qualquer*”, sendo oferecido lápis preto HB nº 2 e borracha, tendo tempo livre para o desenho e seus comentários. Em seguida foi solicitada a autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O papel desempenhado pela psicóloga foi de “observadora-participante” durante todo o processo. A entrevista funcionava como uma “situação onde se observa parte da vida do paciente, que se desenvolve em relação a nós e frente a nós” (Bleger, 1993, p. 12).

O papel da psicóloga foi de disponibilidade, observação e atenção, pois desta forma supunha estimular a fala, o pensamento e a expressão dos sentimentos. Mais do que concluir um diagnóstico, procuramos enfatizar a investigação dos fenômenos psíquicos.

Uma vez que este estudo não estava utilizando critérios numéricos, o número de sujeitos participantes foi definido com o objetivo de obtermos um *corpus* representativo da variedade das vivências emocionais desconhecidas que pretendíamos estudar. Neste sentido, Gaskell e Bauer (2002) destacam que o tamanho da amostra ou o número total de entrevistas não importa, contanto que haja certa evidência de saturação. A construção do *corpus* é atingida quando há uma saturação e dados posteriores não tragam novas observações.

Algumas informações sobre o caso estudado, não mencionadas na entrevista, foram posteriormente verificadas pela pesquisadora na ficha cadastral dos pacientes na instituição. Estes dados incluíam: idade dos sujeitos, diagnóstico médico do problema reprodutivo, tempo de união; condição socioeconômica e número de tentativas anteriores de tratamento reprodutivo.

As entrevistas, assim como os comentários dos desenhos foram transcritos do áudio para o papel. Depois foi realizada uma análise pormenorizada do seu conteúdo, seguindo algumas etapas que serão descritas com detalhes a seguir.

#### 4.5 - Análise do material

As entrevistas livres e desenhos geralmente apresentam conteúdos manifestos às vezes pouco estruturados. Utilizamos para compreensão do material das entrevistas o método de análise de conteúdo de Mathieu (1967) e Kães (1977). Esta análise utilizada em pesquisas de cunho qualitativo visa a ultrapassar a mera descrição do conteúdo da mensagem, com a aplicação de inferências que possibilitam uma interpretação aprofundada.

Esses autores postulam que a técnica de análise é definida como um conjunto de temas repetitivos e comuns aos vários participantes, manifestados através das produções gráficas e/ou fotográficas para a sua compreensão e interpretação psicodinâmica. Eles consideram que os diversos conteúdos manifestados nas entrevistas possuem laços de junção entre si, semelhantes às inúmeras associações mentais daqueles que nos contam um sonho. As diversas falas expressadas conduzem ao seu principal tema através da repetição de um deles. É desta maneira que o conteúdo invisível das produções se tornará manifesto. Sendo estes conteúdos comuns em vários participantes, a repetição de um tema sobre os demais lhe confere uma característica particular, a de expressar a significação simbólica da produção.

Cada entrevista de casal foi analisada separadamente, de forma vertical, sendo que alguns fragmentos foram transcritos literalmente e destacados em letra itálica. Essa análise interpretativa do material foi realizada concomitantemente por dois psicólogos com formação em psicanálise de grupo e casal. Os pontos em concordância entre os analistas foram considerados para a discussão. Os comentários e as interpretações foram sendo articulados com os conceitos psicanalíticos e grupanalíticos para sustentar nossos resultados. Após a análise vertical de cada entrevista e desenho, fizemos uma discussão final com os principais resultados encontrados no estudo.

Adotamos o mesmo modelo de transcrição do material nas análises verticais ou individuais. As entrevistas encontram-se na íntegra nos Anexos deste

trabalho, e as falas estão identificadas durante a discussão do material segundo o número de cada casal (de um a seis.)

As observações sobre as vivências emocionais e impressões da psicóloga foram descritas após a análise de cada caso estudado. Procuramos evidenciar nesta análise o “clima emocional” da entrevista, isto é, o conjunto de emoções e sentimentos que funcionam como sustentação de certas interações difíceis de traduzir em palavras. Kães e Anzieu (1979) lecionam que a precisão da análise não pode proceder de uma conduta não comprometida com o processo e deve fazer parte da análise. O que nos interessa nesta sessão é o estudo contratransferencial, isto é, conhecer as reações e sentimentos do psicólogo com relação à conduta e à postura dos entrevistados.

---

**V - RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### 5.1 Casal 1 – Com o coração na mão

*Esposa 1(f2) ... Na primeira tentativa deu certo e eu fui até a 34ª semana. Aí eu tive uma ruptura uterina, perdi o bebê... então dói, dói bastante!*

Na primeira fala da entrevista, a esposa (1) expõe de forma bastante clara as incertezas que o processo gestacional carrega, independentemente de um tratamento reprodutivo. A perda gestacional tardia de seu primeiro bebê, com 34 semanas, abalou emocionalmente o casal e intensificou diversas angústias, medos e incertezas para a próxima tentativa reprodutiva.

*Esposa 1(f3) ... Devido à ruptura anterior tudo fica mais difícil, tem uma cicatrização diferente no útero. Então, não pode ser colocado mais que dois embriões: se gerar dois vou ter que tirar um. Então, deu positivo agora. Na primeira tentativa de novo. Mas se os dois vingarem eu não vou poder gerar os dois. Então eu estou com o coração na mão...*

A ruptura uterina, ou o rompimento de camadas da musculatura do útero pode trazer graves conseqüências para mãe e feto. Este fato é mais freqüente a partir do segundo trimestre da gravidez, quando o útero sobrepassa a proteção que a cintura pélvica oferece. O útero é um órgão que sofre grandes modificações durante a gravidez: de 7 cm de tamanho e 70 gramas de peso passa para 36 cm e 1 kilo de peso, sendo que seu fluxo sanguíneo vai de 60ml/min para 600ml/min. Este tipo de traumatismo pode ocasionar graves hemorragias maternas. O risco de morte materna chega a 10%, e no caso do óbito fetal o índice chega a 100% de acordo com pesquisas de Esposito, T. J e col. (1989).

Mesmo diante de todas as dificuldades que uma nova gravidez iria trazer para o casal, desde o momento do tratamento até o nascimento da criança, houve a opção por uma nova tentativa de FIV, expondo de forma clara seu desejo mais forte de ter filhos. Vários autores se debruçaram sobre a questão do desejo de ter filhos. Todos eles apontam para a sua intensidade e importância no desenvolvimento emocional do indivíduo. Ribeiro (2004) explica que um dos núcleos inconscientes –do qual o desejo de ter filho se origina e permanece vinculado– é o desejo narcísico de imortalidade do Eu. Assim, uma das maneiras



de nos aproximarmos da imortalidade é a possibilidade de transmitirmos a herança genética para os descendentes. Chatel (1995), psicanalista francesa e pesquisadora dos temas ligados à medicina reprodutiva, discute em seu trabalho *Mal-estar na procriação* o famoso “desejo de criança”. A autora sugere em suas discussões que o famoso “desejo de criança”, presente em todas as bocas como algo de sagrado e incontestável, seria mais freqüentemente comandado e ordenado pelo voto do “eu quero”! Para a autora, há diferenças entre o desejo de criança e a decisão de ter uma criança. A realização do voto de ter uma criança seria infinitamente mais complexa: envolve a fantasia do homem e da mulher, moduladas às fantasias dos membros de suas famílias, existindo o contexto imediato que desencadeia a gestação. Haveria ainda a acolhida subjetiva do embrião *in útero* e a acolhida subjetiva da criança ao nascer. Esses níveis, Chatel reforça, evocariam desejos e fantasias diferentes e seriam dissociados entre si. O nascimento efetivo só seria possível se eles viessem a se modular.

*Esposa 1(f4): ...Eu estou muito feliz, mas com o coração na mão. Tem um monte de probleminhas que a gente tem de ir superando, mas não é fácil...*

*Marido 1(f2): ...A gente tenta se valer do lado racional para poder ficar mais tranqüilo, para dar um certo conforto. Há vários passos racionais para aliviar o lado emocional.*

No caso da esposa (1), o desejo caminha lado a lado com o medo, e o casal demonstra os esforços psíquicos para lidar com a polaridade de suas emoções: de um lado, o forte desejo da gravidez, e de outro, todas as incertezas e medos que a situação suscita. Essa dinâmica psíquica ganha mais intensidade quando surge a possibilidade de realizarem uma redução embrionária; intervenção que consiste em interromper o desenvolvimento de um ou mais embriões, com chances de abortamento. Este procedimento foi indicado para a esposa (1), pois seria muito arriscado gestar dois embriões. Se isso acontecesse, a parede uterina poderia se romper novamente, provocando hemorragia e trazendo riscos para a sua vida.

O conflito psíquico aqui também se instala, uma vez que a fecundidade de uma mulher depende, para Chatel (1995), de sua capacidade de deixar que algo seja “recebido”. Como acolher os dois embriões transferidos sabendo que somente

um poderá ficar? “Com o coração na mão”, explica a esposa (1), isto é, tentando lidar com a ambivalência dos sentimentos que o tratamento para a infertilidade produz (ausência de bebê *versus* excedente), e a insegurança na sua capacidade de gestar e tolerar as mudanças físicas e psíquicas que se seguirão.

*Marido 1(f3): Há vários sentimentos...os sentimentos que vieram desde o início é... pensar numa gravidez já vem somando um monte de coisas... o processo inteiro desde a primeira vez em 2001, quando começamos a ter problemas para engravidar, começaram as investigações e decidimos partir para FIV...*

*Marido 1(f6)... desde a identificação do problema... achou-se que fosse fácil... planejamos, agora vamos executar, vai acontecer... a gente já viu que não iria dar certo... já começou o processo de aprendizado desde aquela época... o primeiro passo não deu certo... esse aprendizado vem nos preenchendo... a gente já aprendeu muito e tem muito que aprender ainda com essa situação.*

A racionalização como uma defesa psíquica entra em cena para minimizar a angústia. O marido (1) expressa de forma clara que quando se trata de “pensar numa gravidez” não se está falando somente de uma única experiência. Trata-se de anos de vivências e situações emocionalmente delicadas que os casais vão tendo que superar e tolerar para conseguir estar juntos e com o vínculo conjugal o menos abalado possível. O desgaste físico e emocional por que passam os casais submetidos às técnicas de reprodução assistida já é um consenso em pesquisas psicológicas nesta área (Gasparini, 2004). Ao receber o diagnóstico da infertilidade, assim como a exclusão das possibilidades naturais para conceber um filho, os casais vivem um período de luto e adaptação.

*Esposa 1(f9) ... Aí a gente conversou... será que dá para parar de trabalhar? Dá. O que que adianta a gente trabalhar tanto, ganhar tanto dinheiro e chegar no final e não dar certo. Você sabe, tratamento, hormônio, a gente fica a mil, mexe muito. Ele falou (marido):“Fica em casa, descansa!” Para mim foi uma decisão dura. Mas várias vezes eu saía do serviço chorando e pensando: nossa, o que eu estou fazendo comigo, o que eu estou fazendo? E também com o tratamento a gente não sabia onde iria chegar de novo... então a gente decidiu que eu iria parar de trabalhar, pedi as contas e fui embora.*

*Esposa 1(f9) ... agora não, foi tudo mais tranqüilo, eu acordava no horário, ia tomar remédio, tudo mais calmo. A gente percebe que já teve uma evolução, foi tudo mais tranqüilo.*

Sabemos que a infertilidade provoca um período de crise vital, reativando antigas angústias, conflitos, e promovendo uma desestabilidade na estrutura psíquica dos sujeitos (Jacob-Seger, 2000; Apfel e Keylor, 2002). É a perda da capacidade que se acreditava ter, a de procriação, que pode reativar funcionamentos psíquicos arcaicos e interferir na dinâmica conjugal. Puget e Beresntein (1993), em seu trabalho *Psicanálise do Casal*, diz que o projeto vital compartilhado é um dos parâmetros definitórios do casal. Os autores ponderam que o casal requer um enquadramento, uma dada estabilidade para poder suportar a concretização do projeto, a crise e a renovação ou reformulação de um novo projeto. Esse processo permite delimitar um certo tipo de crise específica para ambos, no momento em que cumpriram e perderam aquele projeto, e não podem formular um outro. Perdido o projeto, não sabem o que foi perdido com ele. O modelo paradigmático de projeto futuro, para um casal, passa pela criação de filhos, reais ou simbólicos. Observamos que marido e esposa (1) conseguiram vivenciar estas experiências de forma a preservar o vínculo amoroso, e posteriormente reformular e adequar o novo projeto de ter filhos de acordo com as limitações impostas pela experiência anterior. Ao lidarem com o problema de forma consciente, promoveram mudanças que não só aliviaram o sentimento de culpa da perda anterior, como facilitaram uma convivência mais tranqüila com o novo tratamento e a nova gravidez.

*Esposa 1(f14): A minha concepção era essa: o bebê nasce, continuo trabalhando, coloco na escolinha.*

*Esposa 1(f12): É, eu nunca pensei que uma mulher precisasse parar de trabalhar para cuidar da gravidez.... eu nunca pensei que precisaria disso, achava que gravidez era coisa natural, que não houvesse necessidade de parar de trabalhar... agora eu penso, cada mulher é diferente, com outras necessidades...*

*Esposa 1(f13): É, eu sempre pensei que eu iria continuar trabalhando. Quando contei que eu iria parar de trabalhar, meu chefe se assustou. Até tentaram me mudar de área, mas eu fiz a opção em parar. Foi uma decisão dura, mas... eu chorei, chorei muito, mas tudo com o tempo passa.*

A entrada da mulher no mercado de trabalho e conseqüentemente sua maior profissionalização levantam antigas questões de como conciliar a vida profissional e a maternidade. A esposa (1) não só viveu esse dilema, como demonstrou ter uma visão muito idealizada de como as coisas seriam compatíveis e facilmente solucionadas.

O conflito em como conciliar a vida profissional e a maternidade há muito tempo vem povoando a psique feminina, visto que mudanças sociais e culturais redefiniram o papel da mulher na sociedade atual. As normas coletivas estabelecidas no início do século XIX definiam a função social da mulher como esposa e mãe, regulamentando seus direitos, uniformizando seu papel e comportamento sob o aspecto de grupo social. Bassanezi (1997) descreve que até metade do século XX, a vocação para a maternidade e a vida doméstica seriam marcas da feminilidade, enquanto a iniciativa, a participação no mercado de trabalho, a força e o espírito de aventura definiriam a masculinidade. Assim, a mulher que não seguisse seus caminhos, estaria indo contra sua natureza.

Com o advento dos métodos contraceptivos em meados do século XX, uma verdadeira revolução nos papéis femininos e masculinos aconteceu. Ao tornar-se atuante profissionalmente e contribuindo com a renda familiar, a mulher passou a revelar e a desfrutar do seu desejo de realização profissional. Ocorreu uma verdadeira mudança nos papéis sociais e nas expectativas entre homens e mulheres: os homens esperam mais do que antes que as mulheres desempenhem bem suas funções profissionais e ajudem no orçamento doméstico. Já as mulheres esperam de seus parceiros mais participação nas tarefas domésticas e cuidados com os filhos (Ribeiro, 2004). Tubert (1996) retrata que a valorização da maternidade modificou-se ao longo da história em função dos interesses econômicos, demográficos e políticos. Porém, a autora afirma que nas sociedades patriarcais a mulher entrou na ordem simbólica somente sendo mãe.

Idealizando um futuro para si, a esposa (1) não levou em conta a realidade, nem mesmo quando do início do primeiro tratamento reprodutivo. Foi somente depois da experiência da perda do bebê e da vivência do luto que novas concepções foram sendo formuladas. Percebemos nesta segunda tentativa de FIV

uma nítida e segura escolha pelas questões da vida pessoal e uma disponibilidade maior para a nova gravidez:

*Marido 1(f3):... desde que a gente descobriu que o método natural não iria dar certo para a gente, não seria o nosso caminho... isso foi um aprendizado que a gente teve que se adequar à situação...*

*Esposa 1(f7): E assim foi com tudo que a gente havia planejado na vida... daqui tantos anos a gente casa, depois a gente troca de apartamento... só que quando começou o negócio da gravidez não foi bem assim... a gente não tinha o controle na nossa mão.*

Podemos perceber durante as falas iniciais do marido (1), que ele assume uma postura de proteção em relação à esposa (1) procurando manter o otimismo e a esperança. Ao apresentar este lado mais positivo, mais racional, o marido (1) consegue proteger o vínculo do casal, tolerar melhor as angústias da esposa (1), mantendo o sentimento de pertinência e continência entre eles.

*Marido 1(f6): É uma coisa tênue, que foge do controle... têm coisas que não dá pra controlar, é da vida, é da natureza... tem que delegar o controle... Caiu uma ficha... que a gente não tinha vivenciado algo assim, uma situação em que você não tem domínio completo da situação.*

Desde a descoberta de que a gravidez não viria naturalmente, o casal diz ter que lidar com uma situação bastante desconfortável, aquilo que foge ao controle, causando um sentimento de profunda impotência. Porém, percebemos que mesmo tendo que lidar cada um com sua frustração diante das dificuldades que o projeto de ter filhos embutiu, o casal continua vivendo um relacionamento amoroso pleno. Kernberg (1995) realça que isto geralmente ocorre quando os dois membros do casal conseguem lidar com a eterna inveja e ressentimento dos que se sentem excluídos da relação e das agências reguladoras, desconfiadas, da cultura convencional em que vivem.

*Esposa 1(f8): É, a gente mudou muito, evoluiu muito mesmo...*

*Marido 1(f4):...é, a gente tem que ver o lado positivo, porque a gente sabe que o emocional afeta muito.... tem que estar emocionalmente bem porque vários estudos já falaram que as emoções afetam o nosso organismo...eu vejo muito o lado positivo.*

O casal 1 vem lidando com a situação da infertilidade há alguns anos, e diante de algo que era totalmente desconhecido para ambos, que fugia ao controle e provocava profundos sentimentos de impotência, assumiram uma postura adulta, conseguindo superar os obstáculos gradativamente. Puget e Beresntein (1993) estudaram os diversos tipos de vínculos de casal, e segundo os autores pode-se dizer que o casal (1) apresenta uma estrutura vincular com a discriminação de duas mentes, possuindo a representação interna do outro e tendo na linguagem o real valor de comunicação. O compartilhado adquire seu valor de intercambiar significados diferentes a respeito do comum, sendo possível realizar uma série de recortes compartilhados, sem temer perder o vínculo. Desta forma, o projeto vital compartilhado inclui o aparecimento de um terceiro e admite sentimentos de exclusão. As concessões e os acordos são tolerados sem despertar angústias catastróficas.

*Esposa 1(f15): Mas não é bem assim! Lá no coraçãozinho... a gente não ficou com aquela marca, aquela mágoa, aquela dor, mas ficou aquela saudade...*

*Marido 1(f10)... a gente está podendo viver uma nova experiência na gravidez, poderia não ter tido se ela perdesse o útero, encerrava tudo por ali e teríamos que tentar outras combinações para tentar ter nossa família. Então a gente pensou: vamos vivenciar uma nova experiência com essa oportunidade. A gente tem que ter força de vontade interna para superar isso aí e arrumar mais força, pois agora é mais delicado.*

É possível observar que a esposa (1) tenta elaborar o luto sem negar a perda, e recebe constantemente apoio do marido (1), intervindo em suas falas com um tom de otimismo e perseverança. O casal consegue lidar de forma bastante satisfatória com a difícil experiência que teve na primeira tentativa de FIV, tolerando os períodos de angústia e caos interno que viveram com a perda do bebê e se reorganizando emocionalmente para juntos decidirem correr os riscos novamente. Neste momento, porém, com um vínculo conjugal ainda mais

fortalecido, contando de novo com o apoio médico necessário e o aprendizado da experiência passada. O papel do marido nestas situações em que a mulher vive uma intensa fragilidade, tanto durante o tratamento como na gravidez, fez uma importante diferença e permitiu que o vínculo ficasse preservado, apesar de todos os obstáculos e de estarem sempre com o coração na mão. De acordo com Kernberg (1995), a capacidade de aprofundar-se no próprio self, assim como nos dos outros, é uma condição essencial para uma relação profunda e duradoura entre duas pessoas, abrindo os profundos caminhos das múltiplas relações não faladas entre elas. Um intenso comprometimento com uma pessoa e os valores e experiências de uma vida vivida a dois enriquecerão e protegerão a estabilidade do relacionamento.

### **Análise do desenho (1)**

Os dois membros do casal aceitaram prontamente o pedido do desenho. Fizeram seus desenhos sem olhar ou efetivar comentários paralelos. Após seu término o marido (1) entregou o desenho à psicóloga e fez alguns comentários. Na sua descrição, diz que seu desenho remete a um trabalho de Leonardo Da Vinci chamado “O Homem Vitruviano” – que consiste em uma figura masculina posta dentro de um quadrado e de um círculo, de modo a demonstrar a harmonia das proporções humanas, conforme os pressupostos do arquiteto romano Vitrúvio, do século I a.C. O marido (1) reproduziu apenas um homem adulto, com tronco, pernas e braços bem definidos e aparentemente fortes. Associamos esta sua representação ao papel masculino desempenhado pelo homem no tocante à gravidez da mulher: oferecer segurança e firmeza compatíveis com a sua fala durante toda a entrevista.

*Marido 1(f15): É um homem, eu não quis identificar muito... Pensei naquela imagem do Da Vinci: “O homem quadrado”, não sei se tem esse nome mesmo... mas é aquela figura*

*famosa do Da Vinci que tem um homem com um quadrado no meio e depois um círculo.... eu não sei bem se o nome é esse, mas tem um quadrado perfeito e um círculo perfeito.*

A esposa (1) foi a única a desenhar uma mulher grávida. O fato de estar com poucas semanas de gestação pode ter favorecido esta representação. Porém, o detalhe mais marcante foi que refez seu desenho após tê-lo terminado. Ao invés de colocar os braços da gestante para trás da cintura, na região lombar, onde geralmente as mulheres se queixam de dores, deixou-os em uma posição de acolhimento à barriga. Ao mesmo tempo em que associamos esta imagem à proteção e acolhimento que tenta oferecer a esta nova gestação, também supomos a expressão do medo de uma nova perda.

*Esposa 1(f26): É uma mulher grávida... pra variar, segurando a barriga... Toda mulher segura a barriga quando está grávida.*

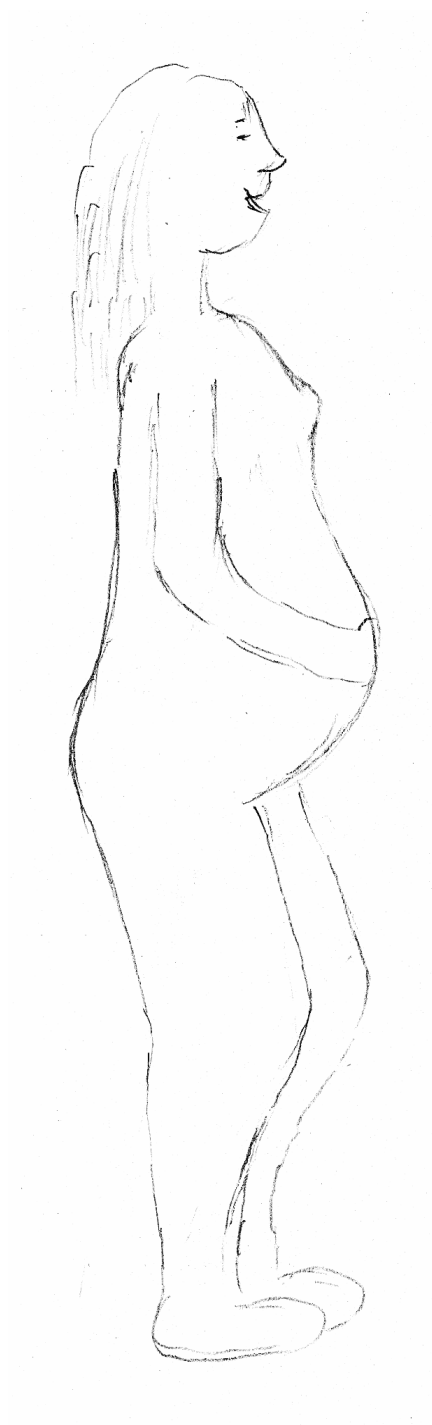
*Esposa 1(f27): Ah! Eu acho que é pelo carinho, proteção... você pode perceber... todas as fotos estão assim... ou com as mãos nas costas porque estão doendo. Primeiro eu tinha desenhado ela assim, depois eu apaguei e coloquei as mãos pra frente porque fica mais bonito, é carinho... Essa aqui tem 35 anos, tá pra nascer... tá no sétimo mês já.*

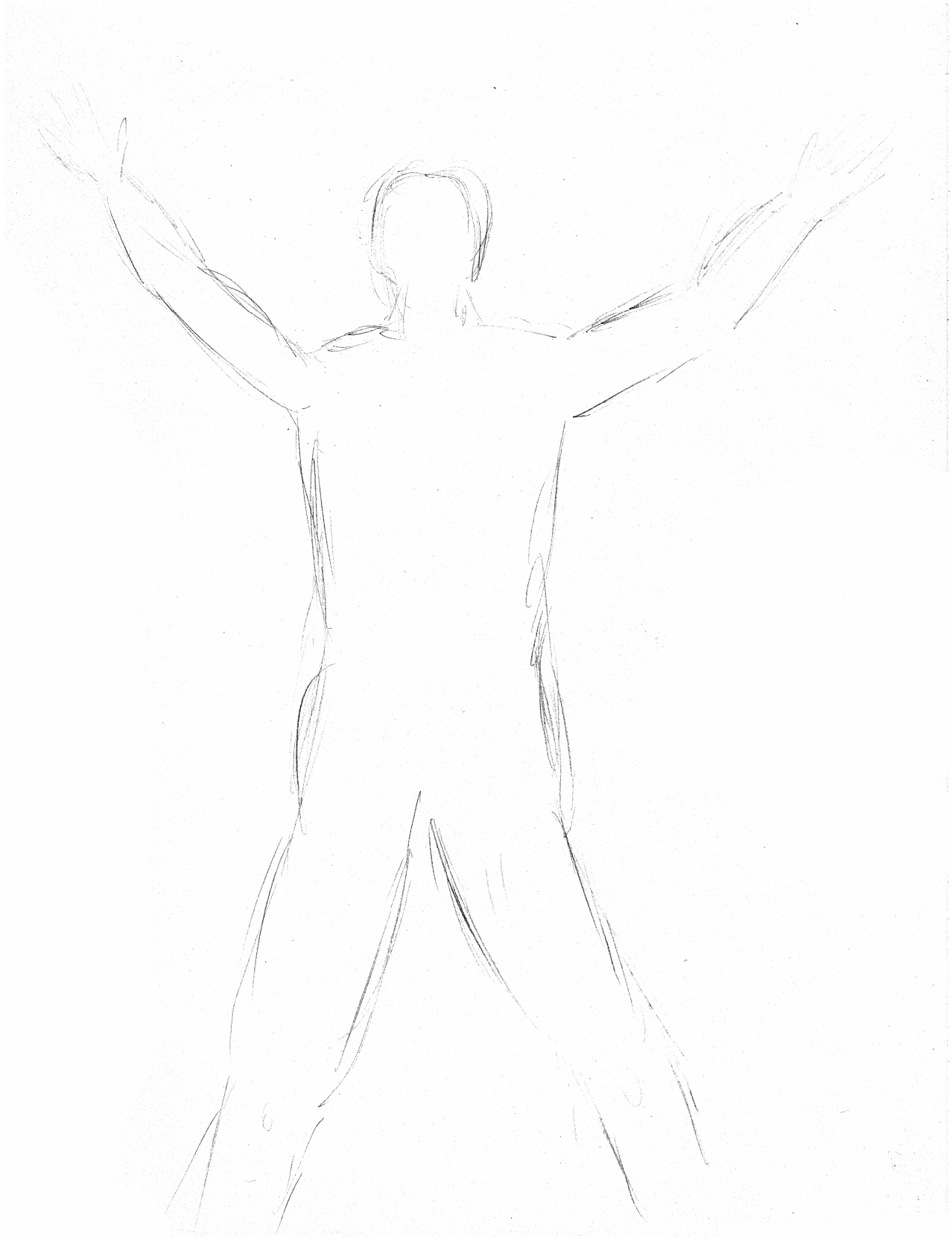
### **Observações da psicóloga**

Os membros deste casal pareciam estar conscientes de que estavam, sim, correndo riscos com a nova gravidez, porém sentiam-se unidos e responsáveis na sua decisão. O clima emocional oscilava entre a tristeza com as perdas relatadas e a alegria de uma nova experiência. Em todo momento demonstraram que a decisão tomada foi de comum acordo entre eles e pareciam realmente formar um “casal”, pois estavam tentando juntos administrar alguns sentimentos de difícil elaboração, como as lembranças do filho que perderam quando a esposa já estava com 34 semanas de gravidez. Acompanhar este casal durante a entrevista provocou o desejo de que realmente conseguissem ter o filho tão sonhado. Segundo Puget e Berenstein (1993) quando um terceiro olha para um casal com



estas características, a exclusão gera sentimentos positivos como compreensão, compaixão e vontade de ajudar. Estes parecem ter sido revelados nesta minha observação pessoal.

**Desenho da esposa (1)**

**Desenho do marido (1)**

## 5.2 Casal 2 - Por que não acontece?

O casal (2) inicia a entrevista falando de como se sentia decepcionado com relação aos tratamentos médicos disponíveis para engravidar.

*Marido 2(f1): É bem difícil. Para mim está sendo bem difícil. Já faz 4 anos que a gente está tentando. Tem hora que é bem complicado. A gente vai ao médico e está tudo sempre bem. Vai a um médico e ele diz que está tudo bem, vai em outro e também está tudo bem, mas nada dá certo. Já fizemos outros tratamentos até chegar nesse agora e nada deu certo. Já foi feita uma inseminação artificial e nada deu certo.*

*Marido 2(f6): A médica hoje na consulta olhou para minha cara e viu que eu não tava muito bom mesmo.*

*Esposa 2(f1): É, a gente não tem um motivo. Se tivesse um motivo... a gente faz os exames e nunca dá nada. Se tivesse alguma coisa errada a gente iria corrigir. Mas não tem nada. É difícil de entender por que não acontece.*

O fato de não terem um diagnóstico que identifique algum comprometimento em suas funções reprodutivas, justificando dessa forma a dificuldade para engravidar, provocava sentimentos de revolta e decepção. Quando o casal (2) percebe que de certa forma os médicos não possuíam as respostas que desejavam, um intenso sentimento de insegurança e desconfiança se instala, provocando sofrimento psíquico.

Nas palavras de Bion (1976), existem três pressupostos básicos que regem o funcionamento grupal e parecem aqui se aplicar ao grupo casal. O primeiro é o da dependência, funcionamento mental que pensamos ser coerente com as vivências aqui estudadas. Segundo este pressuposto, um grupo se atribui poderes, quase sempre exacerbados, e depende de um suposto líder para conviver com a realidade. Se este líder recusar a incumbência, o grupo se sente frustrado e abandonado. Um forte sentimento de insegurança se apossa dos membros do grupo. A dependência responde a um sonho eterno nos grupos, sonho em ter uma pessoa forte que assuma em seu lugar as responsabilidades. Esta dependência é uma regressão à situação da primeira infância, quando o lactente estava a cargo de seus pais, e quando a ação sobre a realidade era da conta deles, não da sua. Essa característica mental muito se assemelha àquela encontrada nas crianças e

vincula-se ao conceito do narcisismo primário desenvolvido inicialmente por Freud (1914). Em seu artigo Sobre o Narcisismo: uma Introdução, ele diz que a vida mental das crianças é povoada de uma superestima do poder de seus desejos e atos mentais, pela onipotência de pensamentos, constituindo uma técnica mágica para lidar com o mundo externo, que parece ser uma aplicação lógica dessas premissas grandiosas.

*Marido 2(f3): É claro, a gente fica fazendo tratamento, gastando, que não é barato, e a gente só ouve do médico que não tem problema, não tem problema. Não dá, né? Agora a gente vai tentar fazer a FIV, depois desse tratamento não existe outro, né? Aqui no Brasil não existe, só existe fora do Brasil. Então é esse que a gente tem aqui. Se fizer e não der certo, sei lá. Só se a gente for para fora do Brasil, a gente não tem condição para isso... É duro, todo mundo cobra. Vocês não têm filhos? Vocês não têm filhos?*

A recusa do pressuposto da dependência pelo médico, a partir do momento em que estes não conseguem atender ao desejo do casal e “dar-lhes um filho”, constitui um perigo para o casal, que fica desiludido e acreditando que não poderá sobreviver. Diante deste perigo, os membros do grupo se reúnem, seja para lutar, seja para fugir, comportamento que faz parte do segundo pressuposto estudado por Bion: luta - fuga (Anzieu, 1993). Essa regressão em termos da dinâmica psíquica parece ter sido ainda mais estimulada pelos repetidos fracassos nas técnicas de tratamento reprodutivo. A desconfiança com relação aos médicos se manifesta em um comportamento de fuga, como quando tentam mudar de clínica, ou de país. Envolvidos por um sentimento messiânico, na esperança de encontrar alguém em algum lugar para atender às suas expectativas, observamos sua dificuldade em lidar com a realidade e a tentativa de manter o pressuposto da dependência.

*Marido 2(f7): ... a minha vontade de ter um filho é tão grande, de tanto tratamento que a gente já fez e nada dá certo, que vai batendo o desespero, está chegando no limite.*

*Esposa 2 (f2): É, a gente sabe que a porcentagem de dar certo é pouca, e a gente fica naquele medo. Eu dizia para mim mesma, eu fico pensando que vai dar certo, e se não der? Eu ficava me protegendo porque se não desse certo eu não sofresse tanto.*

A concepção, compreendida como um momento enigmático que transmite a filiação, muitas vezes não se produz no momento esperado. E, conforme o casal (2) se apresenta, nem sempre se pode estabelecer uma relação causal direta entre a ausência de gravidez e algum obstáculo orgânico acessível a um tratamento médico. Tubert (1996, p.16) acentua que nestas situações estamos diante de um sintoma silencioso que não designa nenhuma área dolorosa do organismo; no entanto o único sofrimento que aparece é o psíquico. Desta forma, não estamos diante de uma doença, já que a infertilidade se manifesta como sintoma somente quando aparece um projeto de conceber: trata-se, então, da impossibilidade da satisfação de um desejo.

Além desta característica do casal (2), é possível identificarmos uma diferença entre os cônjuges no que diz respeito às expectativas com relação ao tratamento, e conseqüentemente, ao desejo de ter filhos, que parece mais acentuado no marido (2). Ribeiro (2004) diz que a realização narcísica de transmitir a herança genética para futuras gerações parece ser uma das representações presentes na concepção. Tais inscrições podem ser atualizadas, e às vezes potencializadas, como dissemos anteriormente, pelos procedimentos em reprodução assistida, dificultando a concepção psíquica de uma nova vida ou talvez tornando-a traumática. Para Bastos (1995), o nascimento de uma criança estimula a onipotência, permitindo aos pais exercer um poder que cria a ilusão de estarem longe da angústia de desamparo, com a qual se chega ao mundo. Saber que o filho depende dos cuidados que lhe possam ser providos permite aos pais exercer um poder que se instaura sobre a impotência infantil. Deposita-se na criança a fragilidade, e nessa medida, a angústia de desamparo desloca-se dos pais para os filhos.

*Marido 2(f3):... É duro, todo mundo cobra. Vocês não têm filhos? Vocês não têm filhos?... É duro tanta cobrança. Já tem a da gente mesmo... a gente quer, porque quer porque quer. Tem a cobrança da minha própria família também. A família dela cobra, se a gente chega em algum lugar as pessoas cobram. É muita cobrança.*

*Esposa 2(f4)... se passa na televisão alguma coisa sobre bebê, ele muda de canal. Eu não tenho tanta dificuldade assim. Eu trabalho com crianças e acho que já supri um pouco essa necessidade que a gente está tendo agora.*

*Esposa 2(f4): ...E ele é muito mais ansioso... e eu fico preocupada, pois quando passa alguma mulher grávida na rua eu já fico pensando....ih...meu Deus, ele vai ver a mulher grávida e ele já vai lembrar...*

A situação da infertilidade, especialmente no marido (2), desperta angústias de caráter persecutório. Neste caso, o marido parece estar mais abalado com os acontecimentos, mais agressivo, se sentido mais desprovido em suas funções reprodutivas. De acordo com a teoria de Klein (1991), no estado mental mais arcaico, a ansiedade persecutória é desencadeada por situações em que o indivíduo sente uma ameaça interna de fragmentação da mente. Klein (1991) expressa que a ação interna da pulsão de morte dá origem ao medo de aniquilamento, que é a causa primária da ansiedade persecutória. A primeira fonte externa de ansiedade é encontrada na experiência do nascimento: a dor e o desconforto são sentidos como um ataque, uma perseguição. A ansiedade persecutória participa das relações de objeto desde o momento em que se é exposto a privações. A gravidade desta ansiedade afeta a passagem para a posição depressiva, em que é possível o reconhecimento da perda, daquilo que falta.

*Marido 2(f5): Eu sou muito apegado com meu sobrinho, ele é muito carinhoso com a gente. Ele chega, me dá beijo, me abraça. Imagina como é difícil fazer isso com uma criança e eu querer um filho e não ter. É difícil ver ele me abraçando, me chamando de tio, meu tio, e mexe com a cabeça da gente. Fico pensando quando é que eu vou ter o meu, quando vou ter.*

Podemos perceber que o marido (2) tem em seu convívio familiar uma forma de satisfazer ou sublimar em certa medida o desejo de ser pai através dos cuidados afetuosos com um sobrinho. Sublimar, pela teoria kleiniana, seria uma forma de administrar os impulsos e não de defender-se contra eles, um mecanismo de aceitação (Hinshelwood, 1992) Porém, nesse momento, o marido (2) parece não estar conseguindo desfrutar dessa convivência em função do seu estado mental.

*Marido 2(f1): ...Faz praticamente 8 anos que a gente está casado e não tem mais o que a gente fazer. Um se preocupa com o outro e só. Eu sei o que eu tenho que fazer, ela sabe também, a gente conversa o que tem que conversar e pronto. As vezes a gente nem tem o que conversar, fica deitado vendo televisão, ou ouvindo uma música, conversa um pouquinho só e pronto. Não tem aquela vida que às vezes eu vejo meus amigos contarem que os filhos fizeram isso, o outro fez isso. Eu fico com aquele trauma na cabeça.*

*Marido 2(f5): É difícil ver ele me abraçando, me chamando de tio, meu tio, e mexe com a cabeça da gente. Fico pensando: quando é que eu vou ter o meu, quando vou ter! Eu vejo na TV, eu mudo mesmo. Porque se eu ficar vendo criança eu vou chorar, eu choro mesmo. Quando eu vejo aquele programa do Raul Gil de sábado, com as crianças cantando, eu fico mal mesmo. Eu choro. Então, eu mudo de canal mesmo.*

A percepção da realidade, a frustração e decepção geram um estado de dor psíquica produzido quando a ferida narcísica principal é reaberta, o estado interno é, como Freud descreveu em Inibição, sintoma e ansiedade (1925), o de uma experiência traumática interna contínua. O reconhecimento da falta aparece em meio à entrevista, e angústias de caráter depressivo demonstram agora um contato maior com a realidade interna.

*Marido 2(f6)... Às vezes eu até brinco com ela (esposa.): se não der certo (tratamento) eu vou pegar outra, não vou ficar pagando tudo isso, não, para ter um filho. Na hora da raiva eu não meço as palavras, não, vai saindo, saindo. Vai chegando e vai saindo...*

*Marido 2(f7): O casamento da irmã dela acabou por causa disso. Ela não conseguiu engravidar e o marido dela largou dela. Eles começaram a namorar na faculdade, casaram, e depois ela não conseguiu engravidar e ele disse que se ela não pode dar um filho acabou o casamento. Eles estavam há 9 anos casados. É difícil.*

*Marido 2(f8): Não é a primeira vez que eu vejo lá no meu trabalho as pessoas se separarem por causa disso. Eu conheço muita gente que se separou mesmo.*

O marido (2) pareceu lidar nesse momento com os sentimentos que a falta de filhos produzia, contudo diante do sofrimento que isto lhe causava voltou a adotar defesas primitivas para enfrentar a realidade. Projetou sua raiva na esposa (2), colocou-a no lugar de culpada e responsável pelo problema. Ao deslocar a culpa para a mulher e declarar que pensa em substituí-la por outra (claramente um objeto idealizado), isolou-se do convívio com ela e até com familiares e amigos, demonstrando a intensidade das angústias despertadas pelo contato com



a dor que a ausência de filhos produzia em seu mundo interno. A idealização do objeto, Klein (1991) define, é um mecanismo de defesa usado em estados de frustração ou de maior ansiedade. Várias perturbações sérias podem resultar desse mecanismo: quando o medo persecutório é muito intenso, a fuga para o objeto idealizado se torna excessiva, o que prejudica gravemente o desenvolvimento do ego e perturba as relações de objeto.

Observamos nesses relatos que o marido (2) se afasta da posição depressiva, que para Klein contém o elemento decisivo dos relacionamentos maduros, a fonte de sentimentos generosos e altruístas que são devotados ao bem-estar do objeto (Hinshelwood, 1992). De acordo com Kernberg (1995), em seu trabalho com casais em que um dos membros apresentava uma personalidade narcisista, este sujeito pode ter um aumentado sentimento de inferioridade, o que desencadeia novos esforços secundários para defender-se desses sentimentos de culpa, procurando defeitos no parceiro que justifiquem seu fracasso. O autor informa que existem duas opções no funcionamento superegótico desta pessoa para com o parceiro: a indiferença, a falta de preocupação e a insensibilidade, o que distancia os parceiros; ou a projeção dos sentimentos de culpa no parceiro, o que introduz uma qualidade paranóide no relacionamento.

*Esposa 2 (f17): ... A gente precisa ter uma cabeça muito boa para isso. Se a gente não tiver filhos como a gente quer, vai ser muito complicado. Eu pergunto para ele: a gente vai deixar de viver por que a gente não tem filhos? Não pode. E quem perde um braço? Vai deixar de viver por que perdeu um braço? Para mim, eu tenho muito forte isso. Para mim nós casamos, mas não casamos porque queríamos ter um filho. Nós casamos porque queríamos ficar juntos. O filho é uma consequência. Se o filho não veio, vamos ficar juntos. Para ele está bom, para mim está bom. Só que diariamente vão aparecendo coisinhas que vai desgastando, que vai mudando. E como contornar para voltar a ser o que era? É muito complicado...*

*Esposa 2(f2): ... A gente está pensando em fazer a fertilização in vitro, que aumenta as possibilidades. Mas a gente tem que ter em mente que é 50%. Tanto pode dar certo como pode não dar certo. E a gente tem que pensar nisso para que a gente não sofra tanto porque a gente sabe como é que é.*

Além de se proteger dos ataques e ameaças do marido (2), a esposa (2) parece tentar lidar com os fatos de uma forma mais realista, tentando encontrar outros caminhos caso eles não consigam ter filhos.

Após analisarmos alguns aspectos da individualidade dos parceiros do casal, podemos voltar nosso olhar para o tipo de vínculo conjugal que se estruturou entre eles. Pelas definições de Puget e Berenstein (1993), o casal (2) apresentaria uma estrutura vincular de complementaridade, cujos vínculos seriam assimétricos mas estáveis. Neste tipo de vínculo temos a atribuição da função de assistente a um dos cônjuges. Quando um dos dois adota o lugar do desamparo, o outro imediatamente ocupa o de assistente. A falha na comunicação produz um estado de confusão. Não existirá conflito quando a meta de um ego for a de transformar o outro em complemento, anulando sua capacidade de pensar e a autonomia, com o outro ego se curvando.

*Esposa 2(f8): É, mas ele tem uma personalidade muito diferente da minha. Para eu agüentar ele só a minha paciência que Deus me deu. E ele também tem que ter muita paciência para me agüentar porque eu sou bem diferente dele, sou bem mais devagar. Enquanto eu ainda estou pensando em fazer o bolo, ele já vem com o bolo pronto.*

*Marido 2(f18): ... Ela é igual o pai dela. É daquelas pessoas que esperam... eu sou daquelas pessoas que quando quer vai atrás. Como quando eu queria namorar com ela, eu fui atrás. Ela não queria nem chegar perto de mim e eu fui até conseguir. Tudo bem que Deus vai na frente. Mas a gente tem que pegar a chance que Ele está dando. Esse negócio de esperar que vai dar certo não funciona. Se eu vejo qualquer coisa eu quero resolver. Se deixar por conta dela fica cada um deitado no sofá no fim do dia.*

Apesar de a esposa (2) também demonstrar seu desejo de ter filhos, parece mais adaptada com a demora e a ausência destes e tenta, sem sucesso, estabelecer algum tipo de comunicação com o marido.

*Esposa 2(f2): ... Eu falei para o doutor que parecia que a gente perdeu alguém que na verdade a gente nem tinha. Então é complicado. Do mesmo jeito que ele sofreu eu também sofri, só que ele se isolou, enquanto eu achei que a gente iria sofrer juntos. Como ele está falando, ele preferiu ficar sozinho do que conversar. É complicado, é muito complicado.*

*Esposa 2(f4): ... Então para mim, eu acho que está sendo mais fácil do que para ele, apesar de eu também querer, ser uma coisa conjunta. Acho que ele sofre mais. Eu ainda tenho outro aparato por trás que me deixa mais aliviada.*

No transcorrer da entrevista foi possível identificar alguns significados ao desejo de ter filhos. Além da questão citada na análise anterior, referente ao desejo de imortalidade do Eu, observamos que os dois parceiros do casal vêem a chegada de um filho como uma renovação ao relacionamento amoroso e ao prazer de viver. Ambos os cônjuges apresentam queixas referentes à monotonia e à rotina da convivência entre eles. O desgaste que o vínculo conjugal foi sofrendo ao longo dos anos, principalmente após o início dos tratamentos reprodutivos, é apontado como uma perda. O desejo de ter filhos atende a uma esperança de renovação do contato afetivo.

*Esposa 2(f7): É, porque chegou uma fase que acabou virando rotina, não tem mais novidade. Eu já conheço ele, ele já me conhece, não tem muito mais o que fazer. Eu já sei o que um tem que fazer, o outro também... Agora a gente não sai mais. Até na nossa intimidade as coisas mudaram bastante. Antes a gente ficava juntos pelo prazer de ficar juntos. Aí, conforme a gente começou a fazer os tratamentos, foi diminuindo a frequência e o objetivo passou a ser: vamos ficar juntos para ter um filho. Se a gente não consegue ter, o filho qual é o objetivo? Ficou sem objetivo!!!*

O desgaste físico e emocional para aqueles que fazem tratamento reprodutivo é um fator já conhecido das pesquisas atuais. No entanto, o casal passa por uma ampliação desses fatores por questões da dinâmica psíquica que vivida nesse momento. Movido pela insegurança e medo de não conseguir realizar seu desejo, o casal (2) não respeitou a recomendação médica e exagerou em uma das técnicas reprodutivas (coito programado). Ao invés de terem relações sexuais nos dias férteis, como recomendado pelo médico, optaram por tê-las todos os dias, por trinta dias consecutivos.

*Marido 2(f13): O médico falou que a gente tinha que trabalhar bastante...*

*Esposa 2(f13): Não, não foi recomendado, não. É que a gente, na cabeça da gente, ampliamos um pouco o que o médico falou. A gente sabe que tem o período fértil.*

*Esposa 2(f15): Fizemos tudo direitinho... no primeiro mês foi nesse sufoco, depois a gente caiu na realidade...*

A distorção das informações médicas claramente motivada por fatores emocionais é fato comum em diversas especialidades da medicina. As informações são distorcidas e os comportamentos adotados tornam-se uma defesa conveniente para minimizar a angústia. A defesa maníaca entra em cena e o insucesso das ações provoca sentimentos depressivos, gerando mais cansaço e desânimo.

*Marido 2(f15): Quando chegou no final eu já estava balançando, já. Poxa! Acordar cedo para trabalhar e chegar ainda tendo que bater o cartão!! Todo dia!! O cansaço era tanto que eu chegava no ônibus, dormia, e perdia várias vezes a descida do ponto.*

*Marido 2(f11): É, ela desistiu... porque eu não desisto fácil das coisas. Eu sou persistente, eu não desisto fácil das coisas. Quando eu quero uma coisa, eu vou até o fim.*

Podemos dizer que no momento em que o marido (2) culpabiliza a esposa (2) pelo fracasso nas tentativas, tornando-a responsável pela falha, criam-se ainda mais dificuldades para um entendimento do casal.

*Esposa 2(f11): Primeiro eu comecei só com medicação oral, esperamos um tempo, depois a gente fez coito programado, durante 3 meses, e depois a gente desistiu. Eu desisti...*

*Marido 2(f17): É, vamos, porque eu fiquei insistindo. Se fosse por ela... ela ficaria parada do mesmo jeito.*

*Marido 2(f19): É, é muito complicado... tem hora que eu fico muito bravo com o jeito dela... porque eu gosto de enfrentar o problema de frente mesmo... e vou até o fim nem que eu me estoure todo. Quanto mais difícil, eu acho melhor...*

Conforme Bastos (1995), a angústia sentida pelas mulheres durante as relações sexuais “prescritas” transforma estas relações em técnicas invasivas. Conseguir engravidar torna-se o objetivo de sua vida sexual. Os ciclos menstruais passam a corresponder a períodos de esperança (até a provável data da ovulação), seguidos de uma expectativa angustiante (correspondendo aos dias que antecedem a menstruação) e, por fim, a uma decepção sentida depressivamente quando vem a menstruação. A vida do casal passa a girar em torno da reprodução.

*Esposa 2(f12): É, desgastou muito, foi depois disso que a gente perdeu mais o interesse em estar juntos.*

*Marido 2(f9): Aconteceu depois que começamos os tratamentos, há 4 anos. Porque antes a gente se dava muito bem, em todos os sentidos, nas relações...A falta de concordância na motivação dos membros do casal quanto ao momento mais apropriado a retomar um tratamento é algo que o marido (2) não consegue tolerar e motivo de mais discordância entre eles.*

*Marido 2(f16): Por ela ... ela ficaria parada.*

*Marido 2(f17): É, vamos, porque eu fiquei insistindo. Se fosse por ela... ela ficaria parada do mesmo jeito.*

*Marido 2(f18): Esse negócio dela falar que tudo acontece na hora certa para mim não funciona. Eu acho que nada cai do céu. Deus colocou você na Terra e você tem que batalhar para sobreviver. Se você não correr atrás, nada dá certo. Se não acontece normalmente tem que correr atrás... Se deixar por conta dela, fica cada um deitado no sofá até o fim do dia.*

*Esposa 2(f19): ... Eu acho que eu fico meio na defensiva. O medo de não dar certo me faz distanciar um pouco das coisas. Até para não sofrer tanto.*

Ao tentar mostrar quanto a esposa difere dele em hábitos e atitudes, o marido (2) adquire novamente uma postura extremamente racional, exibindo sua valentia e arrogância, desvalorizando aspectos da personalidade da esposa (2). O marido (2) demonstra que quando se depara com o sentimento que a falta de filhos provoca, sente-se impotente, inseguro, passa a se autovalorizar sem escutar o outro. Essa necessidade do marido de ser notado, valorizado, e o comportamento de depreciar as qualidades da mulher nos levam a pensar nos conflitos em relação à diferenciação dos sexos que agora se manifestam no grupo casal.

Kaës (1977) reitera que as fantasias originárias, entre elas as fantasias da cena primária, fazem parte das representações psíquicas que se manifestam em um grupo. As fantasias da cena primária são interpretações das relações sexuais entre os pais, que constituem um enigma para a criança. Segundo tais teorias sexuais infantis, meninos e meninas são dotados de pênis, e as fantasias de castração surgem como representação da angústia suscitada pela resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou ausência de pênis)

significa para a criança. O menino teme a castração como realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais. Na menina, a ausência de pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar (Laplanche e Pontalis, 1991).

Os autores exprimem que a fantasia de castração pode ser encontrada sob diversos símbolos: o objeto ameaçado pode ser deslocado, substituído por outros danos à integridade psíquica e/ou corporal (como, por exemplo, a incapacidade reprodutiva no marido (2) estudado). Apesar de os médicos dizerem que o marido (2) não tem problemas nos órgãos reprodutivos, a ausência de filhos reaviva as fantasias de castração, os sentimentos de inferioridade, e conseqüentemente o desprezo pelas características da mulher passa a se revelar como uma defesa psíquica, assim como seu exibicionismo.

*Marido 2(f21): Quando a gente começou a namorar, de tudo ela tinha medo. Hoje ela pega, sai com o carro, mas antes... meu Deus do céu, era triste!!!... Tem hora que eu faço a coisa sem pensar muito, vou lá e faço.*

*Marido 2(f18): Ela é igual o pai dela. É daquelas pessoas que esperam... eu sou daquelas pessoas que quando quer vai atrás.*

*Marido 2(f22): Eu não sei não... eu nunca tive medo das coisas, sempre quis resolver as coisas... Dos homens (irmãos) eu sou o mais velho e eu sempre quis mandar em todo mundo, até na minha irmã mais velha que eu, e o pior é que mandava... Ela me conhece, eu nunca fiquei parado... eu tinha catorze anos, vendia e comprava, trabalhava... ganhava dinheiro... eu penso rápido, tenho uma memória boa.*

Podemos supor que o casal (2), particularmente o marido (2), esteja vivenciando situações conflituosas que envolvem sofrimento, pois as questões narcísicas já fazem parte dos seus núcleos conflitivos. Ao concluir a entrevista, o marido (2) diz claramente que não sabe se seria capaz de ficar em um casamento sem filhos. Ambos parecem estar envolvidos em uma atmosfera de insegurança e desconfiança quanto às suas potencialidades e quanto à capacidade de tolerar a ausência de filhos no relacionamento.

Conforme Kernberg (1995) cita em seu estudo sobre as características das relações amorosas narcisistas: para o parceiro narcisista, a vida prossegue em isolamento; a dependência em relação ao outro é temida; esta dependência é

substituída por exigências cheias de razão e frustração quando tais exigências não são atendidas. Os ressentimentos aumentam e são difíceis de se desfazerem dos momentos de intimidade, e são mais facilmente resolvidos por meio da cisão de experiências diferentes de cada um, mantendo a paz à custa da fragmentação da relação.

Na concepção de Ribeiro (2004), ao viver a situação atual da infertilidade como uma importante perda da capacidade procriativa, o casal infértil pode “adoecer” em termos psíquicos para fazer frente ao grande desafio do processo de elaboração da perda da capacidade que acreditava ter, e com a qual se identificava. Existe, alerta a autora, o risco de que esse processo não seja apenas momentâneo, podendo o sujeito ficar aprisionado na situação, tornando a infertilidade uma situação cada vez mais traumática e conflituosa.

*Esposa 2(f22): Essa é minha visão... dá pra se viver assim, sem filhos... porque até então a gente não sabe como é, a gente vai continuar naquele ritmo, a gente não vai conquistar isso que a gente está querendo mas vai conquistar outras coisas.*

*Marido 2(f23): Eu não sei o que vai acontecer. Eu gosto de desafios, eu gosto de coisas novas. Vai que não dê certo e a gente não consiga o filho da gente, vai ser muito complicado para mim... ...ela tem a certeza que dá certo sem filhos, eu não tenho essa certeza.*

*Marido 2(f24): É difícil não conseguir as coisas... E se eu não tiver filhos eu vou sofrer o resto da vida, e eu não sou uma pessoa de ficar sofrendo.*

## **Análise do desenho (2)**

Os desenhos do casal 2 expressam a diferença nas representações e imagens mentais associadas ao tema. A esposa (2) se ateu ao desenho de uma criança, com cabelos ao estilo de maria-chiquinha, como comumente se fala, visto geralmente nas meninas. Essa imagem infantil vem ao encontro de sua postura diante dos ataques e agressões do marido perante ao problema da infertilidade. A esposa (2) assumiu em toda a entrevista uma atitude mais passiva, mais conformada, como se estivesse realmente assumindo a culpa por algo mal-feito; no caso, a impossibilidade de engravidar. E, evidentemente, as crianças não possuem capacidade física nem psíquica para tal.

*Esposa 2(f24): Eu pensei em uma menininha... de uns 5 ou 6 anos. Me lembrei das crianças que eu cuido no meu trabalho. Eu gosto muito delas.*

Em contrapartida ao desenho feminino da esposa (2), o marido (2) desenha o corpo de uma mulher altamente libidinosa, com peitos, cintura e genital definidos. Mesmo fazendo poucos comentários a respeito do desenho, destaca que é uma mulher adulta com muito cabelo, o que nos remete a uma imagem mais sensual do que a de uma menina de maria-chiquinha. Após a análise de algumas características do marido (2), podemos supor que esta seria a imagem da mulher que tão onipotente quanto ele seria capaz de dar-lhe filhos, uma vez que várias vezes desprezou qualidades da esposa (2) e cogitou trocá-la por outra mais eficiente. A ausência das extremidades, mãos e pés, reflete em nossa análise a dificuldade de estabelecer um contato humano mais afetivo, o que observamos em toda a sua postura rude em relação à esposa no transcorrer da entrevista.

*Marido 2(f26): Eu não sou nada bom em desenhar.*

*Marido 2(f27): Eu pensei em uma mulher adulta, com muito cabelo... mas não sei desenhar mãos e pés.*

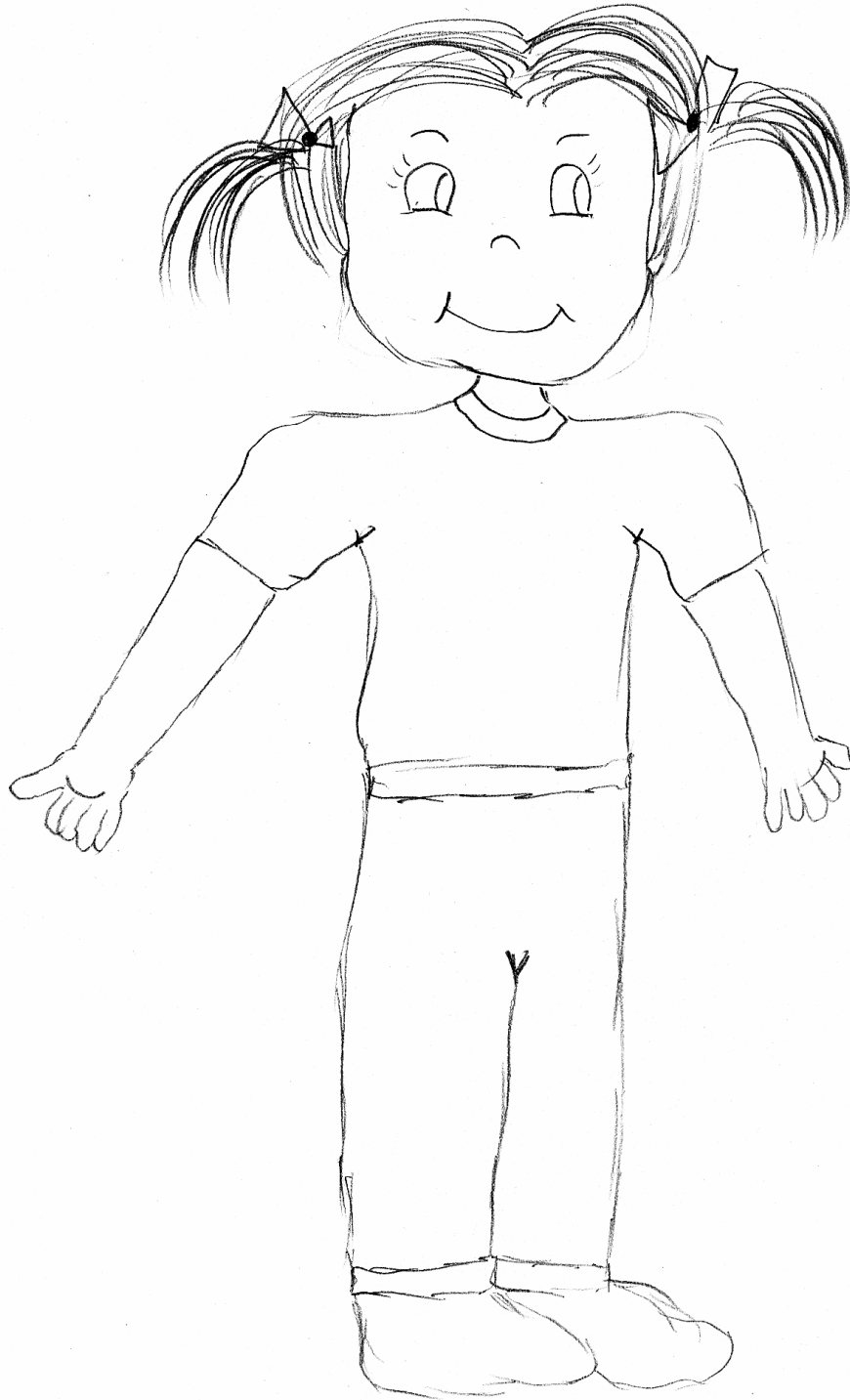
### **Observações da psicóloga**

O clima emocional desta entrevista foi nitidamente tenso. Porém, a despeito da irritação e da postura rude do marido (2) quase todo tempo, percebemos o quanto o espaço oferecido e a minha vontade de compreendê-los puderam trazer um certo alívio das angústias despertadas naquele momento. Após o término do trabalho, agradeceram pela ajuda e decidiram voltar outras vezes. Na verdade, a esposa (2) parecia mais motivada a voltar, enquanto o marido (2) estava curioso para saber informações sobre outras clínicas médicas e novos tratamentos reprodutivos. A diferença com relação ao efeito que a infertilidade estava embutindo na personalidade de ambos era visível, trazendo muito mais angústias e defesas ao marido (2) do que à esposa (2). Foi nítida a percepção de que a união conjugal foi abalada principalmente pela postura do marido (2), seu tom de ameaça em trocar de esposa, e que esta ainda não sabia como reagir. A postura agressiva do marido (2) e a escuta passiva da esposa (2)

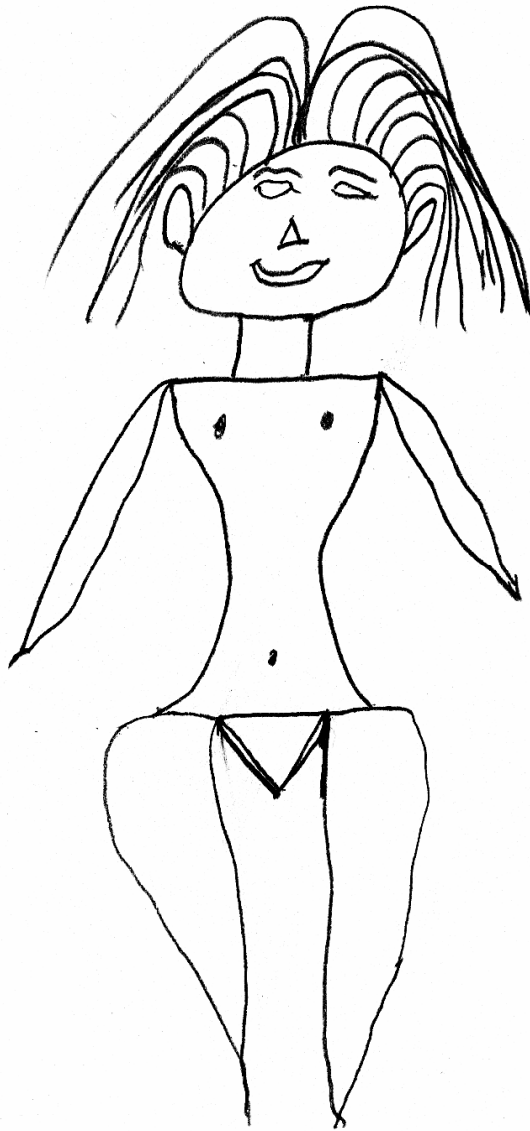


durante a maior parte do tempo parecem caracterizar este casal, e deixam a impressão de que sempre funcionaram em um vínculo como este, ou seja, de que talvez as ameaças do marido não passariam de ameaças.

## Desenho da esposa (2)



## Desenho do marido (2)



### 5.3 Casal 3 - Passa o tempo, o tempo passa...

Logo no início desta entrevista, o casal (3) nos conta o caminho médico percorrido até chegar à instituição em que nos encontramos.

*Marido 3(f2): A gente ficou muito tempo na sombra e na expectativa... a gente ia na consulta falava para a médica que queríamos engravidar e ela ficava perguntando: "você tem certeza, você tem certeza?" Aquilo me irritava de uma forma...*

*Esposa 3(f1): ... Na época, minha médica também me encaminhou para um outro médico que não era especialista em fertilização, e a gente acabou perdendo muito tempo com isso*

*Marido 3(f4): Só que isso em 3 anos... ela não orientava a gente.*

Tal caminho médico percorrido, preenchido por muitas queixas e desconfianças com relação às atitudes médicas, nos leva a pensar que o casal vivia o pressuposto básico da dependência elaborado por Bion (1976), isto é, a convicção que o grupo tem de que alguém possa satisfazer todas as suas necessidades e desejos. Frustrados e decepcionados com a realidade, o casal passou a experimentar angústias do tipo persecutório, vivências que Bion definiu como fazendo parte do pressuposto básico do luta-fuga. Neste estado mental há uma convicção grupal de que existe um inimigo, um objeto mau externo, e a única atividade defensiva diante dele é destruí-lo (ataque) ou evitá-lo (fuga), como neste caso estudado.

*Marido 3(f7): O que a gente gostou mais dele é que... eu sou muito desconfiado e analiso muito. O outro médico explicou tudo e quando chegou na parte financeira a gente achou estranho. A gente queria fazer primeiro a inseminação, depois a fertilização. E o médico foi taxativo... ele disse: "Vocês vão perder dinheiro, se eu fosse vocês... cada dia que passa é um dia a menos... vocês não têm tempo para perder." Eu senti uma coisa muito comercial. Vocês devem fazer a FIV, custa tanto, os remédios custam tanto... vocês compram os remédios... A gente fica sempre na dúvida... Aqui não... aqui a gente resolve tudo aqui. A responsabilidade toda é da clínica. Tem essa facilidade, tem essa parte... não só a facilidade financeira, mas a segurança que tudo isso passou para a gente.*

Sentiram-se frustrados e inseguros a partir do momento em que os médicos que os atenderam não corresponderam às suas expectativas e partem em busca de uma nova instituição onde conseguem viver o pressuposto básico do acasalamento (Bion, 1976). De acordo com este funcionamento mental, existe a crença de que quaisquer que sejam os problemas e necessidades atuais do grupo, um fato futuro ou um ser ainda por nascer, os resolverá. Há uma esperança do tipo messiânico. O importante neste estado mental é a idéia de futuro. A ilusão de um futuro promissor parece deixar o objeto mau distante e minimizar as angústias e as inseguranças.

Muitas dessas inseguranças parecem neste caso ter sido projetadas em desconfianças de um abuso financeiro por parte da instituição, que por fim decidiram trocar. Podemos reconhecer nestas vivências emocionais do casal (3) os três grupos de supostos básicos descritos por Bion (1976). Segundo o autor, dentro de cada grupo de pressuposto básico existem ansiedade, temor, ódio e amor, que apresentam combinações típicas em cada pressuposto. A base emocional de todos eles encontra-se na culpa e na depressão vividas em um grupo dependente; a esperança messiânica, em um grupo de acasalamento; e o desprazer e ódio em um grupo de ataque-fuga.

*Esposa 3 (f8): Eu falei para o médico que queria primeiro tentar a inseminação para ver até minha reação. Ver como eu iria me sentir, se eu iria engordar, etc.... Ele foi muito sincero e falou que a probabilidade seria quase zero, menos de 5 %.*

*Marido 3(f8): Mas ele falou também: “Vamos curtir esse momento, depois a gente vê o que acontece.” Então esse lado mais humano que a gente não vê em outros médicos, a maioria dos médicos vai pela parte financeira. A gente é tratado como um número. Aqui existe um calor humano.*

*Esposa 3(f9): As secretárias são muito legais. Quando eu esperava porque demora muito para ele atender, eu ficava lendo os livros dele e acho que tem uma coisa carinhosa nos livros. Ele é calmo também.*

*Marido 3(f9): Essa calma ele transfere para a gente. Como ela estava numa vida muito agitada... isso foi bom.*

O vínculo favorável entre médico e paciente parece influenciar positivamente no tratamento e na confiança que o casal deposita na equipe. A sinceridade do médico, mesmo quando este não traz boas notícias, e a parte mais

humana da equipe de saúde também influenciam de maneira favorável o vínculo proporcionando um certo alívio das ansiedades e manifestando confiança no tratamento. Chatell (1995) acrescenta que a postura do médico consiste na ocorrência, ínfima, de uma abertura captada ao vivo no diálogo. Para a autora, o saber vivo está na pessoa que fala, como um enigma que o médico deve estar atento para decifrar, com cada mulher, numa linguagem apropriada, sem no entanto mudar a posição da sua especialidade, sem renunciar ao seu campo de competência. A autora ainda pressupõe a hipótese de que quando uma gravidez sobrevém a partir de uma fecundação *in vitro*, acredita-se que algo do desejo do médico ou dos técnicos se articulou ao desejo recalcado dos parceiros, futuros pais, de tal modo que a implantação do embrião funcionou e uma gravidez se desenvolveu, sustentada por significantes até então desarticulados; tal acontecimento teria suspenso a nomeação de “mulher estéril” (Chatell, 1995, p.112).

*Esposa 3(f1): Eu tenho 42 anos, ele tem 46 anos e nós casamos tarde. Nós estamos casados só há 3 anos, então essa questão de ter filhos a gente adiou, nunca pensou ... eu particularmente também nunca pensei muito.*

*Esposa 3(f37): E eu estava com a cabeça em outra coisa. Eu estava com a cabeça no trabalho...*

*Esposa 3(f1):... Moramos juntos 2 anos, e depois quando a gente casou mesmo no papel a gente resolveu: vamos parar de evitar, vamos ter um bebê. Aí a gente achou que iria engravidar rapidamente, mas nós ficamos 3 anos quase sem evitar e não engravidava naturalmente.*

Analisando alguns aspectos individuais dos parceiros do casal (3), a primeira fala da esposa (3) destaca a idéia de que a gravidez viria prontamente em resposta ao desejo. Malgrado ter um alto grau de instrução, chama a atenção que em nenhum momento a esposa (3) comentou que havia lido ou ouvido falar sobre a diminuição da fecundidade com o passar do tempo. A idade da esposa (3)

dirige-se a uma conhecida crise vital: a aproximação dos quarenta anos na mulher apresenta algumas características que a especificam. Mais do que uma perda dos encantos joviais femininos, a idade marca um limite temporal para a maternidade. Mesmo que atualmente em outros países algumas mulheres de cinquenta e até sessenta anos estejam sendo inseminadas— tema de muitas controvérsias— o início do término do período ovulatório gera profundas angústias na mulher, sobretudo na que ainda não concebeu. No entender de Bastos (1995), o envelhecimento para a mulher significa a sua incapacidade de gerar filhos, não se tratando aqui apenas de uma temporalidade psíquica, mas de como a temporalidade cronológica – do real do corpo –serve de suporte para essa outra. Além do envelhecimento, uma outra questão se apresenta: o desejo de ter filhos e a marca dos quarenta anos apontando para a próxima impossibilidade de realizá-lo precipita, em algumas mulheres, aquilo que durante anos foi possível driblar de certa maneira: a sua identidade sexuada. A castração de algum modo evitada até então, ressurgem poderosa nesta castração biológica.

*Esposa 3(f6)... Pela primeira vez na minha vida eu fui demitida, fiquei desempregada. Eu sempre trabalhei, mas em todas as empresas que eu trabalhei eu sempre fiz a opção em sair.*

*Esposa 3(f11): Já me fizeram até duas propostas que eu até queria aceitar. Mas agora eu queria me concentrar só na gravidez.*

*Esposa 3 (f35): A gente não quer amanhã, depois, falar que a gente não tentou. Ficamos deixando o barco rolar, não fizemos nada e não deu certo. Aí, nem que a gente queira não vai dar certo. Vamos fazer até o nosso limite máximo e depois a gente vê se vai dar certo.*

A realidade que a esposa (3) estava tentando enfrentar com relação à dificuldade de engravidar, em função de ter postergado a maternidade para dedicar-se à vida profissional, parece despertar angústias e o medo de perder a chance de ter filhos. Parece existir uma fantasia de que controlando, ou como dito na entrevista, se “concentrando” na idéia da gravidez, ela poderia ter mais sucesso, uma vez que foi esta dedicação física e mental exclusiva ao trabalho que a levou ao sucesso profissional.

*Esposa 3(f6): ... Eu acho que eu queria mudar de vida, queria mudar meu ritmo mas não tinha coragem. Até porque a gente tem uma estabilidade, tinha uma carreira, salário e na minha idade... no mercado de trabalho isso vai ficando complicado... e aí no começo desse ano aconteceu isso, e no fundo no fundo eu acho que eu queria um empurrãozinho para que eu parasse aquela correria, aquela maratona.*

*Marido 3(f10): É, o pessoal da firma ainda liga para ela. Não fala sobre trabalho, mas liga várias vezes. Ai, ela fica balançada.*

*Marido 3 (f42): Ah! Temos que tentar. Pode até ser que de repente ela engravide mais tarde. Mas temos que fazer a nossa parte, que está no nosso momento. No nosso tempo, com as nossas metas. Sei lá se está errado. A gente discute isso também. Tem que fazer, vamos lá! Será? Será? Não sei o amanhã.*

Ela decidiu então se dedicar ao projeto da gravidez, vendo a demissão como um “empurrãozinho”. A decisão clara e objetiva do casal em ter filhos e a procura por tratamentos reprodutivos não anulam, como podemos ver, os sentimentos ambivalentes entre o querer e o não querer, muito típicos da mulher com relação à maternidade. O comportamento até ingênuo de mulheres bem informadas com relação aos efeitos da passagem do tempo na fecundidade também foram relatados por Morris (1997) como manifestações desta ambivalência.

Outros autores, por exemplo Tort (2001) e Chatell (1995), também estudaram a problemática da infertilidade no que diz respeito à ambigüidade do controle feminino sobre a reprodução. Para entender este paradoxo os autores nos lembram que apesar de um grande emprego de contraceptivos e de um alto grau de informação, não houve uma redução notável no número de abortos voluntários, tratando-se de outra coisa além da decisão de ter ou não ter filhos (Tort, 2001, p.177). Controlar o desejo é um objetivo amplamente compartilhado entre homens e mulheres. Com a tecnologia reprodutiva se pode perfeitamente satisfazer a uma demanda explícita e consciente por filho, utilizando-se operações apropriadas, mas continua de pé a questão de saber que desejo é aí enunciado.



*Esposa 3(f8): É, porque eu nunca tinha tomado hormônio na minha vida. Eu tinha um receio com hormônio porque minha mãe teve câncer no seio mas já fazem 15 anos, hoje ela está bem. Mas o médico proibiu ela veementemente de tomar hormônio e ela passou a menopausa a seco. Eu sempre tive muito medo de mexer com meu corpo e principalmente tomar hormônio.*

A ambivalência também pode ser observada pela atmosfera de insegurança e desconfiança com relação aos efeitos que um tratamento reprodutivo poderia trazer no caso da esposa (3). Esta fez uma associação do tratamento para ter filhos com a idéia de causar danos à sua saúde. Uma vez que o tratamento para ter filhos envolve uma manipulação hormonal, que também pode ser administrada em alguns casos de pacientes na menopausa— fase de que a esposa (3) também se aproxima—, faz com que esta automaticamente associe a prejuízos à sua saúde. Observamos neste relato a manifestação de fantasias destrutivas, o medo de perder a integridade física e, por conseguinte, psíquica. Segundo Furtado (2001), existem momentos dos ciclos biológicos, como a menarca, a gravidez e a menopausa, em que há uma regressão que facilitaria a emergência de medos arcaicos. A fantasia de um bebê que poderá “destruir” ou “danificar” o corpo materno, um crescimento maligno para a mãe, também foram encontrados no estudo de mulheres inférteis realizados por Morris (1997).

*Esposa 3(f21): ... Não queremos adiar mais pois já adiamos bastante. Mas queremos constituir uma família. Outro dia eu estava pensando nisso, todos os nossos amigos têm filhos já. Até amigos de colégio já têm filhos, adolescentes já. Então a vida foi diferente para a gente. Eu acho interessante também ter filhos mais velhos.*

*Marido 3(f21): Eu acho que a gente já teve uma experiência de vida, não fico pensando em limites, se ultrapassamos ou não. Todo mundo fica perguntando e falando se eu vou ser avô do meu filho. Eu não vou ser avô, vou ser um pai mais experiente.*

*Marido 3(f27) ... Nós estamos preparados para essa experiência. Nós temos o mesmo jeito de pensar sobre a educação, sobre a parte financeira. Nós pensamos muito parecidos, temos o pé no chão, discutimos, como casal normal...*

Lidar com a situação da infertilidade, com a angústia que a falta de filhos desperta, faz com que o casal (3) experimente sentimentos de inveja e desconforto, principalmente quando se comparam com a realidade de amigos e parentes, como a própria irmã da esposa (3), que até já possuem filhos adolescentes. Diante desta

realidade sentem-se desprovidos, diferentes e tentam minimizar as angústias que a fantasia da castração e da diferença provoca. As defesas psíquicas para a angústia da falta permitem que o casal menospreze os efeitos da idade sobre a reprodução, valorizando constantemente o casamento que mantêm, mostrando quanto também possuem coisas boas entre eles. Esposa 3 (f30): Então para a família dele essa coisa de casar e ter filhos é uma coisa mais normal... e é normal a pessoa almejar isso. Na minha família é diferente. Eu nem pensava em casar, foi ao acaso que eu conheci ele, e no dia que a gente decidiu casar no papel, nossa!!!! ... Minha irmã não é casada no papel, é amigada... eu sou advogada, né? Então, como advogada... quis oficializar nossa relação... Então por isso para a minha família é muito estranho a gente planejar as coisas. Planejar casar, fazer uma festa, mesmo que fosse uma coisa simples, a gente queria uma festa.

*Esposa 3(f29): ... minha irmã tem dois filhos, ela é mais velha que eu. A primeira gravidez dela foi por acaso e a segunda eles também não estavam esperando. Mas não foi algo planejado, foi tudo ao acaso. Mas pelo fato da minha mãe ser divorciada, diferente da família dele, que é toda certinha, a mãe dele é viúva...*

A decisão do casal (3) em casar oficialmente, planejar e estruturar uma festa com direito a lua-de-mel, chama a atenção, pois as diferenças familiares foram acentuadas no discurso da esposa (3). Essa necessidade de planejamento, de organização, visto que buscou vínculos jurídicos com o marido antes de pensar na gravidez, poderia ofuscar um sentimento de insegurança e o medo do abandono, da perda do amor do marido (3). Depois de tantos comportamentos ditos corretos socialmente, o casal (3) não foi agraciado com a vinda de um bebê, como poderia esperar, gerando mais sofrimento.

Tubert (1996), psicanalista francesa e estudiosa da problemática na medicina reprodutiva, diz que a maternidade e a paternidade também são responsáveis por uma inscrição dos futuros pais na ordem simbólica da família. De acordo com a autora, a geração de uma criança não corresponde tão-somente à atividade de um homem e uma mulher: o casal é condição necessária, mas não suficiente da procriação, que supõe uma união com os antepassados que se prolongam na criança. Deste modo, o que se evidencia na maternidade não é

meramente uma relação privilegiada da mulher com o real através da gestação que acontece em seu corpo, mas também, e ao mesmo tempo, sua inscrição como mãe numa ordem simbólica, familiar.

*Esposa 3(f22): ... Outro dia eu até fiquei brava e disse que eles (mãe e irmã) não estavam me dando força. Eu sei que não é por mal, é preocupação. Será que está destinado a você ser mãe? Minha mãe também é espírita e acredita muito nesse lado espiritual. E se não for para acontecer mesmo?... mas eu quis dar uma forcinha...*

*Esposa 3(f23): O doutor falou: "Olha está tudo bem por aqui." Aí eu disse: agora é só Deus, né? Ele falou: "É isso aí." A gente está fazendo tudo que pode, mas a parte espiritual a gente não controla.*

A esposa (3) está indignada com a postura de sua mãe e irmã, pelas quais não se sente apoiada e cuidada devidamente. Diante destas vivências emocionais ela cria novas defesas, apegando-se à religiosidade como uma ilusão de que somente uma força superior teria o controle sobre a solução do problema da infertilidade. De conformidade com a teoria kleiniana, a situação de ser frustrado dá origem a maus sentimentos, vivenciados como um objeto persecutório. O aniquilamento deste objeto e da ansiedade persecutória também está ligado à idealização (Klein, 1946).

*Marido 3(f26): No nosso caso é assim: nós dois queremos, nós dois estamos juntos.*

*Esposa 3(f26): É, a gente tem bastante afinidades...Esposa 3(f40): É, ele é muito otimista. Ele me ajuda.*

*Marido 3(f36): É, eu estou sempre aqui, todo ultra-som, exame, isso é minha prioridade... ela é minha prioridade...*

O comprometimento de ambos não somente com o projeto de ter filhos, mas com o futuro de sua união fez com que o vínculo ficasse preservado. Isto permite supor que independentemente dos conflitos pessoais de cada membro do casal (3), eles foram capazes de agir e pensar como uma unidade e tolerar conjuntamente as ansiedades e angústias desencadeadas pelas dificuldades em começar uma família. Este fato reforça nossa observação de que apesar de todo sofrimento que a situação da infertilidade embute, é possível passar por um

problema dessa complexidade sem no entanto fragilizar o vínculo conjugal. O reconhecimento por parte do marido (3) do desgaste físico e emocional de alguns passos do tratamento reprodutivo facilitou a comunicação e o entendimento entre eles.

*Esposa 3(f20): A minha mãe e a minha irmã moram no interior. A gente já está construindo lá, nossa casa está saindo lá. É um passo muito sério...*

*Marido 3(f20): Mas a gente vai batalhar para isso. Isso é prioridade para a gente, vamos ter que nos adaptar a um monte de coisas. Principalmente porque eu sou autônomo, e as coisas são diferentes no interior.*

Ao manterem o vínculo conjugal preservado e conseguirem ter outros projetos em comum que não só a gravidez, o casal fala sobre seus planos para o futuro. Na visão de Puget e Berenstein (1993), o modelo paradigmático de projeto futuro de um casal passa pela criação de filhos, reais ou simbólicos. Porém, este projeto vital tem como característica a passagem permanente à cotidianidade, o que leva o casal a formular novos projetos. Neste momento no qual podem surgir crises de angústia, emoções depressivas, e outras dificuldades conseqüentemente à sua realização, ao perder-se uma representação de futuro. No caso estudado é possível observar que o casal conseguiu criar novos projetos, parecendo estar tentando lidar com a situação da infertilidade de forma a preservar o vínculo conjugal.

*Marido 3(f47): É, o emocional desse tratamento precisa ser muito bem trabalhado. Por exemplo, a gente tem trabalhado muito juntos o emocional. Quem não consegue isso é que vem falar com você. É a nossa forma de lidar, a gente acha que desde o começo a gente conseguiu trabalhar essa parte psicológica.*

*Marido 3(f49): Se não der certo, vamos viajar...*

A participação do psicólogo nas equipes de reprodução assistida é um fato bastante comum atualmente nas clínicas especializadas. Porém, o seu papel é alvo das projeções e das representações mentais que os médicos e pacientes fazem a seu respeito. Não obstante o tratamento psicológico ser considerado uma ferramenta valiosa para auxiliar os casais nos tratamentos reprodutivos, a recusa e

a resistência em receber este tipo de ajuda é comum (Gasparini, 2004). Ao analisar este tema, Chatell (1995) diz que o psicólogo, quando se presta a colaborar, renuncia a escutar as palavras que somente remetem ao sintoma, ao orgânico. Seu trabalho direto supõe uma ruptura (mesmo invisível) com a lógica médica. Tal ruptura, no entender da autora, não pode ser suave, pois necessita romper a cumplicidade com uma onipotência que chega a infantilizar os casais. Quando a criança não vem por si só, pensa-se na infertilidade e dirige-se à medicina para “resolver” essa decepção. O sentimento de fracasso dado pela infertilidade pode então se transformar em sucesso, com o triunfante auxílio da medicina. As pessoas voltam para a medicina “onipotente” para tratar da falta de filhos: a demanda é dirigida ao médico para que ele repare um defeito de que se sofre. Somente aqueles que se encontram “desajustados” nesse enredo é que deveriam solicitar o psicólogo, como expresso nas falas do casal (3). A negação do sofrimento que a falta de filhos gera é comum, assim como as defesas que incidem para lidar com esta realidade – como a fuga para um lugar livre de preocupações. O casal (3) fala em viajar, a ilusão do futuro... para quê? Para esquecer e deixar o tempo passar. Passa o tempo, o tempo passa...

### **Análise do desenho (3)**

As pessoas parecem ter sido “pegas de surpresa” com o pedido do desenho. Como não estavam “preparadas” para a tarefa, suas primeiras falas foram quase todas para saber da psicóloga o que estava certo ou errado e o que podia ou não ser feito, em uma tentativa de se organizarem mentalmente para o desconhecido. Trocaram olhares e comentários durante todo o tempo em que desenhavam, julgando qual desenho estava melhor ou pior. Espiavam o desenho um do outro e suas falas tinham um certo tom de desconforto.

*Marido 3(f52): Um corpo? Com cabeça, sem cabeça?*

*Marido 3(f53): Ai, ai, eu não sei desenhar... não sei desenhar...*

*Esposa 3(f43): Pode ser vestido? Eu só sei fazer bonequinhos...*

*Marido 3(f55): Olha que coisa feia!!!*

*Esposa 3(f44): Qualquer coisa vai ser melhor que isso.*

*Esposa 3(f46): Olha o meu!*

*Marido 3(f59): Que graça, que meiguinho!!!! (rindo)*

O marido foi o primeiro a entregar o desenho. Reafirmou durante sua execução quanto não sabia fazer um corpo e que qualquer outro desenho seria melhor que o dele. Seu desenho de um homem apresentava traços definidos, tórax e pernas bem torneadas, demonstrando uma certa rigidez muscular. Não apresentava cabeça, nem pés e mãos, ou seja, as extremidades de sustentação para o corpo. Quando questionado sobre seus pensamentos a respeito deste homem, disse que não sabia fazer de outra forma e que não havia pensado em nada. Podemos perceber que a principal idéia do marido é a representação do homem forte, valente, que enfrenta todas as dificuldades sem pausa para pensar ou se emocionar. Pensamos ser esta a representação do homem que se formou baseada em sua história, uma vez que foi expulso de casa pelo pai, à revelia da mãe, vivendo por muitos anos em um colégio interno. Disse na entrevista que teve que aprender a viver da forma que foi possível, tentando não se emocionar.

*Marido 3(f57): Nada, não pensei não. Eu não sei desenhar... eu fui pondo o que eu achava que sabia mais ou menos. Não sei fazer outra coisa.*

*Marido 3(f56): Um corpo, sei lá se é um corpo. É isso.*

A esposa inicialmente pediu para fazer algo diferente do que foi pedido. Em lugar de um corpo desenhou um casal, lembrando, no entanto muito mais duas crianças de mãos dadas do que um homem e uma mulher. Quando questionada sobre seus pensamentos em relação ao desenho, disse que quis desenhá-los, ela e o marido, e associou esta imagem à idéia dos recados que deixa

para sua mãe quando ficam hospedados em sua casa. Percebemos que a esposa deseja mostrar a união, o vínculo, quanto isso é importante para ela e quanto a imagem da mulher está associada ao casal. Em nossa análise, a esposa (3) parece querer demonstrar, não só para sua mãe, como para si mesma, como ela e o marido formam um lindo casal, providos de muito “amor” (interpretado através do seu coração). A imagem de um bom casal, que se ama, parece servir como uma defesa para o sofrimento que a dificuldade em ter filhos provoca, minimizando o sentimento de impotência e a ferida narcísica.

*Esposa 3(f47): Eu quis colocar até o coração, eu pensei em você. Você fez certo, mas eu não fiz, eu extrapolei, coloquei roupa. É que toda vez que a gente vai na casa da minha mãe a gente deixa um recadinho pendurado na geladeira, com uns bonequinhos.*

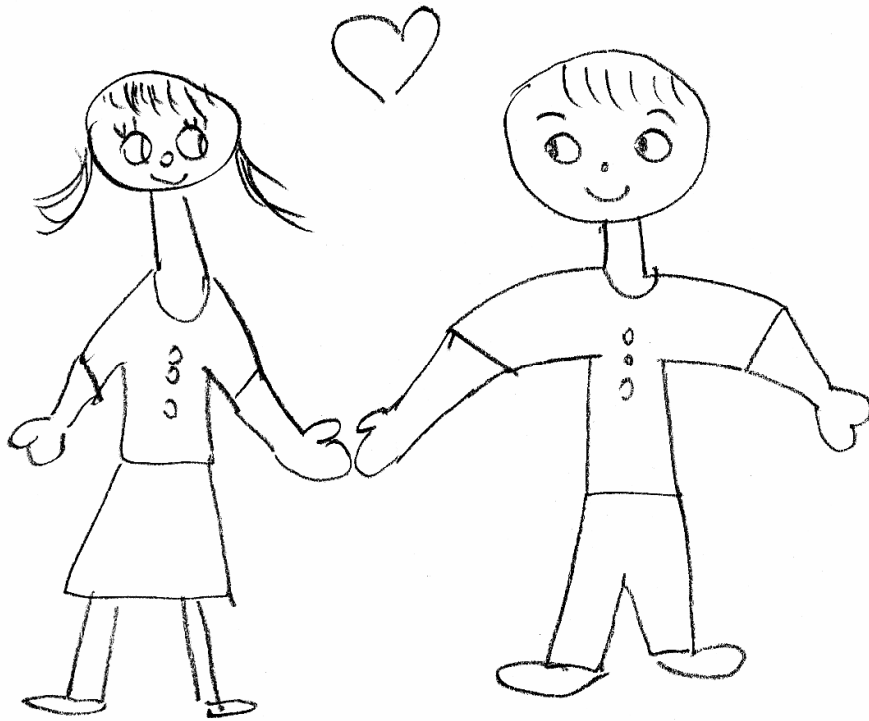
### **Observações da psicóloga**

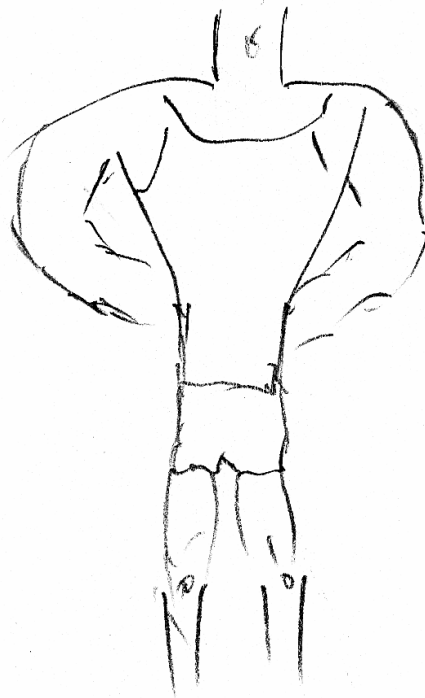
A entrevista do casal 3 teve um clima mais “leve” que as demais e a hora passou depressa, em um conversa que parecia muito afinada entre o casal. O casal falou sorrindo por quase todo o tempo e em nenhum momento o clima ou o tom de voz dos participantes ficou mais tenso ou mais grave. A impressão que tivemos era de que o casal queria passar a idéia de que ambos estavam bem, viviam bem e se ajudavam mutuamente de uma forma magistral. Seriam o exemplo de como um casal “afinado” viveria com tranqüilidade a situação da infertilidade. Porém, relendo a entrevista inúmeras vezes para esta análise, começamos a perceber quanto fugiram do tema toda vez que algum sentimento com relação ao problema vinha à tona. Nesses momentos “preenchem” o tempo com histórias familiares, detalhes da convivência entre eles, enfim, algo que pudesse desviar o assunto. Até que no final nossa impressão se confirmou quando relataram a idéia de que somente casais com problemas deveriam vir ali falar com o psicólogo. Pensamos que assim levaram o problema da infertilidade: um querer

mais um não querer ter filhos, e o tempo da vida vai passando, assim como o tempo do nosso encontro, sem que algo efetivamente seja dito ou feito para solucionar o desejo manifesto de ter filhos.



## Desenho da esposa (3)



**Desenho do marido (3)**

## 5.4 Casal 4 - Sangue do meu sangue

Logo que descobriram o problema do marido (4), azoospermia– ausência de espermatozóides– o casal iniciou os tratamentos reprodutivos em clínicas especializadas.

*Esposa 4(f3)...Nós colocávamos embriões no começo com o material genético dele, mas depois com doador. Depois começamos a ter problemas... quer dizer... ele começou a ter problemas com relação a usar material genético de outra pessoa, houve uma certa resistência da nossa parte, quer dizer, mais resistência da parte dele em usar outro produto que não o nosso.*

*Marido 4(f5): O problema é o seguinte... o que se resume... é a aceitação da minha parte, ela aceitou a questão da doação dos espermatozóides... mas o que está pegando, pelo menos da minha parte é que existe uma barreira psicológica, estou em dúvida, existe um tabu na minha cabeça.*

Apesar de ter descoberto o problema da infertilidade há mais de seis anos, até hoje o marido (4) encontra dificuldades para lidar com a aceitação desta limitação. Naquela época foi sugerido que fizessem algumas tentativas utilizando os espermatozóides do marido (4), mesmo sabendo que as chances de gravidez seriam quase nulas. Passada essa etapa, acabaram aceitando o fato de que somente com espermatozóides doados teriam possibilidades de sucesso no tratamento. Podemos dizer que neste momento alguns dos problemas deste casal se intensificaram. O marido (4) não aceita o fato de ser infértil e a necessidade de usar um outro material genético que não seja o seu para ter um filho, expondo algumas questões conflituosas de sua dinâmica pessoal e gerando desacordos entre o casal. Ao mesmo tempo em que desejam ter filhos, e se cobram para tal, não conseguem aceitar ajuda vinda de outro homem (doador).

*Marido 4(f14): Eu me conhecendo acho que não seria bem completo. Acho que seria como se eu estivesse maquiando uma situação. Está sendo meu filho, mas eu precisei dar um empurrãozinho. Como se alguém tivesse passado no vestibular mas tivesse comprado a vaga na faculdade. Estou lá, mas precisei comprar a vaga. Isso me deixaria muito frustrado. Acho, pensando hoje. Talvez com o decorrer do tempo poderia mudar, mas esse é*

*o meu receio. Aí, com o óvulo e o espermatozóide doado, nem um nem outro. Mas, não sei. Estou pensando no meu lado. Não seria fácil.*

*Marido 4(f12): Eu falei que teria que pensar... o meu receio é que todo mundo fala mas ninguém garante. Todo mundo fala que depois que ficar grávida, que nascer a criança, você vai esquecer essa história, você jamais vai lembrar que foi fruto de um outro espermatozóide. Eu não sei, eu sou uma pessoa muito honesta comigo mesmo. Eu não sei se eu vou esquecer. Me preocupa...*

A infertilidade parece despertar no marido (4) o sentimento de ser desapropriado, incapacitado, aumentando o seu sentimento de inferioridade. Precisar de um doador para ter filhos significaria admitir sua incapacidade orgânica para gerar descendentes com sua carga biológica, o que incrementaria seus conflitos narcísicos e a angústia da castração. Conforme já observado no casal 2, e de acordo com Freud (1925), a angústia da castração é suscitada pela ameaça e o medo que o menino sente da perda do pênis, em resposta aos seus desejos sexuais. Ao perceber a diferença anatômica dos sexos, o menino confirma seus temores de castração por um pai onipotente. De acordo com nossa análise, estas fantasias e angústias seriam novamente reavivadas inconscientemente quando o homem tiver que lidar com o fato do ser infértil, não ser capaz de procriar, pois o órgão sexual não “funciona” adequadamente.

O conflito vivido essencialmente pelo marido (4) se expressa pela dualidade entre o desejo de ter filhos e não poder tê-los da maneira que gostaria. O marido (4) tem dúvidas e se sente inseguro quanto à sua capacidade de lidar com os sentimentos que a infertilidade desperta e que o nascimento de um filho faria com que se lembrasse constantemente.

*Marido 4(f13): Isso não. Mas o meu sentimento de família, meu sangue italiano, é meu sangue, você não pode ver ninguém mexendo com os seus (família). Eu não sei como ficaria... será que eu teria o mesmo sentimento? Esse sempre foi o meu receio. Eu nunca fui muito bem resolvido com relação a isso, não sei como seria.*

*Marido 4(f14) ... Como se alguém tivesse passado no vestibular mas tivesse comprado a vaga na faculdade. Estou lá, mas precisei comprar a vaga. Isso me deixaria muito frustrado. Acho, pensando hoje.*

*Marido 4(f25): É aquela história, para mim parece que nós vamos comprar um filho. Tem que ser algo bem pensado...*

Ao sentir que está comprando um filho, ou passando em um teste de forma desonrosa e ilegítima, pensamos que uma questão bastante importante apresenta ao marido (4): a legitimidade de sua cria e o abalo que um bebê de proveta irá provocar na sua função paterna futura. Uma criança concebida por inseminação artificial ignora o nome de seu genitor (carga genética), mas seria por isso “ilegítima”? This (1987), psicanalista francês, em sua obra *O Pai: ato de nascimento*, discute vastamente a idéia de como o genitor se transforma em pai, ou não. Para This, o pai não é o genitor, implicado na “reprodução”. O pai “dá à luz” de múltiplas maneiras, a luz aparecendo aqui como a “manifestação de sua presença”!

Fugir do imperativo categórico de transmitir seus genes não é fácil. Os biólogos afirmam que o animal não vive para si mesmo: só os genes são imortais e fornecem continuidade primordial de geração a geração. Neste sentido, cada indivíduo seria apenas um portador efêmero de genes, programado para pôr outros em circulação. Mas no momento da concepção, isto é, quando a célula gameta masculina encontra a célula feminina, os núcleos se fusionam e um novo programa genético aparece.

Seria falso dizer, segundo This (1987), que um organismo se reproduz, porquanto o ser concebido nunca é a cópia de um genitor e de uma genitora: é um ser novo, diferente daquele que engendraram. O homem não carrega a criança em seu ventre (castração primária), e é por esta mesma razão que ele pode simbolicamente nomear a criança, cortando toda a relação fusional imaginária entre mãe e filho. O genitor não é o pai simbólico. Um irá prover o líquido seminal e o outro dará um nome, uma palavra responsável: reconhece o filho como sujeito de um desejo, mais do que objeto de fabricação.

O marido (4) parece tão envolvido nos conflitos da aceitação do problema da fertilidade que não consegue ver a possibilidade de criar um filho e de poder

ser o provedor de outra forma que não a genética. Neste momento também podemos ressaltar o peso das questões culturais que acabam valorizando mais ou menos a fertilidade do homem. No caso do marido (4), cujos laços sanguíneos provêm de uma cultura italiana, observamos a valorização do sexo masculino e da possibilidade de ele procriar, ter descendentes. Os complexos e imagos familiares também fazem parte de um dos organizadores psíquicos descritos por Kaës (1977). Esta imago, fala o autor, funcionaria como uma representação inconsciente que organiza pensamentos e imagens. Laplanche e Pontalis (1991) pontuam que a imago corresponde a um protótipo inconsciente de personagens que orientam de maneira eletiva o modo com que o sujeito capta o próximo, que se elabora a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasmáticas com o meio familiar. Conforme elucida Kaës, o grupo (e o casal) está representado através das relações constituídas dentro do grupo primário que é a família. O grupo e o casal mobilizam o princípio da repetição das relações infantis; sua estrutura libidinal é a causa das identificações e seu processo está regido pela natureza dos conflitos e angústias vividos e elaborados no grupo familiar. O marido (4) teme a entrada de um “intruso” (doador) neste relacionamento, e que em sua fantasia irá engravidar a sua mulher. Para o marido (4), em fantasia, sua mulher irá ter um filho de outro homem, que não terá o seu sangue, e conseqüentemente, em fantasia, poderá se transformar em um rival, nos levando a compreender as suas fantasias de desconfiança quanto a possibilidade de amar o filho fruto deste tratamento.

*Esposa 4(f10):... A questão tempo é muito importante para mim, eu estou chegando nos 39 anos. Quando o tratamento termina eu sempre pergunto quando a gente vai começar outro. Acho que nós não estamos no mesmo timing. Eu sinto que eu preciso correr contra o tempo e ele quer fazer uma coisa mais no tempo dele.*

*Esposa 4(f9): ... Mas o que eu me surpreendi é que eu vi que eu tive um certo alívio em não engravidar, em função do espermatozóide ser doado. Em contrapartida, eu morro de medo de engravidar. Eu acho que esses nove meses se eu engravidar eu não vou ter sossego. Eu sou muito medrosa. Eu vou morrer de medo de perder esse bebê. Se eu for no banheiro... eu acho que a responsabilidade que recai... acho que naturalmente eu não consiga engravidar. Será que eu não consigo engravidar por medo?*

Interessante notar que estas questões do que é certo e errado, legítimo ou não, todo o julgamento de valores e cuidado para que a ordem e a lei sejam cumpridas fazem parte da rotina diária do marido (4) à frente de seu trabalho de advocacia. Enquanto o marido (4) vive seu conflito pessoal com relação à aceitação do problema, descoberto há mais de 6 anos, a esposa (4) se vê às voltas com um intenso desejo de ter filhos, uma disposição para realizar outros tratamentos e a pressão interna mobilizada pela questão idade: a crise dos 40 anos descrita na análise anterior. O medo de ser devorada pelo tempo, que agora realmente traz implicações na saúde reprodutiva, faz com que a esposa (4) entre em contato com a ambivalência dos seus sentimentos com relação ao seu desejo de ter filhos, percebendo que poderia ter contribuído mesmo que de forma inconsciente para a demora em fazer novos tratamentos.

*Marido 4(f6): Não é bem assim... a gente vai desestimulando depois das tentativas que não vão dando certo. Mas existe um outro detalhe... existe uma necessidade que eu não sou adepto mas ela é, que é de dar satisfação para a sociedade. O porquê a gente não pode ter filhos... por que todo mundo pergunta... nossa, vocês estão casados há nove anos e não têm filhos... fica todo mundo cobrando. Agora até pararam de cobrar...*

*Esposa 4(f7): É que eu sempre assumo, falo que estou trabalhando muito...*

*Marido 4(f7): É, mas o pessoal não é bobo... sabe. Eu vejo nela uma necessidade enorme ter que dar satisfação..*

*Esposa 4(f8): Mentir ...*

O vínculo conjugal parece estar bastante comprometido entre os membros do casal (4). A comunicação é nitidamente marcada por mal-entendidos que se acentuaram após as tentativas para engravidar. Quanto mais pressão a esposa (4) faz sobre o marido (4) mais este se sente impotente e envolvido pelos seus conflitos. Um aspecto vital é o registro da imposição definitiva a partir da cultura, para o casal, de se transformar em família, assumindo um mandato de ter filhos. Poderíamos supor que a realização de tal projeto, neste caso, para este casal

especificamente, parece provir mais de uma mandato cultural do que de uma criação vincular, o que aumenta a sua qualidade persecutória.

*Esposa 4(f13): Mas, eu preciso falar uma coisa. Nem tudo é tão tranqüilo assim. A gente não conversa normalmente dessa forma. Falando de verdade: a gente ofende muito um ao outro. Muito do respeito da nossa relação ficou abalado depois que tudo isso começou. Eu o acuso muito de egoísmo.*

*Esposa 4(f14) Eu fiz uma seleção(doadores de sêmen) e escolhi para ele. Mas deu uma briga homérica, como nunca nós tivemos antes. Eu até peguei uma injeção na mão e falei que iria jogar fora. Foi uma briga agressiva, marcante, e nós queríamos sair de casa. Ficamos no outro dia sem nos falar, sem nos olhar na cara, mas eu tinha que vir aqui no dia seguinte. Tudo era muito pesado.*

*Esposa 4(f17): Ele diz que a gente briga muito, que a gente não está preparado. Mas a gente briga muito porque a gente não tem filhos.*

O tipo de dinâmica conjugal observada no casal (4) é originado a partir de um vínculo conjugal do tipo *adesivo ou narcisista dual*, segundo Puget e Berenstein (1993). Neste vínculo predominam fantasias e emoções relacionadas com o medo de ficar isolado diante da ameaça de separação ou perda do outro. Aparece como uma estrutura em que os egos se sentem submergidos na solidão objetal, de que se defendem criando um vínculo dual. Toda separação é registrada como falta de contato, despertando vivências de desespero registradas como inexistência, ficando à mercê de um mundo interno hostil. Para evitar esse tipo de desenlace, recorre-se à censura ou a algum outro tipo de atuação que tenda a assegurar a permanência de um vínculo adesivo.

O relacionamento parece ter ficado comprometido com o passar dos anos e das tentativas sucessivas de tratamento reprodutivo. O máximo deste conflito parece ter se refletido em uma briga e em um descontrole do casal diante da nova possibilidade de iniciar um dos tratamentos. O marido (4), já bastante pressionado pela esposa (4), não consegue conter seus sentimentos e se descontrola partindo para atos mais agressivos. Não consegue participar do tratamento, e quando a esposa (4) decide escolher o doador do sêmen, sente-se profundamente ferido e excluído desse vínculo, intensificando os conflitos da relação conjugal.



Conforme discutido anteriormente em nossas análises, o casal, ao ativar reciprocamente o mundo das relações objetais internas, reativa também relações objetais primitivas. Se o casal não for capaz de lidar com esse fenômeno regressivo, vai haver um sério sofrimento na relação, com dificuldade para ambos experimentarem um relacionamento emocional maduro (Fagundes, 1994, p.71). Uma destas relações objetais primitivas, citada por Fagundes, psicanalista e psicoterapeuta de casal, é a vivência da “ilusão de fusão”, que se não for devidamente tratada fará irromper a regressão do relacionamento para um estado primitivo, do tipo narcísico. O autor assinala que a ilusão de fusão, como fantasia inconsciente, poderá gerar distorções na percepção um do outro, levando ambos a uma relação afetivamente pobre, sem capacidade de contenção da possessividade, inveja e ciúme; sem capacidade de empatia, doação e amor. Assim sendo, um vai se utilizar do outro, sobretudo para descarga de sua destrutividade e de seus conflitos edipianos e pré-edipianos.

#### **Análise do desenho (4)**

O casal (4) aceitou prontamente a realização do desenho. O marido (4), o primeiro a terminar, logo entregou e disse que havia pensado em uma “menininha”, enquanto a esposa (4) desenhou uma mulher adulta, com formas bem delineadas e um chão em que se apoiava.

Podemos perceber algumas diferenças: a esposa (4) projeta a imagem de uma mulher mais madura, mais feminina e menos vulnerável do que a menina desenhada pelo marido (4). As características do seu desenho condizem com algumas de suas posturas apresentadas durante a entrevista.

*Esposa 4(f40): Eu pensei em uma mulher mais velha.... mais moça.*

*Psicóloga (f18): O que mais?*

*Esposa 4(f41): Eu quis desenhar um chão, ou melhor, um tapete bem macio para ela ficar em cima. Só isso.*

Em contraste com a mulher desenhada pela esposa (4), pensamos que o marido apresenta em seu desenho características mais infantilizadas, e o fato de ser uma menina, e não um homem ou menino, poderia estar vinculado aos medos e às fantasias que ter um filho homem lhe despertaria, principalmente em função dos sentimentos e da situação conflituosa que a infertilidade provoca em sua personalidade.

*Marido 4(f42): Eu pensei em uma menina, uma menininha...*

*Psicóloga (f15): De que idade?*

*Marido 4(f43): De uns 7 anos...*

### **Observações da psicóloga**

O clima emocional dessa entrevista foi de muita tensão, pois o tom acusatório entre os membros do casal era constante. Nitidamente ambos apresentavam questões pessoais com relação ao problema da infertilidade, que mal resolvidas interferiam no vínculo conjugal. A sensação constante foi de que ambos os cônjuges tentavam nos convencer sobre quem era o mais culpado ou responsável pelo problema: o marido, que tinha azoospermia, ou a mulher, que não conseguia a gravidez em nenhuma tentativa. Como em um tribunal, pareciam querer um veredicto da nossa pessoa sobre quem era a vítima e quem era o culpado. Na tentativa de compreender esses sentimentos que nos ocorriam, pensamos que o casal estava junto há muitos anos e vivendo com esse nível de comunicação e essa qualidade de vínculo. De alguma forma, deveria haver um equilíbrio, mesmo que enlouquecedor nessa relação. Acreditamos que a entrevista pôde favorecer a abertura para um questionamento sobre essa relação e o papel do filho nesse casal. Tal idéia se justifica com a aceitação de ambos em seguir uma psicoterapia de casal.

**Desenho da esposa (4)**

**Desenho do marido (4)**

## 5.5 Casal 5 - Até quando o corpo agüenta?

O casal (5) inicia a entrevista, assim como nos casos anteriores, relatando com detalhes a trajetória de médicos, exames e clínicas em que passou até chegar à instituição em que nos encontrávamos.

*Esposa 5(f2): ...Ela (médica) pediu para eu tomar pílula por uns 3 meses e eu não achei boa essa indicação médica. Resolvi procurar outro médico para ouvir outra opinião. Esse médico de São Paulo pediu para eu não tomar o remédio e ainda descobriu que eu tinha endometriose. Ele disse que eu deveria continuar tentando engravidar naturalmente porque seria melhor... E nessas idas e vindas de viagem achei melhor procurar um médico na minha cidade, e ela já pediu exames especializados e ela viu que o útero estava bem comprometido.*

*Esposa 5(f2): ...Com essa médica eu fiz um tratamento que eu tenho seqüelas até hoje. Eu fiz um tratamento que suspendeu a menstruação por 6 meses. Sofri muito nesse tratamento porque ele foi como uma menopausa.*

Podemos observar quanto é difícil o processo de investigação até que o casal encontre não somente um diagnóstico médico para o seu problema, mas sobretudo uma equipe e uma instituição em que se sinta bem amparado e atendido. Apesar deste contexto real, o tom bastante queixoso da fala do casal (5) reflete a fragilidade emocional que se encontrava naquele momento e o desejo de que alguém “assumisse” e resolvesse seu problema. Esse movimento psíquico de *dependência* refere-se ao que Bion (1976) definiu como um dos pressupostos básicos do grupo, que reflete o sentimento de insegurança que se apossa dos sujeitos e a necessidade de ser protegido e atendido por um líder (no caso, as projeções ocorrem na figura médica). Esse movimento regressivo dos sujeitos remete às situações da primeira infância onde se está sob os cuidados e dependência dos pais. Busca-se um médico que atenda à demanda do casal: queremos um filho!

O movimento de constante troca de equipes médicas acompanha sucessivas decepções com relação aos tratamentos, e a esperança de conseguir ter um filho vai diminuindo. Tal movimento observado nos casais anteriores é confirmado também neste caso e segue o movimento descrito por Bion (1976) do

pressuposto básico da *luta-fuga*, isto é, sentimentos de decepção, raiva e ódio são desencadeados para que o grupo tenha um comportamento de ataque ou fuga. Este processo desperta angústias de caráter pesercutório no casal (5), que não desiste ou não espera uma recuperação física e emocional para dar início a outro tratamento.

*Esposa 5(f2) : ... e quando fomos ao médico descobrimos que tinha sido uma gravidez ectópica. Eu perdi a trompa também (E5 começar a chorar... fica em silêncio por alguns segundos). Foi difícil... o ano passado foi muito difícil... foi um dos piores anos da minha vida. Eu perdi meu avô, que era a pessoa que eu mais amava na vida... perdi um filho... foi um ano pesadíssimo...*

*Esposa 5(f9): Eu já tenho um medo muito grande de não conseguir. Na primeira vez que me falaram que os óvulos estavam ruins, eu já fiquei muito mal, estava chorando... estava desesperada. É, eu tenho medo de não conseguir.*

O desejo de ter filhos é tão intenso como a idealização dos tratamentos disponíveis que dificulta ao casal perceber quanto está desgastado e atingindo o limite da dor que consegue tolerar. As tentativas frustradas para engravidar, assim como a perda de uma das trompas (órgão feminino que captura o óvulo do ovário e o leva até o útero), refletem o sentimento profundo das perdas envolvidas em todo o processo para engravidar. As constantes tentativas parecem sempre ser marcadas por obstáculos, e até mesmo quando a fecundação ocorre ela se aloja em lugar fisicamente inapropriado. Langer (1981), psicanalista da década de 50 que dedicou toda a sua pesquisa a explorar o mundo psíquico feminino corrobora que a gravidez ectópica, ou extra-uterina, a mesma vivida pela esposa (5), expõe a mulher grávida a um perigo mortal. A autora atesta que, nestes casos, entram em conflito um desejo de maternidade e uma proibição estrita desta, mantida por sentimento de culpa e necessidade de castigo. Tanto o desejo como a proibição encontram assim sua somatização. O primeiro leva à fecundação, enquanto a proibição interna de seguir a gravidez pecaminosa se materializa, mas não para o óvulo fecundado, provocando desta forma seu alojamento em um órgão inadequado. Cada dia de crescimento do óvulo aproxima mais a mulher

grávida do perigo e a expõe à alternativa de morte ou renúncia a seu filho por meio de uma operação de risco. Em alguns casos Langer (1981) observou que o fruto da gravidez extra-uterina significava para o inconsciente da mulher o filho de uma relação incestuosa e sumamente proibida, ainda que em realidade proviesse do próprio marido. A esposa (5) sente uma tristeza profunda por essa impossibilidade de fecundar e gestar, e em cada nova tentativa surgem obstáculos que a fazem experimentar um sentimento de impotência.

*Esposa 5(f4): Foi pensando nisso tudo que eu resolvi vir para cá, buscar esse tratamento médico depois que eu li o livro da Dra.... Eu comecei a pensar em tudo que eu passei, comecei a pensar que eu teria que passar por tudo isso de novo. Fiquei pensando que nessa época no ano passado eu estava grávida, voltei a ficar triste por causa disso... vem a lembrança (E5 volta a chorar).*

*Esposa 5(f3): ... Comecei o ciclo mas decidimos parar e perder o ciclo pois eu não estava reagindo bem... Isso é terrível, mas decidimos parar. É difícil porque a gente gasta muito. A gente usa todo o dinheiro que a gente tem e que a gente não tem para dar tudo certo.*

*Esposa 5(f5): ...É difícil desvincular uma coisa da outra, porque a gente não quer dar ao tratamento um caráter financeiro, meu filho como uma cifra. Por outro lado, ele custa dinheiro, é uma realidade. Eu não quero que soe como uma coisa material, mas de alguma forma é assim que ela é. Ou seja, gera uma série de outras privações. É claro que é secundário diante do nosso objetivo, mas não dá para negar.*

Observamos neste e em outros casos que os altos gastos econômicos com diversos tratamentos são bastante significativos. Os casais disponibilizam uma quantia significativa em dinheiro sem saber se conseguirão a gravidez– as FIVs custam em média R\$15.000.00 reais por tentativa. Desta forma, encontram-se envolvidos em um investimento físico, psíquico e econômico de riscos e incertezas, percebido com clareza pelo casal (5). Quando a gravidez não acontece, o retorno que esperavam para compensar esses investimentos provoca muito sofrimento e uma percepção ainda maior das perdas.

Mesmo diante de todo o cansaço, a esposa (5) voltou a procurar tratamento, agora em outra cidade, com a esperança e a ilusão de que a médica, da qual lera um livro, pudesse dessa vez atender à sua demanda. Essa esperança messiânica, conforme analisamos anteriormente, faz parte de um dos pressupostos básicos do aparelho psíquico grupal desenvolvido por Bion (1976), o

acasalamento, em que os sujeitos do grupo são movidos pela necessidade de se produzir um messias, isto é, uma pessoa, uma ilusão, que cria a esperança de livrá-los de uma realidade tão dura. Essa pessoa idealizada, segundo o autor, irá suprir as necessidades dos sujeitos, isto é, irá atender à demanda do casal de ter filhos.

*Esposa 5(f14):... A perspectiva de com 35 anos não ter sido mãe... e aos 35 as taxas de gravidez começam a diminuir... eu fico muito preocupada.*

*Marido 5(f11): É complicado porque a gente sabe que a resposta ao tratamento é sempre melhor quando o emocional está bem... mas a gente também sabe que quanto mais tratamentos se faz mais difícil vai ficando para o emocional estar bem, ficar tranqüilo. São dois conflitos que a gente tem... quando a gente vai tentar de novo?*

A dificuldade em decidir quando reiniciar um tratamento traz conflitos e também desencadeia angústias de caráter persecutório na esposa (5), característica comum nas mulheres que foram até agora entrevistadas e que se sentem como que “devoradas” pelo tempo. Klein (1935) identifica que a ansiedade do tipo persecutória é característica da Posição Paranóide, que é vivida pela primeira vez pelo bebê nos primeiros meses de vida, mas cujos padrões de relacionamento, ansiedades e defesas podem ser encontrados em crianças e adultos.

A ansiedade persecutória encontra-se em processos que ameaçam fragmentar a mente. Um dos métodos mais remotos de defesa contra o medo dos perseguidores, quer sejam considerados externos ou internalizados, é a negação da realidade psíquica, e posteriormente a negação da realidade externa. A mania, que podemos evidenciar no comportamento do casal (5) por tentar quase que compulsivamente diversos tratamentos, para Klein (1935) se sustenta pelo mecanismo de negação. Quando as defesas maníacas fracassam, e a perseguição se reduz, o que pode ser percebido no momento em que a esposa (5) entra em contato com a dor que os tratamentos sucessivos lhe causaram, passa dessa então para a posição Depressiva. Quando a perseguição se reduz, a dependência do objeto somada ao ódio também diminui, e isto provoca um relaxamento das defesas maníacas.

*Esposa 5(f5) ... A gente não sabe quanto o corpo agüenta, quanto a cabeça agüenta de tantas expectativas, fora a questão financeira... Mas parece que enquanto isso*



*(a gravidez) não acontecer a vida não vai andar. A gente tem esse objetivo e enquanto ele não for alcançado a gente tem que abrir mão das coisas, de todo resto.*

*Esposa 5(f7): Eu sofro muito com tudo isso. Ele também sofre, mas é diferente... Nessa última tentativa eu fiquei muito mal de não vê-lo sofrer.*

*Marido 5(f4): ... Eu vejo o processo todo de um modo muito diferente. Eu acho que quando der certo vai ser muito bom, a gente vai ficar muito feliz. Eu prefiro pensar assim do que ficar triste porque não deu certo dessa vez... Apesar da ansiedade toda, eu acho que o dia que funcionar vai ser muito legal. Eu vejo as coisas por esse lado, diferente dela.*

*Marido 5(f5): Eu tenho certeza e mais segurança de que a gente achou o problema... tem a solução, só que a gente não sabe quando vai solucionar. Uma hora vai funcionar, vai demorar, já demorou bastante, mas vai demorar.*

*Marido 5(f9): É, minha mentalidade é diferente da dela, sou bem mente de engenheiro, bem exatas. Nós temos um problema, o diagnóstico está feito, ela já conseguiu uma gravidez, não tem nenhum impeditivo sério e eu acho que mais cedo ou mais tarde tudo vai ser solucionado. Eu seleciono essas informações boas e me apego a elas para achar que vai dar certo. E ela seleciona outras... que já fizemos duas vezes, que não deu certo, etc...*

A esposa (5), principalmente, parece paralisada em termos emocionais diante da angústia que a falta de filhos provoca, parecendo transformar seu corpo em um campo de batalhas no desejo de ter um filho a qualquer custo. O ápice desse desgaste se expressa em sua fala ao começar a entrar em contato com os limites: físicos, emocionais e financeiros. Todo o processo de engravidar para este casal parece estar envolvido por um enorme peso, um fardo, e todo o investimento psíquico parece estar direcionado em função deste objetivo. Na expressão popular, parecem estar “apostando todas as fichas” na tentativa de engravidar, e quando se aposta tudo também se corre o risco de perder tudo: neste caso perde-se um *quantum* de libido que poderia ser dirigida a outros projetos, e até para encontrar outras soluções para o problema.

O comportamento do marido (5) continua sustentado pela negação do sofrimento, da dor, e ele parece tentar disfarçar ou criar um pensamento racional que o proteja de entrar em contato com o desgaste envolvido. Assim, continua sustentando a ilusão de que um dia “com certeza” (marido 5, f5) eles irão

conseguir a gravidez, não abrindo espaço para acolher as angústias da esposa (5). O marido (5) parece querer alimentar a ilusão do casal de que com sucessivas tentativas, independentemente de limites, eles irão conseguir atingir seu objetivo mais cedo ou mais tarde.

O conceito de ilusão grupal criado por Anzieu (1993) parece aqui aplicar-se ao grupo casal. O autor faz uma analogia entre o sonho, que é a ilusão individual por excelência, produzido no estado de sono, isto é, quando há um desinvestimento máximo da realidade exterior, e o sonho grupal. Neste estado mental a realidade exterior encontra-se aí suspensa, posta entre parênteses. Esse desinvestimento objetal corresponderia a um sobreinvestimento no grupo, ou no casal, um transporte da libido liberada para uma única realidade, a do presente, do aqui e agora, da realização imediata do desejo. Conforme Klein (1940), somente quando o sofrimento é vivido ao máximo e o desespero atinge seu auge, o indivíduo de luto vê brotar novamente seu amor pelo objeto. Ele sente com mais força e o sofrimento poderá se tornar produtivo. As experiências dolorosas de todos os tipos às vezes estimulam as sublimações e despertam as pessoas para novas direções.

*Esposa 5(f12): Agora eu acho que adotar não seria uma coisa 100% boa, seria um plano C. Não seria uma decisão por si, seria um tapa-buracos e acho que isso não iria ser bom.*

*Esposa 5(f9) ... Se os tratamentos não derem certo e os fracassos começarem e a gente ter que adotar para ter um filho... isso tudo me assustou muito.*

*Esposa 5(f13): É, hoje a adoção tem uma associação com o fracasso. Eu tenho esperança, mas talvez nem tanto como ele ...*

Esposa 5(f11): Só que depois a idéia de não poder ser mãe biológica me deu a sensação de que eu não poderia amar um filho que não fosse meu.

Quando a esposa (5) consegue durante a entrevista entrar em contato com a dor, o sofrimento, e perceber que estava ultrapassando os limites toleráveis para atingir seu objetivo, passa a experimentar emoções características da posição Depressiva, descrita por Melanie Klein (1940). A idéia da adoção é mencionada como um opção, que obviamente não seria a mais desejada pelo casal (5), mas que poderia ajudá-lo a experimentar a

maternidade e paternidade. Até o momento, a idéia de adotar uma criança em função do problema da fecundidade, ainda está vinculada aos sentimentos de fracasso, derrota e inferioridade. A ferida narcísica que a infertilidade provoca parece repercutir na possibilidade de aceitação de uma possível solução para o desejo do casal de ter filhos do casal, mas ao considerar a adoção como uma opção, parece fazer um contato maior com a sua própria realidade. Na acepção de Diniz (1993) enfrentar a infertilidade provoca uma ferida narcísica de difícil recuperação, seguida pelas alterações no sentimento de identidade e na renúncia a um projeto pessoal de vida. O indivíduo se vê privado de uma importante defesa na luta contra a morte, que a procriação de um filho representa.

As idéias da não continuação de si mesmo, do seu nome, da sua casa e da sua família podem trazer um sofrimento depressivo considerável, em função da perda que está implícita. Como também observamos na análise do casal (2), o nascimento de uma criança parece exercer um poder que cria a ilusão de estar longe da angústia do desamparo, com a qual se chega ao mundo, deposita-se na criança a fragilidade, e nesta medida a angústia do desamparo desloca-se dos pais para os filhos (Sigal, 2002).

*Esposa 5(f15) ...Saber que alguém está grávida para mim é como uma facada. É horrível, eu não consigo ficar feliz pela pessoa... Até aquelas pessoas que sem querer engravidaram incomodam você porque a gente que está ali na luta não consegue. Eu me sinto injustiçada. Será que eu não mereço? Eu quero tanto... está provado que eu quero, para quem mais eu tenho que provar que eu quero? O que eu fiz de errado para estar pagando isso? É louco porque você começa procurar resposta em coisas que você não procuraria. Eu não tenho fé e hoje eu estou me culpando porque eu não tenho fé.*

A esposa (5), diferentemente do marido (5), realmente demonstra quanto está com dificuldades para lidar com os diversos sentimentos que o problema para engravidar está suscitando. Relata a inveja e o ódio sentidos por outras mulheres que conseguem a gestação, e quanto este sentimento a paralisa e deprime. Sente-se culpada pelo problema, pela falta de fé, e se sente castigada por estar passando por tudo isso. Klein (1932) observa que são os ataques imaginários no desenvolvimento mental das meninas ao interior do corpo da própria mãe que dão origem aos medos de retaliação e sentimentos de perseguição, tendo a mãe como uma figura aterrorizadora, como resultado da projeção. Langer (1981),

estudando mulheres inférteis, diz que neste ódio e neste temor consecutivo ao castigo já se pode encontrar um fator básico do problema da esterilidade. O ódio, segundo a autora, é a primeira culpa da pessoa estéril.

Levinzon (2004, p.40) acrescenta que nos casos de infertilidade ainda é possível observar o agravamento dos sentimentos de culpa edipiana. No quadro do processo normal de evolução, o desejo e o fato de ter filhos estão ligados a maneira com que a pessoa viveu sua sexualidade infantil e ultrapassou os conflitos inerentes. Quando predominam sentimentos de rivalidade e competição mal elaborados na relação com os pais, de forma que as fantasias e vivências do complexo de Édipo permaneceram como uma etapa perigosa e sombria, a infertilidade pode ser compreendida como um castigo resultante desse emaranhado de forças psíquicas.

A situação do casal (5) remete a uma situação especialmente descrita por Tubert (1996), em que os tratamentos médicos vão localizando nos órgãos reprodutores a sensação inquietante da angústia que a infertilidade produz. Através das investigações médicas e dos diferentes tratamentos se penetra, se examina e se manipula um corpo à procura de uma resposta. Parece que estamos diante de um sintoma silencioso que não designa nenhuma área dolorosa do organismo; no entanto, o único sofrimento que aparece é o do psíquico, sem chegarmos a saber em que nível se encontra o obstáculo. Dessa forma, como no casal (2) não nos encontramos perante uma doença, já que a infertilidade se manifesta como sintoma somente quando aparece um projeto de conceber; trata-se da impossibilidade da satisfação de um desejo.

### **Análise do desenho (5)**

Os desenhos do casal 5 expressam características que puderam ser encontradas em detalhes da entrevista. O marido (5), apesar de dizer que não sabia desenhar nada além de palitinhos, acaba por fazer um desenho de um homem adulto, com corpo, membros, mãos e pés bem definidos. Também diz que

não consegue desenhar a cabeça direito. Observamos neste relato a expressão de uma dificuldade que analisamos também na entrevista, e diz respeito à dissociação que o marido (5) faz através do mecanismo da racionalização, que dificulta o contato com os sentimentos que a realidade provoca.

*Marido 5(f15): Estava pensando em algo para que não ficasse só uns palitinhos. Até que eu consegui não fazer... É um homem adulto... mas eu não consigo desenhar a cabeça direito.*

A esposa (5) também desenha uma mulher adulta, evidenciando aspectos da sexualidade feminina, como cintura, peitos, umbigo e genitália. Observamos a representação de uma mulher madura, adulta, cuja fragilidade parece ter sido intensificada pelo cansaço e desgaste que a situação da infertilidade vem provocando.

*Esposa 5(f22): Da minha idade... quis desenhar com as extremidades escondidas porque eu não sei desenhar extremidades. Pensei nela sem roupa também.*

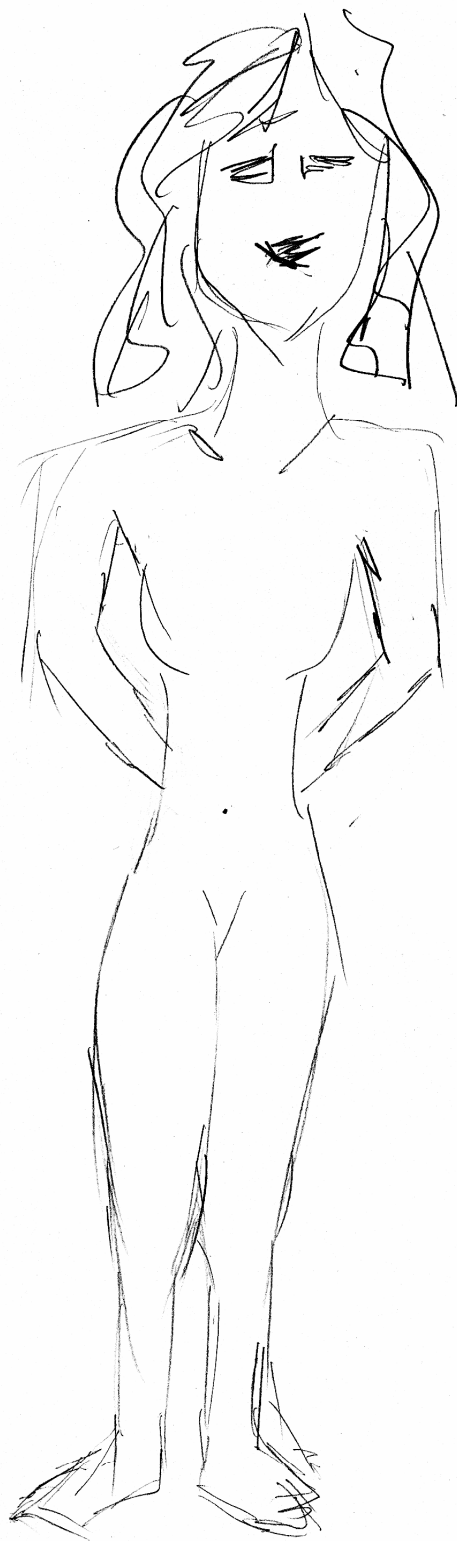
### **Observações da psicóloga**

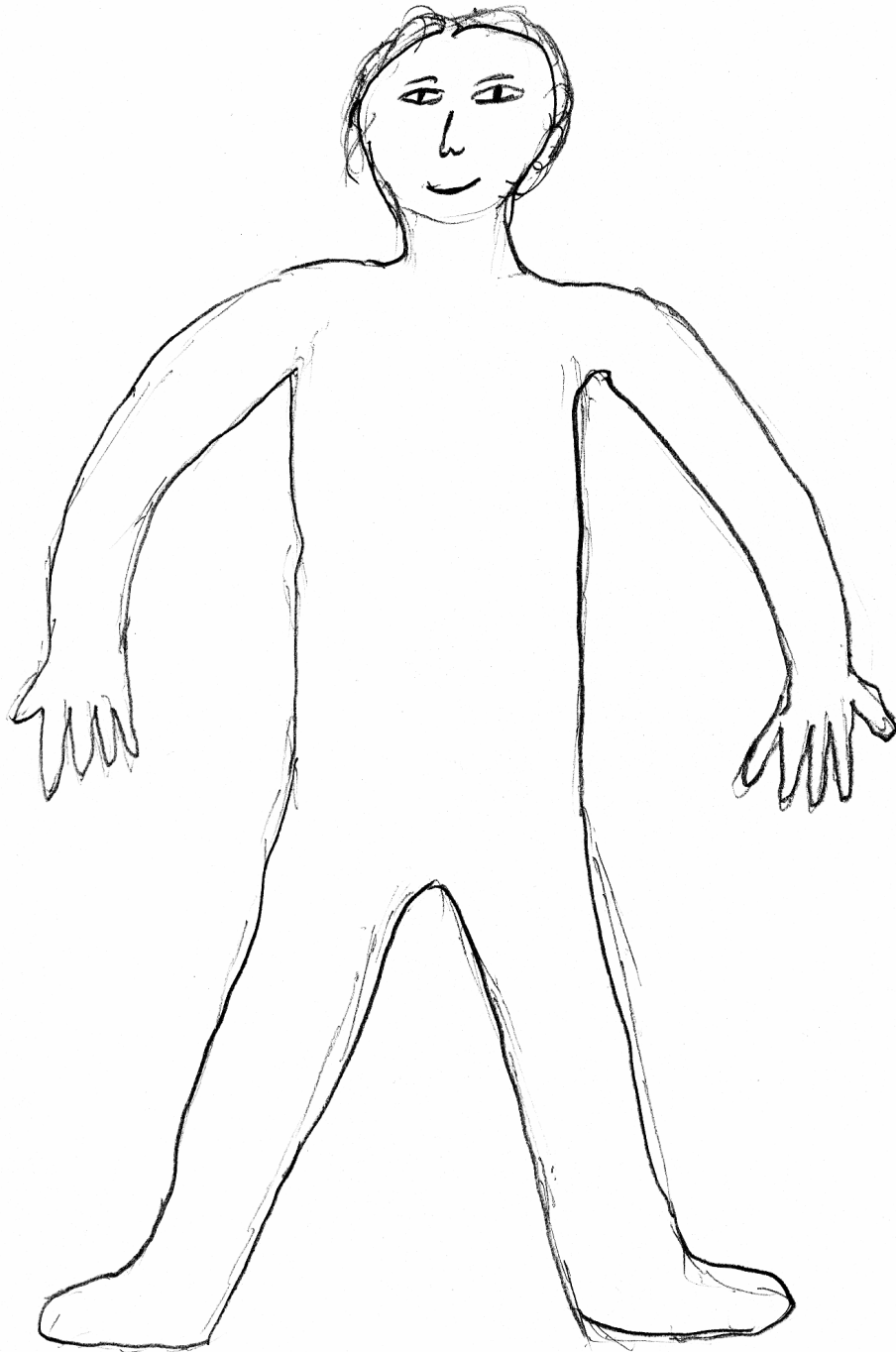
A despeito de todo o sofrimento demonstrado durante a entrevista, o casal (5) manifestou o desejo de continuar realizando tratamentos reprodutivos, localizando o problema ao reiniciá-los. Durante todo o tempo me senti confortável no papel de escutá-los e apoiá-los, pois era nítida a sensação de fragilidade emocional, notadamente da esposa (5), que chorou durante quase toda a sessão. No final do encontro demonstraram quanto puderam se sentir acolhidos e ouvidos na sua dor e manifestaram o desejo de realizar um tratamento psicoterapêutico, isto já com o gravador desligado. Evidenciamos o efeito do espaço criado pela entrevista livre e pela atitude de disponibilidade para a escuta objetivada com esse instrumento e essa postura.

Embora com diferentes vivências em relação ao problema da infertilidade, o casal (5) demonstrou ter mantido o vínculo entre ambos e juntos decidiram iniciar uma psicoterapia.

A impossibilidade de o casal vir à cidade de São Paulo com frequência para um tratamento psicológico fez com que eu os encaminhasse a outro profissional da cidade em que moravam. Nesse momento eles retomaram o tom queixoso e de lamentação que adotaram no começo da sessão ao relatar os problemas médicos, mesmo sabendo que seria inviável acompanhá-los em função de um problema real— longa distância entre as cidades.

Senti por alguns instantes que eu também os estava frustrando e lhes provocando mais sofrimento. Parecia que eles haviam criado a impressão de que somente comigo poderiam alcançar um “equilíbrio emocional”. Permaneci firme ao propósito de encaminhá-los elucidando quanto estavam precisando de ajuda, mas o clima emocional no final da entrevista era de que mais uma vez se sentiam decepcionados. Apesar deste contexto, iniciaram tratamento com o profissional indicado, levantando a hipótese de que algo de bom foi introjetado desse nosso contato.

**Desenho da esposa (5)**

**Desenho do marido (5)**



## 5.6 Casal 6 - Psicólogos terapeutizados

Este casal (6) se destaca por ser o único caso com uma infertilidade secundária, isto é, depois do nascimento do primeiro filho não conseguiram mais engravidar. Porém, a dinâmica de sua entrevista seguiu um curso muito semelhante às demais, e as diferenças serão assinaladas nesta análise.

*Esposa 6(f1) Voltamos para o esterileuta para fazer então uma inseminação. Eu não gostei dele, nem meu marido gostou dele. Eu sou psicóloga também, terapeutizada, ele também tem formação em psicologia e também é terapeutizado. Temos anos de terapia. A gente achou que ele subestimou muito a nossa inteligência e vinha com um discurso pronto que me irritava muito. Já não estava fácil e ele vinha com um discursinho pronto.*

*Esposa 6(f2): Ah! Tipo: a primeira vez é assim mesmo, eu sei que vocês estão frustrados. Eu falava... tá bom Dr., tá bom, Dr., eu não tinha paciência com ele. Eu não senti que ele me ouvia. Eu até achei que ele foi meio estúpido com a gente um dia que meu marido fez uma pergunta. Aí ele falou "Nós temos um psicólogo na equipe", e a gente nunca falou para ele que nós somos psicólogos. O Dr. falou que estava discutindo o caso com ela (psicóloga) e que a gente deveria passar com ela...*

O casal (6) mudou de clínica médica após o insucesso de um tratamento e justificou a troca em razão de um comprometimento do vínculo médico-paciente. Sentiram-se profundamente desvalorizados e subestimados pelo médico, que sugeriu um encaminhamento ao psicólogo de sua equipe. Os membros do casal (6), ambos psicólogos, agora na posição de pacientes, parecem mobilizados por essa situação. O médico e a psicóloga têm, na realidade, uma posição diferenciada que provoca tamanho desconforto na esposa (6), que esta passa a adotar uma postura agressiva, de ataque a essas figuras. Parece querer atingir em fantasia tal igualdade quando diz logo no início da entrevista que possuem "anos de terapia". Movidos por tal desconforto mudam de clínica, e não obstante aceitarem passar por esta entrevista, observamos sua necessidade de negar a fragilidade, o sentimento de impotência que a condição da infertilidade provocava.

*Esposa 6(f6): ... Então por que não dá certo? Não dá certo porque eu tenho 39 anos e isso dificulta tudo. Ontem eu saí daqui me sentindo um cocozinho, um cocô ambulante andando pela rua. Me sentindo incapaz de gerar, com medo de gerar um bebê com síndrome de Down.*

*Esposa 6(f6): ... Eu não quero mais fazer nada... não quero mais fazer inseminação, tratamento, etc.... mas aí fica aquela "voizinha" atrás de mim... você já está chegando aos quarenta, você vai se arrepender. A angústia também é porque eu não consigo abrir mão de uma coisa nem de outra.*

*Esposa 6(f4) ... Então hoje, na minha fantasia, se deixarem um bebê na porta da minha casa eu pego correndo. Na minha fantasia é assim, querer eu quero, mas que venha se tiver que vir. Como naqueles casos em que, sabe, engravidou sem pensar? Eu quero nenê mas não tenho forças para fazer mais nada, nem outro tratamento.*

Um dos motivos da dificuldade do casal para engravidar está associado à idade da esposa (6), que se aproxima dos 40 anos. A crise existencial analisada tanto no casal 3 como no casal 4, aqui também se apresenta. Szejer e Stewart (1997) caracterizam que desejar um filho não significa a mesma coisa para homens e mulheres. Conquanto as palavras sejam as mesmas, o contexto que dá sentido a essas palavras é diferente devido à noção do tempo. Um homem pode desejar gerar um filho até pelo menos setenta anos, enquanto a mulher é limitada pela idade, e seu desejo só pode se inscrever dentro desse limite. Malgrado os dados científicos já confirmarem tal perda gradativa da fecundidade após os 35 anos, a esposa (6) parece querer se desculpar pelo problema apontando o mal na idade de 39 anos.

Os fatos científicos parecem despertar nesse momento angústias persecutórias, pois a esposa (6) passa a visualizar a possibilidade da não-realização do seu desejo de ter filhos. Utiliza a idealização como uma defesa contra tais angústias tão primitivas, isto é, gostaria de ter uma criança perfeita, mas que viesse pronta e de preferência na "porta de sua casa", magicamente, sem trabalho ou problemas. O medo e a desconfiança que está experimentando parecem também advir da ilusão de onipotência, a saber, a fantasia de que poderia ter tudo, sem abrir mão "de uma coisa nem de outra" (esposa 6,f6).

Desde o início do desenvolvimento da teoria psicanalítica uma questão se impõe, a de que o ser humano é um ser de "falta". Assim, todas essas representações psíquicas, bem como seus correspondentes espaços, estariam a serviço do narcisismo a fim de que não se reconheça a questão da incompletude

humana. O ser humano tem sempre a ilusão de que pode ter tudo, sempre (Ducatti, 2003).

*Esposa 6(f3) ... Eu me lembrei de uma colega que fez tratamento e me indicou a Dra. Ela fez na verdade o tratamento de duas amigas. A orientação foi basicamente a mesma, mas a diferença de pessoa foi enorme... Ontem a gente veio aqui e ela viu que estava tudo bem (fisicamente). Ontem ela nos pediu para estar aqui com você porque eu estou muito fragilizada.*

*Esposa 6(f8): É, na verdade, na verdade eu estou lutando mesmo com uma depressãozinha já faz alguns meses... em função disso tudo, desse stress, desse acúmulo de coisas, da pressão*

*Marido 6(f8) ... há um desgaste emocional tão grande que eu estou pensando em ir atrás da adoção, coisa que eu nunca pensei. Mas aí vem a questão... será que eu consigo amar um filho que não é meu?*

*Esposa 6(f13): ... Ele é seu...*

*Marido 6(f9): ... É, não é do meu sangue... talvez a gente tenha que pensar nisso...*

Já nesta instituição e com novo vínculo estabelecido com o médico, o casal (6) aceita a sugestão de vir a esta entrevista psicológica, contudo também parece ter dificuldade em aceitar efetivamente esta ajuda. O pressuposto do acasalamento, descrito por Bion (1976), parece se aplicar neste estado mental do casal para com o médico. A esposa (6) comenta sobre sua depressão, que parece estar sendo desencadeada pela sua inabilidade em lidar com o conflito que está vivendo, ou seja, tentar decidir que caminho irá percorrer: realizar mais tratamentos, adotar, ou continuar com um único filho. O *stress* que menciona em sua fala associa-se à experiência das angústias de caráter persecutório que vivencia ao perceber que o seu desejo de ter mais um filho de maneira natural possa realmente não ser realizado.

Adotar uma criança aparece como uma possibilidade levantada pelo casal (6), mas que este ainda não consegue aceitar de fato como uma solução. O fato de já terem um filho biológico dá a impressão de favorecer ainda mais o assunto da hereditariedade. A adoção aparece nestas vivências como uma posicionamento a fim de resolver “algo”, ou preencher o espaço que a perda da capacidade

reprodutiva provoca. Mas, para que esse caminho seja efetivamente elaborado, há que se abrir mão do desejo de ter o filho da forma que gostariam. Para Ducatti (2003) diante da angústia mobilizada por estas questões, os casais parecem movimentar-se por uma linha tênue entre o desejo e o temor.

A dúvida consiste em saber ser um bebê não gerado por uma barriga própria, sem a marca da herança genética, sem a marca do corpo, já sendo um corpo constituído poderia ser denominado filho, da mesma maneira que aquele gerado pela própria pessoa. Segundo Gaspari e Gutman (1998) as expressões “filho biológico”, filho do meu “sangue”, funcionam como um ideal que parece predominar em nossa cultura com o intuito de assegurar a passagem da continuidade biológica à continuidade afetiva. Nos valores sociais o filho biológico ocupa o lugar do ideal a fim de encobrir uma falha. O biológico torna-se altamente valorizado e intransferível. Um “filho do coração” ou um “filho da barriga” marca uma diferença na qualidade do vínculo.

Parece que o marido (6) tem dúvidas quanto à capacidade interna para aceitar a adoção e a continuação da família com este novo membro. Essa dificuldade acontece, Ducatti (2003) demonstra, uma vez que é o narcisismo que define o imaginário familiar como sentimento de pertinência do qual depende a sustentação do laço familiar. A esposa (6) parece também inclinada a aceitar a adoção até mais do que o marido (6), visto que desta forma não teria que lidar com a angústia de poder gerar um bebê com malformações genéticas em função da sua idade.

*Esposa 6(f14): Em julho eu cheguei até a ir ao fórum entrar com os papéis para a adoção. Ficou faltando apenas dois documentos dele, os meus eu fui atrás e entreguei. A gente decidiu que iria passar pelo psicólogo, pela assistente social... e ver se a gente se acostuma com a idéia. Hoje eu não tenho vontade de fazer nada... eu falei para ele ir sozinho.*

A idéia da adoção parece já ter sido considerada com mais afincamento pelo casal (6), todavia foi deixada de lado ao longo dos processos de decisão e de exaustão que os tratamentos reprodutivos provocaram. Conforme cita Deutsch (1947), só é possível renunciar ao desejo de filho quando não se trata de um mero anseio de plenitude narcisista. Tubert (1996) também diz que essa mesma capacidade de

renunciar a um desejo irredutível, a uma paixão cega, cujo preço é a destruição do Outro, é paradoxalmente o que faz possível o acesso à maternidade simbólica. A autora ainda participa ter encontrado em suas pesquisas o discurso comum às mulheres que realizam tratamento reprodutivo: existe uma oscilação entre ambas as posições subjetivas (paixão e renúncia): em um momento ou em outro têm considerado a possibilidade do fracasso e de substituir a exigência inquestionável do filho próprio para dar lugar ao recurso da adoção de uma criança.

*Esposa 6(f12)... Ficou claro que o fato de não ficarmos grávidos atrapalhou muito o nosso relacionamento...ter relação com hora marcada é muito ruim... De dezembro até junho, por 6 meses a gente fez terapia de casal... para resolver questões nossas e nós pensamos muito nisso.*

*Marido 6(f7): Tanto que nesses dois anos a gente deu força um para o outro... a gente vai se ajudando...*

*Esposa 6(f21) ... Mas parece que o que ele pensa estava meio desconhecido. Se é a mesma coisa... Quando a gente estava conversando em vir para cá, você disse para mim..."Será que a gente deveria ir mesmo? As coisas estão ficando bem mais claras..." Mas eu percebo agora que as coisas não estão tão decididas assim para ele também.*

O relacionamento conjugal também parece ter sofrido com os anos de tratamento para engravidar. A questão do desejo sexual, a diminuição da libido foi relatada como o efeito dessas mudanças no dia a dia, atrapalhando o cotidiano. O casal (6) parecia ter a impressão de que estava conseguindo conviver com o problema até que durante a entrevista surgiu uma nova sensação. Aguiar e col. (1986) mencionam que é possível que o sofrimento que a entrevista desencadeia provenha da ameaça de ruptura dos acordos inconscientes que sustentam a estrutura relacional profunda dos cônjuges. Esta possível perda remete à primitiva sensação de desamparo original.

*Esposa 6(f20): Você não está decidido se você quer ou não o segundo filho?*

*Marido 6(f16): É, não estou... E eu fico feliz que se a gente decidir não ter o segundo filho, seja por via biológica ou adoção... essa etapa a gente passou, nós tentamos e não deu. Isso seria supersaudável na nossa vida. Ter clareza da decisão.*

Neste momento o casal (6) parece não saber bem o que quer: havia planejado inicialmente no casamento ter dois filhos, e a impossibilidade de ter o segundo filho pela via natural acabou gerando toda uma confusão na questão do desejo do casal e na reformulação deste projeto vital compartilhado. Para Kahl (2000), o que se passa na “decisão” de procriar está muito além do que é dito, muito além do que pode ser captado pelo discurso e muito além, igualmente, da realidade dos fatos. É toda uma dimensão fantasmática que está em jogo. O filho esperado por um homem e uma mulher existe muito antes do nascimento e antes de ser fecundado.

*Esposa 6(f10): É, é difícil falar do desejo, mas depois de dois anos fazendo tratamento ele não está da mesma forma... eu tenho uma dificuldade em persistir nas coisas...*

*Esposa 6(f11): É, ele é diferente. Ele é muito decidido.*

*Esposa 6(f26): Olha, eu sinceramente estou precisando de um tempo. Não quero ficar falando mais no assunto. Eu até tenho uma amiga que toda hora fica me perguntando sobre isso e eu vou ter que ser bem direta com ela e falar que não quero mais falar. A minha família que sabe, não toca no assunto... são bem tranquilos. Eu tenho uma amiga espírita que fica falando sobre isso também. Eu já disse para ela parar com isso e que quero me preocupar com outras coisas.*

O casal (6) ainda está tentando achar uma forma de lidar com a questão de ter mais filhos ou não, pois ambos demonstram diferentes características pessoais no processo de decisão. Dizem-se abalados com os anos de tentativas para engravidar, fato comum naqueles que passam por sucessivos tratamentos reprodutivos (Gasparini, 2004). Eles nitidamente estão vivendo uma situação conflituosa até pela dificuldade de tomarem uma decisão, demonstrando quanto não conseguem lidar com as frustrações que as suas decisões provocam, uma vez que já perceberam que não é possível ter tudo o que querem.

Segundo Klein (1959) preconiza que o adulto, assim como a criança pequena que reage intensamente contra qualquer frustração – e não há soluções e mudanças possíveis sem algum tipo de frustração – está sempre pronto a ressentir-se amargamente de qualquer falta ou insuficiência em seu ambiente. A esposa (6) expressa quanto estava cansada e esgotada psiquicamente. Destaca em sua fala o

peso das pressões externas e internas para que o assunto ou a decisão do casal seja tomada.

O conflito mais uma vez parece focado na dificuldade de tomar uma decisão sobre o futuro reprodutivo, processo dificultado pela precária condição interna que estão apresentando nesse momento para lidar com a gama de emoções que a infertilidade desencadeou. Nesse clima iniciaram o desenho e os detalhes desta execução acrescentam alguns dados à nossa análise.

### **Análise do desenho (6)**

A esposa (6) foi a primeira a entregar o desenho. Mencionou a falta de mais lápis e não quis fazer nenhum comentário sobre o desenho. Já com o gravador desligado reclamou da falta de recursos da psicóloga, uma vez que atendia na sala da instituição e não em uma sala particular. Sobre o desenho, disse que desenhou a si mesma, uma mulher adulta, vestida, sobre um chão que mais parece um jardim com flores. A paisagem ainda incluía muitas nuvens e uma lua.

Observamos, nesse momento da sua fala, a menção inconsciente à falta de recursos internos que vem vivenciando para tentar resolver a situação conflituosa em que se encontra. Sente-se fragilizada e tenta não só menosprezar o material oferecido pela psicóloga, como se exibir, mostrando que tem ainda mais recursos do que mencionou no começo da entrevista. A paisagem— coberta de nuvens e lua que pairam sobre a mulher— pode representar quanto no momento ela se encontra confusa, sem clareza para resolver seus problemas e tomar suas decisões.

*Esposa 6(f28): Eu gostaria de lápis de cor. Por que você não usa lápis de cor... é que eu sou arte- terapeuta e eu gosto de desenhar.  
(após alguns minutos..)*

*Esposa 6(f29): Eu estou desenhando uma mulher, com a minha idade mais ou menos. Só isso, não tenho nada para dizer.*

O marido (6) também desenhou uma paisagem, dizendo que aquilo era “um corpo”. Explicou que as montanhas parecidas com o falo masculino não

eram um pênis e sim somente uma montanha. A paisagem paradisíaca do marido (6) atende ao seu desejo de fugir para um lugar onde possa encontrar “paz”, pois conforme pudemos compreender durante a entrevista, o momento que estão vivendo está bastante conflituoso em termos emocionais. Ele parece buscar sol, calor, amparo para aquecer um mundo mental que se mostra igualmente sombrio. No entanto, ao desenhar montanhas, expressa quanto se sente imóvel e paralisado diante da situação.

*Marido 6(f19): O meu desenho é de um corpo. Isso é sol, para vocês não pensarem outra coisa. Muitos sóis... estou precisando de muito sol, muita praia e muita paz. Esse é meu desenho.*

### **Observações da psicóloga**

Essa entrevista propiciou uma série de sentimentos durante e depois de terminada. Logo no início da entrevista a esposa (6) avisa que eram muito inteligentes e espertos, psicólogos com “anos de terapia”. Ao se mostrar dessa maneira logo pensei que poderia estar se sentindo ameaçada e muito insegura diante da relação transferencial. As projeções do casal, principalmente da agressividade e da hostilidade foram tão intensas, que em diversos momentos percebi a minha vontade de que o tempo passasse mais rápido. A sensação que tive era de que nada do que eu falava para confortá-los parecia surtir efeito, e eles estavam ali apenas porque a médica havia recomendado. Rolfo e Grassano (1991) dizem que é possível observar uma conjunção particular entre o “desajuste” com o terapeuta e o “desajuste” no próprio casal, isto é, a crise atual. Essa conjunção, que se apresenta no centro da situação transferencial, mostra a dor e o sofrimento da passagem da ilusão para a desilusão.

Apesar dos meu esforço em tentar ajudá-los, as queixas e a hostilidade eram ainda bastante visíveis. Consideramos que a fala de Klein (1959) sobre o



efeito das projeções hostis em outras pessoas condizia com meus sentimentos naquele momento:

*“Se compararmos os indivíduos que são capazes de suportar frustrações sem grande ressentimento, e recuperar prontamente o equilíbrio após um desapontamento com aqueles que se sentem inclinados a colocar toda a responsabilidade no mundo externo, poderemos ver o efeito prejudicial da projeção hostil. Pois a projeção do ressentimento evoca nas outras pessoas, em contrapartida, um sentimento de hostilidade. Poucos de nós toleram suportar a acusação, mesmo se não expressa em palavras, de que alguma forma somos a parte culpada. De fato, isso freqüentemente nos faz desgostar dessas pessoas, e lhes parecemos ainda mais inimigos. Em contrapartida, eles nos olham com sentimentos persecutórios cada vez maiores e as relações tornam-se cada vez mais perturbadas. (Klein, 1959, p.291)”*

## Desenho da esposa (6)



Desenho do marido (6)





## **As principais reações emocionais dos casais diante do diagnóstico e do tratamento da infertilidade**

De acordo com o material estudado identificamos algumas reações emocionais comuns que definem uma dinâmica emocional específica nos casais em tratamento reprodutivo.

O sentimento de insegurança com que os casais chegam às instituições médicas provoca uma série de projeções na figura do médico como, por exemplo, a imagem de ser capaz de proteger e atender o casal em sua demanda por um filho. Esse movimento regressivo dos sujeitos remete às situações da primeira infância quando se está sob os cuidados e dependência dos pais. Os casais buscam, então, um médico que atenda à sua demanda: ter filhos. Mas no caso de se sentirem frustrados, decepcionados e com raiva perante a realidade, isto é, após algum insucesso no tratamento, ou por uma postura mais diretiva do médico que não corresponderia às suas expectativas, eles iniciam um movimento de fuga para uma nova instituição. Movidos por uma angústia de caráter persecutório, saem em busca de outro médico que os atenda e que lhes proporcione mais confiança quanto às suas expectativas e esperanças de ter um filho.

A esperança messiânica é o sentimento observado quando o casal encontra uma nova equipe médica. Cria-se a ilusão de que este médico, assim como um messias, irá ter a solução para todos os problemas. Neste estado mental, o mais importante são as projeções no futuro promissor. A ilusão de um futuro esperançoso parece deixar a realidade distante e minimizar angústias e inseguranças.

O sentimento de impotência ante o diagnóstico da infertilidade é comum nos grupos casais, sendo mais intenso naqueles que não apresentam um comprometimento orgânico para a dificuldade de ter filhos. Ao retirar este componente, o sofrimento psíquico, que não consegue ser deslocado para o corpo, se destaca.

Os casais inférteis apresentam dificuldade para lidar com os intensos sentimentos de raiva, inveja e frustração que são desencadeados sobretudo diante

de amigos e familiares que já possuem filhos e que fazem parte do seu convívio social. De maneira geral, tentam negar tais reações emocionais e freqüentemente evitam e se afastam destes relacionamentos. O sentimento de inferioridade nestas situações pode levar os casais ao isolamento social.

O sentimento da falta (filhos) desperta intensas angústias nos casais que se utilizam de diferentes mecanismos defensivos para diminuir seu sofrimento. Defesas maníacas foram encontradas naqueles que se propuseram a constantes e sucessivos tratamentos sem considerar o desgaste físico e emocional por que passavam. Este sentimento desencadeou angústias persecutórias nos membros do casal em que aspectos pessoais da personalidade estavam mais comprometidos. A negação da realidade interna e externa, a racionalização, e especialmente a idealização também fizeram parte dos mecanismos defensivos encontrados.

Em conseqüência das diversas reações emocionais que o tratamento desencadeia, os casais podem distorcer as informações médicas recebidas e dificultar ainda mais um processo que por si só já é bastante complexo.

Através dos resultados obtidos, sugerimos às equipes de assistência ao casal infértil que estejam atentas à intensidade das reações emocionais dos casos atendidos, a fim de poderem não somente oferecer uma postura acolhedora destas emoções, como também realizar um encaminhamento ao psicólogo. Pensamos que quanto mais precoce for realizado o encaminhamento, melhor serão as possibilidades de os casais usufruírem este espaço de cuidado terapêutico que se realiza fora do circuito de exames e consultas.

## **A repercussão do tratamento reprodutivo no vínculo do casal, bem como do casal com a equipe médica e do casal com a psicóloga**

O diagnóstico e os diversos tratamentos para a infertilidade provocam uma desestruturação no vínculo conjugal. Os efeitos do tratamento reprodutivo são intensificados quando observamos um comprometimento pessoal em cada um dos cônjuges. Todos os casais estudados já estavam realizando tratamento há mais de três anos, tempo considerado extremamente prejudicial ao relacionamento afetivo pela maioria dos casais.

Podemos registrar a perda da intimidade conjugal, assim como a diminuição do desejo sexual após os sucessivos tratamentos que desvinculam as relações sexuais do ato reprodutivo. Quando ocorre a projeção da culpa e da responsabilidade pelo problema em um dos cônjuges, constatamos uma qualidade paranóide no relacionamento que dificulta a comunicação, criando uma situação bastante conflituosa para a sustentação do vínculo do casal. Esses mal-entendidos provocados por essa dinâmica emocional geram nesses indivíduos até quanto ao futuro do relacionamento. No entanto, os efeitos prejudiciais do tratamento são atenuados quando um dos cônjuges é capaz de tolerar as angústias mais intensas de seu parceiro. Nestes casos, eles conseguem se ajudar e se apoiar mutuamente, fortalecendo o vínculo afetivo e demonstrando maior segurança quanto às suas capacidades para passar pelas situações de crise e de tomadas de decisões. Desta maneira, conseguem manter o sentimento de pertinência e continência entre eles.

A questão do desejo de ter filhos e da tomada de decisão para iniciar novos tratamentos desencadeia em alguns casais novas discussões quando não conseguem chegar a um acordo. Para a maioria das mulheres, o fator motivador encontra-se no avanço da idade que aumenta as angústias e ansiedades, pois sabendo dos limites corporais para ter filhos, elas se sentem como que devoradas pelo tempo. Os homens também demonstraram que quando se sentem impulsionados pelo desejo de ter filhos podem exercer uma pressão em suas esposas para reiniciar novos tratamentos, mesmo quando estas ainda não estão

confortáveis com a decisão. Em todos esses casos verificamos que quando esta situação se instala provoca mágoas e ressentimentos no parceiro que ainda não se encontra tão motivado.

Em função dessas diferentes vivências e das angústias desencadeadas pela situação de infertilidade, pensamos que um encaminhamento ao psicólogo logo no início dos tratamentos médicos facilitaria a compreensão e elaboração dessas emoções que afetam intensamente a dinâmica conjugal.

O vínculo satisfatório que o casal estabelece com a equipe médica interfere na sensação de segurança e esperança que os casais depositam no êxito do tratamento. A confiança e o contato satisfatório com os membros da instituição médica favorecem a diminuição das angústias persecutórias dos casais.

Com relação ao vínculo estabelecido com a psicóloga, comprovamos que quando as projeções de hostilidade recaíram sobre esta, o contato estabelecido ficou prejudicado e a possibilidade de usufruir o espaço oferecido também se tornou limitada. Ainda encontramos a idéia de que somente os casais “desajustados” é que deveriam conversar com o psicólogo, primordialmente entre aqueles que negavam a fragilidade desencadeada pela situação da infertilidade. Para os que se sentiram mais à vontade diante da psicóloga, observamos que o espaço oferecido possibilitou aos casais pensarem a respeito de alguns dos sentimentos que estavam experimentando nessa fase de suas vidas, visto que posteriormente foram em busca de uma ajuda terapêutica

### **As representações psíquicas em torno do desejo de ter filhos quando associadas a um tratamento reprodutivo**

Foi possível caracterizar durante a análise aspectos comuns ao grupo casal e diferenças nas representações psíquicas entre homens e mulheres com referência ao desejo de ter filhos. A vontade de transmitir a herança genética, a valorização do filho biológico, ainda fazem parte das representações do casal no que diz respeito ao desejo de ter filhos. O filho biológico, filho do “próprio sangue” é o



filho sonhado, idealizado: concebido com o material genético dos pais e gerado pela própria mulher. Qualquer outra combinação neste conjunto necessitaria de um período de elaboração do luto pela impossibilidade de assim o concebê-los. Os casais enfrentam a perda desta representação ao lidarem com a infertilidade. Somente quando abrem uma possibilidade de pensar em outros caminhos para a maternidade e paternidade, em uma condição mental que corresponda à Posição Depressiva descrita por Klein, é que começam a considerar a utilização de material genético doado ou a adoção como uma opção. Todavia, para estes casais em tratamento, a adoção ainda é uma idéia associada ao fracasso, uma solução possível para encobrir uma falha, mais ainda, indesejada. O uso do material genético doado e a escolha do possível doador pelo casal correspondem a um momento de muito constrangimento entre os cônjuges, conforme os casos analisados. Eles apresentam dúvidas se irão conseguir estabelecer a continuidade afetiva, intrínseca ao nascimento do filho biológico.

Diante dos anos de tratamento reprodutivo e do abalo que este produz no vínculo conjugal, o desejo de ter filhos adquire a representação de uma renovação no contato afetivo e a esperança do casal em realizar um projeto comum.

Apesar da valorização social e cultural da maternidade, notamos em todos os casos estudados a importância da paternidade e o intenso desejo de ter filhos nos maridos. A representação deste desejo parece também estar associada tanto ao contexto social, que hoje valoriza o papel do pai, como à idéia de virilidade/masculinidade, que evidenciamos ter sido abalada com o problema da infertilidade.

Para alguns casais, o desejo de ter filhos pode estar mais fortemente vinculado ao comando de vencer a batalha contra a infertilidade do que realmente de fundar uma família. Abalados em seus aspectos narcísicos, esses casais obstinadamente lutam contra a perda da ilusão de onipotência.

Para aquelas mulheres que postergaram a maternidade- seja por optarem pela carreira profissional, seja pela demora em encontrar um companheiro- ter filhos se transforma em mais um objetivo, uma conquista. Contudo, o efeito do tempo sobre a fecundidade parece não ter recebido a devida atenção, e quando

decidiram procurar ajuda médica havia uma idéia de que com o mesmo empenho e dedicação com que conseguiram as realizações profissionais, também conseguiriam contornar os efeitos das limitações do corpo. A representação de que o filho viria prontamente pelo desejo parece estar baseada na dificuldade de aceitar a perda da capacidade procriativa que acreditavam ter.

Mais doloroso ainda é o contato com as limitações que fazem parte do ser humano, e com a impossibilidade de realização de um desejo, segundo o Princípio da Realidade. A ilusão de que se pode ter tudo, sempre, parece fazer parte do desejo humano. Porém, homens e mulheres que passam pelo problema da infertilidade são obrigados a enfrentar esta difícil realidade: a despeito de todo nosso empenho, é possível que os nossos sonhos *talvez* se tornem realidade! Ao certo... ninguém sabe.

### **As representações gráficas dos membros do casal**

Os desenhos dos membros do casal apresentaram as seguintes características: dos seis desenhos dos maridos, três foram de homens adultos, um deles de uma menina pequena (marido 4), uma mulher adulta (marido 2) e uma paisagem (marido 6). Os desenhos de corpos masculinos, de maneira geral, expressavam força, valentia e virilidade masculinas, o que parece apontar para aspectos desejados nestes sujeitos, e que de certa forma encontram-se abalados com a dificuldade para ter filhos. A fragilidade e os aspectos regressivos vieram do desenho de uma menina pequena e de uma mulher disforme, com os genitais e atributos femininos acentuados no desenho. Estes foram realizados pelos dois maridos (2 e 4) da pesquisa, mais comprometidos emocionalmente com o problema da infertilidade, constituindo os dois casos de intensa desestruturação do vínculo conjugal. Neste sentido o desenho, como um instrumento de pesquisa, pode complementar e ampliar algumas hipóteses levantadas em nossa análise.

Dos seis desenhos das esposas, quatro foram de mulheres adultas, sendo que uma delas estava grávida (esposa 1), um dos desenhos foi representado por um casal (esposa 3), e um deles por uma menina pequena (esposa 2). O único

desenho de uma mulher grávida foi realizado por aquela que já estava na fase de aguardar o resultado do teste de gravidez. Esta esposa (1) já havia engravidado anteriormente, assim como a esposa (6), porém o diferencial nesta representação gráfica parece não só ter sido a experiência prévia física da gravidez, mas principalmente a real possibilidade deste estado no momento.

Observamos que apesar do desejo manifesto das esposas pela gravidez, e de todo o seu esforço físico e mental com esse objetivo, não foi este dado encontrado nos desenhos, isto é, não há uma representação deste desejo no papel, algo que era por nós imaginado, uma vez que a gravidez acontece exclusivamente no corpo feminino.

Os desenhos de mulheres adultas apresentavam atributos de corpos bem definidos, ocupando quase todo o papel. A fragilidade ou a vulnerabilidade não foram representadas nos desenhos, da mesma forma que nas falas das entrevistas. Levantamos a hipótese de que tal fato demonstra quanto tais esposas realmente se identificam com a representação de uma mulher adulta, madura e segura, imagens mantidas através de defesas psíquicas que não permitem a expressão de aspectos mais infantilizados da personalidade.

Pensamos que a utilização do desenho facilitou a compreensão dos dados levantados, e até possibilitou a reflexão sobre a ausência de representações de corpos grávidos. Isto nos apóia em nossa hipótese de que devemos sempre tentar compreender os desejos manifestos dos casais à procura de tratamentos reprodutivos, de maneira cautelosa, já que por trás desta solicitação médica outros desejos e angústias podem estar envolvidos, abalando profundamente aspectos da personalidade de ambos os cônjuges, e em maior ou menor intensidade, o relacionamento conjugal.

Sendo este instrumento inédito nas pesquisas desta área, não encontramos outros estudos em que pudéssemos realizar uma comparação e discussão. Sugerimos que novas pesquisas com esta técnica projetiva sejam realizadas para que tenhamos mais elementos de análise e reflexão sobre os aspectos aqui evidenciados.

## Observações da psicóloga

Realizar esta pesquisa não foi tarefa fácil. Primeiro, pelo tempo e dedicação que o trabalho em si requer, somando-se a isto a necessidade de conter e compreender os meus próprios sentimentos em relação aos casos atendidos. O tema instiga, os avanços tecnológicos seduzem e facilmente pensamos que um ou outro casal “mereceria” ter um filho mais do que outro. Há que se ter muito cuidado! Apfel e Keylor (2002) dizem que o analista nunca está descompromissado com os casos que atende em infertilidade, tendo a sua própria situação reprodutiva questionada o tempo todo. Se o analista está satisfeito com a sua experiência de maternidade ou paternidade, sentimentos de culpa e um desejo inconsciente de que seu paciente atinja tal satisfação tornam-se mais fortes. Mas se estiver tendo conflitos relacionados à infertilidade, tanto a gravidez como a perda gestacional dos seus pacientes serão tratadas com mais sofrimento e dificuldade.

Esta é uma área no mínimo desafiadora para todos! O meu desafio pessoal durante todo o processo de pesquisa, assim como na prática diária com casais inférteis, foi manter a minha mente o mais livre possível desses impulsos e desejos para possibilitar a escuta do outro. Penso que em alguns casos isso aconteceu mais facilmente do que em outros. Entretanto, como a gente sempre aprende com a experiência, esse foi um trabalho extremamente enriquecedor tanto no cunho científico como no pessoal. Enquanto escutava os casais e trabalhava suas falas fui observando que em minha análise pessoal estava às voltas com os mesmos temas: desejos, limites, pedidos de ajuda e períodos mais ou menos férteis de minha vida. Enquanto escrevia os capítulos da tese, em análise escrevia os capítulos e páginas da minha vida sempre recheados de tropeços e conquistas.

É assim que vejo estes e outros casos que diariamente atendo na clínica: a dificuldade para ter filhos, fertilizar, é apenas *uma* das dificuldade que a vida oferece. Uma experiência da qual talvez alguns estejam privados por um

determinado tempo, ou para sempre. Os casais podem passar anos em “tratamento” médico e não necessariamente fertilizarem seus corpos e suas mentes. Tudo depende de como lidamos com os imprevistos e com as limitações, ou seja, com o sofrimento e as frustrações. O não saber se um dia conseguiremos atender nossos desejos, ou se chegará o dia em que teremos que abrir mão deles, é o trabalho de uma vida inteira. Fácil? Não, não existe nada fácil nesta área. Penso apenas que seria possível, que este é o jogo da vida: exercitar a tolerância com nossas frustrações, nossos limites, e poder usufruir aquilo que é apenas possível.

*Para todas as coisas existe um momento de ir em frente  
e um momento de recuar.*

*Um momento para respirar devagar  
e um momento para respirar depressa.*

*Um momento para aumentar a força e um momento para diminuir.*

*Portanto, o sábio evita todos os excessos, extremos e extravagâncias.*

**Lao Tsé**

**VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

AGUIAR, E., MENDILAHARZU, G.B., BERFEIN, E.S., LAMOVSKY, C. Indicación de terapia de pareja en referencia a la discriminación en el vínculo matrimonial. In: *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Buenos Aires, 1986, pp. 149-167.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, v. (6), n.2, 1995, pp. 103-127.

ANZIEU, D. *O grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

\_\_\_\_\_. Las Discusiones Conyugales In: Anzieu, D. *Crear/Destruir* Madrid: Biblioteca Nueva, 1997, pp.255-64.

APFEL, R. e KEYLOR, R. Psychoanalysis and Infertility Myths and Realities *Int. J. Psychoanal.* , 2002, pp.83-85.

AZAMBUJA, S.C. A Mitologia e a Realidade da Maternidade *Rev. Bras. Psicanál.*, v.20, 1986, pp.601-611.

BASTOS, L.A.M. Maternidade: reprodução ou pró-criação? *Rev. Bras. Psicanl.* vol.XXIX(4), 1995, pp. 915-932.

BASSANEZI, C. Mulheres dos Anos Dourados In: Del Priore, M. (org) Bassanezi, C. (coord. de textos). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.

BENEDEK, Th., HAM, G.C., ROBBINS, F.P., RUBENSTEIN, B.B. Some emotional factors in infertility *Psychosomatic Medicine*. V. XV, (5), 1953, p.142.

BION, W. R. *Experiencias en grupos* Buenos Aires: Paidós, 1976.

BLEGER, J. *Psicologia da Conduta* São Paulo: Artes Médicas, 1984.

\_\_\_\_\_. *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos* Martins Fontes, São Paulo, 1993.

BORLOT, A.M.M. e TRINDADE, Z.A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia* V.9(1), 2004, pp.63-70.

BYDLOWSKI, M. *Les infertiles: un jeu de la filiation feminine*. Paris: Gallimard 1992.

CAMBIAGHI, A.S. (a) *Fertilização: Um Ato de Amor*. 2ª ed., São Paulo: Edicon, 2004.

CAMBIAGHI, A.S e CASTELOTTI, D.S. (b) *Fertilidade Natural*. De volta ao passado a caminho do futuro. São Paulo: La Vidapress, 2004.

CHATEL, M.M. *Mal-estar na procriação*. As mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Ed. Campo Matêmico, 1995.

CHODOROW, N. *Psicanálise da Maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro : Ed. Rosa dos Tempos, 1978.

COLLUCCI, C. *Por que a gravidez não vem?* Respostas objetivas e didáticas às principais dúvidas sobre a fertilidade. São Paulo: Atheneu, 2003.

DEUTSCH, H. *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada, 1947.

DINIZ, J.S. *Esse meu filho que eu não tive*. Porto Alegre: Afrontamento, 1993.



DUCATTI, M. A. G. *A tessitura inconsciente da adoção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ESPOSITO T.J.; GENS D.R.; SMITH L.G., SCORPIO R. Evaluation of blunt abdominal trauma occurring during pregnancy. *J Trauma* v29 ,1989, pp.1628 - 1632.

FAGUNDES, J.O. Ilusão de fusão na relação do casal In: Ramos, M. *Casal e família como paciente*. São Paulo: Escuta, 1994.

FIORINI, L.G. Maternidad y sexualidade feminina a luz de las nuevas técnicas reproductivas. *Rev. de Psicoanálisis*, LVI, 3, 1999, pp. 651-663.

FOCAULT, M. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREUD, S (1914). Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XIV.

\_\_\_\_\_. (1925-1926) *Inibições, Sintomas e Ansiedade* In: *Idem*, v XX.

\_\_\_\_\_. (1900). A interpretação do sonho. In: *Idem*, v. IV e V.

FURTADO, A.M. Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* IV, 3, 2001, pp. 27-37.

GASPARI, R. e GUTMAN, J. Funcion Paterna. In: *Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires: Del Candil, 1998.

GASPARINI, E.V.R. Pesquisas Psicológicas na área de Reprodução Assistida. Revisão da literatura dos últimos treze anos. *J. Brasileiro de Reprod. Assist.* Vol. 8 (2), 2004, pp.27-36.

\_\_\_\_\_. Casais em busca da reprodução assistida: uma nova demanda psicológica da cultura atual In: Térzis, A. (coord.). *Psicanálise, Grupalidade e Cultura*. Campinas-SP: Ed. Magister-Baron, 2005, pp.135-139.

GASKELL, G. e BAUER, M.W. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Um Manual Prático. São Paulo: Vozes, 2002.

GONDIN, M.C.B. Determinantes socioculturais e seus efeitos sobre as representações do self num caso de infertilidade feminina. *Rev. Bras. Psicanál.*, vol. 36(2), 2002, pp. 307-322.

GONZÁLES-REY, F.L. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GREEN, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

GRINBERG, L.; SOR, D. E.; De BIANCHEDI, E.T. *Introdução às idéias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

HERRMANN, F. *Andaimes do Real: o Método da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HINSHELWOOD, R.D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

JACOB-SEGER, L. (2000) *Stress e ansiedade em Casais Submetidos á Reprodução Assistida*. São Paulo, Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia – USP.

KAËS, R. *El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo*. Barcelona: Granica, 1977.

KAËS, R. e ANZIEU, D. *Cronica de un grupo*. México: Gedisa, 1979.

KAHL, M.L.F. Uma visada psicanalítica sobre a Medicina da Procriação. In: Moraes, E.N. e Filho, F.M. *Medicina Materna e Perinatal*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, pp 485-488.

KERNBERG, O. *Psicopatologia das Relações Amorosas* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KLEIN, M. Os efeitos das situações de ansiedade arcaicas no desenvolvimento sexual da menina (1932). In: *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

\_\_\_\_\_. Uma contribuição aos estados maníacos-depressivos (1935). In: *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. O luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos (1940) In *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)* Rio de Janeiro, Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: *Inveja e Gratidão - e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê (1956). In: *Idem*, 1991.

\_\_\_\_\_. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância (1959). In: *Idem*, 1991.

KRISTEVA, J. *Historias de amor*. Madrid: Siglo XXI, 1988.

LANGER, M. *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEVINZON, G. K. *Adoção* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MAKUCH, M.Y. Gênero e Reprodução Assistida: novas fases e velhas questões  
In: Melamed, R.M. M. e Quayle, J. *Psicologia em reprodução Assistida: experiências brasileiras* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MALDONADO, M.T. *Maternidade e Paternidade*. Situações especiais e de crise na família. Vols. I e II Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989.

MANSUR, L.H.B. *Sem filhos: a mulher singular no plural* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MATHIEU, P. Essai d'interprétation de quelques pages du rêve celtique. *Interpretation*, 1967, pp.232-59.

MELGAR, M.C. Procreación asistida (natural-artificial) en la cultura contemporánea *Rev. Psicoanal. Arg.* V52 (3), 1995, pp.811-819.

MENKEN, J.; TRUSSELL J., LARSEN, U. Age and Infertility. *Science*, 223: 1986, pp. 1389-94.

MORRIS, M.G. Psychoanalytic and Literary perspectives on procreation conflicts in women. *Psychoanalytic Review*, 84 (1), 1997, pp.109- 128.

OLIVEIRA, D.C.A. e BORGES, E. *Reprodução Assistida: Até onde podemos chegar? Compreendendo a ética e a lei*. São Paulo: Gaia, 2000.

OLMOS, P.E. *Quando a cegonha não vem*. São Paulo: Carrenho, 2003.

PUGET, J. e BERENSTEIN, I. *Psicanálise do Casal*. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

RAPHAEL-LEFF, J. *Gravidez – A história anterior*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

RIBEIRO, M. *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ROLFO, C. e GRASSANO, E. Procesos en el psicoanálisis de pareja. *Rev. de Psicología y Psicoterapia de Grupo y Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculaes*. Publicación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires, octubre, 1991.

SERAFINI, P. e MOTTA, E. *Grávidos, a realização do sonho de ter um filho*. São Paulo: Gente, 2004.

SHAFER, J.A. e DIAMOND, R. Infertilidade: dor pessoal e estigma secreto. In: E. Imber-Black (org.). *Os Segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SIGAL, A. M. Algo mais que um brilho fálico. Considerações acerca da inveja do pênis. In *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. Depto. de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Alonso, S. L.; Gurfinkel, A. C.; Breyton, D. M. (orgs.). São Paulo: Escuta, 2002, pp. 155-170.

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

SZEJER, M e STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TÉRZIS, A. A Interpretação Psicanalítica do Mito e do Sonho In: Térzis, A. (coord.). *Psicanálise, Grupalidade e Cultura*. Campinas-SP: Magister-Baron, 2005.

THIS, B. *O pai: ato de nascimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

TITAN, S.V. Relação conjugal e relação analítica In: Ramos, M. *Casal e família como paciente*. São Paulo: Escuta, 1994.

TORT, M. *O desejo frio*. Procriação artificial e a crise dos referenciais simbólicos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

TUBERT, S *Mulheres sem sombra: Maternidade e Tecnologia*. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1996.

VIANNA, M.C. Filho, pra que te quero? In: Breyton e col. *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2001

WISCHMANN, T.H. Psychogenic Infertility – myths and facts *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. V. 20, n.12, 2003, pp.485-494.

ZALCBER, M. *A relação mãe-filha*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.





## Anexo A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo é o consentimento de duas partes envolvidas em um processo de pesquisa científica. De um lado, a pesquisadora **Eliane Verginia Rovigatti Gasparini**, aluna do curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, RA:03700366, está realizando uma pesquisa de doutorado intitulada “**As técnicas da Reprodução Assistida e as Representações Psíquicas do desejo de ter filhos**”, com casais que estão se submetendo a um tratamento para engravidar em uma instituição médica, representando este grupo a outra parte envolvida.

Trata-se da investigação que busca compreender as representações psíquicas dos casais com relação ao desejo de ter filhos, quando associadas a um tratamento reprodutivo. Para tal iremos realizar um entrevista com cada casal e solicitar dos participantes um desenho em uma folha sulfite branca, e posteriormente que cada um descreva com detalhes as suas principais idéias sobre o desenho realizado. A análise das entrevistas assim como dos desenhos será feita de acordo com o método interpretativo psicanalítico. Estaremos mantendo o anonimato do participante, impossibilitando sua identificação, bem como o sigilo quanto a dados confidenciais.

Esperamos desta maneira, obter alguns dados dessa parte da população, permitindo ampliar a compreensão das vivências emocionais sobre o tema da infertilidade e reprodução assistida. A partir dos dados obtidos nessa investigação, respeitando o anonimato dos participantes, poderemos propor práticas de intervenções principalmente no âmbito da psicoprofilaxia, o que beneficiará tanto a ciência da psicologia quanto as atividades na comunidade. A participação é totalmente voluntária, podendo o participante se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa sem penalização ou prejuízo, assim como impedir a inclusão do desenho na pesquisa.

Eliane Verginia Rovigatti Gasparini

Eu, (nome completo do participante), declaro estar ciente dos objetivos e métodos desta pesquisa, assim como declaro minha participação voluntária nela, autorizando a inclusão de minha entrevista e desenho no material da investigação, respeitadas as condições de sigilo, privacidade, e o direito de avaliar o material transcrito, nos termos acima descritos. Também estou ciente de que poderei me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus à minha pessoa.

\_\_\_\_\_  
Nome/assinatura:

data:

Em caso de dúvidas ou queixa, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa - PUC-CAMPINAS, Av. John Boyd Dunlop, s/nº - CEP13059-9000 - Jd. Ipaussurama - Campinas- SP, ou caixa postal 317, telefone: (19) 3729-8303.

## Anexo B

### Entrevista na íntegra - Casal 1

Psicóloga (f1): Como é tentar ter um filho através das técnicas da reprodução assistida?

Esposa 1(f1): Não sei se você está sabendo da minha história...

Psicóloga (f2): Não, não sei.

Esposa 1(f2): A gente fez em 2003 uma FIV. Na primeira tentativa deu certo e eu fui até a 34 semana. Aí eu tive uma ruptura uterina, perdi o bebê. Em abril deste ano fez um ano e daí a gente começou a pensar em fazer de novo. Foi muito difícil, mas a gente tava lá, não desistiu. Foi muito dolorido pra gente. Passar pelo processo de fertilização já é dolorido... a gente já tinha feito laparoscopia, um monte de exames, já vai abalando. Aí, legal, a gente conseguiu na primeira tentativa. Foi dando tudo certo, mas com 34 semanas eu tive a ruptura e aconteceu tudo isso. A gente perdeu o bebê. Então dói, dói bastante.

Psicóloga (f3): Deve ter sido muito sofrido para vocês toda essa experiência... o tratamento, a gravidez tão avançada e a perda. Muito difícil.

Esposa 1(f3): É, é muito difícil. Dói muito. Mesmo nesse processo que a gente fez agora, o Dr. teve que consultar outros médicos, porque devido à ruptura anterior tudo fica mais difícil, tem uma cicatrização diferente no útero. Então, não pode ser colocado mais que dois embriões, se gerar dois vou ter que tirar um. Então, deu positivo agora. Na primeira tentativa, de novo. Mas, se os dois vingarem eu não vou poder gerar os dois. Então eu estou com o coração na mão... eu pensei... ah! que beleza, deu tudo certo logo na primeira tentativa, mas agora tem esse problema de ter que tirar um. Cada etapa eu tenho um problema... eu estou sempre com o coração na mão. Por exemplo... eu só vou poder ir até o sétimo mês, não posso ir até o nono. Já sei que a gravidez vai ser bem delicada, vou levar uma gestação com muito cuidado, muito repouso... eu estou sempre tensa...

Marido 1(f1): É, sempre tem uma tensão... é muito delicado...

Esposa 1(f4): Eu estou muito feliz, mas com o coração na mão. Tem um monte de probleminhas que a gente tem de ir superando, mas não é fácil. A hora que a gente vai comemorar... ah, não é bem assim...

Psicóloga (f4): É difícil relaxar... sempre há uma preocupação, não é? Você disse que está feliz, mas não totalmente feliz...

Marido 1(f2): Tem o lado emocional e o outro lado. A gente tem confiança nas pessoas que estão cuidando da gente, mas sempre tem o lado emocional, que não foge da gente. A gente tenta se valer do lado racional para poder ficar mais tranqüilo, para dar um certo conforto. Há vários passos racionais para aliviar o lado emocional.

Psicóloga (f5): E como é esse lado emocional tão intenso que você está dizendo? Que sentimentos são esses, como você vê essa situação...

Marido 1(f3): (Risos nervosos) Há vários sentimentos... os sentimentos que vieram desde o início é... pensar numa gravidez já vem somando um monte de coisas... o processo inteiro desde a primeira vez em 2001, quando começamos a ter problemas para engravidar, começaram as investigações e decidimos partir para FIV... A gente sempre conversa bastante porque a gente fica muito abalado quando não deu certo... a gente tinha planos de ter uma família e quando a coisa começou a acontecer do jeito que a gente não quer a gente teve que rever alguns valores... desde que a gente descobriu que o método natural não iria dar certo pra gente, não seria o nosso caminho.. isso foi um aprendizado que a gente teve que se adequar a situação que é oferecida hoje... graças a Deus que a gente está na geração atual... a gente teve que rever algumas coisas, começamos a ver o lado positivo, ter a facilidade de ter acesso a isso. A gente vive numa cidade que tem acesso a esse tratamento, estamos tendo essa possibilidade, a gente tem que ver o lado positivo. Que nem... o dia que ela chegou chorando em casa, eu disse pra ela que ela tinha que ver o lado positivo.

Esposa 1(f5): Ele sempre vê o lado positivo.

Marido 1(f4): É, a gente tem que ver o lado positivo, porque a gente sabe que o emocional afeta muito. A gente lê, conversa com os médicos, a gente tem que lidar com o lado emocional, tem que estar emocionalmente bem porque vários estudos já falaram que as emoções afetam o nosso organismo, é evidente, isso é claro, então a gente não pode ver só o lado negativo... eu vejo muito o lado positivo... até demais... às vezes ela fala que eu tenho que pegar leve...que eu estou exagerando um pouco... aí eu revejo minha postura, eu sou muito zeloso, fico cuidando demais

Esposa 1(f6): Ele protege demais...

Silêncio.

Psicóloga (f6): Vocês estão trazendo então os dois lados da mesma moeda... tem um lado racional, da existência das técnicas, do tratamento... mas tem um outro lado mais forte ainda que são os sentimentos, os medos, as angústias desencadeadas por essa situação.... que nem sempre o jeito que a gente tem para lidar dá certo, apaga esse lado, né?

Marido 1(f5): Na nossa experiência de vida como pessoas, como profissionais... a gente se conheceu na faculdade, tem a mesma profissão, tem quase a mesma idade, mesma história de vida, mesma origem de família, mais humilde... a gente sempre tem um lado de ação e reação igual. A gente trabalha e consegue se a gente determina um objetivo, a gente vai atrás e consegue, alcança...

Esposa 1(f7): E assim foi com tudo que a gente havia planejado na vida...daqui a tantos anos a gente casa, depois a gente troca de apartamento... só que quando começou o negócio da gravidez não foi bem assim... a gente não tinha o controle na nossa mão.

Marido 1(f6): É uma coisa tênue, que foge do controle... tem coisas que não dá pra controlar, é da vida, é da natureza... tem que delegar o controle... caiu uma ficha que a gente não tinha vivenciado algo assim, uma situação em que você não tem domínio completo da situação. Isso foi uma grande experiência pra gente... eu falei... se a gente tá passando por isso vamos ver o lado positivo, vamos aprender com a situação... de novo eu quis ver o lado positivo, vamos aprender com isso, vamos rever nossos valores em geral. Não só nesse último ano mas desde que começou... desde a identificação do problema... achou-se que fosse fácil... planejamos, agora vamos executar, vai acontecer... a gente já viu que não iria dar certo... já começou o processo de aprendizado desde aquela época... o primeiro passo não deu certo... esse aprendizado vem nos preenchendo... a gente já aprendeu muito e tem muito que aprender ainda com essa situação.

Psicóloga (f7): Segundo M1 vocês mudaram muito nesse processo todo...

Esposa 1(f8): É, a gente mudou muito, evoluiu muito mesmo...

Psicóloga (f8): Você também percebe dessa forma?

Esposa 1(f9): Sim, tanto pessoalmente, como profissionalmente... eu parei até de trabalhar... desde abril que eu estou em casa. Eu sempre fui muito dedicada à minha profissão, sempre trabalhei muito, sábado, domingo, de madrugada, sempre nos extremos. E eu levei minha outra gravidez assim, trabalhando muito, viajando, chegando de madrugada. Aí acontece um negócio desse e eu sempre me pergunto: será que isso fez mal, onde que eu errei, será que eu trabalhei demais, o que será que eu fiz de errado? Aí a gente decidiu fazer de novo a FIV e eu naquele esquema: trabalhando, trabalhando... Ai eu dei um toque no meu chefe: olha pega leve, vamos mudar minha rotina. Mas não tinha jeito. É o perfil da empresa, da minha área. Aí a gente conversou: será que dá para parar de trabalhar? Dá. O que que adianta a gente trabalhar tanto, ganhar tanto dinheiro e chegar no final e não dar certo. Você sabe: tratamento, hormônio, a gente fica a mil. Mexe muito. Ele falou (marido): fica em casa, descansa. Para mim foi uma decisão dura. Mas várias vezes eu saía do serviço chorando e pensando: nossa o que eu estou fazendo comigo, o que eu estou fazendo? E com o tratamento a gente não sabia onde iria chegar de novo. Então a gente decidiu que eu iria parar de trabalhar, pedi as contas e fui embora. Hoje eu penso... nossa, foi difícil naquela época pois a gente tem que tomar a medicação em tal horário, ficava preocupada em acordar, tomar a medicação no horário certo. Agora não, foi tudo mais tranquilo. Eu acordava no horário, ia tomar remédio, tudo mais calmo. A gente percebe que já teve uma evolução, foi tudo mais tranquilo.

Psicóloga (f9): Então, esse é outro aspecto que você está colocando. O tratamento demanda muito trabalho, muita dedicação...

Esposa 1(f10): Consome muito...

Marido 1(f7): Principalmente da mulher...

Psicóloga (f10): Parece que você está reconhecendo que a gravidez, todo este processo do tratamento traz uma carga às vezes maior para a mulher. Você reconhece essa demanda maior.

Esposa 1(f11): É porque são muitos remédios, muitos horários, cada um de um jeito...

Psicóloga (f11): E nessa nova experiência você fez uma opção em ter um trabalho só, o do tratamento. Quantas mudanças vocês foram fazendo de acordo com a experiência.

Esposa 1(f12): É, eu nunca pensei que uma mulher precisasse parar de trabalhar para cuidar da gravidez.... eu nunca pensei que precisaria disso, achava que gravidez era coisa natural, que não houvesse necessidade de parar de trabalhar... agora eu penso, cada mulher é diferente, com outras necessidades...

Psicóloga (f12): Então você tinha uma outra idéia a respeito da gravidez...

Esposa 1(f13): É, eu sempre pensei que eu iria continuar trabalhando. Quando contei que eu iria parar de trabalhar, meu chefe se assustou. Até tentaram me mudar de área, mas eu fiz a opção em parar. Foi uma decisão dura, mas... eu chorei, chorei muito, mas tudo com o tempo passa.

Psicóloga (f13): Deve ter sido muito difícil mesmo... uma das difíceis etapas... quantas coisas mudaram mesmo... novas decisões, novas concepções...

Esposa 1(f14): A minha concepção era essa: o bebê nasce, continuo trabalhando, coloco na escolinha. Mas, depois que acontece essas coisas... a gente muda, deixa de dar valor para algumas coisas, como coisas materiais, e dá valor pra outras...

Psicóloga (f14): Então, desde o momento que começou essa história de gravidez, quantas coisas mudaram, quantas coisas vocês tiveram que mudar diante dos sofrimentos, da realidade que não estava fácil.... foi tudo muito intenso... todas as etapas...

Esposa 1(f15): Mas estamos aí. Como disse o Dr. X, nós somos o casal Sorriso. Ele sempre comenta: nossa, depois de tudo que vocês passaram, vocês estão sempre sorrindo, sempre bem. Acho que foi durante a transferência que ele disse que comentou da gente com outro casal, que estava todo tristonho, murcho. Ele comentou que a gente estava sempre bem, sorrindo... mas não é bem assim...

Psicóloga (f15): Não mesmo... como é a sua percepção E1?

Esposa 1(f16): É difícil, a gente chorou bastante, tem um monte de porquês sem resposta (E. começa a chorar). Mas não adianta a gente ficar batendo nisso, não vai te levar a chegar a uma resposta, a uma solução. Então... poderia ter ficado superabalada, chorando com uma cara triste, fechada, mas a gente sabe que não é bem por aí. Por isso que quando o Dr. X vê a gente, ele acha que a gente tá sempre sorrindo. Mas não é bem assim! Lá no coraçãozinho... a gente não ficou com aquela marca, aquela mágoa, aquela dor, mas ficou aquela saudade...

Psicóloga (f16): Saudades do quê E1?

Esposa 1(f17): Saudades daquele barrigão, de sentir o bebê mexendo, ver o bebê direitinho, eu sei que dá saudades... a sensação que eu tive foi da barriga, aí eu sinto saudades... (E1 continua chorando) mas não é isso que me deixa triste, não é isso que vai me deixar abalada, abatida... foi uma experiência, a gente aprendeu com isso, temos que continuar vivendo, vamos partir pra outra... é difícil, mas... por isso que o Dr. deve pensar... nossa pensar em uma segunda tentativa de FIV, é maluco... mas mesmo sabendo de tudo que a gente vai passar, tudo que a gente pode passar, tem que ser positivo... tem que tentar, tem que estar de bem com a vida. Se a gente for levar todas as mágoas da outra gravidez, não vai fazer bem pra mim, nem para o bebê, não vai fazer bem para a sua família em geral. Então tem esse sentimento guardado, mas nada que vá atrapalhar a família...

Psicóloga (f17): Apesar de todo o esforço para pensar positivo, vocês passaram por uma experiência bastante difícil... uma gravidez já avançada, com muitas expectativas, é sempre muito dolorosa a perda...

Esposa 1(f18): É, é muito difícil, a gente passou por muita coisa...

Psicóloga (f18): Você está me falando da forma de elaborar seus sentimentos, suas experiências. Você está dizendo que os sentimentos existem e são intensos mas você não quer ficar paralisada por eles.

Silêncio

Esposa 1(f19): É, além de tudo o bebê não sobreviveu, e ainda depois eu tive que passar por uma cirurgia abdominal.

Marido 1(f8): A ruptura uterina é uma hemorragia abdominal. Se ela não for contida o bebê sofre porque não consegue oxigenação e morre antecipadamente. Já no caso da maioria das mulheres, a gente leu e os médicos disseram também, tem que retirar o útero, faz uma histerectomia.

Esposa 1(f20): Para conter a hemorragia...

Marido 1(f9): Senão corre risco da morte da mãe, é muito perigoso. Então, apesar da dor da perda, o útero foi preservado. Mas agora o útero está mais delicado,

mais debilitado, por isso que a gravidez agora vai ser mais delicada. Já tem mais risco... por isso que às vezes a gente escuta o médico dizer... ih... você é o nosso “pepino”...

Esposa 1(f21): O médico fala brincando: “Ai, meu pepino”

Marido1(f10): Então tudo isso conta... a gente está podendo viver uma nova experiência na gravidez. Poderia não ter tido se ela perdesse o útero, encerrava tudo por ali e teríamos que tentar outras combinações para tentar ter nossa família. Então a gente pensou: vamos vivenciar uma nova experiência com essa oportunidade. A gente tem que ter força de vontade interna para superar isso aí e arrumar mais força, pois agora é mais delicado.

Esposa 1(f22): Delicado, arriscado...

Marido 1(f11): Por isso que a gente teve que reavaliar valores, pois é mais complicado que a primeira, vamos passar de novo pelo risco.

Esposa 1(f23): Por que a primeira a gente não sabia... engravidei na primeira tentativa de FIV, deu tudo certo, fiz acompanhamento direitinho, nunca tive problemas... sempre tranqüilo e tudo aconteceu de uma hora pra outra. Um dia antes a gente foi na consulta de pré-natal, ouviu o coração do bebê...

Marido 1(f12): Nunca tivemos nenhum sinal de que algo não estava bem...

Esposa 1(f24): É, mas vamos em frente...

Psicóloga (f19): É uma situação difícil mesmo, mas vocês estão me falando das perdas e também da força que o casal pode ter para sair da angústia, solucionar juntos os problemas e ir em busca de novas experiências.

Eu gostaria de agradecer a participação e a disponibilidade de vocês, e ainda fazer mais um pedido: se trata de um outro instrumento que estou usando para conhecer e entender melhor as experiências de vocês: gostaria que desenhassem “um corpo” nesta folha de sulfite.

Marido 1(f13): Um corpo?

Risos dos dois participantes...

Psicóloga (f20): Sim, do jeito que vocês quiserem...

Esposa 1(f25): Mas eu não sei desenhar muito bem...



Psicóloga (f21): Não tem problema... desenhem do jeito que quiserem... não tem certo ou errado...

Após algum tempo...

Psicóloga pergunta para Marido 1:

Psicóloga (f22): O que você pode me dizer do seu desenho?

Marido 1(f14): Ah! É um homem... com os braços abertos...

Psicóloga (f23): O que você pensou quando estava desenhando?

Marido 1(f15): É um homem, eu não quis identificar muito... Pensei naquela imagem do Da Vinci: "O homem quadrado", não sei se tem esse nome mesmo... mas é aquela figura famosa do Da Vinci que tem um homem com um quadrado no meio e depois um círculo.... eu não sei bem se o nome é esse, mas tem um quadrado perfeito e um círculo perfeito.

Psicóloga (f24): Ah! Sim. Sei que desenho está falando...mais alguma coisa você pensou?

Marido 1(f16): Não...

Psicóloga (f25): E o seu desenho (esposa)?

Esposa 1(f26): É uma mulher grávida... pra variar, segurando a barriga... Toda mulher segura a barriga quando está grávida.

Psicóloga (f26): Por quê? Por que você acha que isso acontece?

Esposa 1(f27): Ah! Eu acho que é pelo carinho, proteção... você pode perceber... todas as fotos estão assim... ou com as mãos nas costas, porque estão doendo. Primeiro eu tinha desenhado ela assim, depois eu apaguei e coloquei as mãos pra frente porque fica mais bonito, é carinho... Essa aqui tem 35 anos, tá pra nascer... tá no sétimo mês já.

Psicóloga (f27): Mais alguma coisa que você pensou?

Esposa 1(f28): Não, acho que não...

Depois de algum tempo a psicóloga entrega a folha de Termo de Consentimento para o casal assinar, agradece sua participação e se mostra à disposição caso queiram continuar a conversa em uma outra oportunidade.

## Anexo C

### Entrevista na íntegra - Casal 2

Psicóloga (f1): Como está sendo para vocês tentar ter um filho através das técnicas da Reprodução Assistida?

Marido 2(f1): É bem difícil. Para mim está sendo bem difícil. Já faz 4 anos que a gente está tentando. Tem hora que é bem complicado. A gente vai no médico e está tudo sempre bem. Vai em um médico e ele diz que está tudo bem, vai em outro e também está tudo bem, mas nada dá certo. Já fizemos outros tratamentos até chegar nesse agora e nada deu certo. Já foi feita uma inseminação artificial e nada deu certo. Tem hora que pega, pois a vida da gente está virando uma rotina. Faz praticamente 8 anos que a gente está casado e não tem mais o que a gente fazer. Um se preocupa com o outro e só. Eu sei o que eu tenho que fazer, ela sabe também, a gente conversa o que tem que conversar e pronto. Às vezes a gente nem tem o que conversar, fica deitado vendo televisão, ou ouvindo uma música, conversa um pouquinho só e pronto. Não tem aquela vida que às vezes eu vejo meus amigos contarem que os filhos fizeram isso, o outro fez isso. Eu fico com aquele trauma na cabeça. É complicado. Às vezes eles começam a falar e eu até saio de perto e prefiro ficar sozinho. Um dia desses um dos meus amigos chegou para mim e perguntou como eu conseguia ficar trabalhando sozinho aqui nesse lugar. Geralmente eu trabalho com bastante gente, mas mudei de setor e fico em um que posso ficar sozinho. Na situação que estou eu prefiro ficar sozinho sem ninguém pra conversar. Tomo uma água, café. Nesses dias em que a gente fica esperando o resultado da gravidez foi difícil, parecia que a cabeça iria explodir. Eu não achava que ia dar errado... quando veio o resultado negativo..., aí desmonta. Eu fiquei nervoso, aí eu falo coisa que não devo, ofendo as pessoas. Magoei ela, machuquei ela e outras pessoas. Sai briga, sai discussão, sai cara feia. É complicado, não é fácil.

Psicóloga (f2): É uma fase difícil...

Esposa 2(f1): É, a gente não tem um motivo. Se tivesse um motivo... a gente faz os exames e nunca dá nada. Se tivesse alguma coisa errada a gente iria corrigir. Mas não tem nada. É difícil de entender porque não acontece. Eu acredito que tem hora para tudo. Que as coisas acontecem na hora que têm que acontecer. Mas essa expectativa da inseminação é muito complicada. Porque ele já tinha na cabeça dele que estava tudo certo e eu tinha dias que pensava: “nossa, estou grávida”, e outros em que pensava: “nossa, meu Deus, eu não estou”.

Psicóloga (f3): Você ficava oscilando entre esses dois pensamentos...

Esposa 2(f2): É, a gente sabe que a porcentagem de dar certo é pouca, e a gente fica naquele medo. Eu dizia para mim mesma: “eu fico pensando que vai dar certo, e se não der?” Eu ficava me protegendo porque se não desse certo eu não sofresse tanto. É muito complicado esses 15 dias de espera. Enquanto você está tomando as injeções, você está envolvida. Depois quando você pára tudo para ficar esperando... no dia do resultado você não consegue fazer nada. No dia que vem o resultado é horrível, a gente fica sem o pé no chão. Eu falei para o doutor que parecia que a gente perdeu alguém que na verdade a gente nem tinha. Então é complicado. Eu, do mesmo jeito, que ele sofreu eu também sofri, só que ele se isolou, enquanto eu achei que a gente iria sofrer juntos. Como ele está falando, ele preferiu ficar sozinho do que conversar. É complicado, é muito complicado. Ele falou umas coisas que acabou me machucando. Como ele disse que iria resolver o problema de outro jeito, então... isso acabou me machucando. Como ele falou... a gente está junto porque a gente se gosta. Senão a gente não estaria passando por tudo isso. Mas com o tempo vai desgastando, desgastando...e o que vai segurando é justamente o fato da gente se gostar. Então é um período muito difícil. Às vezes as pessoas não têm idéia do que é... a gente só sabe quando a gente passa. A gente está pensando em fazer a fertilização *in vitro*, que aumenta as possibilidades. Mas a gente tem que ter em mente que é 50%. Tanto pode dar certo como pode não dar certo. E a gente tem que pensar nisso para que a gente não sofra tanto porque a gente sabe como é que é.

Marido 2(f2): Fora os gastos...

Esposa 2(f3): E ele pensa no dinheiro. Pensa muito no dinheiro, ele fica fazendo conta.

Marido 2(f3): É claro, a gente fica fazendo tratamento, gastando, que não é barato, e a gente só ouve do médico que não tem problema, não tem problema. Não dá, né? Agora a gente vai tentar fazer a FIV, depois desse tratamento não existe outro, né? Aqui no Brasil não existe, só existe fora do Brasil. Então é esse que a gente tem aqui. Se fizer e não der certo, sei lá. Só se a gente for para fora do Brasil, a gente não tem condição para isso... É duro, todo mundo cobra. Vocês não têm filhos? Vocês não têm filhos? Teve um dia que um cara veio perguntar para mim, eu me enchi e disse: olha, você não sabe o que está acontecendo, então vá cuidar da sua vida. E xinguei mesmo, o cara ficou me cobrando tanto, perguntando mesmo, que eu me enchi e xinguei mesmo. Mandei ele para tudo que é lugar... fica cobrando... cobrando... que eu me enchi mesmo. Ficou todo mundo olhando para mim e eu disse para ele: faça o favor de ir cuidar da sua vida agora e não me pergunta mais nada sobre isso, da sua vida eu não te pergunto nada. Daí ele ficou me olhando, pediu desculpas. Eu levantei da mesa, fui embora e nem tomei meu cafezinho. É duro tanta cobrança. Já tem a da gente mesmo... a gente quer por que quer porque quer. Tem a cobrança da minha própria família também. A família dela cobra, se a gente chega em algum lugar, as pessoas cobram. É muita cobrança.

Esposa 2(f4): É tanta que a gente chegou a combinar que não iria comentar nada com ninguém. Só que acabei falando para minha mãe e a aí você sabe, a mãe vai falando para outra pessoa e vai aumentando as expectativas, não deu certo. E ele é muito mais ansioso... e eu fico preocupada, pois quando passa alguma mulher grávida na rua eu já fico pensando.... ih... meu Deus, ele vai ver a mulher grávida e ele já vai lembrar...

Psicóloga (f4) ... isso você já vai pensando...

Esposa 2(f5): Dá para ver na cara dele... se passa na televisão alguma coisa sobre bebê, ele muda de canal. Eu não tenho tanta dificuldade assim. Eu trabalho com crianças e acho que já supre um pouco essa necessidade que a gente está tendo agora. Então, para mim eu acho que está sendo mais fácil do que para ele, apesar de eu também querer, ser uma coisa conjunta. Acho que ele sofre mais. Eu ainda tenho outro aparato por trás que me deixa mais aliviada.

Psicóloga (f5): O que você acha disso, M2? Como você vê essa situação?

Marido 2(f4): É verdade... ela já trabalha com criança, eu não, eu trabalho com adultos. Eu até vejo crianças... tem a minha irmã, tem os filhos dela, tem meu irmão, os filhos dele, tem um que eu sou bastante apegado.

Psicóloga (f6): Você tem sobrinhos...

Esposa 2(f6): Só da parte deles, na minha família não. Eles moram distante daqui.

Marido 2(f5): Eu sou muito apegado com meu sobrinho, ele é muito carinhoso com a gente. Ele chega, me dá beijo, me abraça. Imagina como é difícil fazer isso com uma criança e eu querer um filho e não ter. É difícil ver ele me abraçando, me chamando de tio, meu tio, e mexe com a cabeça da gente. Fico pensando: quando é que eu vou ter o meu? Quando vou ter. Eu vejo na TV, eu mudo mesmo. Porque se eu ficar vendo criança eu vou chorar, eu choro mesmo. Quando eu vejo aquele programa do Raul Gil de sábado, com as crianças cantando, eu fico mal mesmo. Eu choro. Então, eu mudo de canal mesmo. Até ela já reclamou... você só assiste jogo, televisão lá do Nordeste, é bem melhor. Eu falei para ela que ela pode comprar uma televisão que ela assiste o que quiser. Na verdade, para mim está difícil mesmo. Já falei para ela que eu gosto muito da mãe dela, convivo muito com ela, mas não tenho muita paciência, não. Nunca fui de ter muita paciência, não.

Psicóloga (f7): Vocês estão falando de como a falta de um filho vem tocando cada um de vocês e de como está difícil compreender tudo isso...

Marido 2(f6): A médica hoje na consulta olhou para minha cara e viu que eu não tava muito bom mesmo. Às vezes eu até brinco com ela (esposa): se não der certo (tratamento) eu vou pegar outra, não vou ficar pagando tudo isso, não, para ter um filho. Na hora da raiva eu não meço as palavras, não, vai saindo, saindo. Vai chegando e vai saindo...

Psicóloga (f8): Vocês estão muito preocupados com o resultado do tratamento e quanto isso vai modificar a vida e a relação de vocês.

Marido 2(f7): Eu não quis jogar a culpa em cima dela, de chegar e falar que a culpa é dela. Eu não cheguei a falar isso para ela porque a minha vontade de ter um filho é tão grande, de tanto tratamento que a gente já fez e nada dá certo que vai batendo o desespero, está chegando no limite. E é complicado porque a gente se gosta tanto, um do outro, senão... já tinha acabado. O casamento da irmã dela acabou por causa disso. Ela não conseguiu engravidar e o marido dela largou dela. Eles começaram a namorar na faculdade, casaram, e depois ela não conseguiu engravidar e ele disse que se ela não pode dar um filho, acabou o casamento. Eles estavam há 9 anos casados. É difícil. Além da nossa cobrança que a gente quer e não consegue, tem os outros de fora. A família dela de um lado e do meu de outro. As pessoas começam a falar e eu saio de perto...

Psicóloga (f9): Está muito difícil... E me parece que há uma preocupação sua muita grande com relação ao futuro do casamento diante desta dificuldade para conseguir a gravidez... na verdade, se você vai tolerar a frustração de mais uma tentativa.

Marido 2(f8): Não é a primeira vez que eu vejo lá no meu trabalho as pessoas se separarem por causa disso. Eu conheço muita gente que se separou mesmo. É, porque vai ficando chato, você não tem com que se preocupar. Não se preocupa com que ele vai comer, vestir, se vai bem na escola, se é criança vai vir da escola e tem sempre coisas para contar. E a gente está vivendo ali, na rotina, não tem problema. Com criança você sempre sai da rotina, todo dia tem alguma coisa para contar, para encher o saco, pode te deixar aborrecido. Ou ele vai chegar, vai te dar carinho. Então todo dia tem uma coisa diferente.

Psicóloga (f10): Então vocês estão querendo muito mudanças, nova fase...

Esposa 2(f7): É, porque chegou uma fase que acabou virando rotina, não tem mais novidade. Eu já conheço ele, ele já me conhece, não tem muito mais o que fazer. Eu já sei o que um tem que fazer, o outro também. Antes a gente saía mais. Agora a gente não sai mais. Até na nossa intimidade as coisas mudaram bastante. Antes a gente ficava juntos pelo prazer de ficar juntos. Aí, conforme a gente começou a fazer os tratamentos, foi diminuindo a frequência e o objetivo passou a ser: vamos ficar juntos para ter um filho. Se a gente não consegue ter o filho, qual é o objetivo? Ficou sem objetivo!!! Então tudo isso vai mexendo com a gente e a preocupação que ele tem também é a minha. E depois? E se não der certo? Se der certo, ótimo, lindo, maravilhoso. E se não der certo? A gente já está passando por essa fase e o que vai vir depois? A gente precisa ter uma cabeça muito boa para isso. Se a gente não tiver filhos como a gente quer, vai ser muito complicado. Eu pergunto para ele: a gente vai deixar de viver por que a gente não tem filhos? Não pode. E quem perde um braço? Vai deixar de viver por que perdeu um braço? Para mim, eu tenho muito forte isso. Para mim, nós casamos, mas não casamos porque queríamos ter um filho. Nós casamos porque queríamos ficar juntos. O filho é uma consequência. Se o filho não veio, vamos ficar juntos. Para ele está bom, para mim está bom. Só que diariamente vão aparecendo coisinhas que vai desgastando, que vai mudando. E como contornar para voltar a ser o que era? É muito complicado...

Psicóloga (f11): Agora vocês estão falando muito nessa mudança no relacionamento. Como vocês percebem isso, vocês acham que já estava ocorrendo uma mudança, um afastamento na relação de vocês, ou isso foi determinado mesmo pelo momento do tratamento?

Marido 2(f9): Aconteceu depois que começamos os tratamentos, há 4 anos. Porque antes a gente se dava muito bem, em todos os sentidos, nas relações...

Esposa 2(f8): É, mas ele tem uma personalidade muito diferente da minha. Para eu agüentar ele, só a minha paciência que Deus me deu. E ele também tem que ter muita paciência para me agüentar, porque eu sou bem diferente dele, sou bem mais devagar. Enquanto eu ainda estou pensando em fazer o bolo, ele já vem com o bolo pronto.

Psicóloga (f12): Cada um tem um ritmo...

Esposa 2(f9): É, mais isso a gente aprendeu a lidar. Então eu já sei como ele é e ele também, a gente soube contornar, apesar de que a gente tem conflitos porque ele é teimoso e eu também sou. Mas as coisas pioraram nesses 4 anos para cá.

Psicóloga (f13): Mas eu não estou entendendo como foram tantos tratamentos de 4 anos para cá. Vocês falaram que fizeram somente a inseminação artificial.

Esposa 2(f10): Na verdade, não é bem tratamento. Nesses 4 anos a gente começou quando eu parei de tomar pílula, aí espera um ano.

Psicóloga (f14): Quando vocês começaram a cuidar da questão de ter filhos.

Marido 2(f10): É, aí não foi dando certo, a gente começou a fazer um tratamento mais elevado, chegava todo mês e não dava certo.

Esposa 2(f11): Primeiro eu comecei só com medicação oral, esperamos um tempo, depois a gente fez coito programado, durante 3 meses e depois a gente desistiu. Eu desisti... (risos)

Marido 2(f11): É, ela desistiu porque eu não desisto fácil das coisas. Eu sou persistente, eu não desisto fácil das coisas. Quando eu quero uma coisa eu vou até o fim. Mas como eu estava falando a relação da gente ficou assim por causa da gravidez. Porque antes a gente tinha muita afinidade em todas as coisas. Era na relação, no passeio, nos lugares, a gente foi se afastando porque não é fácil. O médico falou: "Olha, vocês têm que fazer isso aqui (referindo-se ao coito programado), têm que trabalhar, hein!" E foram 30 dias assim, todo dia eu chegava e tinha que bater o cartão. E chegou num ponto...

Esposa 2(f12): É, desgastou muito, foi depois disso que a gente perdeu mais o interesse em estar juntos..

Marido 2(f12): É, todo dia, todo dia...

Psicóloga (15): Mas foi recomendado ter relações sexuais todos os dias?

Marido 2(f13): O médico falou que a gente tinha que trabalhar bastante...

Esposa 2(f13): Não, não foi recomendado não. É que a gente, na cabeça da gente, ampliamos um pouco o que o médico falou. A gente sabe que tem o período fértil.

Marido 2(f14): Foram 3 meses...

Psicóloga (f16): Todos os dias?

Esposa 2(f14): Não, só no primeiro mês.

Marido 2(f15): Quando chegou no final eu já estava balançando, já. Poxa! Acordar cedo para trabalhar e chegar ainda tendo que bater o cartão!! Todo dia!! O cansaço era tanto que eu chegava no ônibus, dormia, e perdia várias vezes a descida do ponto.

Psicóloga (f17): Então vocês tentaram o coito antes da inseminação. Primeiro nessa jornada de 30 dias...

Esposa 2(f15): Fizemos tudo direitinho... no primeiro mês foi nesse sufoco, depois a gente caiu na realidade...

Psicóloga (f18): E você estava falando que você desistiu...

Esposa 2(f16): É, até o médico recomendou que desse um tempo. Eu acho mesmo que as coisas acontecem quando têm que acontecer. Claro que a gente não tem que ficar parado esperando as coisas caírem do céu.

Marido 2(f16): Por ela... ela ficaria parada.

Esposa 2(f17): Então, nesse período eu quis esperar e aí nada aconteceu, e agora vamos voltar e tentar de novo.

Marido 2(f17): É, vamos, porque eu fiquei insistindo. Se fosse por ela... ela ficaria parada do mesmo jeito.

Breve silêncio



Psicóloga (f19): Vocês estavam falando um pouco do porquê as coisas não estavam acontecendo. A esposa (2) falou que acredita que tudo tem a sua hora.... e você (marido), passa alguma coisa pela sua cabeça sobre esses porquês?

Marido 2(f18): Esse negócio dela falar que tudo acontece na hora certa, para mim não funciona. Eu acho que nada cai do céu. Deus colocou você na terra e você tem que batalhar para sobreviver. Se você não correr atrás nada dá certo. Se não acontece normalmente, tem que correr atrás. Ela é igual o pai dela. É daquelas pessoas que esperam... eu sou daquelas pessoas que quando quer vai atrás. Como quando eu queria namorar com ela, eu fui atrás. Ela não queria nem chegar perto de mim, e eu fui até conseguir. Tudo bem que Deus vai na frente. Mas a gente tem que pegar a chance que Ele está dando. Esse negócio de esperar que vai dar certo não funciona. Se eu vejo qualquer coisa eu quero resolver. Se deixar por conta dela fica cada um deitado no sofá no fim do dia. Eu fui procurar na Internet a clínica, fui ver se o convênio cobria. O tempo que ela precisava eu respeitei, a avó dela estava doente, é chato ficar cobrando dela nessa situação.

Esposa 2(f18): Tinha também a questão financeira, porque não dava para tentar fazer. Então a gente deu uma pausa também pela questão financeira. Agora que já dá para fazer, a gente veio fazer.

Psicóloga (f20): E você percebe isso (esposa)? Esse ritmo diferente que o seu marido está dizendo? Você percebe essa falta de motivação que o seu marido fala?

Esposa 2(f19): Sim, percebo. Eu acho que eu fico meio na defensiva. O medo de não dar certo me faz distanciar um pouco das coisas. Até para não sofrer tanto. Como eu falei, eu sofri, mas acho que ele sofreu mais do que eu. Acho que pelo fato dele achar tanto que tudo iria dar certo, e eu não. Tinha dias que eu achava que ia dar tudo certo e tinha dias que não. E eu tenho mesmo essa coisa, quando eu vejo que vai acontecer alguma coisa que vai me fazer sofrer eu me distancio. Eu tenho isso, de não se envolver muito. A minha personalidade é assim. Se eu chego num lugar, eu não saio conversando com todo mundo. Primeiro eu vou observar, eu vejo até onde eu posso ir, até onde não posso, para depois interagir com a pessoa. Já vem daí essa coisa distanciada para depois eu não quebrar a cara. Mas eu já tenho isso desde criança.

Psicóloga (f21): Você está trazendo agora outro aspecto, que é independente do problema da gravidez. Está me contando como é seu jeito de ser... de se relacionar com as pessoas, resolver os problemas, independente deste problema específico, dos problemas com a sua avó. Você está me contando também do seu estilo de lidar com os medos, as ansiedades, que é diferente do jeito do M2.

Marido 2(f19): É, é muito complicado... tem hora que eu fico muito bravo com o jeito dela... porque eu gosto de enfrentar o problema de frente mesmo... e vou até o fim nem que eu me estoure todo. Quanto mais difícil, eu acho melhor... (silêncio)

Psicóloga (f22): Você gosta do desafio...

Marido 2(f20): Gosto de tudo que eu faço...

Esposa 2(f20): Eu fico pensando... tem o lado difícil por ele ser tão diferente de mim, que acaba complicando um pouco, e tem um lado legal, que eu sou mais devagar... e ele empurra. Já pensou se fosse uma pessoa parada igual a mim? Tem o lado bom e o lado ruim.

Marido 2(f21): Quando a gente começou a namorar, de tudo ela tinha medo. Hoje ela pega, sai com o carro, mas antes...meu Deus do céu, era triste!!! Eu tinha que ficar sempre cobrando, faz isso, faz aquilo, tinha que ficar cobrando, empurrando para ela fazer as coisas... e ela achando que nada iria dar certo. Tem hora que eu faço a coisa sem pensar muito, vou lá e faço.

Esposa 2(f21): Apesar do medo de não dar certo eu não me sinto uma pessoa negativa, sempre acho que tem que pensar que vai. Mas o medo de não dar certo... faz com que eu recue.

Marido 2(f22): Eu não sei não... eu nunca tive medo das coisas, sempre quis resolver as coisas... eu tenho uma irmã mais velha do que eu, sou eu e mais dois, somos em quatro irmãos. Dos homens eu sou o mais velho e eu sempre quis mandar em todo mundo, até na minha irmã mais velha que eu, e o pior é que mandava... até apanhei muito, batia mesmo... eu corria atrás das coisas. Ela me conhece, eu nunca fiquei parado... eu tinha catorze anos, vendia e comprava, trabalhava... ganhava dinheiro... eu penso rápido, tenho uma memória boa. Pode acontecer uma coisa comigo, 10, 15 anos atrás que eu lembro bem. A gente já está junto há 13 anos e tudo o que aconteceu na vida da gente eu lembro, pergunto para ela se ela lembra também. Ela diz...imagina, você não fez isso, não disse nada disso, etc... tinha que ter um gravador...(risos). Às vezes eu estou conversando uma coisa com a mãe dela e ela fica brava dizendo que eu não havia contado a mesma coisa para ela, mas é que ela não lembra.

Esposa 2(f22): É que a gente mora no mesmo quintal que a minha mãe, e às vezes eu pergunto para ele se tem alguma coisa para me contar, quando volta do serviço, e como ele já contou pra ela primeiro, ele se esquece que não contou para mim. Está certo que a memória dele é muito boa, melhor do que a minha, mas nem sempre isso acontece. Sabe, eu tenho muito medo de que o tratamento não dê certo, não só pelo bebê, mas medo do que vai acontecer com a gente. Eu acho que dá para se acostumar e dá para continuar vivendo da maneira com que a gente está vivendo. Caso não dê certo... se der, ótimo... tudo o que a gente pensou vamos poder estar colocando em prática... mas se não der, como é que a gente vai viver? Essa é minha visão... dá pra se viver assim, sem filhos... porque até então a gente não sabe como é, a gente vai continuar naquele ritmo, a gente não vai conquistar isso que a gente está querendo, mas vai conquistar outras coisas. Pelo o que ele fala... ele se pergunta para que ele vai continuar a trabalhar, conseguir ter a minha casa, o meu carro se eu não tenho para quem deixar. Então para ele pesa o outro lado que para mim não pesa, não cabe pensar agora, só mais para frente. tocar a vida, a vida não pára. A gente não pode sofrer por antecipação. A gente está sofrendo... pode ser que chegue uma hora que a gente não tenha mais recursos (econômicos) para isso, a gente vai parar de viver. Eu penso assim.

Marido 2 (f23): Eu não sei o que vai acontecer. Eu gosto de desafios, eu gosto de coisas novas. Vai que não de certo e a gente não consiga o filho da gente, vai ser muito complicado para mim. Porque como eu falei ... a gente está com uma vida

que está tudo certinho...tudo arrumadinho...você não vê um papel no chão uma coisa fora do lugar, está na rotina a vida da gente. Fica difícil todo dia a mesma coisa...ela tem a certeza que dá certo sem filhos eu não tenho essa certeza. Porque todo dia na rotina, todo dia a mesma coisa, é chato, é ruim.

Psicóloga (f23): Vocês estão me contando o quanto o tratamento e a questão da possibilidade de ter ou não ter filhos está mexendo com o que cada um sente e pensa em relação ao outro e ao vínculo de vocês enquanto um casal... como o tratamento está envolvendo outras questões muito difíceis também que dizem respeito às expectativas de cada um.

Marido 2(f24): É difícil não conseguir as coisas... quando eu quis um carro eu fui lá, trabalhei e comprei, com a casa também. Então a gente se mata de trabalhar para dar uma boa vida para ela, para a gente também, ter mais conforto também. A casa da gente é superconfortável, o que a gente quer a gente tem. Mas eu falo para ela, não adianta ter tudo isso e não ter o que a gente quer. E se eu não tiver filhos eu vou sofrer o resto da vida, e eu não sou uma pessoa de ficar sofrendo.

Esposa 2(f23): Eu acho que se eu não trabalhasse com crianças eu estaria como ele. Mas como eu trabalho com crianças eu tenho isso mais suprido com eles. É com eles com quem eu brinco, eu canto, eu me divirto. Então, como eu tenho esse lado e ele não, é mais difícil para ele. Ele tem ciúmes de mim com as crianças. Eu tenho o carinho das crianças e ele não tem.

Marido 2(f25): A única criança que eu brinco é o meu sobrinho. Ele fica perto de mim, fica me abraçando, levo ele comigo para a cachoeira, para brincar. Eu sempre saio com ele. Ele é muito carinhoso comigo. Mas eu queria o meu. Tem hora que trava, dá um nó no peito.

Psicóloga (f24): Eu compreendo o que vocês estão dizendo e imagino o quanto deve estar sendo difícil para cada um de vocês lidar com essa questão do desejo de ter filhos e as dificuldades que vocês estão passando também no relacionamento de vocês. Eu penso que vocês devem estar sofrendo muito com o desgaste desses últimos 4 anos, com os tratamentos. Não é fácil mesmo. O que eu poderia dizer é que nós podemos continuar essa conversa em outro momento e que falar sobre essas dificuldades pode ajudar e aliviar muito essas angústias. Eu fico à disposição de vocês caso queiram continuar a conversa em um outro momento. Por ora eu gostaria de pedir um desenho para vocês. Um desenho de um corpo qualquer.

Após alguns minutos:

Marido 2(f26): Eu não sou nada bom em desenhar.

Psicóloga (25): E o que você pensou enquanto estava desenhando?

Marido 2(f27): Eu pensei em uma mulher adulta, com muito cabelo... mas não sei desenhar mãos e pés.

Esposa 2(f24): Eu pensei em uma menininha...de uns 5 ou 6 anos. Me lembrei das crianças que eu cuido no meu trabalho. Eu gosto muito delas.

Psicóloga (26): O que mais vocês pensaram?

Esposa 2(25): Acho que só, quis desenhar as crianças.

## Anexo D

### Entrevista na íntegra - Casal 3

Psicóloga (f1): Como é, como está sendo tentar ter um filho através das técnicas da Reprodução Assistida?

Esposa 3(f1): Eu tenho 42 anos, ele tem 46 anos e nós casamos tarde. Nós estamos casados só há 3 anos, então essa questão de ter filhos a gente adiou, nunca pensou... eu particularmente também nunca pensei muito. Depois a gente foi morar juntos... né, amor? Moramos juntos 2 anos, e depois quando a gente casou mesmo no papel a gente resolveu... vamos parar de evitar, vamos ter um bebê. Aí, a gente achou que iria engravidar rapidamente... mas nós ficamos 3 anos quase sem evitar e não engravidava naturalmente. Na época, minha médica também me encaminhou para um outro médico que não era especialista em fertilização, e a gente acabou perdendo muito tempo com isso.

Marido 3(f1): É, pela má indicação dos outros médicos, principalmente dela.

Esposa 3(f2): Nós voltamos da lua-de-mel e eu fui à consulta que eu vou todo ano. Aí eu falei para ela que eu estava tentando engravidar, que já tinha 39 anos, e ela me encaminhou para um médico que era geneticista, para fazer uma investigação genética. Ele era muito simpático, gostei muito dele, mas até hoje nunca recebi o laudo da investigação genética. Fomos lá várias vezes, foi muito simpático, mas nunca teve uma postura assim: "...Vocês querem, então vamos fazer essa investigação da ovulação e vamos já tomar uma providência". Ou falar: "Olha, existem esses métodos, explicar para gente".

Marido 3(f2): A gente ficou muito tempo na sombra e na expectativa... a gente ia na consulta falava para a médica que queríamos engravidar e ela ficava perguntando: "Vocês têm certeza, vocês têm certeza?" Aquilo me irritava de uma forma...

Esposa 3(f3): Ele detestava ela, aí eu não fui mais nela, não deu certo.

Marido 3(f3): O problema é que ao invés de fazer o acompanhamento ..."vocês querem engravidar? Bom, o método é esse. É isso, vamos fazer esses exames..."

Esposa 3(f4): Ela até pediu alguns exames, tanto que quando eu vim aqui para a clínica eu já trouxe alguns exames, já tinha feito quase todos os exames de sangue, hormonais, das trompas.

Marido 3(f4): Só que isso em 3 anos... ela não orientava a gente.

Esposa 3(f5): Ele fez vários espermogramas, até tinha uma bacteriazinha que o urologista dele descobriu.

Marido 3(f5): Não foi ela, foi o meu urologista que pediu. Aí eu curei a bactéria também.

Esposa 3(f6): Talvez isso também tenha contribuído, mas se eu tivesse ido a um especialista antes, a gente já estaria se informando com mais detalhes. Aí, foi muito interessante porque eu trabalhava... sempre trabalhei a minha vida inteira em tempo integral. Saía cedo de casa, chegava muito tarde, sempre muito estressante, estava há 7 anos nessa empresa. Isso só até março, quando a empresa foi vendida, e até por isso o trabalho ficou mais pesado. Foi ficando difícil pensar em como conciliar o trabalho com a maternidade. Porque eu não quero deixar a criança com babá, ou em hotelzinho. Eu quero cuidar, até porque com a minha idade, eu quero curtir o momento, quero ter disponibilidade para o neném. Então quando chegou o começo desse ano que a empresa foi vendida no final do ano eu fui demitida. Pela primeira vez na minha vida eu fui demitida, fiquei desempregada. Eu sempre trabalhei mas em todas as empresas que eu trabalhei, eu sempre fiz a opção em sair. Mas esse ano começou muito engraçado. Eu sou espírita, sabe, e acredito em umas forças internas. Eu acho que eu queria mudar de vida, queria mudar meu ritmo mas não tinha coragem. Até porque a gente tem uma estabilidade, tinha uma carreira, salário, e na minha idade... no mercado de trabalho isso vai ficando complicado... e aí no começo desse ano aconteceu isso e no fundo no fundo eu acho que eu queria um empurrãozinho para que eu parasse aquela correria, aquela maratona. Eles até fizeram uma proposta para eu ir para uma outra empresa, mas eu estava tão saturada, tão cansada ... eu tinha trabalhado tanto, dei meu corpo e alma, foi chocante para mim, foi difícil, eu demorei muito para me recuperar... tenho vários amigos da diretoria também... foi muito chocante... mas eu tenho certeza que isso não aconteceu por acaso. Aí eu pensei... vamos para frente, vou cuidar de mim, vamos tocar esse projeto da gravidez com seriedade. Aí, no feriadão do carnaval nós viajamos para uma pousada, e coincidentemente nós fomos fazer uma caminhada na pousada e nós conhecemos um casal que nos contou que estavam tentando engravidar. Ela tinha 44 anos e ela foi contando que já tinha feito um monte de tratamento, várias tentativas que não tinham dado certo, os médicos que ela já tinha ido, a depressão que ela teve. A gente foi andando e conversando. Eu estava conversando com ela e meu marido conversando com o marido dela mais na frente. E a gente sem saber estava conversando sobre o mesmo assunto.

Marido 3(f6): É, eu estava lá na frente na caminhada conversando sobre o mesmo assunto, e elas lá atrás.

Esposa 3(f7): Ela me contou que tinha ido a vários médicos e que não tinha mais óvulos. Ela estava usando óvulos de doadora, de terceiros. Eu nem sabia que isso acontecia. Eu contei a minha história e ela que me indicou aqui. Ela elogiou muito o médico, a clínica, a forma com que facilitavam o pagamento, e eu falei que não

estava satisfeita com a minha médica. Aí falei também que eu fui procurar a minha médica de infância, lá do interior de São Paulo (SP) onde eu morava. Essa médica também me indicou um médico especialista que eu não gostei muito. Isso antes de vir pra cá. Ele era muito simpático mas eu não gostei muito. Ele fica lá no interior e aqui em SP, ele vem uma ou duas vezes por semana pra SP. A gente não sentiu muita firmeza. Eu vim para cá e fiquei muito satisfeita.

Marido 3(f7): O que a gente gostou mais dele é que... eu sou muito desconfiado e analiso muito. O outro médico explicou tudo, e quando chegou na parte financeira a gente achou estranho. A gente queria fazer primeiro a inseminação, depois a fertilização. E o médico foi taxativo... ele disse: "Vocês vão perder dinheiro, se eu fosse vocês... cada dia que passa é um dia a menos... vocês não têm tempo para perder". Eu senti uma coisa muito comercial. Vocês devem fazer a FIV, custa tanto, os remédios custam tanto... vocês compram os remédios... Mas, espera aí, se eu compro os remédios, eu tenho que ficar ligando para ele em São José dos Campos. Será que eu comprei certo os remédios? A gente fica sempre na dúvida... Aqui não... aqui a gente resolve tudo aqui. A responsabilidade toda é da clínica. Tem essa facilidade, tem essa parte ... não só a facilidade financeira, mas a segurança que tudo isso passou para a gente. Quando a gente quis fazer a inseminação artificial, o doutor falou para gente: "A nossa idéia era fazer primeiro a inseminação".

Esposa 3(f8): É, porque eu nunca tinha tomado hormônio na minha vida. Eu tinha um receio com hormônio porque minha mãe teve câncer no seio mas já fazem 15 anos, hoje ela está bem. Mas o médico proibiu ela veementemente de tomar hormônio e ela passou a menopausa a seco. Eu sempre tive muito medo de mexer com meu corpo e principalmente tomar hormônio. Eu falei para o médico que queria primeiro tentar a inseminação para ver até minha reação. Ver como eu iria me sentir, se eu iria engordar, etc.... Ele foi muito sincero e falou que a probabilidade seria quase zero, menos de 5 %.

Marido 3(f8): Mas, ele falou também: "Vamos curtir esse momento, depois a gente vê o que acontece." Então esse lado mais humano que a gente não vê em outros médicos, a maioria dos médicos vai pela parte financeira. A gente é tratado como um número. Aqui existe um calor humano.

Esposa 3(f9): As secretárias são muito legais. Quando eu esperava porque demora muito para ele atender, eu ficava lendo os livros dele e acho que tem uma coisa carinhosa nos livros. Ele é calmo também.

Marido 3(f9): Essa calma ele transfere para a gente. Como ela estava numa vida muito agitada... isso foi bom.

Esposa 3(f10): Eu até brinco com ele que agora que eu estou conhecendo o apartamento, detalhes da casa que a gente não vê. Eu tenho essa preocupação com o financeiro, mas estou tentando relaxar.

Marido 3(f10): É, o pessoal da firma ainda liga para ela. Não fala sobre trabalho mas liga várias vezes. Aí, ela fica balançada.

Esposa 3(f11): Já me fizeram até duas propostas que eu até queria aceitar. Mas agora eu queria me concentrar só na gravidez.

Marido 3(f11): Pelo menos até saber se está ou não grávida.

Esposa 3(f12): Quero ter disponibilidade para o neném. Não quero colocá-lo numa creche, eu já não quero. Quero curtir, quero cuidar.

Marido 3(f12): A gente está bem tranqüilo, bem *ligh* quanto a isso. A única coisa que eu me estresso é olhar para a barriga dela e ver um monte de buracos.

Esposa 3(f13): Ele que está aplicando as injeções.

Psicóloga (f2): Buracos?

Esposa 3(f14): Ele aplica todos os dias. Mas já está quase acabando. Vou fazer a coleta amanhã de manhã e a transferência vai ser no domingo provavelmente. Vai depender do crescimento.

Marido 3(f13): Eu aplico, mas o que me deixa estressado é na hora que termina. Eu fico respirando fundo. No colégio interno eu aplicava injeção em laranja, eu vou conseguir.

Psicóloga (f3): Então você tem participado mesmo, efetivamente.

Esposa 3(f15): É, ele participa de tudo, sim. Só ontem que ele não pôde vir, pois como é autônomo não deu certo o horário. A secretária ainda falou... justo hoje que eu vou te passar todos os procedimentos. Eu saí daqui tão tensa porque são tantos remédios... quando cheguei em casa falei para ele. Agora você vai me ajudar aqui, de propósito para ele me ajudar. Aí ele fez uma tabelinha toda colorida com todos os remédios que eu tenho que tomar, manhã, tarde e noite. Ele está muito animado. Ele quer bastante também.

Marido 3(f14): Sabe que quando a gente foi no geneticista, ele perguntou para a gente: "Mas por que você quer ter filhos agora?" Mas por que todo mundo pergunta isso? Eu falei que eu cansei de brincar com os sobrinhos. Ele falou: "Está certo".

Esposa 3(f16): É, está todo mundo torcendo... a gente só tem sobrinho do meu lado, do lado dele ainda não. Então tem uma certa pressão, mas está todo mundo torcendo.

Marido 3(f15): Torcendo mas sem pressão. A gente também tem mais objetivos na vida. A gente já tem direcionado algumas coisas na vida para uma melhora de vida. A gente quer mudar de SP. Eu nasci aqui e com 10 anos fui para um colégio interno. Era para eu ficar um ano de castigo, mas acabei ficando mais tempo, não quis sair mais. Era um colégio alemão. Eu fui convidado a me retirar dos colégios com 10 anos de idade e fui como castigo para o colégio interno.

Esposa 3(f17): Ele é de SP, mas já viveu no interior. A mãe dele não pode nem ouvir falar do colégio interno, foi escolha do pai.

Marido 3(f16): Eu quero poder viver no interior.

Esposa 3(f18): Ainda mais com neném. Eu quero poder viver em casa e não em apartamento...

Psicóloga (f4): Vocês estão me contando que tem muita coisa acontecendo na vida de vocês desde o começo do ano. Muitas mudanças, muitos planos novos, quantas coisas acontecendo e quantas outras ainda esperam.

Marido 3(f17): A gente até comentou no Natal que a gente queria que esse ano fosse bem diferente. A gente está começando a agitar. A gente tem uma meta e estamos indo atrás.

Psicóloga (f5): Então vocês estão me dizendo que correm atrás dos objetivos de vida de vocês.

Marido 3(f18): A gente vai atrás mesmo.

Esposa 3(f19): Eu vim do interior para SP para trabalhar e era para ficar um ano e acabei ficando 15 anos porque para mim SP profissionalmente é melhor.

Marido 3(f19): O custo de vida aqui em SP é maior, no interior teríamos muito menos gastos.

Esposa 3(f20): A minha mãe e a minha irmã moram no interior. A gente já está construindo lá, nossa casa está saindo lá. É um passo muito sério, o duro é o financeiro, estamos gastando muito, mas...

Marido 3(f20): Mas a gente vai batalhar para isso. Isso é prioridade para a gente, vamos ter que nos adaptar a um monte de coisas. Principalmente porque eu sou autônomo, e as coisas são diferentes no interior.



Esposa 3(f21): A gente não quer ser um casal que esteja só vivendo em função da gravidez, a gente quer muito até porque estamos numa idade que já passamos do ponto, até por isso que estamos fazendo tratamento. Não queremos adiar mais pois já adiamos bastante. Mas queremos constituir uma família. Outro dia eu estava pensando nisso, todos os nossos amigos têm filhos já. Até amigos de colégio já têm filhos, adolescentes já. Então a vida foi diferente para a gente. Eu acho interessante também ter filhos mais velhos.

Psicóloga (f6): Não existem regras, né? Vocês estão me contando a experiência de vida de vocês...

Marido 3(f21): Eu acho que a gente já teve uma experiência de vida, não fico pensando em limites, se ultrapassamos ou não. Todo mundo fica perguntando e falando se eu vou ser avô do meu filho. Eu não vou ser avô, vou ser um pai mais experiente. Eu tenho uma amiga que engravidou com 45 anos, logo depois do tratamento do câncer. O pai tem 70 anos. E ele falou para mim que ninguém sabe o quanto ele rejuvenesceu com o nascimento da criança. Eles falaram que a criança é mais calma, vive num ambiente tranquilo.

Psicóloga (f7): Você estava conversando com ele sobre o outro lado da moeda, as vantagens...

Marido 3(f22): Todo mundo fala... “você não vai ter gás...”. Mas ele falou que a gente rejuvenesce. Somos mais prudentes por causa da idade.

Psicóloga (f8): Então, essas questões da idade, das opções que vocês fizeram e estão fazendo na vida tem sido muito questionadas por vocês mesmos. Vocês chegam até a ouvir outras opiniões, outras experiências de vida... esse tema é algo que instiga vocês nesse momento.

Esposa 3(f22): Outro dia minha irmã falou para mim: “Pensa bem se é isso mesmo que você quer”. Ninguém tem idéia na família do tanto de medicação que tem que tomar, esse tratamento é inédito na família, ninguém sabe muito sobre o assunto. Então ficam aconselhando a gente: “É isso mesmo que vocês querem? Pensem bem”. Outro dia eu até fiquei brava e disse que eles não estavam me dando força. Eu sei que não é por mal, é preocupação. Será que está destinado a você ser mãe? Minha mãe também é espírita e acredita muito nesse lado espiritual. E se não for para acontecer mesmo... mas eu quis dar uma forcinha...

Psicóloga (f9): Vocês quiseram fazer a parte de vocês.

Esposa 3(f23): O doutor falou: “Olha está tudo bem por aqui”. Ai eu disse: agora é só Deus né? Ele falou: “É isso ai.” A gente está fazendo tudo que pode, mas a parte espiritual a gente não controla.

Marido 3(f23): A gente está sossegado. Estamos com muitos planos, nossa família está ajudando muito. Minha mãe nem pergunta mais de mim, a primeira coisa é saber como vai a E3. Só perguntam sobre ela.

Psicóloga (f10): A E3 está em primeiro plano.

Marido 3(f24): Todos estão ajudando sem muita pressão. Minha mãe ela não invade muito, ela é na dela.

Esposa 3(f24): É artista plástica, outra cabeça. Minha mãe também se preocupa... eu nem conto a quantidade de remédio para ela não se preocupar. Eu até fui num mastologista para ficar tranqüila sobre essa probabilidade genética para eu também ter câncer. Fico preocupada se iria procurar uma coisa para me meter em outra. Mas está tudo bem, a dosagem é bem pequena, não tem esse problema.

Marido 3(f25): Então é isso, nós conseguimos administrar essa parte da ansiedade da família para tornar a coisa mais alegre, mais *ligh*t.

Esposa 3(f25): Para ter tranqüilidade que nós estamos juntos, o casal.

Marido 3(f26): É, porque o que acontece muito é que a mulher tomou as atitudes e foi fazer o tratamento. Depois o marido fez, ajudou, participou menos. No nosso caso é assim: nós dois queremos, nós dois estamos juntos.

Psicóloga (f11): É um projeto comum...

Marido 3(f27): É, é uma coisa que a gente já estava querendo, eu adoro criança e adoro meus sobrinhos... mas eu quero ter essa brincadeira toda comigo. Não quero só brincar, quero educar. Nós estamos preparados para essa experiência. Nós temos o mesmo jeito de pensar sobre a educação, sobre a parte financeira. Nós pensamos muito parecidos, temos o pé no chão, discutimos como casal normal.

Esposa 3(f26): É, a gente tem bastante afinidades...

Marido 3(f28): Acho que nós conseguimos esse equilíbrio com o tempo. Nós vivemos juntos uma época, tivemos essa experiência, depois nós casamos. E **nós** (M3 fala acentuando o **nós**) casamos!!! **Nós** decidimos ir ao cartório e casar, **nós** organizamos um almoço para os amigos. Nós casamos. E veja que nós casamos em maio e a lua-de-mel só foi em agosto porque ela estava trabalhando. Mas, tudo

bem, na boa. Isso não me preocupou. Depois dessa lua-de-mel em agosto que nós decidimos parar de evitar a gravidez e nada acontecia. Aí nós vimos que alguma coisa estava errada. Eu como já tinha me estressado com a médica dela um vez... eu fiquei só escutando ela falar... Eu acho que se nós temos uma certa idade... mas o jeito que ela falou eu achei um desrespeito. Ela poderia ter falado de outra forma. Eu acho que se nós queremos ter bebê ela deveria ter falado que os caminhos a seguir são tais e tais .. depois de tantos anos indo lá. Ela pedia um monte de exames mas não tomava decisão nenhuma. Parece que ela não dava importância para o nosso problema.

Psicóloga (f12): Como se vocês tivessem que justificar mais uma vez o desejo de vocês.

Marido 3(f29): Mas acho que isso é por causa da idade.

Esposa 3(f27): É, todo mundo fala...

Marido 3(f30): Nossa, mas vocês não estão velhos! Que velhos o quê!!!

Esposa 3(f28): Acho que é por causa do trabalho que dá, das preocupações da vida... é um lado pesado mesmo.

Marido 3(f31): Mas todo mundo só vê o que é ruim, por que não vê o que é bom? O que é ruim a gente vai limpando...

Psicóloga (f13): Parece que vocês ouviram bastante esses comentários, né?

Marido 3(f32): Nossa!

Esposa 3(f29): Mas sabe o que eu acho, na minha família minha mãe é divorciada e minha irmã tem dois filhos, ela é mais velha. A primeira gravidez dela foi por acaso e a segunda eles também não estavam esperando. Mas ela ama eles, é uma mãe superdedicada, supermãe, até demais eu acho. Mas não foi algo planejado, foi tudo ao acaso. Mas pelo fato da minha mãe ser divorciada, diferente da família dele, que é toda certinha, a mãe dele é viúva...

Marido 3(f33): É, minha mãe veio para o Brasil fugindo da guerra, da Iugoslávia. Veio para cá, casou, ficou um mês e meio casada, se separou e depois conheceu meu pai. Naquela época!!!

Esposa 3(f30): Então para a família dele essa coisa de casar e ter filhos é uma coisa mais normal... e é normal a pessoa almejar isso. Na minha família é diferente. Eu nem pensava em casar, foi ao acaso que eu conheci ele, e no dia que a gente

decidiu casar no papel, nossa!!! Minha mãe é amigada, mora junto com uma pessoa há mais de vinte anos. Minha irmã não é casada no papel, é amigada... na minha vida também não foi tudo muito planejado, mas a gente quis regularizar nossa situação, vamos casar no cartório... eu sou advogada, né? Então como advogada... vamos oficializar nossa relação... Então por isso para a minha família é muito estranho a gente planejar as coisas. Planejar casar, fazer uma festa, mesmo que fosse uma coisa simples a gente queria uma festa.

Marido 3(f34): A gente esqueceu do bolo!!!

Esposa 3(f31): A decoração foi feita toda na hora...

Psicóloga (f14): Essas coisas não eram tão importantes para vocês...

Marido 3(f35): Pela minha mãe, meu irmão, a gente deveria ter convidado mais pessoas... Eu não queria nada disso.. só convidei meus dois melhores amigos, como irmãos para mim. Eu só preciso dos meus amigos... não precisava de nada, já tínhamos o apartamento...

Esposa 3(f32): Para minha família é diferente... eles estão longe, em outra cidade... A minha sogra é muito bacana... Já a minha mãe tenta não se meter. Ela falou que quando teve minha irmã, minha mãe tinha 20 anos, e a minha avó insistiu para ficar no parto com ela e meu pai ficou muito chateado com isso. Porque ele queria ficar... então ela disse que lembrou muito disso que desandou a relação dela com meu pai e ela não quer se meter...

Marido 3(f36): É, eu estou sempre aqui, todo ultra-som, exame, isso é minha prioridade... ela é minha prioridade...

Psicóloga (f15): Vocês estão falando das diferenças nas criações familiares, nos pensamentos, nas opções que cada um faz, das mudanças que viveram, de como as pessoas se adaptaram e como vocês estão tentando se adaptar a essa nova realidade.

Marido 3(f37): É, está muito claro, trabalho em segundo lugar... as coisas mudaram. Eu trabalhava com meus irmãos e morava com eles. Hoje eles me perguntam quando eu posso ir, quando eu posso estar com eles, etc. isso é muito bom.

Psicóloga (f16): Há limites.

Marido 3(f38): Tem que tem cerimônia... tem que ter.

Psicóloga (f17): Vocês estão falando que foram conquistando um espaço, colocando limites...

Marido 3(f39): Eu sei que hoje, se eu estivesse morando sozinho, minha mãe teria a chave de casa... ela iria entrar em casa.

Esposa 3(f33): A típica mãe judia.

Marido 3(f40): Minha mãe é judia mas eu e meu irmão não. Meu pai era ortodoxo e nós hoje também somos.

Esposa 3(f34): Ela é muito protetora...

Psicóloga (f18): É interessante que vocês estão falando do que é convencional e não é convencional, e vocês estão me contando que vieram de famílias que vocês consideram nada convencional. E mesmo assim, quando algumas pessoas falam da idade de vocês não ser a "convencional" para ter filhos, assim mesmo causa um certo desconforto. Parece que o que é tradicional, conhecido, aceito socialmente, já está interiorizado...

Marido 3(f41): Quando a gente decidiu fazer a fertilização...

Psicóloga (f19): Que também não é forma convencional de ter filhos...

Marido 3(f42): Exatamente... todos falaram "Ah!!!" Ah! Temos que tentar. Pode até ser que de repente ela engravida mais tarde. Mas temos que fazer a nossa parte, que está no nosso momento. No nosso tempo, com as nossas metas. Sei lá se está errado. A gente discute isso também. Tem que fazer, vamos lá! Será? Será? Não sei o amanhã.

Psicóloga (f20): Então vocês querem fazer o que é possível hoje para realizar o desejo de vocês.

Esposa 3(f35): A gente não quer amanhã, depois, falar que a gente não tentou. Ficamos deixando o barco rolar, não fizemos nada e não deu certo. Aí, nem que a gente queira não vai dar certo. Vamos fazer até o nosso limite máximo e depois a gente vê se vai dar certo.

Psicóloga (f21): A opção de vocês está muito clara, né?

Esposa 3(f36): É, o esquema que eu estava trabalhando nem dava para pensar nisso.

Marido 3(f43): É, ela não tinha horário para nada.

Esposa 3(f37): E eu estava com a cabeça em outra coisa. Eu estava com a cabeça no trabalho...

Marido 3(f44): Foi bom que as coisas aconteceram naturalmente. Quando a gente viu aquele casal... ele com 52 anos e a mulher com 44 anos, animados, a gente ficou animado também. Mas eu percebi que ele já tinha uma filha do primeiro casamento e aí ele meio que acompanhava a esposa. No nosso caso é igual. Quando falam que eu tenho 45 anos eu não deixo isso me abalar... não deixo abalar ela. A medicina está tão avançada, a gente faz a nossa parte. No meu trabalho também... eu vejo alguns jovens que não tem a metade da minha bagagem, da minha energia. Isso vai me puxando..ela é minha tartaruginha.

Esposa 3(f38): Ele é elétrico... tem um ritmo. Mas quando chega 10 horas da noite ele apaga.

Marido 3(f45): Eu não gosto de deixar nada para depois... se tiver que trocar uma lâmpada é para trocar já, não gosto de deixar para amanhã.

Esposa 3(f39): Ele é muito bem humorado mesmo, e eu acho que isso com criança é legal.

Psicóloga (f22): Então vocês estão me dizendo que na imagem de vocês... na idade de vocês deveriam estar mais apáticos, com menos energia, mas não é essa a realidade que vocês vivem. Estão me dizendo que têm muita energia para mudar as coisas e fazer o que precisa ser feito. Há muita energia para mudar, para procurar caminhos. Às vezes as coisas acontecem naturalmente, como quando encontraram o casal, mas nem sempre é assim. E mesmo que tivessem encontrado o casal, vocês poderiam não fazer nada. Mas depois disso foram procurar outro médico, mudar o rumo das coisas.

Esposa 3(f40): É, ele é muito otimista. Ele me ajuda.

Marido 3(f46): Às vezes me dá uma baqueada, mas passa.

Psicóloga (f23): Ninguém é de ferro!!! Vocês são humanos!!! E não têm como não ter expectativas! Vocês estão me contando o jeito que vocês lidam com a vida, com os problemas, com os projetos de vida de vocês.

Marido 3(f47): É, o emocional desse tratamento precisa ser muito bem trabalhado. Por exemplo, a gente tem trabalhado muito juntos o emocional. Quem não consegue isso vem falar com você. É a nossa forma de lidar, a gente acha que desde o começo a gente conseguiu trabalhar essa parte psicológica.

Psicóloga (f24): Vocês vêm me contando que têm tentando compartilhar essas angústias e ansiedades que o tratamento desencadeia em vários aspectos da vida. Na família, no trabalho, enfim, no dia a dia. Essa é a forma que vocês encontraram

para lidar com todas essas incertezas que caminham junto com os tratamentos. Quando teremos filhos? Como lidar com as expectativas, com as mudanças?...

Marido 3(f48): Às vezes eu vejo os casais na sala de espera, as mulheres sozinhas, deve ser muito difícil.

Esposa 3(f41): Minha mãe perguntou também se ele estava preparado... ficou preocupada... eu falei que sim, que nós já tínhamos conversado muito.

Marido 3(f49): Se não der certo vamos viajar...

Psicóloga (f25): É interessante essa preocupação em “estar preparado”. Como será isso, “estar preparado”? É difícil, né? Principalmente quando nem se sabe o que vai acontecer. Como a gente vai estar preparado para algo que a gente não sabe como vai acontecer? O que se pode fazer talvez é ir lidando com os obstáculos conforme eles vão aparecendo.

Marido 3(f50): Eu sempre tive esse jeito alegre de encarar a vida. Eu aprendi a me virar na vida. Eu aprendi a me virar com 10 anos, quando fui para o colégio interno e tive que aprender a viver sozinho, num esquema todo diferente. Então é fácil, se você se adapta lá... Saí de lá com 16 para 17 anos, e depois meu pai me deu uma viagem para a Europa. Era para eu passar um mês e eu passei três. Ele ficou desesperado atrás de mim. Isso vai dando uma fortalecida... esse período que foi dos 10 aos 17 anos, que a gente começa a formar sua bagagem que vai para o resto da vida. Então faço o que tenho que fazer...

Psicóloga (f26): É, cada um com sua experiência e tentando se adaptar as novas situações da vida. Por isso é que é muito difícil estar “preparado”... porque a gente não sabe o dia de amanhã e o que vai acontecer... e para tentar lidar com os novos desafios vocês estão me dizendo que se baseiam na bagagem de vida de vocês, nas experiências que tiveram no passado e no otimismo com relação ao futuro.

Psicóloga (f27): Bom, eu gostaria de pedir a vocês mais uma coisa, um desenho. Que vocês desenhassem um “corpo”.

Marido 3(f51): Um desenho? Do Tio Patinhas...

Esposa 3(f42): Um corpo?

Marido 3(f52): Um corpo? Com cabeça, sem cabeça?

Psicóloga (f28): Do jeito que vocês quiserem.

Marido 3(f53): Ai, ai, eu não sei desenhar... não sei desenhar...

Psicóloga (f29): Não tem certo nem errado, do jeito que vocês quiserem...

Marido 3(f54): Eu não sei fazer as pernas...

Esposa 3(f43): Pode ser vestido? Eu só sei fazer bonequinhos...

Marido 3(f55): Olha que coisa feia!!!

Esposa 3(f44): Qualquer coisa vai ser melhor que isso.

Esposa 3(f45): Eu posso fazer diferente? Quero fazer dois, não foi o que você pediu, mas...

Marido 3(f56): Um corpo, sei lá se é um corpo. É isso.

Psicóloga (f30): Em que você pensou enquanto desenhava?

Marido 3(f57): Nada, não pensei, não. Eu não sei desenhar... eu fui pondo o que eu achava que sabia mais ou menos. Não sei fazer outra coisa.

Psicóloga (f31): Tem algo que você poderia caracterizar no seu corpo, idade?

Marido 3(f58): Não, não pensei em nada.

Esposa 3(f46): Olha o meu!

Marido 3(f59): Que graça, que meiguinho!!! (rindo).

Marido 3(f60): Eu tenho uma amiga de 46 anos que teve câncer, e o marido dela tem 60, o filho dela é uma bolinha assim.

Esposa 3(f47): Eu quis colocar até o coração, eu pensei em você. Você fez certo mas eu não fiz, eu extrapolei, coloquei roupa. É que toda vez que a gente vai na casa da minha mãe a gente deixa um recadinho na geladeira, com uns bonequinhos.

Marido 3(f61): É que toda vez a gente fica hospedado na casa dela e na hora de embora a gente deixa um recadinho agradecendo a hospedagem e desejando sorte.

Psicóloga (f32): Então ela pensou em vocês dois, de mãos dadas.

Esposa 3(f48): Você fez certo e eu fiz diferente mesmo.

Psicóloga (f33): Este é o Termo de Consentimento para vocês assinarem.



## Anexo E

### Entrevista na íntegra: Casal 4

Psicóloga (f1): Como está sendo para vocês tentar ter um filho através das técnicas da Reprodução Assistida?

Esposa 4(f1): Você quer falar?

Marido 4(f1): Não, pode falar você.

Esposa 4(f2): Eu falo muito. Se a gente ultrapassar o tempo você me avisa. Só para dar um breve relato... há uns 4 anos??

Marido 4(f2): É, um pouco mais...uns 6 anos

Esposa 4(f3): Eu tomava pílula, e num determinado momento do casamento nós achávamos que estava na hora de engravidar. Eu parei de tomar a pílula, fiz todos os exames e não engravidava. Aí nós passamos para os exames dele e descobriu "azoospermia". Depois de algum tempo nós fomos ler, nos informarmos um pouco e procuramos o Dr. X. Ele orientou a gente mas foi muito objetivo: a nossa única solução seria a doação de esperma. Ele disse que não teria uma técnica para amadurecer os espermatozóides no laboratório. Nós não chegamos a fazer tratamento com ele e fomos procurar outro médico. O Dr. Y fez três tentativas para engravidar e não deu certo. Aí na última tentativa eu tive um problema de hiperestimulação ovariana. Como esse problema atrapalhou, ele acabou nos dando mais uma tentativa. Nós tínhamos um pacote de três tentativas, mas como essa última não deu certo por um problema técnico, o Dr. Y acabou nos dando mais uma tentativa de fertilização *in vitro*. Eu sempre fiz FIV, nunca inseminação artificial. Nós colocávamos embriões no começo com o material genético dele, mas depois com doador. Depois começamos a ter problemas... quer dizer... ele começou a ter problemas com relação a usar material genético de outra pessoa; houve uma certa resistência da nossa parte, quer dizer, mais resistência da parte dele em usar outro produto que não o nosso. Fala um pouco você...

Marido 4(f3): Não, pode continuar falando...

Esposa 4(f4): Eu estava meio obstinada em engravidar... não estava muito preocupada em como seria. Eu queria engravidar... que venha de onde vier. Não estava preocupada em como seria, mas queria o resultado final. Eu tive as quatro tentativas e não engravidei, aí ficamos um tempão sem fazer tratamento (um ano e meio, dois anos) e vim a conhecer uma pessoa no meu trabalho, que fez um tratamento nesta clínica e engravidou, até de gêmeos, ela me incentivou. Como a gente estava em uma fase que não sabia se iria parar de fazer tratamento ou adotar, que era uma opção por ele levantada que eu sempre fui contra, nunca

aceitei bem. Depois ele aceitou vir aqui e retomar o tratamento. Nós fizemos uma inseminação...

Marido 4(f4): É que sempre existiu uma possibilidade da gente fazer com meu próprio material. Mas aí, como com o médico Y todas as tentativas foram frustradas, e a possibilidade de dar certo eram remotas as chances, nós então chegamos à conclusão que deveríamos usar os espermatozóides de um doador.

Esposa 4(f5): Eu fiz e acho que foi a pior vez... toda vez a gente fala que a última foi a pior. Mas essa e a penúltima foram muito ruins. Quando eu tive a hiperestimulação foi horrível. Eu nunca engravidei mas eu pensei que estava abortando. Eu passei uma noite horrível, dores fortíssimas, uma sensação péssima. Quando ele abriu para tirar os óvulos, estava péssimo. Quando eu voltei da anestesia, eu voltei chorando, sabendo que alguma coisa não havia dado certo. O médico Y explicou mas nós não entendemos nada e ele acabou nos dando mais uma tentativa. Mas eu já estava meio desacreditada dele...

Marido 4(f5): O problema é o seguinte... o que se resume... é a aceitação da minha parte, ela aceitou a questão da doação dos espermatozóides... mas o que está pegando, pelo menos da minha parte é que existe uma barreira psicológica, estou em dúvida, existe um tabu na minha cabeça...

Esposa 4(f6): Mas eu tenho uma revelação... embora você ache que eu aceito bem... eu também não aceito. Eu até falei para minha psicóloga... vou falar algo que nem eu tinha assumido. Quando a gente veio aqui na clínica pela última vez e a médica explicou que não entendia por que eu não tinha conseguido... a médica disse que acreditava na minha gravidez... disse que estava tudo bem fisicamente e eu acabei perguntando o que ela achava que eu deveria fazer para engravidar... ela disse que melhoraria seria no sentido de cuidar bem do endométrio para fixar melhor o óvulo. E eu perguntei sobre o óvulo, porque eu tenho quase 39 anos. Ela me disse que o óvulo é um pouco complicado, é uma questão de tecido, porque com o passar do tempo ele vai envelhecendo e não tendo a mesma qualidade em função da idade e eu acabei perguntando se poderia usar o óvulo de uma doadora. Ela disse que poderia, só que o óvulo não seria congelado, teria que ser uma doação. No ímpeto, sem pensar, eu até cheguei a pedir um contrato para liberar, assinaria qualquer documento. Aí pensando melhor eu vi que não era bem assim, que eu não sou uma experiência de um laboratório... que pega daqui um óvulo e espermatozóide dali... É que no desespero eu queria arrumar a melhor forma de engravidar. Mas voltando um pouco... eu falei para minha psicóloga, coisa que nem para ele eu relatei, que depois que eu fiquei sabendo que não engravidei eu fiquei muito mal, meu mundo foi caindo. E dessa vez foi pior, eu chorei tanto, eu acreditava, eu tinha certeza que iria dar certo, apostei todas as fichas. Quando a negativa veio, além de eu ter uma culpa muito grande de toda vez não engravidar... porque ele tem um problema fisicamente comprovado, só que é a quinta vez que eu faço um tratamento e não engravido... então embora clinicamente, fisicamente eu esteja bem, meu óvulo, etc. eu começo a pensar que

minha cabeça possa estar rejeitando, eu começo a ter uma culpa por não engravidar. Eu começo a pensar que eu estou dividindo uma culpa... ele tem um tipo de problema e eu tenho outro. Eu assumi uma postura de que eu também não estou saudável, mesmo que seja com relação à cabeça. Eu estou dividindo uma culpa por não estar indo adiante. E agora vem o mais impressionante... é que eu falei para a psicóloga que eu fiquei muito mal quando veio o resultado que eu não tinha engravidado. Mas, no íntimo, depois de uns 4 ou 4 dias de tanto chorar eu percebi que eu fiquei aliviada. Você vai ficar bobo... não vai acreditar... mas eu fiquei aliviada porque eu tinha medo de engravidar. Medo da gravidez. Duas coisas... um medo por estar usando outro espermatozóide, eu tinha medo de ter alguma doença, fiquei pensando em quem era essa pessoa... tudo bem que depois de engravidar, a barriga, isso poderia mudar. Mas eu tinha esse medo, um medo físico, uma barreira que nem para ele. Essa aversão que ele tem... para ele é mais essa questão moral, sei lá... para mim é medo físico.

Marido 4(f6): Não é bem assim... a gente vai desestimulando depois das tentativas que não vão dando certo. Mas existe um outro detalhe... existe uma necessidade que eu não sou adepto mas ela é, que é de dar satisfação para a sociedade. O porquê a gente não pode ter filhos... por que todo mundo pergunta... nossa, vocês estão casados há nove anos e não têm filhos... fica todo mundo cobrando. Agora até pararam de cobrar...

Esposa 4(f7): É que eu sempre assumo, falo que estou trabalhando muito...

Marido 4(f7): É, mas o pessoal não é bobo... sabe. Eu vejo nela uma necessidade enorme ter que dar satisfação.

Esposa 4(f8): Mentir...

Marido 4(f8): Eu acho isso completamente errado, completamente contra minha posição. É um sonho... um sonho ter uma família. Mas não é nada do outro mundo... mortal... se não acontecer. Em contrapartida, a gente poderia fazer as coisas mais tranquilas, mais *ligh*... mas tem essa questão dela da idade...

Esposa 4(f9): Eu fico cobrando... a gente não vai na médica, a gente não vai na psicóloga, é uma apurrinhão. Além da parte financeira que já a fundou um barco, o que a gente já gastou. Mas o que eu me surpreendi é que eu vi que eu tive um certo alívio em não engravidar, em função do espermatozóide ser doado. Em contrapartida, eu morro de medo de engravidar. Eu acho que esses nove meses se eu engravidar eu não vou ter sossego. Eu sou muito medrosa. Eu vou morrer de medo de perder esse bebê. Se eu for no banheiro... eu acho que a responsabilidade que recai... acho que naturalmente eu não consiga engravidar. Será que eu não consigo engravidar por medo?

Psicóloga (f2): O que você acha?

Marido 4(f9): Eu acho que sim.

Psicóloga (f3): Me parece que vocês estão atribuindo dois sentimentos com relação ao tratamento da reprodução assistida. Um sentimento mais positivo de que há uma solução para o problema de vocês e um sentimento negativo, expresso pelas desconfianças que vão sentir com relação ao material doado, ao medo de perder o bebê, etc... Parece que surpreende pensar nessa contradição, gera muita angústia (E4 começa a chorar).

Marido 4(f10): Mas eu acho que isso não importa. Essa coisa da culpa... é mais a questão da idade.

Esposa 4(f10): Também... porque eu penso que daqui a pouco eu não vou mais ter opção. Se amanhã eu quiser retomar eu posso não ter condições. Ele sempre diz que eu não posso ser tão fogosa. A questão tempo é muito importante para mim, eu estou chegando nos 39 anos. Quando o tratamento termina eu sempre pergunto quando a gente vai começar outro. Acho que nós não estamos no mesmo *timing*. Eu sinto que eu preciso correr contra o tempo e ele quer fazer uma coisa mais no tempo dele.

Marido 4(f11): Como eu falei, eu estou desmotivado, cansado...

Esposa 4(f11): E do óvulo doado, o que você achou? (pergunta ao marido)

Marido 4(f12): Eu falei que teria que pensar... o meu receio é que todo mundo fala mas ninguém garante. Todo mundo fala que depois que ficar grávida, que nascer a criança, você vai esquecer essa história, você jamais vai lembrar que foi fruto de um outro espermatozóide. Eu não sei, eu sou uma pessoa muito honesta comigo mesmo. Eu não sei se eu vou esquecer. Me preocupa...

Esposa 4(f12): Como depois de uma discussão falar que o filho não é teu...

Marido 4(f13): Isso não. Mas o meu sentimento de família, meu sangue italiano, é meu sangue, você não pode ver ninguém mexendo com os seus (família). Eu não sei como ficaria... será que eu teria o mesmo sentimento... esse sempre foi o meu receio. Eu nunca fui muito bem resolvido com relação a isso, não sei como seria.

Psicóloga (f4): Como você imaginaria que seria?

Marido 4(f14): Eu me conhecendo, acho que não seria bem completo. Acho que seria como se eu estivesse maquiando uma situação. Está sendo meu filho, mas eu precisei dar um empurrãozinho. Como se alguém tivesse passado no vestibular, mas tivesse comprado a vaga na faculdade. Estou lá, mas precisei comprar a vaga.

Isso me deixaria muito frustrado. Acho, pensando hoje. Talvez com o decorrer do tempo poderia mudar, mas esse é o meu receio. Aí, com o óvulo e o espermatozóide doados, nem um nem outro. Mas, não sei. Estou pensando no meu lado. Não seria fácil.

Esposa 4(f13): Mas eu preciso falar uma coisa. Nem tudo é tão tranqüilo assim. A gente não conversa normalmente dessa forma. Falando de verdade: a gente ofende muito um ao outro. Muito do respeito da nossa relação ficou abalado depois que tudo isso começou. Eu o acuso muito de egoísmo. Eu falo que ele não quer usar o material de doador, ele é egoísta. Só porque ele não quer ter filhos eu também não posso ter. Às vezes ele falava para adotarmos. Mas eu posso ser mãe. Sendo bem clara... muitas vezes eu falava para ele que eu tenho desejo de amamentar. Então, pelo fato de não ter engravidado 4 vezes eu adotei a postura de que eu também tenho problemas, mas nem sempre foi assim. Mas muitas vezes eu joguei na cara dele que adotar estava fora de cogitação porque eu não queria. Ele teve a oportunidade de se tratar e eu acompanhei, agora seria a minha vez. Eu acho que eu já fui muito solidária a ele. E quando eu pedi para ele fazer duas inseminações no ano passado, eu queria tentar para ver se tinha sucesso. Mas eu queria muito uma aceitação da parte dele. Mas já fui muito egoísta e já acusei ele muito de egoísta. Eu até disse que ele estava brincando de Deus. Só porque ele não podia, eu também não poderia. Na véspera de fazer esse tratamento aqui na clínica nós tínhamos combinado de fazer tudo junto. Mas eu sempre achei que ele não estava dando muita bola.

Marido 4(f15): É que eu tinha que escolher as características do espermatozóide. Não é meio complicado?

Esposa 4(f14): Todo dia eu ficava com a lista na mão e falava: você quer ajudar? Eu não quis falar... escolhe aqui. Eu falei que a lista estava lá e ele disse que amanhã ele escolheria o pai. Ele disse através de um trocadilho que ele não iria ser o pai. Cada dia ele achava uma desculpa, dormia no sofá, via jogo. Até que um dia eu vim aqui, os óvulos estavam bons e eu tive que escolher, não tinha como empurrar. Eu fiz uma seleção e escolhi para ele. Mas deu uma briga homérica, como nunca nós tivemos antes. Eu até peguei uma injeção na mão e falei que iria jogar fora. Foi uma briga agressiva, marcante, e nós queríamos sair de casa. Ficamos no outro dia sem nos falar, sem nos olhar na cara, mas eu tinha que vir aqui no dia seguinte. Tudo era muito pesado. Eu liguei para a médica, contei tudo e contei para o pai dele pedindo ajuda. Mas ele não quis vir aqui no dia. Ele deixou bem claro que o bebê era só meu. Eu estava sozinha no dia da inseminação.

Marido 4(f16): Não é bem assim, eu tinha uma barreira.

Esposa 4(f15): E hoje você superou? Você se sentiu aliviado que eu não engravidei?

Marido 4(f17): Não.

Esposa 4(f16): Então a coisa ficou pesada. Eu fico pensando que quando eu tiver 43, 44 anos eu vou me arrepender de não ter tentado, porque não fiz. Eu não sei o que eu faço. Eu não sei se eu fecho a fábrica. A gente não chegou a um consenso. Eu estou apostando assim, eu faço qualquer negócio. Eu tenho medo de estar banalizando a coisa. Ah, vamos ter filho... eu não sei nada sobre a outra pessoa: é saudável? Tenho muito medo, a ciência evolui tanto.

Marido 4(f18): Acho que não. Isso é uma coisa muito selecionada, controlada. Pelo pouco que a gente aprendeu, o processo é muito mais seguro do que em um processo natural. Em relação a isso eu estou tranquilo. O problema é a aceitação.

Esposa 4(f17): Ele diz que a gente briga muito, que a gente não está preparado. Mas a gente briga muito porque a gente não tem filhos.

Marido 4(f19): O problema da nossa briga não é o cerne da questão aqui. Estamos aqui por outra causa.

Esposa 4(f18): Eu sei mas muitas das nossas brigas acabam desembocando nisso. Eu sei que um filho não segura casal...

Marido 4(f20): Mas você acha que aproxima?

Esposa 4(f19): Eu sei, mas às vezes a gente joga a culpa que a criança não está vindo num ambiente saudável.

Marido 4(f21): Não, o problema não é esse. O problema é a aceitação da situação. É isso que a gente tenha que trabalhar.

Esposa 4(f20): Claro que o ideal é que a gente tivesse uma boa relação e tivesse filhos. Isso já está determinado, não será possível. A gente precisa tomar uma posição, não dá para ficar em cima do muro. A gente não sabe o que fazer. Vamos pegar espermatozóide, óvulo. Adotar eu acho que não consigo.

Marido 4(f22): É, adotar é uma opção a ser estudada. Pode ser...

Esposa 4(f21): Para mim não é bem assim.

Marido 4(f23): Mas você quer ser mãe ou o quê?

Esposa 4(f22): Ah! Mas não é bem assim. Por exemplo, eu imagino que sentir uma vida dentro de você é diferente... amamentar...

Marido 4(f24): Mas, espera ai... qual é o seu maior desejo? É você passar pelo processo de gravidez por você?

Esposa 4(f23): Lógico que é por mim... mas eu tenho muito medo. É uma coisa que vai mexer muito com o meu físico, eu vou me sentir muito responsável. É óbvio que isso também vai me trazer como que um troféu, é claro. Mas não é para exhibir e depois jogar fora, não é isso. É que eu vou me sentir tão plena... todo mundo diz que a mulher quando está grávida ela reluz... acho que para mim isso vai ser maior ainda pois é uma coisa tão conquistada, é óbvio que toda mulher grávida tem orgulho. Ela até abaixa a calça para que as pessoas vejam a gravidez. Eu tenho esse desejo de ser mãe.

Psicóloga (f5): Me parece que vocês estão podendo colocar aqui o que cada um sente. Uma parte do casal vê a gravidez como uma realização, algo positivo, que vem acrescentar, e outra parte do casal vê essa mesma situação com muita desconfiança, muito medo. Pensar na gravidez provoca esses medos e angústias.

Esposa 4(f24): É, ele consegue ver também as minhas dificuldades emocionais ... eu acho que tenho problemas nesse sentido também... tenho medo da idade, de usar o óvulo doado. Eu acho que eu estou me contentando cada vez com menos. Primeiro eu queria uma gravidez normal; não dá. Depois a gente tem que usar o espermatozóide doado, agora vem essa idéia do óvulo doado também. É difícil, eu tento me apoiar em algo real... eu quero estatísticas do quanto pode aumentar minhas chances reais de engravidar. Eu acho que eu topo qualquer coisa, apesar de ser difícil encarar essa realidade.

Marido 4(f25): É aquela história, para mim parece que nós vamos comprar um filho. Tem que ser algo bem pensado...

Esposa 4(f25): É que pensar gera tempo... mas que tempo você acha que eu tenho?

Marido 4(f26): Não sei... não sei.

Psicóloga (f6): É, me parece que vocês estão falando das dificuldades de cada um, como cada um vive e sente o momento presente e a possibilidade de resolver o problema da gravidez. Cada um tem suas limitações e suas dificuldades, que são bastante distintas um do outro.

Marido 4(f27): É, eu não cheguei pensar em recuar mas eu acho que sou bem travado na hora de fazer as coisas...

Esposa 4(f26): Por isso que eu fico muito brava... na véspera do tratamento tivemos uma briga terrível, de jogar pratos no chão, estava completamente descontrolada. Será que a gente precisava disso? Meu sonho dourado era que tudo fosse tranquilo... mas não é tranquilo. Toda vez que a gente passa pelo tratamento é uma coisa biruta. Está piorando. Eu achei mesmo que não ia dar certo, eu não estava bem de cabeça. 48 horas antes do tratamento eu vivi uma guerra.

Psicóloga (f7): Como você está dizendo, é muito difícil separar o estado físico do emocional, principalmente no momento do tratamento. Além dos hormônios que são liberados no corpo, há uma série de emoções que também são “liberadas”.

Esposa 4(f27): É, eu não sei mesmo o que a gente deve fazer. Cheguei em uma fase que já não sei mais.

Psicóloga (f8): O que você gostaria de fazer?

Esposa 4(f28): O que eu gostaria? Eu gostaria de fazer mais tentativas. Eu gostaria de ir para frente, ter a sensação de missão cumprida. Acho que a gente não fez todos os tratamentos que podia, não fez toda nossa parte ainda. Acho que a gente ainda tem tempo e dinheiro para pagar mais tratamentos ainda. Acho que ainda resta uma esperança e a gente pode se virar para fazer isso acontecer. Lógico que isso pode trazer mais desgastes emocionais. Para ser bem mais realista, acho que a gente deveria estabelecer uma meta, um objetivo. Até quantas vezes mais, até que idade. Lógico que não quero fazer a vida toda. Mas eu conheço uma amiga que fez 9 vezes o tratamento. Ela foi muito obstinada. Ela casou e não engravidou, e depois do segundo ano ela só faz tratamento. Isso mexeu com o corpo dela... com o meu também porque mexe muito com o corpo. Mas essa pessoa é obstinada, a gente não tem essa obstinação. Como essas pessoas que chegam a vender o carro. A gente não tem isso, a gente está meio perdido. Uma hora a gente quer ter filhos, outra hora quer brigar a respeito do assunto... se eu pudesse escolher eu gostaria de chegar a um consenso com ele, gostaria de me tratar sim, a questão do óvulo doado não está afastada, se eu pudesse melhorar a performance eu gostaria de estabelecer uma meta... por exemplo, vou fazer tratamento até os 40 anos, depois dos 40 a gente não faz mais. Ou então, vamos estabelecer um critério de valor. Vamos gastar tanto e depois disso a gente pára. Depois disso vai ser um abismo financeiro... eu queria algum critério, planejar o que vai ser, ou vamos ficar sem filhos, ou vamos adotar. Hoje eu me sinto sem eira nem beira, eu não sei o que ele quer a respeito. Eu gostaria de ter mais tentativas e ter um planejamento. E você?

Marido 4(f28): Eis a questão...

A esposa (4) começa a rir.

Marido 4(f29): Eu não sei, eu estou bem em dúvida. Eu não defini ainda... depois dos últimos acontecimentos eu estou bem propenso a deixar pra lá. A não fazer mais nada. Cada vez que eu penso nisso me dá uma dificuldade em lidar com a coisa... então ultimamente eu estou propenso em não fazer nada. Mas, não é por aí... mas na verdade eu já fiz bastante coisa. Já fiz cirurgia... mas até que existe uma esperança no meu caso... mas é difícil. Eu fico pensando em até que ponto vale a pena passar mais por essa cirurgia... até que ponto é preciso esgotar. Eu estou cansado.



Esposa 4(f29): Você está cansado de mim? Eu sou muito teatral.

Marido 4(f30): Não, não... você é mais ansiosa. Tem coisas que você não lembra.

Esposa 4(f30): Eu quando faço o tratamento sou muito mais carregada de emoção do que você.

Marido 4(f31): Sim, é natural.

Esposa 4(f31): Mas eu tenho uma pergunta... se para você é o fim da linha, como você pensa em relação a mim? Se hoje fosse perguntado isso, você está mais propenso a parar aqui. Mas o que você quer fazer comigo? Me contar ou me enrolar...

Marido 4(f32): Contar claro... Eu acho que já estive mais empolgado em fazer tratamento...

Esposa 4(f32): Mas o que você faria em relação a mim? Eu vou ter o neném e você vai falar o quê? Você está mais desestimulado em ter um bebê, e se você considera que com material doado não vai ser meu nem seu...

Marido 4(f33): Não é bem assim...

Esposa 4(f33): Você tem esse receio... então eu não tenho esse preconceito. Largar tudo pra lá é bem tentador, mas é da boca para fora, mas eu posso te dizer que eu vou ser bem infeliz. Eu vou me sentir bem incompleta e vou pensar... poxa, ele não pensou em mim, ele resolveu por ele. Eu acho que em um casamento, um grande amor, requer mais... eu acho que só o fato de eu não ter tido filhos naturalmente já foi uma grande abdicção da minha parte. No começo ele até falava que eu poderia largar tudo, ir embora, procurar outro. Mas eu casei com ele porque eu o amava e queria ficar junto. Mas eu acho que o mínimo, não é cobrança, é que ele queira fazer alguma coisa por mim. Não que ele não tenha feito nada, ele já abriu mão e eu não engravidei. Mas se eu quero tentar mais, valeria a pena ele repensar.

Marido 4(f34): Mas independente do meu estado, do que eu sinto, o importante é fazer alguma coisa para você.

Esposa 4(f34): Não, não é fazer e depois jogar na cara...

Marido 4(f35): Então...

Psicóloga (f9): É difícil em situações tão delicadas como essa colocar na balança quem sofreu mais, quem abdicou mais, porque como estávamos falando, cada um tem suas limitações, suas angústias seus medos, e isso não dá para racionalizar. Me parece que cada um está tentando fazer o que dá para fazer... tolerando o que

dá para agüentar... e como vocês disseram, desde o começo esse tema de ter filhos... e porque não estar tendo é uma grande interrogação na vida de vocês, está muito difícil chegar a um consenso porque está difícil de tolerar ainda mais as limitações de cada um.

Esposa 4(f35): É, eu vejo casais de mãos dadas... eu queria que fosse uma coisa mais especial para ele.

Marido 4(f36): Como é que vai ser especial para mim?

Esposa 4(f36): E para mim? Como é que dá para ser especial? Você viu o que eu já tomei de injeção? Quando eu faço o tratamento é em cima de mim que o bicho pega.

Marido 4(f37): Mas agora, né? Como é que você gostaria que eu viesse para cá? Alegre, contente?

Esposa 4(f37): Eu queria que o seu amor fosse sublime e você passasse por cima disso.

Marido 4(f38): Olha, guardadas as devidas proporções, é como ir para uma quimioterapia. Alegre e feliz?

Esposa 4(f38): Você está fazendo uma tragédia. E para mim também não é legal... no dia do tratamento eu queria colo...

Marido 4(f39): Eu queria também, e como é que faz?

Silêncio

Psicóloga (f10): Me parece que vocês estão dizendo que se sentem muito desgastados, cansados com tudo que aconteceu e está acontecendo e que gostariam muito de poder contar com o apoio um do outro. Gostariam que tudo fosse mais fácil, mais tranquilo, mais natural, mas a realidade é outra. Está muito difícil para cada um de vocês passar por tudo isso, cada um por seus motivos. Eu gostaria de dizer que estou à disposição para continuarmos essa conversa e que estou aqui para ajudá-los a pensar, elaborar toda essa situação. Fico à disposição de vocês para continuarmos.

Psicóloga (f11): Eu gostaria de pedir uma outra coisa a vocês. O desenho de um corpo qualquer.

Marido 4(f40): Um corpo?

Psicóloga (f12): Sim, um corpo qualquer.

Marido 4(f41): Eu sou péssimo para desenhar...

Esposa 4(f39): E eu!!! (sorrindo)

Psicóloga (f13): Não tem problema.

Alguns minutos depois

Psicóloga (f14): O que você pode dizer a respeito do seu desenho?

Marido 4(f42): Eu pensei em uma menina, uma menininha...

Psicóloga (f15): De que idade ?

Marido 4(f43): De uns 7 anos...

Psicóloga (f16): O que mais?

Marido 4(f44): Mais nada, não consegui pensar em mais nada.

Psicóloga (f17): E você, E4?

Esposa 4(f40): Eu pensei em uma mulher mais velha....mais moça.

Psicóloga (f18): O que mais?

Esposa 4(f41): Eu quis desenhar um chão, ou melhor um tapete bem macio para ela ficar em cima. Só isso.

## Anexo F

### Entrevista na íntegra - Casal 5

Psicóloga (f1): Eu gostaria de conversar com vocês sobre como é tentar ter um filho através da Reprodução Assistida?

Esposa 5(f1): Eu acho melhor contar para você desde o começo. A gente resolveu começar a tentar engravidar no final de 2001 para 2002, naturalmente. E na época eu já morava no interior do Estado de São Paulo, mas ainda me consultava em São Paulo.

Marido 5(f1): Eu tive uma proposta de trabalho no interior e depois de casados ela foi para lá.

Esposa 5(f2): Mas os meus médicos ainda eram daqui de São Paulo (SP) na época. No começo eu até fui em uma médica lá no interior mesmo e ela pediu uma série de exames que detectaram um cisto hemorrágico nos ovários. Ela pediu para eu tomar pílula por uns 3 meses, e eu não achei boa essa indicação médica. Resolvi procurar outro médico para ouvir outra opinião. Esse médico de SP pediu para eu não tomar o remédio e ainda descobriu que eu tinha endometriose. Ele disse que eu deveria continuar tentando engravidar naturalmente porque seria melhor. Eu até tentei, mas ele achou também interessante indicar um outro exame. E nessas idas e vindas de viagem achei melhor procurar um médico na minha cidade, e ela já pediu exames especializados e ela viu que o útero estava bem comprometido. Com essa médica eu fiz um tratamento que eu tenho seqüelas até hoje. Eu fiz um tratamento que suspendeu a menstruação por 6 meses. Sofri muito nesse tratamento porque ele foi como uma menopausa. A minha médica de agora falou que não teria feito dessa forma, que teria partido direto para as tentativas... eu também não gostei de ter feito esse tratamento. Desde o começo eu relutei muito mas, enfim... conduta. Depois que a gente terminou essa parte a gente fez duas estimulações ovarianas com coito programado, que não funcionou e foi aí que a gente partiu para a primeira tentativa de FIV. Foi péssimo... isto é, tive poucos óvulos e a qualidade dos embriões estava ruim. Mas eu consegui engravidar. Desde o começo foi ruim. Eu fiz o Beta, deu positivo, mas estava muito baixo. Depois de uns 2 ou 3 dias de pegar o resultado eu comecei a sangrar, fiquei em repouso... passei um mês de repouso, na cama, o beta continuava a subir mas... quando eu fui fazer um ultra-som já não viram nada. Foi horrível, foi muito complicado... minha ansiedade estava alta. Passar por tudo isso e ainda perder...eu fiquei 24 horas na cama, deitada... isso foi em novembro do ano passado. Depois que eu peguei o ultra-som e já estava sabendo que havia perdido, nós resolvemos tocar a vida. Como eu estava cansada de ficar em casa de cama, resolvemos sair e ir ao cinema. Na hora de começar a sessão eu comecei a passar

mal... e quando fomos ao médico descobrimos que tinha sido uma gravidez ectópica. Eu perdi a trompa também (E5 começou a chorar... fica em silêncio por alguns segundos). Foi difícil... o ano passado foi muito difícil... foi um dos piores anos da minha vida. Eu perdi meu avô, que era a pessoa que eu mais amava na vida... perdi um filho... foi um ano pesadíssimo... (silêncio).

Psicóloga (f2): Vocês estão me dizendo que essa busca pelo melhor tratamento médico, as dificuldades para encontrar uma equipe que vocês confiassem acabam gerando um desgaste emocional muito grande. Vocês fizeram planos, tinham sonhos, desejos, e em seguida viveram várias frustrações, decepções e perdas... deve ter sido um período muito difícil mesmo.

Esposa 5(f3): Foi sim... eu tento não ver só o lado ruim. Nós vivemos muitas coisas boas também. Nós conseguimos construir a nossa casa, nos mudamos, profissionalmente foi um ano muito bom também. A gente teve conquistas, mas foi um ano de muitas perdas. E aí a gente veio parar aqui... ainda fizemos mais uma inseminação. Como a trompa que ficou estava funcionando direitinho, ainda havia uma chance de engravidar pela inseminação. Não deu certo e a gente partiu para uma nova FIV no começo desse ano. Comecei o ciclo mas decidimos parar e perder o ciclo, pois eu não estava reagindo bem. Eu até pedi para parar, tinha poucos folículos e decidimos parar, pois poderia ser uma tentativa furada com gastos muito altos. Isso é terrível, mas decidimos parar. É difícil porque a gente gasta muito. A gente usa todo o dinheiro que a gente tem e que a gente não tem para dar tudo certo.

Psicóloga (f3): Então vocês estão me dizendo que fizeram um investimento muito alto. Tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista emocional... vocês fizeram muitos planos, havia um desejo grande e é muito difícil quando tudo isso não vai ao encontro do que foi almejado.

Esposa 5(f4): Foi pensando nisso tudo que eu resolvi vir para cá, buscar esse tratamento médico; depois que eu li o livro da Dra. X , achei que poderia dar certo. Até porque já estava provado pelo outro tratamento que doses cavalares de hormônio não iriam dar certo para mim. Dessa última vez eu tive um ciclo maravilhoso, com seis lindos embriões. Eu estava com um endométrio lindo, tudo estava caminhando superbem...(E5 começou a chorar novamente) (silêncio...). E não deu certo. Esse mês eu não estou bem... passou o "baque"... mas depois eu comecei a ficar mal de novo. Eu comecei a pensar em tudo que eu passei, comecei a pensar que eu teria que passar por tudo isso de novo. Fiquei pensando que nessa época no ano passado eu estava grávida, voltei a ficar triste por causa disso... vem a lembrança (E5 volta a chorar).

Marido 5(f2): Pelo menos agora a gente já sabe como será o processo. A gente vai começar de novo mas já sabe como é, o trabalho que vai dar, o desgaste que vai ser. Já conseguimos antecipar...

Esposa 5(f5): Doloroso? Não, não é doloroso como fazer alguns exames. O pior é ter que passar por tudo de novo. As expectativas!! Também nessa última tentativa eu me preparei muito para ela. Eu fiz yoga, fiz um tratamento longo de acupuntura. Tudo isso contribui muito. A médica também estava bastante confiante, era fácil perceber. Ela acertou muito comigo, acho que para ela também foi um sucesso. Acho que ela também ficou surpresa com o resultado. A gente também ficou muito contente. Então eu tenho que me apegar a isso. A gente descobriu um caminho para o tratamento, a gente não sabe se vai ser igual, mas a gente já sabe o que pode ser feito para chegar perto do que foi. Mas tem outras coisas. A gente não sabe quanto o corpo agüenta, quanto a cabeça agüenta de tantas expectativas, fora a questão financeira. É difícil desvincular uma coisa da outra, porque a gente não quer dar ao tratamento um caráter financeiro, meu filho como uma cifra. Por outro lado ele custa dinheiro, é uma realidade. Eu não quero que soe como uma coisa material, mas de alguma forma é assim que ela é. A gente terminou nossa casa mas não tem quadro, não tem armário, a gente vive precariamente porque todo dinheiro vai para o tratamento. Ou seja, gera uma série de outras privações. É claro que é secundário diante do nosso objetivo, mas não dá para negar. Mas parece que enquanto isso (a gravidez) não acontecer a vida não vai andar. A gente tem esse objetivo e enquanto ele não for alcançado a gente tem que abrir mão das coisas, de todo resto.

Psicóloga (f4): Então você está me dizendo que mesmo sendo difícil e tendo que passar por uma série de privações o desejo de ter um filho é prioridade, é tão grande que supera essas faltas, esses outros desejos... mas não deixa de ser difícil, muito difícil.

Esposa 5(f6): É muito difícil, a gente quer muito. E o pior é que a gente quer estar bem porque sabe que todo resto pode influenciar. Tem que estar calma, tem que ficar serena, tem que controlar todas as emoções para passar por tudo de novo

Psicóloga (f5): É difícil, por tudo que você me contou que já passou, já sofreu, é difícil "controlar" as emoções.

Esposa 5(f7): Eu sofro muito com tudo isso. Ele também sofre, mas é diferente. Ele é mais pragmático, tem as certezas e incertezas dele. Nessa última tentativa eu fiquei muito mal de não vê-lo sofrer. Eu acho que chorar é um meio de descarregar a minha frustração. Eu sei que ele quer tanto quanto eu, que se não fosse por ele eu não conseguiria passar por tudo isso. Ele sempre reage de outra forma, mas dessa vez eu fiquei muito arrasada. Mas ele me ajudou muito, até aplicou as injeções em mim.

Marido 5(f3): Para mim não tem problema, eu aplico. Ela já não consegue, eu ajudo então.

Esposa 5(f8): Passar por tudo isso não é fácil, o que ajuda é o amor que a gente tem um pelo outro. O amor é muito forte, a gente gosta da companhia um do outro. É bom porque como a gente mora em outra cidade que não a capital, ficamos meio isolados dos parentes. Apesar de restringir a vida social, a gente se dá muito bem. Isso dá forças pra continuar... (a esposa (5) voltou a chorar).

Marido 5(f4): A gente ajuda um ao outro. A gente se dá bem mas tem muitos aspectos diferentes. Pensar diferente é até legal, ajuda um ao outro, dá uma equilibrada. Eu vejo o processo todo de um modo muito diferente. Eu acho que quando der certo vai ser muito bom, a gente vai ficar muito feliz. Eu prefiro pensar assim do que ficar triste porque não deu certo dessa vez. Na minha cabeça a gravidez é uma coisa que vai ser bem mais complicada do que parece... e é algo a ser alcançado de médio prazo. O processo é esse, funciona assim, tentar, tentar... tentar até a hora que der certo. Apesar da ansiedade toda eu acho que o dia que funcionar vai ser muito legal. Eu vejo as coisas por esse lado, diferente dela. Ela fica mal porque daquela vez não deu. Outra coisa que torna tudo mais difícil é a escala de tempo, é bem diferente daquilo que você imagina no começo para engravidar. Da época que ela descobriu que tinha endometriose, da época que a gente descobriu até engravidar...foi quase mais de um ano. Depois a gente pensava que será que no próximo ciclo a gente já vai engravidar? Então a gente pensava que seria uma coisa de um mês, ou seja, os próximos ciclos. E aí foi quase um ano entre exames, esperar o corpo descansar e tentar de novo. Tudo isso muda muito a perspectiva. Eu tenho mais a perspectiva de que a coisa é bem mais longa. No começo desse ano quando fomos tentar de novo, descobrimos um cisto. Até tirar o cisto passou mais um mês... aí espera mais um mês. Ela achava que seria o começo do tratamento naquele mês e não foi, teve que esperar um pouco mais. Eu já me preparo mais e me protejo mais porque o tempo prático é esse aí.

Psicóloga (f6): Então vocês têm percepções diferentes e você está me dizendo que percebe e aceita o tratamento todo como sendo mais demorado, mais complicado... uma visão mais realista... como se o desejo ficasse mais controlado.

Marido 5(f5): Eu tenho certeza e mais segurança de que a gente achou o problema... tem a solução, só que a gente não sabe quando vai solucionar. Uma hora vai funcionar, vai demorar, já demorou bastante, mas vai demorar. É que não é só tempo, tem um desgaste enorme.

Psicóloga (f7): Você tem muita confiança de que vai dar certo... que é uma questão de tempo... vivências diferentes da E5.

Esposa 5(f9): Eu já tenho um medo muito grande de não conseguir. Na primeira vez que me falaram que os óvulos estavam ruins, eu já fiquei muito mal, estava chorando... estava desesperada. E eu tenho medo de não conseguir. Até cheguei a pensar em adoção, mas eu tenho medo... não sei se vou conseguir amar um filho que não é meu. Se os tratamentos não derem certo e os fracassos começarem e a gente ter que adotar para ter um filho... isso tudo me assustou muito.

Psicóloga (f8): Vocês consideram a adoção uma opção? Isso passa pela cabeça de vocês?

Esposa 5(f10): Isso passou pela minha cabeça mas não tenho certeza. Você sabe que no começo de casados a gente até comentou a possibilidade de a gente adotar uma criança, antes de saber que teríamos toda essa dificuldade.

Marido 5(f6): A idéia dela era adotar um terceiro filho, depois de ter os nossos adotaria mais um.

Esposa 5(f11): Só que depois a idéia de não poder ser mãe biológica me deu a sensação de que eu não poderia amar um filho que não fosse meu.

Marido 5(f7): A motivação era diferente.

Esposa 5(f12): Agora eu acho que adotar não seria uma coisa 100% boa, seria um plano C. Não seria uma decisão por si, seria um tapa-buracos, e acho que isso não iria ser bom.

Psicóloga (f9): Me parece que há dúvidas com relação ao desejo de ter filhos e o que poderiam fazer na ausência deles.

Esposa 5(f13): É, hoje a adoção tem uma associação com o fracasso. Eu tenho esperança, mas talvez nem tanto como ele. Talvez a minha escala de tempo seja outra porque eu estou vendo o tempo passar, e para a mulher o tempo é um inimigo...

Marido 5(f8): Não vai ficar mais fácil...

Esposa 5(f14): Pelo contrário... a mulher tem prazo de validade. Para que esse prazo seja prorrogado a gente tem toda ajuda tecnológica. De qualquer maneira, tudo o que eu tinha a favor no início do tratamento, em questão de idade, daqui a pouco vai se tornar um fator negativo. Eu comecei a tentar efetivamente com 31 anos e agora eu estou com 34 anos. É outro medo que se soma. A perspectiva de com 35 anos não ter sido mãe... e aos 35 as taxas de gravidez começam a diminuir... eu fico muito preocupada. Desde o diagnóstico da endometriose até hoje... quando eu cheguei na consulta com a médica esse ano eu tinha todas as planilhas de controle de todos meus exames, das taxas de hormônio... ela disse que nunca tinha visto um paciente tão organizada... eu sou louca, completamente doida. Eu já li tudo que tinha para ser lido sobre endometriose na Internet, no *site*, já vi todas as taxas, as porcentagens, etc... Eu achei na Internet várias comunidades relacionadas aos tratamentos. É bom quando a gente ouve uma história de sucesso, isso é ótimo, de gente que tentou muito... mas eu não tenho mais condições de ler história de ninguém, dar apoio a ninguém... eu não consigo. Estou exausta...



Psicóloga (f10): Me parece que houve uma busca por informações técnicas e até um controle de exames e cálculos, como você disse, talvez como uma forma de dar conta das angústias e das ansiedades que vocês estava dizendo que sentem muitas vezes.

Esposa 5(f15): É, está muito difícil para mim. Ultimamente eu não consigo nem receber boas notícias das pessoas. Saber que alguém está grávida para mim é como uma facada. É horrível, eu não consigo ficar feliz pela pessoa. Eu tenho uma amiga próxima que está grávida, é incrível, parece que todo mundo está grávido menos você. Parece que as estatísticas mudam. Até aquelas pessoas que sem querer engravidaram incomodam você, porque a gente que está ali na luta não consegue. Eu me sinto injustiçada. Será que eu não mereço? Eu quero tanto... está provado que eu quero, para quem mais eu tenho que provar que eu quero? O que eu fiz de errado para estar pagando isso? É louco, porque você começa procurar resposta em coisas que você não procuraria. Eu não tenho fé e hoje eu estou me culpando porque eu não tenho fé. Talvez se eu tivesse fé eu estaria um pouco mais calma, talvez trouxesse algum tipo de conforto. Eu tenho uma amiga que tem muita fé e eu disse a ela que eu queria muito pedir, mas eu não quero me sentir pobre de pedir porque eu preciso, sem ter fé. Até na hora do desespero eu continuo sendo louca. Não consigo ser humilde para pedir. É difícil... eu não acredito.

Psicóloga (f11): Você parece estar falando das diferenças, o que um tem e o outro não tem, como a capacidade de engravidar facilmente e o quanto isso gera um incômodo, uma certa culpa...

Esposa 5(f16): É, eu sinto dessa forma... que bom que ele pensa diferente.

Marido 5(f9): É, minha mentalidade é diferente da dela, sou bem mente de engenheiro, bem exatas. Nós temos um problema, o diagnóstico está feito, ela já conseguiu uma gravidez, não tem nenhum impeditivo sério e eu acho que mais cedo ou mais tarde tudo vai ser solucionado. Eu seleciono essas informações boas e me apego a elas para achar que vai dar certo. E ela seleciona outras... que já fizemos duas vezes, que não deu certo, etc.

Psicóloga (f12): Me parece que uma parte do casal percebe o problema de uma forma mais esperançosa, otimista, e a outra parte do casal percebe o mesmo problema com mais pessimismo, menos esperança e tranquilidade.

Marido 5(f10): É, ela tem uma personalidade bem mais ansiosa... eu acho que tenho menos ansiedade.

Esposa 5(f17): É, o meu emocional é bem mais intenso...

Marido 5(f11): É complicado porque a gente sabe que a resposta ao tratamento é sempre melhor quando o emocional está bem... mas a gente também sabe que quanto mais tratamentos se faz mais difícil vai ficando para o emocional estar bem, ficar tranqüilo. São dois conflitos que a gente tem... quando a gente vai tentar de novo? Porque se a ansiedade estiver muito alta pode ser que nós teremos um resultado ruim de novo... e o outro conflito é a questão do tempo... o que vamos fazer? Vamos tirar férias, viajar... dar uma relaxada e depois tentar? Por outro lado, tem contra isso o tempo, não queremos e podemos ficar esperando anos e a própria história da endometriose. Se deixar pode ser que a endometriose volte. Então não podemos esquecer tudo isso... e a questão da ansiedade que eu acho a mais difícil. Então esse é um conflito, quando fazer, o quanto esperar... também não podemos esperar muito.

Esposa 5(f18): E também ter que lidar com uma sensação de impotência. Antes da transferência dos embriões a gente sabe que pode fazer e ajudar no tratamento. Eu sempre fiz tudo que poderia fazer; repouso, etc. Mas depois que transfere os embriões dá uma sensação de impotência muito grande, não há mais nada que se possa fazer... é a natureza.

Psicóloga (f13): Vocês estão me falando o quanto se sentem inseguros e impotentes diante dessa realidade. Mas também falaram que nem tudo se esgotou, nem toda esperança e que ainda existe forças para tentar fazer algo, vão ao encontro do desejo de vocês e que há caminhos que podem ajudá-los nessa busca, mesmo sendo difícil.

Esposa 5(f19): É, é muito difícil.

Psicóloga (f14): Nosso tempo já acabou, mas eu gostaria de me colocar à disposição de vocês para voltarmos a conversar em outra oportunidade caso vocês queiram dar continuidade a esse nosso primeiro encontro.

Psicóloga (f15): Eu gostaria de pedir a vocês que desenhem um “corpo qualquer”.

Marido 5(f12): Um corpo?

Psicóloga (f16): Sim, do jeito que quiser.

Marido 5(f13): Ai!!! Eu sou péssimo para desenhar... só sei desenhar palitinhos...

Psicóloga (f17): Não tem problema, faça do jeito que quiser.

Esposa 5(f20): OK... tudo bem.

Psicóloga (f18): O que você poderia dizer do seu desenho... em que pensou?

Esposa 5(f21): Pensei em uma mulher adulta...

Psicóloga (f19): De que idade?

Esposa 5(f22): Da minha idade... quis desenhar com as extremidades escondidas porque eu não sei desenhar extremidades. Pensei nela sem roupa também.

Psicóloga (f20): Que mais?

Esposa 5(f23): Acho que só...

Psicóloga (f21): E você?

Marido 5(f14): Até que não saiu tão ruim... é que eu não tinha visto o dela. O dela está bem melhor.

Psicóloga (f22): Em que você pensou ao desenhar?

Marido 5(f15): Estava pensando em algo para que não ficasse só uns palitinhos. Até que eu consegui não fazer... É um homem, adulto... mas eu não consigo desenhar a cabeça direito.

## Anexo G

### Entrevista na íntegra - Casal 6

A esposa (6) insistiu em começar a entrevista sem o marido porque ele iria se atrasar bastante. No entanto, o marido (6) chegou poucos minutos após o início da entrevista.

Psicóloga (f1): Eu gostaria de conversar com vocês a respeito de como está sendo tentar ter filhos através da Reprodução Assistida.

Esposa 6(f1): A gente está tentando engravidar do segundo filho já faz uns dois anos. Quando a gente engravidou do primeiro foi em cinco meses. O ano passado a gente ficou tentando e meu médico começou a pesquisa mais no final do ano, dezembro, e começo desse ano. O meu primeiro ginecologista. Aí, o espermograma do meu marido deu uma alteração e ele nos encaminhou para dois esterileutas, indicações dele, indicando que era mais um caso de infertilidade secundária, de provável causa masculina. Primeiro a gente foi para um urologista, fizemos alguns ultra-sons e descobrimos uma discreta varicocele e um Kruger que indicava uma dificuldade. Não seria muito provável a gravidez natural. Voltamos para nosso médico, ele pediu mais exames para ver minhas trompas, estava tudo certo. Voltamos para o esterileuta para fazer então uma inseminação. Eu não gostei dele, nem meu marido gostou dele. Eu sou psicóloga também, terapeuta, ele também tem formação em psicologia e também é terapeuta. Temos anos de terapia. A gente achou que ele subestimou muito a nossa inteligência e vinha com um discurso pronto que me irritava muito. Já não estava fácil e ele vinha com um discursinho pronto.

Psicóloga (f2): Mas, como assim? O que você quer dizer com discurso pronto?

Esposa 6(f2): Ah! Tipo: “A primeira vez é assim mesmo, eu sei que vocês estão frustrados”. Eu falava... tá bom Dr., tá bom Dr., eu não tinha paciência com ele. Eu não senti que ele me ouvia. Eu até achei que ele foi meio estúpido com a gente um dia que meu marido fez uma pergunta. Aí ele falou “nós temos um psicólogo na equipe”, e a gente nunca falou para ele que nós somos psicólogos. O Dr. falou que estava discutindo o caso com ela (psicóloga) e que a gente deveria passar com ela...

Nesse momento o marido chega a sessão. A psicóloga se apresenta novamente, fala do gravador e retoma a entrevista.

Esposa 6(f3): Eu estava adiantando para ela algumas coisas do começo. A gente não se deu bem com ele, a gente resolveu mudar e não fazer mais. Eu me lembrei de uma colega que fez tratamento e me indicou a Dra. Ela fez na verdade o tratamento de duas amigas. A gente veio em julho para cá. A orientação foi basicamente a mesma mas a diferença de pessoa foi enorme.

Marido 6(f1): De conduta...

Esposa 6(f4): De escuta.

Marido 6(f2): Acho que se fosse possível comparar hipoteticamente como teria sido a continuação do tratamento com o primeiro médico, não teria sido nada boa. A gente viu que o contato com o médico é tudo. Eu acho...

Esposa 6(f5): Bom, mas daí é assim... em julho a gente conheceu a Dra. e depois partiu para um tratamento espiritual, que é uma novidade na nossa vida.

Marido 6(f3): É, foram três meses.

Esposa 6(f6): Em outubro a gente fez uma tentativa de inseminação que não deu certo. Eu tenho uma dorzinha que já faz muitos anos, no abdômen. E a Dra. resolveu investigar isso. Eu fiz a dosagem hormonal para checar isso, fiz um exame para descartar a possibilidade de ser do intestino e fiz um ultra-som acompanhando a ovulação. A diferença que a gente estava falando. Eu já reclamava dessa dor há muito tempo. Mas a Dra. resolveu dar escuta a essa dor, dar importância a essa dor, resolveu investigar para ver o que é. Ela concluiu que meu organismo leva mais tempo para absorver um líquido da ovulação e isso deve provocar essa dor. Ontem a gente veio aqui e ela viu que estava tudo bem. Ontem ela nos pediu para estar aqui com você porque eu estou muito fragilizada. Não é nada hormonal, esse líquido não atrapalha. Então por que não dá certo? Não dá certo porque eu tenho 39 anos e isso dificulta tudo. Ontem eu saí daqui me sentindo um cocozinho, um coco ambulante, andando pela rua. Me sentindo incapaz de gerar, com medo de gerar um bebê com síndrome de Down. Paralelamente eu estou com muito saco cheio da psicologia. Não quero mais clinicar, coisa que eu fiz por muitos anos, mas eu também estou perdida sem saber para onde ir. Um vazio não encobre o outro, mas um completa o outro. Saí chorando e fiquei por horas.

Marido 6(f4): Eu acho que nesse momento, eu uso essa analogia com todo mundo, em todas as coisas... há uma lente de aumento em tudo, o que a gente está passando e vivendo... e ontem saindo daqui ela teve uma crise de choro no carro... assustadora... e eu fiquei ali dirigindo sem saber o que fazer. Mas aí é tudo... é o trabalho que há anos ela não está feliz no trabalho, não se encontra no trabalho, e a impotência do trabalho que ela tenta ajustar na vida dela e a impotência de a gente ter um filho... não sei se consegui sintetizar um pouco...

Esposa 6(f7): É, paralelamente tem outras pequenas impotências...

Marido 6(f5): É, é sempre assim... não consigo isso, não consigo aquilo, não sirvo para nada... era esse o discurso ontem... que deixou a gente meio *standby* de ontem para hoje.

Esposa 6(f8): É, na verdade, na verdade eu estou lutando mesmo com uma depressãozinha já faz alguns meses... em função disso tudo, desse *stress*, desse acúmulo de coisas, da pressão. Hoje eu não tenho vontade de fazer mais nada. Eu não quero mais fazer nada... não quero mais fazer inseminação, tratamento, etc... mas aí fica aquela "voizinha" atrás de mim... você já está chegando aos quarenta, você vai se arrepender. A angústia também é porque eu não consigo abrir mão de uma coisa nem de outra. Até porque meu limite financeiro para fazer os tratamentos é real. A ISIC, por exemplo, a gente não vai fazer... a gente sabe que não vai ter dinheiro e a gente decidiu que não iria fazer sacrifício... fazer dívida, vender o carro, etc.

Psicóloga (f3): Me parece que você está falando de um momento da sua vida onde há um acúmulo de mudanças... e perdas... o fim do trabalho, a dificuldade para engravidar... e até de uma dificuldade para aceitar tudo isso que está se passando.

Esposa 6(f9): É difícil... todo mês você bater de frente com a impotência... e paralelamente a isso eu não estou tendo uma coisa que me motive, que me dê satisfação... É, eu já vinha insatisfeita com o trabalho faz tempo, mas a decisão, bater o martelo mesmo veio no começo do ano... então as coisas acabaram coincidindo.

Psicóloga (f4): Você está dizendo o quanto está triste, sem motivação, e me parece que o desejo também não está tão intenso como antes...

Esposa 6(f10): É, é difícil falar do desejo, mas depois de dois anos fazendo tratamento ele não está da mesma forma... eu tenho uma dificuldade em persistir nas coisas...

Marido 6(f6): É, a E6. tem uma característica importante. Se ela decidir abrir um loja no shopping e no meio do caminho ela para e pensa... será? É dela isso, ela é assim no trabalho, no amor... eu conquistei ela porque eu sou muito persistente...(risos).

Esposa 6(f11): É, ele é diferente. Ele é muito decidido, é até difícil mostrar para ele que não é para insistir mais naquele caminho.

Marido 6(f7): Tanto que nesses dois anos a gente deu força um para o outro... a gente vai se ajudando...

Esposa 6(f12): Ah! Mas tem uma coisa importante para falar para ela... Não tem? De dezembro até junho, por 6 meses a gente fez terapia de casal... para resolver questões nossas, e nós pensamos muito nisso. Esse bebê vem para quê? Então ficou claro para a gente que a gente queria ter dois filhos na família, que a gente planejou isso para nós. Ficou claro que o fato de não ficarmos grávidos atrapalhou muito o nosso relacionamento... ter relação com hora marcada é muito ruim...

Marido 6(f8): A pergunta é: há vontade? A resposta clássica dela é "... é difícil responder". Por incrível que pareça, a minha nesse momento é... há um desgaste emocional tão grande que eu estou pensando em ir atrás da adoção, coisa que eu nunca pensei. Mas aí vem a questão... será que eu consigo amar um filho que não é meu?

Esposa 6(f13): Ele é seu...

Marido 6(f9): É, não é do meu sangue. E eu estou com vontade de ver isso... talvez a gente tenha que pensar nisso...

Psicóloga (f5): Então vocês estão me dizendo que estão cansados e sem muita motivação para tentar de novo e até considerando outras opções. A experiência que vocês tiveram acabou fazendo surgir novas possibilidades...

Esposa 6(f14): Em julho eu cheguei até a ir ao fórum entrar com os papéis para a adoção. Ficou faltando apenas dois documentos dele, os meus eu fui atrás e entreguei. A gente decidiu que iria passar pelo psicólogo, pela assistente social... e ver se a gente se acostuma com a idéia. Hoje eu não tenho vontade de fazer nada... eu falei para ele ir sozinho. Então hoje, na minha fantasia, se deixarem um bebê na porta da minha casa eu pego correndo. Na minha fantasia é assim, querer eu quero, mas que venha se tiver que vir. Como naqueles casos em que, sabe, engravidou sem pensar? Eu quero nenê mas não tenho forças para fazer mais nada, nem outro tratamento.

Psicóloga (f6). Você está falando que há um desejo, mas ao mesmo tempo você se sente tão cansada, tão desgastada que não tem energia para ir em busca de nada.

Marido 6(f10): É, eu percebo isso também, por mais apoio que eu tenha dado.

Esposa 6(f15): É, mas eu não consigo bater o martelo como eu fiz com a psicologia. Eu decidi e pronto, algo que eu fiz por quinze anos. Eu só fiz isso na minha vida, eu não tenho para onde ir porque eu não sei fazer mais nada na minha vida, eu só sei ser terapeuta. Mas eu bati o martelo. Mas agora bater o martelo é mais difícil porque vem o lado biológico que é uma tortura, é uma pressão 24 horas.

Psicóloga (f7): Você se sente muito pressionada a tomar uma decisão, mas como você mesma disse, decisões importantes levam um certo tempo para serem elaboradas, esclarecidas, não é tão simples. São decisões complexas e isso gera muita angústia. Essa fase que vocês estão passando é muito angustiante mesmo.

Marido 6(f11): É, a gente está travado...

Esposa 6(f16): É, você tem razão. Eu coloco muita pressão em mim. Não quero pensar em nada... só quero pensar em Natal, no presente do Papai Noel, tem as

férias do meu filho. Eu quero viajar, deixamos um pequeno dinheiro reservado para a inseminação e eu quero pegar esse dinheiro e fazer uma viagem com o M6 porque faz 4 anos que a gente não sai juntos. Eu estou mais para começar a perguntar para pais de filho único como é que é criar um filho só.

Psicóloga (f8): Então você está abrindo mais um caminho: vocês falaram da adoção, da possibilidade de fazer novamente os tratamentos e agora de não fazer mais nada e seguir a vida com o filho de vocês.

Esposa 6(f17) Agora vindo para cá eu estava pensando nisso. A gente sai no Natal e depois viaja com meu filho. Aí eu pensei assim... eu não tenho coragem para deixar ele sozinho... e se acontece alguma coisa... eu me pego na fantasia de que é só ele que eu tenho... ai eu parei e vi... Nossa eu preciso de alguém que me oriente porque eu só tenho ele...

Marido 6(f12): Ele adora a tia e a avó e está louco para viajar sozinho com ele.

Psicóloga (f9): É, mais essas são as fantasias da E6, e que quando você diz que é só ele que você tem... me parece que está também ligado à decisão de ter ou não mais filhos. Por isso que é uma fase difícil essa da decisão que vocês estão vivendo...

Esposa 6(f18): Mas eu acho que eu estou um pouco melhor... eu acho que a gente tem que aprender a lidar melhor com a nossa impotência. Por que não é minha opção... eu fiz o que eu pude. A minha opção eu fui atrás. Eu não sou onipotente... eu acho que isso é reflexo do mundo novo que a gente está vivendo. Eu acho que isso que a gente está vivendo é porque existem esses tratamentos porque alguns casais há anos atrás não tinham essa opção... ficavam sem filhos... não veio porque não veio.

Marido 6(f12): É, isso é verdade...

Psicóloga (f10) É, essa é uma explicação interessante, mas ela fica no nível intelectual e não resolve o problema e a angústia da decisão... Como a gente estava falando, a realidade da ausência da gravidez é difícil em qualquer época.

Marido 6(f13): É, eu entendo... eu não posso dizer também que estou decidido, mas eu estou bem cansando...

Psicóloga (f11): Cansado do quê?

Marido 6(f14): Cansado de brigar, por mais persistente que eu seja, isso bota a gente a prova. E eu fico feliz que se a gente decidir não ter o segundo filho, seja por via biológica ou adoção... essa etapa a gente passou, nós tentamos e não deu. Isso seria supersaudável na nossa vida. Ter clareza da decisão.



Esposa 6(f19): Não, mas você está colocando a coisa como se a decisão fosse não tentar mais...

Marido 6(f15): Não, não é assim. Uma coisa é saber que tentamos por via natural, isso já está gravado na nossa história. A outra decisão é ter o segundo filho ou não... e aí pode ser via adoção. Eu pensei nisso, comecei a pensar nisso agora.

Esposa 6(f20): Você não está decidido se você quer ou não o segundo filho?

Marido 6(f16): É, não estou...

Esposa 6(f21): É, eu até cortei a fala da P. porque eu achei que eu estava muito em foco aqui, só os meus conflitos. Estavam muito mais presentes aqui os meus conflitos eu sei que o problema é da mulher. Mas parece que o que ele pensa estava meio desconhecido. Se é a mesma coisa... Quando a gente estava conversando em vir para cá, você disse para mim: "Será que a gente deveria ir mesmo? As coisas estão ficando bem mais claras..." Mas eu percebo agora que as coisas não estão tão decididas para ele assim também.

Marido 6(f17): Eu demoro alguns dias para entender o que eu estou sentindo e transmitir isso para ela. Eu acho que as coisas agora estão ficando mais claras e colocadas na nossa frente, mas eu não posso dizer para você hoje... para mim já deu... eu não posso e não consigo te dizer isso. Como a P. falou, é uma decisão importante que precisa estar segura. Tem horas que eu penso que deveria falar: "Vamos lá, E6, vamos em frente, levanta, vamos tentar... vamos fazer outro tratamento". Eu não estou com coragem para fazer isso.

Esposa 6(f22): Tá.

Psicóloga (f12): Vocês estão me dizendo como é difícil tomar uma decisão, como dá medo, insegurança, desgasta, e me parece que estão buscando uma decisão de comum acordo. Me parece um primeira passo para pensar nas soluções... nem sempre vocês estarão pensando exatamente igual, ao mesmo tempo, mas a possibilidade de falar sobre o problema, sobre os medos e os desejos começa a facilitar o processo de decisão de vocês.

Esposa 6(f23): É, a Dra. disse que ela ainda faria mais duas tentativas de inseminação, e nós tínhamos decidido que faríamos uma última em novembro. Mas no meio do caminho eu decidi que não dava. Esse último mês foi muito desgastante...

Psicóloga (f13) Para vocês dois tem sido uma fase muito desgastante, difícil...

Esposa 6(f24): É, ontem caiu uma ficha para ele, que ele não tinha percebido... como por exemplo, o fato de eu não ter um trabalho, um dia a dia preenchido, fica com uma lente maior. Porque isso também foi uma opção, lá atrás, com relação ao

meu filho. Eu até não fiquei com o trabalho muito ativo porque eu decidi que não queria deixá-lo com babá. Nós dois somos muito próximos do nosso filho, muito ligados... ele é quase que tratado a quatro mãos com quatro anos de idade. A gente sente que tem um tanto de amor que precisava ser dividido não só com esse filho.

Psicóloga (f14): Vocês estão me dizendo o quanto estão ainda indecisos, desejosos de ter outro filho, mas com medo de ter que enfrentar outro tratamento...

Esposa 6(f25): É, estou cansada de tudo mesmo. A Dra. até pediu outro que tivéssemos relação nos dias férteis, mas é complicado também, não deu certo. Ai entra a religião como um conforto que ajuda muito.

Marido 6(f18): É difícil. Para ela é 24 horas esse assunto, ela está vivendo isso e eu ainda tenho meu trabalho, me preocupo com outra coisa e volto a pensar nisso em casa.

Psicóloga (f15): Vocês estão vivendo uma fase da vida de vocês bastante delicada, que envolve decisões importantes e cada uma delas trazendo uma conseqüência. Esse momento é muito importante, e fica ainda mais difícil quando já se está desgastado, cansado e frustrado. Eu gostaria de dizer que estou à disposição para acompanhá-los nesse processo de decisão de vocês... podendo continuar essa conversa caso vocês queiram.

Esposa 6(f26): Olha, eu sinceramente estou precisando de um tempo. Não quero ficar falando mais no assunto. Eu até tenho uma amiga que toda hora fica me perguntando sobre isso e eu vou ter que ser bem direta com ela e falar que não quero mais falar. A minha família, que sabe, não toca no assunto... são bem tranquilos. Eu tenho uma amiga espírita que fica falando sobre isso também. Eu já disse para ela parar com isso e que quero me preocupar com outras coisas.

Psicóloga (f16): Quando quiser falar, pensar novamente sobre isso, eu também estarei à disposição. Aqui há um espaço para isso.

Psicóloga (f17): Eu gostaria de pedir a vocês um desenho... de um corpo.

Esposa 6(f27): Um corpo?

Psicóloga : Sim.

Esposa 6(f28): Eu gostaria de lápis de cor. Porque você não usa lápis de cor... é que eu sou arte terapeuta e eu gosto de desenhar.  
Após alguns minutos.

Esposa 6(f29): Eu estou desenhando uma mulher, com a minha idade mais ou menos. Só isso, não tenho nada para dizer.

Marido 6(f19): O meu desenho é de um corpo. Isso é sol, para vocês não pensarem outra coisa. Muitos sóis... estou precisando de muito sol, muita praia e muita paz. Esse é meu desenho.