

FÁTIMA REGINA MIBACH DO NASCIMENTO

**ADIAMENTO DO PROJETO PARENTAL:
Um estudo psicológico com casais que
enfrentam a esterilidade.**

PUC-Campinas
2009

FÁTIMA REGINA MIBACH DO NASCIMENTO

**ADIAMENTO DO PROJETO PARENTAL:
Um estudo psicológico com casais que
enfrentam a esterilidade.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia: área de concentração como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Antonios Térzis

PUC-Campinas
2009

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

t618.178019 Nascimento, Fátima Regina Mibach do.

N244a

Adiamento do projeto parental: um estado psicológico com casais que enfrentam a esterilidade / Fátima Regina Mibach do Nascimento. - Campinas: PUC-Campinas, 2008.
170p.

Orientador: Antônio I. Térzis.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

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

22.ed.CDD - t618.178019

FÁTIMA REGINA MIBACH DO NASCIMENTO

**ADIAMENTO DO PROJETO PARENTAL:
Um estudo psicológico com casais que
enfrentam a esterilidade.**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr.: Antonios Térzis

Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Trevisan

Prof^a. Dr^a Maria Yolanda Makuch

**PUC-Campinas
2009**

O Filho Que Eu Quero Ter

É comum a gente sonhar, eu sei

Quando vem o entardecer

*Pois eu também dei de sonhar um sonho lindo de morrer
Vejo um berço e nele eu me debruçar com o pranto a me correr
E assim, chorando, acalantar o filho que eu quero ter
Dorme, meu pequenininho, dorme que a noite já vem
Teu pai está muito sozinho de tanto amor que ele tem*

*De repente o vejo se transformar num menino igual a mim
Que vem correndo me beijar quando eu chegar lá de onde vim
Um menino sempre a me perguntar um porquê que não tem fim
Um filho a quem só queira bem e a quem só diga que sim
Dorme, menino levado, dorme que a vida já vem
Teu pai está muito cansado, de tanta dor que ele tem*

*Quando a vida enfim me quiser levar pelo tanto que me deu
Sentir-lhe a barba me roçar no derradeiro beijo seu
E ao sentir também sua mão vedar meu olhar dos olhos seus
Ouvir-lhe a voz a me embalar num acalanto de adeus
Dorme, meu pai, sem cuidado, dorme que ao entardecer
Teu filho sonha acordado com o filho que ele quer ter*

Para meu marido Gustavo e minha filha Beatriz,

pelos momentos que não vivemos...

e por aqueles que viveremos...

AGRADECIMENTOS

Ao Prof^o Dr. Antonios Tézis, pela oportunidade de desenvolvimento e aprendizado pessoal e profissional, através da orientação, do apoio e do incentivo oferecidos.

À minha querida amiga, Carla Pontes Donnamaria, pela amizade, a mão sempre estendida nos momentos turbulentos e pelas valiosas contribuições do começo ao fim dessa jornada.

À CAPES pela bolsa de apoio concedida a esta pesquisa.

Aos casais participantes pela confiança de compartilhar suas histórias e permitir a realização desse trabalho.

A Prof^a Dr^a Dayse Borges e Prof^o Dr. Mauro Martins Amatuzzi pelas sugestões e contribuições, por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

A Prof^a Dr^a Vera Trevisan e Prof^o Dr. Leopoldo Fulgêncio de Souza pelas aulas do primeiro ano de mestrado.

À Prof^a Lizette Weissman pelas supervisões e discussões dos casos sob a perspectiva da Psicanálise das Configurações Vinculares.

Ao Dr. Antonio Rocha, por ajudar-me a manter o equilíbrio necessário para que pudesse finalizar este trabalho.

Aos meus irmãos Fernando e Isabel, meus cunhados Débora e Marcos, e minha sobrinha Fernanda pelo total apoio e suporte em Florianópolis/SC, por ocasião das entrevistas com os casais.

Às amigas Letícia Westphal e Maria Isabel Caminha, pelo afeto e incondicional amizade.

Às amigas feitas ao longo do caminho, especialmente Cybele, Cíntia e Daniela e Letícia pelos momentos inesquecíveis.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação da PUCCAMP pela paciência e colaboração.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
APRESENTAÇÃO	01
1. INTRODUÇÃO	04
1.1 - O projeto parental	04
1.2 - Desejando filhos no contexto da infertilidade	07
1.3 - A tecnologia da reprodução humana assistida - TRHA	17
1.4 - O estudo do casal na teoria psicanalítica grupal	27
2. OBJETIVOS	33
3. MÉTODO	34
3.1 - Participantes	35
3.2 - Local da Pesquisa	38
3.3 - Instrumentos	38
3.4 - Procedimentos	40
3.5 - Análise do Material	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5. CONCLUSÃO	95
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	98
7. ANEXOS	104

RESUMO

Nascimento, F. R. M. - **ADIAMENTO DO PROJETO PARENTAL**: *um estudo psicológico com casais que enfrentam a esterilidade*. Campinas/SP, 170 pp. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP.

O objetivo deste estudo era investigar o adiamento do projeto parental, enfatizando aspectos psicológicos e sociais que o determinaram, as repercussões da esterilidade para o vínculo conjugal e a vivência dos tratamentos reprodutivos. Participaram 03 casais, heterossexuais, acima de 30 anos, sem filhos biológicos e de níveis socioeconômicos variados, que realizaram tratamentos de reprodução assistida. Os conteúdos obtidos através da Entrevista Psicológica Aberta foram analisados de acordo com técnica de Análise de Conteúdo proposta por Mathieu e discutidos conforme o referencial teórico da Psicanálise e da Grupalidade. Resultados revelam: condições sociais específicas (acesso aos recursos biotecnológicos, influências familiares, sociais, econômicas e religiosas) associadas às condições inconscientes (conflitos, resistências, ambivalências, fantasias e angústias) interferiram na realização do projeto parental; comprometimento do vínculo conjugal (diminuição da espontaneidade e interesse sexual; dificuldades para reformulação do projeto vital e interferências no cotidiano); prejuízos à convivência familiar e social; regressão aos estágios iniciais do funcionamento mental desencadeando angústias persecutórias e depressivas e uso de defesas primitivas (negação, ilusão, projeção, deslocamento e racionalização). Houve identificação dos casais com tema da pesquisa e comprovação da eficácia do dispositivo grupal para coleta, análise e interpretação dos fenômenos psíquicos envolvidos.

Palavras-chave: casal, parentalidade, esterilidade, psicanálise grupal.

ABSTRACT

Nascimento, F. R. M. - **THE POSTPONING OF THE PARENTING PROJECT:** a psychological study with couples fighting sterility. Campinas/SP, 170 pp. Master's Dissertation. Psychology Institute Master of Science Program – PUCCAMP.

The aim of this study was to investigate the postponing of the parental project, emphasizing the psychological and social aspects that interfered, the sterility repercussion on the couple involvement and their experience with the aided reproductive treatments that were made. Participated in the research three couples, straight, over 30, no biological child and different social and economic life, which underwent treatment of assisted reproduction. The contents obtained through Opened Psychological Interview were analysed using the Content Analysis technique proposed by Mathieu as well as discussed according to the theoretical referential of Psychoanalysis and the Group Psychoanalysis. Results shows: specific social conditions (access to biotechnology resources, familiar, social, economic and religious influences), as well as unconscious factors (conflicts, resistances, ambivalence, fantasies and anguish) interfered on the parental project completion; damage on the wedlock (decrease in the spontaneity and sexual interest; difficulty on reorganizing the vital project and interference in daily life); lost in familiarity with relatives and friends; decreasing movement to the early stages of the psychological work, characterized by the persecuting and depressive anguish and the use of primitive ways to deal with it (refusing, illusion, projection, displacement and rationalization). The couple's identification with the research theme and the effectiveness' prove to collect data, analysis and phenomenon interpretation to touch the couples were surpassed.

Keywords: Couple, parentally, sterility, group psychoanalysis

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema dessa pesquisa foi motivada inicialmente pela experiência pessoal com os tratamentos de reprodução humana assistida, onde tive a oportunidade de, ainda que na condição de paciente, conhecer os impactos físicos, psicológicos e sociais causados pela esterilidade. Em virtude de minha formação e experiência profissional, vivenciei esta situação com um olhar diferenciado, mais atento aos aspectos emocionais envolvidos e constatei a grande lacuna existente entre o nível de aperfeiçoamento e sofisticação tecnológicos e a atenção que se dá às repercussões psicológicas dos tratamentos de reprodução humana assistida para os indivíduos, os casais e suas famílias.

A carência de literatura ou pesquisas na área da psicologia, voltadas à realidade brasileira, contemplando o estudo do casal e não apenas da mulher, revelou a necessidade e intensificou o meu desejo de realizar um estudo sistematizado sobre as repercussões do adiamento do projeto parental para o vínculo conjugal, com ênfase na situação de esterilidade e seus tratamentos.

A queda nas taxas de fecundidade no Brasil e no mundo vem assinalando a influência das transformações socioeconômicas e culturais que revolucionaram o contexto familiar e exigiram uma reformulação sem precedentes, no desempenho de papéis masculinos e, mais notadamente, no feminino. Essas reformulações repercutiram em maior diversidade nos contratos matrimoniais, na busca por relacionamentos qualitativamente mais satisfatórios, aumentando a incidência de re-casamentos e o surgimento de novas configurações familiares (famílias uniparentais, homoparentais, reconstituídas, multi-famílias, casais optando por não ter filhos, etc.).

Homens e mulheres, em número crescente, têm adiado para cada vez mais tarde a constituição de suas famílias postergando a vinda do primeiro filho, contando com o substancial apoio das tecnologias de reprodução humana assistida.

Embora esses avanços tenham re-significado a paternidade e a maternidade, o projeto parental ainda é socialmente valorizado e esperado, sendo, inclusive, considerado como parte do processo evolutivo e evidência concreta de maturidade do indivíduo adulto. A importância do projeto parental

parece resistir, apesar dessas mudanças. De acordo com Makuch (2006), “estimativas revelam que apenas uma minoria, cerca de 5% da população mundial, decide voluntariamente não ter filhos, e, portanto, não escolher o papel de pais como desejável” (p. 22).

Entretanto, existem muitos equívocos ou desconhecimento por parte dos indivíduos acerca dos assuntos relativos à sua capacidade reprodutiva. Apesar das mulheres, tradicionalmente, dispensarem um maior cuidado e atenção aos seus corpos e à saúde em geral, muitas ainda ignoram que há significativo decréscimo em sua fertilidade com o passar dos anos. Mesmo quando há tentativa por parte dos médicos em alertar sobre os riscos do adiamento da gravidez, a maioria das mulheres, e também seus companheiros, evitam o assunto, sentindo-se invadidos, pressionados ou mesmo despreparados para tomar decisões quando confrontados com essa questão (Scharf e Weinshel, 2002).

Todos esses fatores desencadearam alguns questionamentos sobre o desejo de ter filhos e os aspectos psicológicos e sociais que interferem na sua realização, levando ao adiamento da maternidade/paternidade. Interessei-me por investigar quais as forças que atuam nessa decisão, sejam elas na dimensão subjetiva ou ligadas à trama familiar e cultural. Tendo em vista um grande número de casos de esterilidade estar diretamente relacionado à postergação da gravidez, concentrei minha atenção nos impactos do diagnóstico da esterilidade e seus tratamentos para a dinâmica e vínculo conjugal.

A busca por norteadores para a compreensão do fenômeno do adiamento do projeto parental e a situação de esterilidade enfrentada pelos casais, me levou a estabelecer como pontos de partida para essa pesquisa, primeiramente um breve recorte histórico que permitisse acompanhar a evolução da parentalidade, verificando sua importância ao longo do tempo. Em seguida apresento algumas considerações teóricas sobre o desejo de ter filhos no contexto da esterilidade. Posteriormente, na intenção de favorecer a leitura e compreensão dos casos analisados, apresento alguns conceitos de medicina reprodutiva, os tratamentos disponibilizados e suas repercussões. No item final da Introdução, são contempladas algumas das teorias da psicanálise da grupalidade que fundamentaram o estudo do grupo casal.

Na seqüência, apresento os Objetivos da pesquisa e o Método utilizado para atendê-los. Os Resultados e a Discussão são apresentados a partir da análise e interpretação dos conteúdos obtidos nas entrevistas, realizados de acordo com o referencial da psicanálise e da grupalidade. A Conclusão traz os principais temas encontrados em cada um dos objetivos, bem como algumas sugestões e reflexões suscitadas ao longo deste trabalho. Na parte final da pesquisa encontram-se as Referências Bibliográficas e os Anexos da pesquisa.

Cabe esclarecer o uso dos termos *esterilidade* e *infertilidade* nesta pesquisa. Conforme Olmos (2003), estes termos têm significados tecnicamente diferentes daqueles que lhes são atribuídos coloquialmente. A esterilidade é a situação do casal que não consegue a gravidez por um período superior a dois anos de tentativas regulares, seja qual for a causa. Já a infertilidade, trata-se do aborto habitual, uma recorrente interrupção da gravidez logo no seu início, a mulher consegue engravidar mas a gestação não evolui. Em se tratando de um estudo não-médico, optamos por utilizar estes termos como sinônimos, ou seja, tanto o termo infertilidade quanto esterilidade são considerados aqui como uma incapacidade do casal de engravidar e de conceber, seja por questões masculinas ou femininas.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1- O projeto parental

Analisando o projeto parental sob uma perspectiva histórica, vemos que o desejo de ter filhos, a procriação e a noção de família foram sofrendo profundas modificações ao longo do tempo. “Da época romana à Idade Média, o desejo de ter filhos parece apoiar-se não somente sobre motivações individuais, mas também sobre as razões coletivas” (Solis-Ponton, 2004, p. 29).

O casamento e a descendência tinham, primordialmente, a finalidade de estabelecer uma aliança que garantia ao homem, além da afirmação de sua virilidade, o controle e segurança da transmissão do poder, bem como a conservação e ampliação de suas riquezas. O matrimônio e a maternidade eram as únicas perspectivas para as mulheres. Enquanto a falta de filhos reduzia a herança de uma mulher, a maternidade, ao contrário, incrementava-a. Os filhos também tinham um valor relativo. Se por um lado eram desejados por garantirem a durabilidade da família paterna, de outro, um pai podia decidir se ficava ou não com um filho para não dividir os bens da família entre muitos descendentes, reduzindo assim a riqueza individual dos membros da próxima geração (Tubert, 1996).

Relatos históricos sugerem o predomínio de uma conduta de indiferença e certa ambivalência em relação à parentalidade na sociedade medieval.

Diferentemente da idéia que temos hoje acerca da família, não havia o sentimento de individualização, tampouco o estabelecimento de relações afetivas, pelo menos não nos parâmetros que observamos nas famílias atuais. “As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas fora da família, num meio composto de vizinhos, amigos, amos e criados, crianças e velhos, mulheres e homens, onde as famílias conjugais se diluíam” (Ariès, 1973/1981, Prefácio).

O amor cortês dissemina-se no século XII e modifica as relações entre homens e mulheres. Embora a mulher seja exaltada, faz-se uma distinção entre as mulheres dignas de serem amadas ou de serem mães em potencial. Nos séculos XIV e XV a maternidade aparece essencialmente vinculada ao

sofrimento e a dor, como forma de expiação de pecados. E, ao final da Idade Média, percebe-se uma valorização da procriação e da representação social da maternidade, influenciados, sobretudo, pela devastação causada pela “Peste Negra”. Culminando, enfim, com os discursos médicos e teológicos renascentistas, que estabeleciam o sexo como finalidade procriativa (Ariès, 1973/1981).

Badinter (1980/1985) relata que na Europa do fim do século XVI até o início do século XVII predominava o costume, nas famílias burguesas, de confiar o recém nascido a uma ama-de-leite, que amamentava e cuidava da criança durante os primeiros anos de vida. Conforme os recursos financeiros, ou a instalavam na residência da família, ou lhe mandavam a criança. Mais tarde essa prática se generaliza para todas as camadas sociais urbanas.

Os freqüentes casos de infanticídio, embora omitidos sob a forma de acidentes, e o número expressivo de crianças abandonadas, fizeram com que surgissem na Europa do início do século XVII, as primeiras instituições destinadas a acolher essas crianças (Maldonado, 1989).

No final do século XVIII, na classe média européia, as famílias começaram a ter características de família nuclear, exaltando-se o amor materno, a preocupação com o desenvolvimento individual e a educação da criança, através dos discursos filosóficos, médicos e políticos. Lins (2007) observa que houve neste período uma verdadeira revolução das mentalidades, em que a imagem da mãe, papel e sua importância modificaram-se radicalmente: “o sentimento de amor materno sempre existiu, não em todas as mulheres, mas em todas as épocas e lugares. A exaltação desse amor como valor natural é que constitui novidade” (p. 123). Badinter (1980/1985), em sua crítica à idéia do amor materno como uma “constante transistórica”, reconhece que “em todos os tempos houve mães amantes e que o amor materno não é uma criação *ex-nihilo* do século XVIII ou do século XIX. Isso, porém, não prova de modo algum que tenha sido uma atitude universal” (p. 86).

No século XIX passou-se a ressaltar a importância da presença da mãe na transmissão de conhecimento e de instrução religiosa, criando-se o costume de colocá-la como principal responsável pelos filhos até completarem sete anos, época em que ingressavam no mundo dos adultos. O culto à maternidade ampliou o lugar da mãe e da criança na sociedade, incentivado

pelas novas condições de vida que levaram o homem a se distanciar da vida doméstica, tornando-se necessário delegar à mulher a função de educadora (Ariès, 1973/1981).

No século XX, com o surgimento da psicanálise, reforçou-se a tendência de responsabilizar a mãe pelos problemas dos filhos. Porém, mais recentemente, começaram a surgir estudos e pesquisas que consideram a dinâmica familiar como um todo e sua inter-relação com fatores sociais e econômicos no entendimento dos problemas e bloqueios do desenvolvimento emocional (Maldonado, 1989). Há mais de duas décadas, Badinter (1980/1985) já anunciava o início de outra revolução familiar “o projeto deslocou-se de novo para o lado do pai, não para devolver a mãe à obscuridade, mas para melhor iluminar, pela primeira vez em nossa história, o pai e a mãe ao mesmo tempo” (p. 239).

A escolha da maternidade foi se consolidando no decorrer do século XX. O avanço da industrialização e da urbanização ampliou o acesso das mulheres à educação formal e à formação profissional, permitindo sua presença no espaço público e no mercado de trabalho. No Brasil, não obstante às profundas desigualdades sociais, a experiência da maternidade passa por um processo de transição, ocorrendo uma padronização do tamanho da família equivalente ao das sociedades industriais avançadas, ou seja, redução no número de filhos, uma escolha mais reflexiva da maternidade e a valorização da criança, variando em intensidade, de acordo com as condições sócio-econômicas e culturais de cada mulher. O rompimento com o determinismo biológico da maternidade levou a separação definitiva da sexualidade com a reprodução, primeiro pela contracepção medicalizada e em seguida pelas tecnologias reprodutivas. Sob os impactos da biotecnologia e o desenvolvimento do conceito de parentalidade, a sociedade moderna vai construindo novas tendências de relações parentais e relações de gênero, refletindo as mudanças no interior da família e sociedade. A escolha pela maternidade (paternidade ou parentalidade) constitui um elemento deste período de transição. Quanto maior a possibilidade de acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado, tanto mais reflexiva será esta escolha (Scavone, 2001).

A parentalidade, portanto, não está unicamente atrelada à questão reprodutiva de homens e mulheres e sim articulada com uma série de

discursos ideológicos dominantes e suas variantes ao longo do tempo. Para Tubert (1996), a elaboração histórica de uma rede de significantes na cultura ocidental produz efeitos de sentidos relativos ao fato humano da maternidade, e, em nosso entendimento, da paternidade também. São esses efeitos, herdados da cultura, que vão colorir “as relações intersubjetivas (situadas num sistema de parentesco) que nos constituem como sujeitos” (p. 122).

As novas articulações das funções parentais passam a exigir que consideremos os desejos masculinos e femininos e suas mais diversas significações. Para tal, faz-se necessário a compreensão dos elementos constitutivos do desejo de ter filhos. Para muito além das influências sócio-históricas, religiosas, políticas e econômicas, os aspectos narcísicos, edípicos e de gênero atuam no complexo processo decisório quanto à realização ou não do projeto parental.

1.2 - Desejando filhos no contexto da esterilidade

Na contemporaneidade, tem sido cada vez mais comum o adiamento do projeto parental, sendo possível observarmos, inclusive, o aumento no número e casais que decidem não ter filhos. Essa possibilidade era inimaginada há poucas décadas. Homens e mulheres não tinham o direito de escolher se queriam ou não ter filho e muito menos o momento ideal para tê-los.

Os casamentos ocorriam ainda na juventude, geralmente bem antes dos trinta anos de idade. Os filhos vinham em seguida e a gravidez acontecia quantas vezes fosse possível até o final do ciclo reprodutivo das mulheres, sinalizada pela entrada na menopausa. Nesse mesmo período, o casal que não pudesse ter filhos conformava-se com a situação ou optava pela adoção. Na eventualidade de recasamentos, seja pela viuvez ou separação, aos novos cônjuges cabia somente o papel de padrastos e madrastas, caso já tivessem ultrapassado seu ciclo reprodutivo (Feitosa e Jorge, 2003; Serafini e Motta, 2004).

Com o advento da pílula anticoncepcional e dos demais dispositivos contraceptivos, aliados ao aperfeiçoamento da biotecnologia, foi possível dissociar a sexualidade da procriação. No entanto, paradoxalmente, mais livres

das convenções e dos limites do corpo, muitos casais se vêem hoje limitados por suas expectativas e desejos, pressionados no sentido de fazer com que suas escolhas os levem à plena satisfação, revertendo numa busca desenfreada por um ideal de felicidade. Se antes, ter filhos era uma questão de possibilidade, hoje implica num processo decisório, envolvendo uma complexidade de aspectos psíquicos, mobilizando sentimentos conflitantes e gerando profunda angústia para os casais.

Essa nova realidade nos levou a refletir sobre a questão do desejo de ter filhos, as diversas motivações presentes na construção do projeto parental e os fenômenos intra e intersubjetivos que permeiam as decisões conjugais no tocante aos modos de realização desse projeto.

Do mesmo modo que a união do casal se dá por uma gama de motivos conscientes e inconscientes, também a busca do filho pode estar subordinada às mais variadas motivações e significados para um casal. Além do aspecto imaginário, que socialmente lhe é conferido como importante e aceitável, as particularidades da história de cada sujeito e de cada casal devem ser considerados, pois são determinantes do significado do projeto parental. (Maldonado, 1989; Modelli e Levy, 2006).

Farinati, Rigoni e Müller (2006), analisam a formação do contexto reprodutivo a partir da constelação de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos imaginários e reais que caracterizam a singularidade e a subjetividade de cada indivíduo. Para estas autoras, antes mesmo da concepção, o sujeito humano tem, nos desejos maternos e paternos, uma marca simbólica fundamental para sua futura constituição.

E qual seria a origem dos desejos de maternidade e paternidade?

Encontramos no artigo “Feminilidade” (Freud, 1933) uma das primeiras tentativas de compreensão para o desejo de maternidade, considerado como uma etapa importante do desenvolvimento feminino. Segundo a visão freudiana, meninos e meninas atravessam as fases iniciais do desenvolvimento libidinal de forma muito semelhante. Para ambos, a mãe representa o primeiro objeto de seu amor. Porém, quando a menina se percebe desprovida de pênis, essa distinção anatômica traz como consequência psíquica a inveja. Desse modo atribui-se às mulheres um *complexo de castração*. A decepção com a mãe faz com que a menina se volte para seu pai na expectativa de reparação

dessa falta, abrindo o caminho para o *complexo de Édipo* feminino. Freud (1933) observou, ainda, que as primeiras manifestações do desejo das meninas em ser mãe ocorrem na fase pré-edípica, referindo às brincadeiras de boneca como uma identificação com a sua mãe. E depois, na fase edípica, quando a menina deseja ter um filho do pai, onde filho, simbolicamente, equivaleria ao pênis. Após a descoberta da castração, a menina teria, então, três caminhos possíveis de serem percorridos para o desenvolvimento psicosssexual: a inibição sexual ou frigidez, o complexo de masculinidade e a maternidade. Porém, somente um deles, a maternidade, foi apontado por Freud (1933) como sendo viável à feminilidade: a substituição do desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho.

Badinter (1980/1985) pontua que a interpretação freudiana, relativa às questões femininas e maternas, acabou por gerar representações da mulher normal e da mulher desviante (anormal ou doente), onde a inveja do pênis, sublimada pela maternidade, é o que determinaria a mulher sadia. Segundo a autora, com o intuito de descrever a natureza feminina, Freud acabou limitando-se a reproduzir a mulher de seu tempo. Mansur (2003) complementa essa observação atribuindo à vulgarização de textos freudianos sobre a feminilidade o aumento da importância atribuída à mãe e a medicalização da maternidade ocorrida na primeira metade do século XX, sem, no entanto, neutralizar a “ideologia moralizadora do século anterior” (p. 35). Roudinesco (2003) discute os abalos à visão freudiana sobre a maternidade e feminilidade, contextualizada dentro de um modelo de família patriarcal, provocados, sobretudo, pela inversão da ordem procriadora que se deu com o progressivo domínio das técnicas reprodutivas, que permitiu às mulheres não só a recusa voluntária à fecundação como o direito ao prazer, dissociado do dever de procriar. Chodorow (1978/2002) e Tubert (1996) juntam-se à corrente de pensamento psicanalítico que questiona o caráter instintivo do desejo de maternidade, diminuindo o aspecto biológico e a função natural de ser mãe.

Chodorow (1978/2002) faz uma reinterpretação psicanalítica do desenvolvimento masculino e feminino, onde a reprodução da maternidade das mulheres se dá através de diferentes experiências relacionais objetivas e diferentes ocorrências psíquicas em mulheres e homens. Nessa compreensão, a consequência de terem sido cuidadas por uma mulher torna as mulheres

mais propensas que os homens a buscar serem mães, a obter satisfação no relacionamento maternante e ter capacidades psicológicas e relacionais para a maternação.

Tubert (1996) afirma que o fato da procriação ser um processo natural e há muito tempo ser concebido como algo instintivo, fez com que o fenômeno fisiológico de concepção e gestação correspondesse ao desejo de ter um filho bem como determinasse atitudes em relação a esse filho. No entanto, para a autora, a identificação da maternidade social com a reprodução biológica é um produto de um sistema de representações, ou seja, uma ordem simbólica, definida pela cultura, que cria a ilusão de naturalidade.

Sobre o desejo de ter filho no homem, novamente sob uma perspectiva psicanalítica clássica, evidenciam-se similaridades ao percurso feminino.

Na fase genital, meninos e meninas se vêm às voltas com seus conteúdos corporais (descoberta dos órgãos genitais, fezes, urina) e as emoções desencadeadas, que posteriormente irão determinar os significados atribuídos ao filho enquanto produto do corpo. Durante a infância, o menino começa a se identificar com a mãe e com sua capacidade de gerar e criar um filho. Ao longo de seu desenvolvimento, ele passa do desejo de ser fecundado pelo pênis do pai ao desejo e necessidade de penetrar e fecundar uma mulher. Devido às exigências do mundo externo para que assuma papéis que marquem a diferença de sexo com a mulher, o menino se vê forçado a reprimir tendências homossexuais e junto com essas tendências, acaba reprimindo também o desejo do filho. De acordo com essa descrição, a paternidade teria sua origem, então, num desejo de maternidade, origem que se torna incompatível com seu papel de varão e seu desenvolvimento normal. Faz-se necessário que o menino renuncie ao desejo de ser como a mãe e de gerar um filho com ela. Esta renúncia oferece ao desejo destinos diversos, com a sublimação, o recalque ou a formação reativa. Além disso, este desejo também seria influenciado pela rivalidade edípica, pois, o fato de ter um filho permite se igualar ao próprio pai, e até superá-lo em sua tarefa de criar um filho. (Aberastury e Salas, 1984; Calixto, 2000).

Apesar de aparentemente ter havido certa evolução em termos de desempenho de papéis, nossa sociedade ainda é predominantemente machista. Nesse sentido, a paternidade, para além da cobrança de fertilidade,

adquire os significados de poder, masculinidade e virilidade no psiquismo masculino, ainda mais quando os homens são expostos ao desejo e a necessidade de ter um filho (Feitosa e Jorge, 2003).

Chatel (1995) considera que o desejo de filho para o homem é, “na maioria das vezes, o desejo de encarnar o símbolo do dom criador para aquela que ele encontra” (p. 19). Para Tubert (1996), o desejo de pai deve ser tomado em seu sentido subjetivo e objetivo, ou seja, “o desejo do homem de ter um filho e o desejo da mulher por este homem que pode ser pai do seu filho” (p. 141). Dumézil (citado por Nazar, 2008) refere que “o desejo de filho é atravessado pela questão do desejo de um homem e/ou uma mulher de ter uma criança incluída (ou não) no amor que esse homem tem por essa mulher reciprocamente” (p. 64). Do mesmo modo, Szejer e Stewart (1997) afirmam que uma criança é inicialmente o encontro do desejo de um homem e do desejo de uma mulher, que possibilitará o nascimento de um terceiro desejo: o desejo de vida incorporado no filho. Sem esses três desejos não haverá nascimento porque cada um depende dos outros dois. Do desejo inicial do homem e da mulher nascerá um projeto que fará parte da pré-história do filho.

Para Makuch (2006) as questões de gênero e sua associação com as relações de poder são cruciais para se compreender as experiências sociais distintas para homens e mulheres, que permeiam as relações de casal e familiares, no desenvolvimento do projeto parental e nas vivências vinculadas à reprodução.

Seja para os homens ou para as mulheres, o desejo de ter um filho pode ser entendido também como o desejo narcísico de continuidade, ou, como refletiu Freud (1900), a possibilidade de acesso à imortalidade.

Ribeiro (2006) retoma a descrição de Freud (1914) sobre o narcisismo enquanto algo atribuído a toda criatura viva e parte regular do desenvolvimento sexual humano para articulá-lo com o tema da reprodução humana assistida. Segundo a autora, tal descrição torna possível pensar o conceito de narcisismo fora do campo da patologia. Nesse sentido, afirma que o projeto de ter um filho, independente da forma como é concebido, é carregado de investimentos narcísicos e a sua não concretização provoca um rompimento da cadeia de gerações, gerando intenso sofrimento e reativando antigas feridas narcísicas:

A ferida narcísica, decorrente do fato de não poder satisfazer o desejo de ter um filho, como seus pais, é compensada na vida adulta, com a realização da maternidade e da paternidade com os 'substitutos' das figuras parentais - marido e esposa. Quando o sujeito se vê impossibilitado novamente (como na infância) de satisfazer tal desejo, é antiga ferida que se reabre (Ribeiro, 2006, p. 96).

Ribeiro (2006) complementa, afirmando que desejar conceber e ter um filho é poder ver partes de si mesmo em outro ser (o filho), e perceber também traços do outro (amado/amada). Assim, o desejo relativo de imortalidade do Eu estende-se para o desejo de imortalidade do par. A esterilidade representa uma ameaça ao projeto narcísico de imortalidade do Eu e do casal.

E como fica o desejo de ter filhos ante a constatação da esterilidade? A resposta para essa questão precisa incluir o contexto da esterilidade, seus significados e as repercussões desse diagnóstico na vida do casal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera um casal infértil após dois anos de tentativas de gravidez frustradas. Para alguns especialistas, no entanto, a investigação deve começar após um ano de tentativas sem êxito. Embora a literatura médica estime que entre 15% a 20% da população tenha dificuldades de gravidez, acredita-se que este número seja subestimado, pois, devido ao desconhecimento e/ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados, muitas pessoas com o problema acabam não obtendo ajuda médica (Collucci, 2003).

A infertilidade também aumenta com a idade, atingindo um em cada quatro casais com mais de 35 anos. A idade da mulher está diretamente relacionada ao sucesso em alcançar a gravidez por ciclo e a sua capacidade conceptiva começa a declinar de forma mais acentuada após os 35 anos. Nos casos de gravidez não assistida, as estatísticas apontam que a partir dessa idade, as chances de sucesso ficam em torno de 15% a 20%. Aos 45 anos, de 3% a 5% de sucesso por ciclo. Para os homens, por mais que esta questão do limite biológico não seja tão fundamental, ao adiarem a vinda do filho para depois dos 40 ou 50 anos, a vitalidade para criá-lo é um aspecto que deve ser levado em consideração nessa decisão (Schaffer e Diamond, 1994; Scharf e Weinshel, 2002; Ribeiro, 2004).

Quanto às diferentes reações de homens e mulheres ao encarar o diagnóstico da esterilidade, Olmos (2003) observa que a mulher geralmente sofre muito, enfrentando mais de frente o problema, sendo que é comum ela assumir uma responsabilidade que não lhe cabe individualmente. O homem tende a negar ou minimizar a gravidade do problema, buscando refúgio no trabalho ou demonstrando excessiva confiança nos tratamentos, como estratégias para neutralizar as angústias e ansiedades próprias e da parceira. O distanciamento agrega-se como uma dificuldade extra para o casal ante essas diferenças no modo de lidar com a situação. No entanto, é importante que o casal tenha tempo para assimilar a nova situação, pois, dependendo da qualidade da relação, a crise poderá ser revertida.

Os casais que enfrentam a esterilidade geralmente possuem aumentado sentimento de inadequação social, tendo em vista a quebra das expectativas de concretização do projeto parental e do asseguramento da continuidade da família, caracterizando um descompasso em relação a um mundo onde predomina a fertilidade (Makuch, 2006; Papp, 2002).

Dentre os fatores que contribuem para essa sensação de inadequação que acomete os casais que enfrentam a esterilidade, é importante destacar que ao longo dos séculos a fertilidade sempre foi considerada uma benção, um prêmio e a esterilidade como maldição divina ou como castigo. A noção de esterilidade como castigo faz parte de mitos e crenças populares das mais variadas épocas e lugares. Muitos povos antigos e primitivos, temendo a esterilidade das mulheres e da terra, desenvolveram uma série de complexos rituais visando mitigar a ira dos deuses e pedir fertilidade (Maldonado, 1989).

Observamos também no discurso religioso, em especial na cultura judaico-cristã e seus textos sagrados, uma significativa contribuição para a construção do estigma da esterilidade como castigo divino, levando muitos casais a se questionarem sobre o que podem ter feito de errado para receberem tal punição. Para Olmos (2003) este tipo de questionamento revela uma crise espiritual, pois, “não há resposta para essas questões e não se pode buscá-las a não ser projetando-as em um plano metafísico. Ou, ainda, como tentativa de materializar o sentimento de culpa por meio de qualquer fato ocorrido” (p. 43).

Ao analisar os determinantes socioculturais da valoração da fertilidade, Gondin (2002) observa que, devido às profundas raízes na tradição judaico-cristã, tendemos a construir teorias e interpretar nossas experiências sob forte influência dos textos sagrados:

Desde o Antigo Testamento, quando Deus estabelecia aliança com os patriarcas, inevitavelmente, como prova de terem sido abençoados, prometia-lhes uma numerosa descendência. A fertilidade se tornava sinal de qualificação de todo um grupo. (. . .) Assim, vai sendo construída uma identidade entre “ser abençoado e fertilidade”. Ou seja, a reprodução passa a adquirir uma determinação moral valorativa positiva ou desqualificadora (Gondin, 2002, pp. 315 - 317).

Serger-Jacob (2006) acrescenta um dado interessante a essa questão, observando que, ao mesmo tempo em que há essa noção de castigo da providência divina, são raros os casais que buscam apoio ou se sentem confortáveis em dividir as questões relativas à esterilidade e aos processos de tratamento com um representante religioso. Isto talvez possa ser compreendido, conforme nos revela Melamed (2006), pelo fato de alguns dos dogmas religiosos influenciarem negativamente na escolha pelos tratamentos de reprodução humana, visto que estes podem ser conotados como uma desobediência e mesmo uma agressão à vontade de Deus.

A impossibilidade ou dificuldade de ter um filho biológico de forma natural pode ser vivenciada também como uma perda, mesmo que temporária, do controle sobre a própria vida. “Em nossa cultura ocidental, acredita-se que tudo que se quer será conseguido se houver empenho e trabalho. Subitamente, surge uma condição em que isso não se aplica, gerando sentimentos de frustração e impotência” (Passos, 2007, p. 85).

D’Andrea (2002) argumenta que a dificuldade procriativa pode ser apenas o início de um período de sofrimento e provações na busca da superação dos limites biológicos. Além de toda a tecnologia oferecida para o enfrentamento da esterilidade, o casal precisará lidar com a inserção da figura de um técnico (o médico) e certamente toda sua equipe na relação. Essa intrusão com a aparente função de solução aos desejos do casal, no entanto, pode diminuir o valor da troca e da recíproca doação que caracteriza a relação amorosa. O casal, imerso numa cultura de urgência, pragmática e utilitária, muitas vezes abandonado a si próprio - decide “fazer” e “agir”, em vez de parar para pensar e refletir, alimentado por falsas esperanças ou frustrado por não

ter conseguido derrotar o limite biológico, mas também por não o ter aceitado e elaborado.

A pressão familiar e social entra nesse cenário, amplificando os conflitos e angústias do casal, tornando essa situação tão insuportável que muitos casais saem em busca dos tratamentos em clínicas especializadas, mesmo prescindindo do desejo genuíno de ter filhos e/ou independente das dúvidas quanto a essa possibilidade. No entanto, Olmos (2003) argumenta que muitas vezes é mais fácil atribuir às pressões externas o sentimento de cobrança que o casal experimenta em um tratamento demorado de infertilidade do que percebê-lo em si mesmo. Por não conseguirem lidar com a frustração do intenso desejo de serem pais, alguns casais atribuem esse sofrimento às cobranças familiares, chegando até mesmo à separação como forma de fugir dos problemas. Segundo o autor, o elevado índice de abandono dos tratamentos por pessoas que não têm problemas financeiros é representativo do quanto uma preocupação financeira com o tratamento pode estar encobrendo outras angústias. Para essas pessoas, lidar com o problema financeiro, dando um peso exagerado ao custo do tratamento, que é um problema socialmente aceito, é menos conflitivo do que enfrentar suas limitações pessoais.

A infertilidade pode significar a perda da sexualidade espontânea, da experiência da gravidez, do filho e da continuidade genética (Apfel e Keylor, 2002).

Podemos incluir, ainda, a perda da qualidade de vida e da saúde do casal como um todo:

A Organização Mundial de Saúde define saúde como bem-estar bio-psico-social. É, portanto, fácil de entender que o casal estéril não se enquadra nesta definição, pois está longe de apresentar o bem-estar psicológico e social, além de muitas vezes apresentar doenças que afetam a fertilidade e que também devem ser tratadas (Abdelmassih, 1994, p. 11).

Pelo fato da procriação ser considerado um evento esperado para a idade adulta, a esterilidade acaba por surpreender muitas pessoas, caracterizando-se como a primeira grande crise pessoal e conjugal. Essa sensação de surpresa resulta da falta ou do equívoco na informação que chega aos indivíduos, bem como a ausência de programas preventivos em relação à

saúde e capacidade reprodutiva. Há uma preocupação em alertar os jovens sobre a necessidade de evitar uma gravidez indesejada, instruí-los quanto ao funcionamento de seus corpos na reprodução, incluindo a possibilidade de adiarem ou descartarem o projeto de ter filhos. Porém, estes mesmos jovens não são preparados para a possibilidade de serem inférteis ou de terem que lidar com a esterilidade do parceiro escolhido. O cerne dessa questão pode estar no fato da esterilidade jamais ter sido considerada um problema de saúde que possa ser prevenido e ainda não fazer parte das questões discutidas no cotidiano das consultas ginecológicas (Olmos, 2003; Collucci, 2003).

Podemos compreender que a ausência de programas preventivos à esterilidade no âmbito público, deva-se em parte ao fato de que isso acarretaria ao governo a obrigatoriedade de democratização e acessibilidade aos seus tratamentos. Segundo Barbosa (2003), a existência e ampliação de serviços públicos voltados para o tratamento da infertilidade, encontram dificuldades estruturais que vão desde aspectos éticos e legais (responsabilidade quanto à conservação e guarda de material genético) até o acesso e qualidade da atenção à saúde integral da mulher, que sabemos, ainda não existe de forma igualitária para toda população.

A esterilidade, como uma crise de vida, às vezes pode prosseguir por anos, deixando a vida dos casais paralisada devido à ambigüidade quanto aos limites que acabam por comprometer ou complicar as transições normais do ciclo de vida pelas quais a família deve passar. “Por causa da ‘criança fantasiada’, que está psicologicamente presente, mas fisicamente ausente tais casais podem adiar decisões importantes, como mudanças na carreira profissional, compra de residência e viagens” (Schaffer e Diamond, 1994, p.121).

Essa idéia de estagnação também se faz presente nas observações de Olmos (2003) ao referir que o sofrimento de quem não vai ter filhos e admite isso, dando novos direcionamentos à sua vida é diferente do daqueles que continuarão buscando o bebê e ficarão parados na própria existência. “O próximo passo na vida, na cabeça desse casal, é a gravidez. Então não se dá mais nenhum passo antes que ela aconteça” (p. 66).

Quanto aos aspectos intergeracionais da infertilidade de um casal, Schaffer e Diamond (1994), analisam que a mesma pode evitar uma mudança

na lealdade da família de origem para uma nova família. O nascimento do primogênito freqüentemente é visto como rito de passagem do casal para a idade adulta e o fracasso nessa diferenciação mantém as famílias fundidas. As emoções e pensamentos despertados pela esterilidade envolvem todos os membros da família. Assim como os casais sentem-se frustrados em seus esforços para se tornarem pais, seus próprios pais e seus irmãos podem igualmente se sentirem frustrados em seus esforços para se tornarem avós e tios, respectivamente. No entanto, na maioria das vezes a frustração permanece secreta e não declarada. O que representa também uma lealdade, uma vez que esse silêncio pode ser uma tentativa, por parte dos familiares, de proteger o casal e evitar o acréscimo de mais sofrimento a essa situação.

D'Andrea, (2002) amplia essa discussão ao afirmar que o desejo de ter um filho coloca os membros da família inteira em espera, acrescentando que a esterilidade do casal também faz se sentirem estéreis os diversos ramos afetivos dos quais o casal faz parte, ameaçando o surgimento daqueles papéis que o filho teria provocado.

Compondo o cenário, as avançadas técnicas de reprodução humana assistida se fazem presentes, interferindo na vida dos casais. Com vistas a solucionar e superar os obstáculos à fertilidade e permitir a realização do desejo de ter um filho, a biotecnologia comporta profundos dilemas de cunho ético e moral, não só para os casais que dela usufruem, mas extensivos aos filhos, à família e a sociedade como um todo.

Sendo assim, consideramos relevante apresentar alguns conceitos sobre esterilidade e seus tratamentos disponibilizados pela medicina reprodutiva, bem como algumas das repercussões psíquicas decorrentes, que se revelam úteis não só à leitura e compreensão dos casos analisados nesta pesquisa, mas contribuem para uma reflexão mais ampla sobre seus impactos.

1.3 - A tecnologia da reprodução humana assistida - TRHA

Trata-se do conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo - tratamento médico paliativo para situações de in/hipofertilidade humana, visando à fecundação (Corrêa, 2001).

As TRHA foram desenvolvidas, a princípio, com o intuito de superar os impedimentos ao encontro entre espermatozóides e óvulos em casais estéreis, mas rapidamente essas técnicas foram se ampliando e dando origem a novas técnicas mais sofisticadas e complexas como, por exemplo, a doação de material reprodutivo (doação de óvulos, espermatozóides, embriões). Esse incremento e evolução rápida estão intrinsecamente relacionados às transformações no contexto familiar. O adiamento do projeto parental por parte dos casais contemporâneos gerou um aumento na demanda por tratamentos que permitissem àqueles homens e mulheres, próximos ao final de seu ciclo reprodutivo, realizar o sonho de serem pais de um filho biológico. Para muitos deles, tais técnicas representam uma nova esperança e talvez sua última chance de realizar esse sonho e, com frequência, procuram esta ajuda médica após um longo período de tentativas por meio de outros recursos (Corrêa, 2001; Borlot e Trindade, 2004).

De acordo com Passos (2007), embora historicamente a infertilidade tenha sido atribuída à mulher, ela é multifatorial e pode envolver ambos os parceiros. Estima-se que entre as causas da infertilidade, 40% sejam femininas, 30% masculinas e 20% decorram de uma combinação dos dois. De 10% a 15% são de causa desconhecida.

Os fatores determinantes da esterilidade masculina podem ser divididos em quatro grupos:

1. defeitos de espermatogênese: causados por varicocele, uma dilatação anormal das veias que drenam o sangue dos testículos (semelhante às varizes, encontrada em 15% da população masculina em geral), distúrbios hormonais, temperatura alta (febre ambiental) estresse, infecção, uso de drogas, medicações, entre outros. Podem ocorrer alterações qualitativas e quantitativas: diminuição da motilidade (astenozoospermia), diminuição da concentração (oligozoospermia) e a ausência de espermatozóides (azoospermia).
2. defeitos no transporte: ausência ou obstrução dos canais por onde passam os espermatozóides;
3. fatores seminais: anticorpos anti-espermatozóide, infecções;

4. fatores coitais (relação sexual): impotência, ejaculação precoce, e outras (Abdelmassih, 1994).

O estilo de vida reflete na capacidade reprodutiva masculina, podendo comprometer o número e a função dos espermatozoides, sendo que o abuso de substâncias como álcool, maconha, cocaína, heroína e/ou nicotina, por serem tóxicas para os testículos, reduzem a produção de espermatozoides ou alteram suas propriedades, especialmente quanto à morfologia (Collucci, 2003).

Abdelmassih (1994), baseado em estudos mundiais, justifica a queda da fertilidade masculina através de fatores como estresse e das agressões ao meio ambiente: efeitos ionizantes das experiências atômicas de russos e americanos nos anos 60; certos agrotóxicos, hoje proibidos na agricultura, que provocaram danos espermáticos importantes; efeitos de hormônios anabolizantes ministrados para melhorar a qualidade da carne consumida pela população, que afetaram a qualidade da produção seminal; ambientes muito quentes, ou empregos sedentários que impedem o homem de arejar seus testículos, às vezes comprimidos em apertadas calças jeans, contribuem para elevar a temperatura dos testículos acima da ideal. Na maioria dos casos, basta o afastamento desses ambientes ou condições de trabalho que já ocorre uma melhora nesse quadro e uma normalização na produção dos espermatozoides.

Os fatores de maior ocorrência na determinação da infertilidade feminina podem ser divididos em disfunções ovulatórias, obstruções tubárias, alterações genéticas, abortos de repetição e endometriose.

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma das maiores responsáveis pelas disfunções ovulatórias. Ocorre quando no ovário houver dez ou mais cistos de 2 - 8 mm de diâmetro, gerando sintomas e sinais como irregularidades menstruais, ovários com policistos, obesidade e alterações hormonais. Segundo Olmos (2003) a SOP afeta o eixo dos hormônios sexuais que interfere na reprodução promovendo “desvio na descarga de um hormônio que aciona a liberação do óvulo, impedindo, assim, que ela ocorra” (p. 81).

A Endometriose é a presença de focos do tecido endometrial (revestimentos do útero) fora do útero e em localizações anormais tais como

ovários e trompas de Falópio e cavidade abdominal, que pode causar dor, aderências (tecidos fibrosos) e infertilidade. Sua prevalência na população feminina é de aproximadamente 5 a 15%, afetando 40% das mulheres inférteis. É considerada pelos médicos como a doença da mulher moderna, devido ao aumento do número dos ciclos menstruais que tem hoje a população feminina em idade fértil. Antigamente as mulheres tinham muito mais filhos e amamentavam por um período maior, além de viverem menos. Hoje em dia, ao contrário, vivem mais, amamentam menos, chegando a menstruar até 400 vezes em média (Serafini e Motta, 2004; Passos, 2007; Collucci, 2003).

Cabe ressaltar que quanto maior a idade da mulher, menores são as chances de gravidez, uma vez que os ovários já não respondem satisfatoriamente à estimulação medicamentosa da ovulação, além de impor um risco maior de ocorrências de malformações fetais.

Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA) é o termo utilizado para denominar aqueles casos de esterilidade que permanecem sem um diagnóstico, ou quando a investigação convencional resultou normal. Por ser um diagnóstico de exclusão, é importante que a investigação tenha sido completada antes de se classificar o casal como tal. Embora nos casos assim classificados não haja o que tratar, não necessariamente significa que não tenham uma solução, pois geralmente significa uma subfertilidade do casal. É comum, com um pouco mais de tempo, em média dois anos, a gravidez acontecer naturalmente (Abdelmassih, 1994).

Existem outros aspectos que podem interferir na capacidade reprodutiva e que acabam sendo incluídos na ESCA erroneamente ou por falta de uma investigação apurada. É fundamental que se leve em consideração, por exemplo, alguns hábitos sexuais: relações sexuais freqüentes, diárias, ou o contrário, esporádicas; masturbação compulsiva, o uso de lubrificantes, óleos, saliva etc., que interferem na sobrevivência e motilidade dos espermatozoides no ambiente vaginal. Outro hábito sexual peculiar aos casais que estão ansiosos para engravidar é a concentração de relações sexuais somente no período fértil, ainda mais pela própria dificuldade de se estabelecer ao certo o período fértil, visto a dificuldade pela variação individual não só de mulher para mulher, mas de ciclo para ciclo, na mesma mulher (Collucci, 2003).

Após esta breve descrição dos fatores mais comuns associados à infertilidade masculina e feminina, passaremos a apresentar algumas das técnicas de reprodução humana assistida, disponibilizadas pela medicina moderna para o tratamento dos mesmos.

Corrêa (2001) separa as TRHA em dois grupos, em função do ato da fecundação ocorrer dentro ou fora do corpo da mulher. No primeiro grupo incluem-se as técnicas de *inseminação artificial*. O segundo grupo é conhecido genericamente como *fertilização in vitro*. Existem ainda práticas complementares aos dois grupos de técnicas que envolvem a troca de material reprodutivo (doação de óvulos, espermatozóides, embriões) e o uso de útero de substituição (conhecida popular e inadequadamente como "barriga de aluguel"). Outra técnica coadjuvante no conjunto da reprodução assistida é o *congelamento de embriões, gametas* (óvulos e espermatozóides) e *tecido ovariano*.

Dentre as tecnologias reprodutivas mais utilizadas, destacamos:

- *indução de ovulação*: é uma técnica relativamente simples, onde a mulher toma medicamentos para estimular os ovários a produzir mais de um óvulo por ciclo. "É base de todas as técnicas de reprodução assistida. A diferença estará na quantidade de hormônios recomendada para cada caso e na associação de outros remédios coadjuvantes" (Collucci, 2003, p. 89).

O aparecimento dos indutores de ovulação representou uma verdadeira revolução no tratamento da infertilidade. Através da técnica de reprodução humana mais simples: a indução da ovulação com datação do coito (o casal mantém relações sexuais nos dias de maior fertilidade), a gravidez poderia ocorrer por meios quase naturais. Logo a indução foi sendo associada às novas tecnologias dando origem a praticamente tudo o que se conhece atualmente em termos de reprodução assistida (Olmos, 2003).

- *inseminação intra-uterina ou artificial* (IAIU): consiste na introdução do sêmen no canal cervical - como se fora um coito artificial (Abdelmassih, 1994). Trata-se de um procedimento de média complexidade, onde os espermatozóides são depositados através de um cateter que transpassa o colo do útero. É feito um controle de ovulação com uso de medicamentos para determinar o dia da

ovulação e aumentar as possibilidades de sucesso. Pode ser homóloga (com o sêmen do parceiro da paciente) ou heteróloga (com sêmen de doador).

- *fertilização in vitro* (FIV): é uma técnica utilizada desde 1978, quando se mostrou bem sucedida após o nascimento de Louise Brown na Inglaterra. Seis anos depois, em 1984, nasceria o primeiro “bebê de proveta” brasileiro. A FIV tradicional é um procedimento onde os óvulos são retirados da mulher e colocados juntamente com os espermatozóides do seu parceiro para fecundar em laboratório. Após a fecundação, os embriões são mantidos em uma estufa, até que cheguem ao número ideal de células para que possam ser colocados dentro do útero. A FIV foi desenvolvida inicialmente para o tratamento de mulheres com obstruções nas tubas uterinas (local onde normalmente ocorre a fertilização dos óvulos), mas hoje, além da obstrução tubária, ela é utilizada para solucionar outros problemas que levam à infertilidade, como endometriose moderada ou severa; baixa contagem de espermatozóides; ovários policísticos, esterilidade sem causa aparente; ou até mesmo casos de mulheres que não conseguem a gravidez após o uso de técnicas mais simples de reprodução, como a inseminação, por exemplo.

Segundo Corrêa (2001), as inovações técnicas na reprodução assistida têm ocorrido principalmente neste grupo das *fertilizações in vitro* (FIV) ou como técnicas associadas a ela. As modificações são, por um lado, variações do local de introdução do embrião no corpo da mulher e, por outro, variações da FIV que implicam na manipulação de células reprodutivas, as chamadas microtécnicas.

- *injeção intracitoplasmática de espermatozóides* (ICSI): trata-se de um procedimento de maior complexidade. O procedimento básico desta técnica é conhecido como *micro-manipulação* e começou a ser desenvolvido no início dos anos 90, com o objetivo de resolver a questão dos espermatozóides com pouca força de locomoção. Com o auxílio de um microscópio especial e de uma micro-agulha, o espermatozóide é injetado diretamente no interior do óvulo. Com essa técnica, basta que se tenha um único espermatozóide saudável para a fertilização tornar-se possível.

- *assisted hatching (micro-assistência para implantação do embrião)*: é uma técnica que visa facilitar a implantação do embrião no útero. Quando a camada que protege o embrião (zona pelúcida) é muito resistente, faz-se uma micro-cirurgia dessa cápsula embrionária, através de meios químicos, mecânicos ou raio laser, com o objetivo de abrir uma passagem para o embrião na zona pelúcida (Serafini e Motta, 2004). Algumas mulheres com mais de 40 anos podem apresentar esta membrana mais espessa (Caetano, Marinho e Moraes, 2000).

Existem práticas complementares a essas técnicas, que consistem na troca de material reprodutivo:

- *doação de sêmen*: quando o sêmen do parceiro não apresenta boas condições para a reprodução pode ser usado sêmen de doadores. Existem bancos de sêmen com amostras congeladas de diversos tipos de doadores. A técnica usada é a chamada *inseminação intra-uterina com sêmen de doador ou heteróloga*. Os procedimentos e a estimulação são realizados normalmente na mulher. No dia da inseminação, os espermatozóides do doador são descongelados e preparados em laboratório. A seguir são colocados em um cateter para inseminação intra-uterina. Se houver necessidade de uso de sêmen de doador para casais que precisam de outros procedimentos como FIV, os passos do tratamento para a mulher são os mesmos já descritos, porém sendo usada a amostra de doador. A identidade do doador não é revelada pelo banco de sêmen.

- *doação de óvulos*: em alguns casos as mulheres que necessitam de um procedimento de reprodução assistida não apresentam uma boa resposta durante o uso de medicamentos para estimulação. Casos como esses, ou de mulheres que não possuem ovários por alguma doença prévia ou uma cirurgia, ou mesmo após quimioterapia, que tenha afetado a função dos ovários, podem ser solucionados com o uso de óvulos de doadoras. Assim, essas mulheres podem ser mães de embriões formados por esses óvulos e pelo espermatozóide de seu parceiro. A doação é anônima e sem benefício econômico. Também pode ocorrer a *ovodoação compartilhada* onde as doadoras, geralmente pacientes da clínica que estão em tratamento de

fertilização *in vitro* e que apresentam alta resposta à estimulação ovariana, se dispõem espontânea e anonimamente a doar seus óvulos de baixa qualidade (Collucci, 2003).

- *congelamento de embriões*: os embriões excedentes de uma FIV, de boa qualidade, poderão ser congelados e conservados em crio-câmaras (tanques de nitrogênio líquido a -196°C). Embora ainda não existam estudos científicos conclusivos que comprovem um limite seguro de tempo para a conservação desses embriões, estima-se que eles possam permanecer congelados por décadas, mas o consentimento deverá ser renovado anualmente pelo casal. As chances de gravidez com embriões congelados são em torno de 10% a 20% por transferências. Segundo os médicos, quanto melhor a qualidade do embrião, melhor será a sobrevida e as chances de gravidez da mulher. A grande vantagem do congelamento de embriões está em sua utilização para nova tentativa de gravidez, dispensando a necessidade da mulher se submeter a novos estímulos hormonais e nova coleta de óvulos; aumentar as chances de gravidez, tornando possível a transferência de embriões saudáveis em tempos diferentes; diminuir o risco de gravidez múltipla; além da possibilidade de estender o relógio biorreprodutivo da mulher (Abdelmassih, 1994; Collucci, 2003; Serafini e Mota, 2004).

- *congelamento de óvulos (oócitos)*: técnica em que os óvulos ou pequenos fragmentos do ovário são congelados para serem usados futuramente. Para o congelamento de óvulos é necessário que a mulher seja submetida à estimulação ovariana para punção dos folículos ovarianos. Os fragmentos do tecido ovariano para congelamento são obtidos através de laparoscopia. Essa técnica é indicada às mulheres cuja reserva ovariana não mais lhes permite engravidar espontaneamente, pacientes jovens que terão que se submeter à quimioterapia para tratamento de câncer e aquelas que desejam postergar a maternidade.

- *congelamento de sêmen*: o sêmen coletado pode ser congelado para uso futuro. É um procedimento indicado para homens com câncer que irão se

submeter à quimioterapia ou radioterapia, para prevenir a infertilidade decorrente desses tratamentos (Passos, 2007).

Apesar das taxas de fertilização e gestação após descongelamento ainda serem consideradas baixas, o congelamento de gametas (óvulos e espermatozoides) e tecido ovariano, implicam em questões éticas e legais mais simples, do que no caso dos embriões humanos (Passos, 2007; Caetano, Moraes e Marinho, 2000). Recentemente acompanhamos a comoção provocada pelas discussões no âmbito da bioética e biossegurança, sobre a manipulação de material genético, desencadeando profundas questões filosóficas e religiosas.

Como podemos verificar, a partir do exposto, são muitos os recursos hoje disponibilizados pela bio-tecno-ciência. No entanto, igualmente são as implicações psicológicas e as repercussões trazidas pela biotecnologia.

Para Scharf e Weinshel (2002) “os avançados desenvolvimentos tecnológicos na área de reprodução, combinados à idéia de que o único limite são nossos próprios defeitos, fez a gravidez parecer algo ao alcance de qualquer um” (p. 142).

Antigamente, quando um casal se via diante da impossibilidade de ter filhos biológicos, tinha suas opções limitadas à adoção ou a aceitação da vida sem filhos. Hoje, com a concepção assistida, novas variáveis psíquicas são colocadas para uma questão fundamental para os seres humanos: a capacidade de reproduzir-se e dar continuidade à cadeia de gerações. Vale lembrar, no entanto, que a medicina procriativa apenas ampliou as possibilidades técnicas, visto que não há uma garantia de êxito nos procedimentos. Mesmo quando bem sucedidos, com a ocorrência da gravidez, tal processo não prescinde de sofrimento psíquico, pois a forma como o filho é concebido sela definitivamente a história de toda uma cadeia de gerações (Ribeiro, 2004; Gasparini, 2006).

Bastos (1995) entende que a geração de vida humana mediante técnicas sofisticadas não pode ser considerada ingenuamente apenas como um avanço científico, exigindo que se façam reflexões e debates ante esta nova perspectiva, tendo em vista que “remexe no que há de mais mitológico no homem: sua origem. É a origem a essência de todos os mitos” (p. 914). Noção

essa compartilhada por Sigal (2003) que considera que os avanços biotecnológicos “vão ao fundamento da nossa relação com a vida e com a morte, impondo importantes mudanças nos referenciais simbólicos de nome, filiação, paternidade, maternidade e sexuação” (p. 254).

Chatel (1995) apresenta uma visão crítica sobre as procriações artificiais, afirmando que estas representam o descarte oficial do desejo sexual, o apagamento dos traços de origem e da diferença entre os sexos. A autora refere que, se antes a criança era o resultado somático de um encontro sexual fecundante repleta de sentido simbólico, o discurso médico a transformou em resultado do encontro de gametas, reduzindo a gravidez à “entrada em funcionamento de substâncias hormonais, e a paternidade uma decisão de adoção concernente a um objeto feito de substâncias” (p. 110).

Chatel (1995) afirma, ainda, que o desejo de filho passou a ser uma demanda do médico e de seu desejo de ser bem sucedido:

(. . .) Quando uma gravidez sobrevém a partir de uma fecundação *in vitro* faço como hipótese de 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 (pp. 111 e 112).

Discordando desse posicionamento, Sigal (2003) alerta para o cuidado de não se substituir a onipotência médica pela onipotência psicanalítica: “cada uma querendo defender verdades absolutas, quando na realidade estamos diante de uma multideterminação interatuante” (p. 255). Propõe, então, que as novas articulações entre o desejo inconsciente da maternidade e o emprego da tecnologia, independente das modalidades de concepção, sejam cuidadosamente analisadas, evitando-se os juízos de valor:

É necessário pensar que o sujeito é mais do que o funcionamento somático. É necessário considerar o corpo erógeno e as determinações fantasmáticas que produzem essas intervenções. Do mesmo modo, é necessário pensar que o mundo fantasmático e pulsional tem uma ancoragem no soma. É na sua inter-relação que encontramos o caminho da subjetivação (. . .) A separação entre o ato sexual e fecundação não fala necessariamente de uma fecundação sem sexo, mas de uma outra articulação possível, já que esta articulação é simbólica e não natural (pp. 256 e 257).

Aludindo às novas figuras parentais e os novos modos de filiação, Ribeiro (2004) compara o impacto dos métodos contraceptivos dos anos sessenta aos métodos conceptivos atuais, visto que ambos provocaram uma

grande revolução nas relações humanas e na constituição da família. A autora ressalta que o fato dessas técnicas de reprodução assistida serem de uso relativamente recente, ainda não é possível prever os impactos emocionais que essa situação pode promover nos casais e nas novas gerações advindas das mesmas.

Para muitos, estamos diante de um “admirável mundo novo”. Devendo-se, porém, acrescentar um duplo sentido para o admirável: o fascínio das novas possibilidades da bio-tecno-ciência e a conseqüente superação dos limites biológicos, de um lado; e de outro, o medo, a insegurança e toda a gama de especulações sobre os usos possíveis a partir dessa tecnologia.

Controvérsias e polêmicas à parte, o fato é que se trata de uma situação irreversível. Porém, como sugere Gomel (2004), se não podemos prescindir das evoluções tecnológicas e das suas ambigüidades, podemos, por outro lado, não perder de vista nossa capacidade de refletir sobre seus alcances e reflexos.

Nesse sentido, a escolha pelo estudo do casal, também marca o nosso desejo de contribuir para o resgate do protagonismo de homens e mulheres em relação às decisões sobre seus corpos, sua sexualidade e a concepção.

1.4 - O estudo do casal na teoria psicanalítica grupal.

Para situar o estudo específico do casal dentro da teoria psicanalítica grupal, apresentamos, a seguir, os trabalhos iniciais sobre o grupo e a psicologia grupal que o fundamentaram.

Freud, no contexto de sua obra, favoreceu o surgimento de uma psicologia dos grupos e instituições. Citamos como exemplo seu trabalho “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910), onde já previa que “o sucesso que o tratamento pode ter com o indivíduo, deve ocorrer, igualmente, com a comunidade” (p.154). Posteriormente, em “Psicologia de grupo e análise do Ego” (1921), um dos mais importantes para a compreensão da psicodinâmica grupal, afirmou que “a psicologia individual (. . .) é ao mesmo tempo também, psicologia social” (p. 81), descrevendo, neste mesmo trabalho, as forças que unem e separam os indivíduos de um mesmo grupo.

Freud demonstrou considerar a influência do grupo familiar e da cultura na determinação da estruturação psíquica do indivíduo, permitindo a construção dos fundamentos da teoria da grupalidade, ora de forma implícita, ora mais explicitamente em trabalhos como “Totem e Tabu” (1913), “O futuro de uma ilusão” (1927) e “O Mal - estar na civilização” (1930).

Käes (1977) localizou, no artigo de Freud (1921) “Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, formações grupais inconscientes (também o inconsciente está estruturado como grupo), assim como a noção segundo a qual os membros de um grupo constituem, juntos, um sistema de relações e operações de caráter transicional, que ele denomina “Aparelho Psíquico Grupal”, dotado das mesmas instâncias que o individual, porém, não dos mesmos princípios de funcionamento. Propôs, ainda, que se considerassem, nos grupos, os investimentos, desejos e representações do objeto grupo como elementos fundamentais do seu processo e da sua organização, insistindo que a investigação deveria sempre considerar o intercâmbio entre o universo intrapsíquico e o universo social. Para investigar este intercâmbio, ele define dois sistemas de representação: os *organizadores psíquicos* (a imagem do corpo, as fantasias originárias, os complexos familiares e as imagos parentais e a imagem do aparelho psíquico individual; e os organizadores socioculturais (códigos e normas de uma determinada cultura)

Através do estabelecimento de uma analogia entre o grupo e o sonho, Anzieu (1967/1993) desenvolve o conceito de Ilusão Grupal. Assim como no sonho, ilusão individual por excelência, a reunião de grupo seria uma forma de colocar a realidade exterior entre parênteses, gerando assim um super investimento do grupo em si mesmo, como objeto libidinal, em detrimento à realidade. O grupo, então, preencherá as necessidades de cada um e do todo.

Foulkes (1967) foi o fundador da primeira Sociedade Analítica de Grupo. Entendia o grupo como uma nova totalidade social, mais do que uma soma das partes e, assim, as interpretações do grupoanalista deveriam estar voltadas à totalidade grupal. Juntamente com Anthony (1967), desenvolveu a idéia de *matriz* grupal, onde estão emaranhados todos os membros do grupo. Dentre suas contribuições originais encontramos: o *grupo* como principal veículo e instrumento terapêutico; o processo de *ressonância* (cada membro do grupo traz um fato que ressoa nos demais) e o grupo como uma *rede de*

comunicação. Além disso, Foulkes transpôs para o grupo os principais referenciais psicanalíticos (transferência, associação livre, fantasias inconscientes, mecanismos de defesa, interpretações).

Bion (1961/1975) estabeleceu uma aproximação da psicanálise clássica, individual, da dinâmica de grupo, direcionando sua atenção para os níveis mais primitivos da vida mental. O autor refere à “mentalidade grupal”, onde os participantes do grupo entram numa regressão, cuja característica principal é a de por em primeiro plano os aspectos mais primitivos do funcionamento mental.

Bion (1961/1975) compreende o comportamento grupal em dois níveis fundamentais: 1) o nível da tarefa comum ou grupo de trabalho, que opera no plano do consciente, racional visando à realização da tarefa; 2) o nível latente ou grupo de pressupostos básicos, que intervém caracterizado pela predominância dos processos psíquicos primários do pensamento. O autor aponta três classes principais de fantasias que caracterizam os supostos básicos:

- *dependência*: o grupo se reúne a fim de ser sustentado por um líder, de características carismáticas, a fim de ser protegido e sustentado, tanto material quanto espiritualmente. Trata-se de uma regressão à situação da primeira infância, onde o lactente está a cargo de seus pais, e onde a ação sobre a realidade é da conta deles, não da sua.

- *acasalamento/pareamento*: o grupo aguarda o surgimento de um messias, que será o redentor de todos: uma pessoa, uma nova idéia, utopia que virá salvá-los e eliminar todas as dificuldades, assumindo as responsabilidades e iniciativas.

- *luta e fuga*: o inconsciente grupal, repleto de ansiedades paranóides, faz com que o grupo se defenda (lute), rejeitando qualquer coisa ou situação nova de dificuldade psicológica, ou, fuja dela. O grupo cria um inimigo externo, atribuindo-lhe todos os males e contra quem se unem.

Esses três supostos de base que constituem o sistema protomental, não surgem ao mesmo tempo, sendo que um mascara os outros, que permanecem potenciais.

Assim, nos grupos como nos indivíduos existem dois níveis de funcionamento psíquico, inter-relacionados: o nível consciente e o nível inconsciente. Os dois níveis do funcionamento mental se colocam em instâncias presentes e antagônicas. Para Bion, não pode existir um verdadeiro crescimento sem a coexistência do aspecto evoluído (nível consciente) com o aspecto primitivo (nível inconsciente). Somente quando o aspecto evoluído entra em ressonância com o primitivo, tirando-o do seu isolamento, é que ocorre o verdadeiro desenvolvimento do grupo (Térzis, 2007, p. 245).

Puget e Berenstein (1993), fundamentados nas teorias de grupo de Kães (1977), Anzieu (1967/1993) e Bion (1961/1975), construíram um consistente trabalho sobre as estruturas vinculares inconscientes, dentre as quais o *vínculo do matrimônio*. Trata-se de um tipo de estrutura multipessoal que possui certa estabilidade e apresenta uma composição vincular mínima, permite que os fenômenos vinculares sejam observáveis pelo método psicanalítico. Não é a única, pois assim também o são a família e os grupos. O casal e a família, no entanto, possuem uma característica definitiva peculiar por estarem indissolúvelmente unidas pelo parentesco. Do ponto de vista evolutivo e convencional, é considerado como a origem da família, porém, o casal se desprende da família, de onde se originam seus modelos. Apesar de aparentemente fechada, a estrutura vincular complexa de casal possui uma capacidade virtual de abertura para o sociocultural, possibilitando o desdobramento do vínculo com os filhos, passando a ser uma estrutura familiar.

O vínculo do casal se distingue dos demais a partir de certos elementos constantes e pressupostos que definem o permitido e o proibido. Cada vínculo diádico tem *parâmetros definitórios* que designam o enquadramento, seu sentido e os significados circulantes na díade. São eles:

- *Cotidianidade*: estabilidade temporal-espacial, caracterizada pelos intercâmbios diários, organizando os ritmos de encontros e não-encontros do casal, suscetíveis de se transformarem em desencontros.

- *Projeto vital compartilhado*: é a ação de unir, e no casal, re-unir representações de realizações e conquistas futuras. O primeiro projeto vital do par conjugal é compartilhar de um espaço-tempo vincular. Seu modelo paradigmático de projeto futuro, passa pela criação de filhos, reais ou simbólicos, pressupondo a necessidade de um enquadramento, uma dada estabilidade para poder suportar a concretização do projeto, a crise ante sua não realização e a renovação ou reformulação de um novo. Dizendo de outro modo, tanto realizar quanto não realizar o projeto vital pode gerar uma crise, pela impossibilidade do casal em renová-lo.

Nesse sentido, pensando na questão da parentalidade, temos que o projeto por excelência, na vida de um casal, é o filho real. Sobre esse modelo é possível conceber os filhos simbólicos, que possibilitam aos pais imaginar um futuro para ele, compartilhando (ou não) a fantasia de promessa de continuidade no tempo, mediante as trocas, que, ao longo de sua vida, o filho irá realizar. Este filho também pode representar os desejos das figuras parentais, podendo adquirir a qualidade de mandato.

- *Relações Sexuais*: são aquelas com as quais o casal se inter-relaciona, através dos órgãos genitais. Outras zonas corporais intervêm como preliminares, e se acrescentam à atividade genital propriamente dita, servindo à finalidade sexual.

- *Tendência Monogâmica*: ligação matrimonial com um só cônjuge, conotando preferência.

Com o objetivo de melhor compreender a dinâmica do vínculo conjugal, Puget e Berenstein (1993) propõem a *tipologia do vínculo conjugal*, a partir do reconhecimento de emoções básicas que circulam na semantização dos *parâmetros definitórios* e o lugar do terceiro. O eixo da indiscriminação-discriminação indica, desde o menor nível de diferenciação entre dois egos, como é a fusão, até o maior nível de complexidade, como é a autonomia. No funcionamento dual de investimento há o predomínio do vínculo de tipo *fusão*, tanto em relações de *simetria* quanto de *assimetria estável*, ou complementaridade. Na estrutura de *terceiridade limitada*, o vínculo é ainda dual indiscriminado, mas não auto-suficiente. O terceiro ocupa um lugar de

excluído em diferentes posições. Na estrutura de *terceiridade ampla* existem duas mentes discriminadas, a comunicação é valorizada, assim como o compartilhar e os acordos. Os projetos não permanecem localizados somente na presença do filho concreto, seja para ser negado, como na estrutura do tipo *fusão*, ou para ser tomado como aliado na *terceiridade limitada*, mas evoluem para o aparecimento dos sucessos, resultados da combinação e fecundação mental dos integrantes desse vínculo.

Embora as *tipologias vinculares* remetam às estruturas patológicas para definir o tipo de interação e funcionamento vincular, em nossa pesquisa estamos utilizando-as apenas como descritoras da dinâmica conjugal dos casais que vivenciam a situação de esterilidade. Não intencionamos “patologizar” o vínculo do casal, mas sim compreender as interferências no mesmo, frente a uma situação de crise como é o enfrentamento da esterilidade e seus tratamentos.

Como nos lembra Osório (2002), a dinâmica das relações conjugais modifica-se em virtude da influência dos fatores culturais e socioeconômicos e do momento do processo civilizatório em que se inserem. Não resta dúvida que os avanços científicos e tecnológicos deste último século, em especial os relacionados à reprodução humana, reverteram em profundas transformações no relacionamento conjugal, “modificando significativamente o perfil das necessidades e desejos, bem como o das expectativas de vida dos seres humanos em geral” (p. 47).

Assim, reafirmamos a importância de se analisar quais as repercussões do adiamento do projeto parental e da situação de esterilidade para a dinâmica do casal que deseja ter filhos e tem que recorrer às modernas tecnologias da biomedicina. Os conceitos e teorias expostos até aqui nos permitirão compreender as principais experiências emocionais dos casais entrevistados.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar o fenômeno do adiamento do projeto parental, com ênfase na situação de esterilidade enfrentada pelos casais.

Objetivos Específicos

Descrever, a partir da experiência dos casais participantes, os aspectos psicológicos e sociais de maior ocorrência nas entrevistas, que interferiram na realização do desejo de ter filhos;

Analisar as repercussões do diagnóstico e tratamento da esterilidade para o vínculo do casal (sexualidade, projeto vital compartilhado, cotidianidade), bem como para suas relações (família, rede social);

Compreender como o casal está vivenciando, no aqui e agora, os procedimentos de reprodução humana assistida, investigando os sentimentos mobilizados e sua interferência na intersubjetividade do casal.

MÉTODO

3. MÉTODO

A presente pesquisa é de cunho qualitativo, orientada pelo método psicanalítico, que tem por objeto de estudo o *inconsciente*.

O método da psicanálise apresenta-se, de um lado, pela *associação livre* - a oferta de material sem crítica ou intenção determinada; e, de outro, a *atenção flutuante* - captação de material sem crítica ou intenção pré-determinada, caracterizando-se pela abertura, construção e participação (Silva, 1993).

Anzieu (1967/1993) nos informa que não há nenhum campo de manifestação dos efeitos do inconsciente ao qual não seja aplicável o método psicanalítico. No entanto, existem condições para que esses efeitos se tornem cientificamente tratáveis: as que fundamentam um método de pensamento psicanalítico diante de um fenômeno de grupo (as hipóteses que analisam e justificam os fatos clínicos devem ser coerentes com a psicanálise geral); as que permitem estabelecer um processo psicanalítico numa situação de grupo (as regras fundamentais de não-omissão e abstinência, bem como a clara definição do tempo, do espaço e da tarefa); e as que regulam a *interpretação* psicanalítica nessa situação.

De acordo com Kaës (1982), o trabalho de *interpretação* num enquadre grupal é a análise intertransferencial, ou seja, a elaboração dos processos transferenciais e contratransferenciais múltiplos que se articulam num grupo.

Inda (1992) informa que os conteúdos manifestos no *setting* grupal - aquele constituído de um grupo de pessoas (em nossa pesquisa o casal e a pesquisadora), intercambiando palavras, olhares, gestos, movimentos, mostram e ocultam as fantasias latentes. A interpretação neste contexto e outras intervenções psicanalíticas indicarão hipóteses que terão associação com situações do aqui e agora, anunciando angústias, defesas e desejos inconscientes do momento atual. O que é distintivo no enquadre grupal é a presença dos 'outros' que também interpretam, explícita e voluntariamente, ou atuam, respondem, confirmam, interferem, opinando, aconselhando, propondo, criticando ou aplaudindo, sobre os cursos de ações.

Conforme Bleger (1964/2007), transferência e contratransferência são fenômenos que aparecem em toda relação interpessoal e, por isso mesmo,

também ocorrem na entrevista. A diferença estaria no manejo dos mesmos: “na entrevista devem ser utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão” (p. 23). Sendo assim, cabe esclarecer que, no caso específico de nossa pesquisa, a *interpretação* foi desenvolvida na análise dos resultados, ao invés de dirigida aos casais participantes.

Kães (1997) dedicou-se a estabelecer as condições em que o grupo pode se constituir um paradigma metodológico, apropriado à análise dos conjuntos intersubjetivos. Segundo o autor, enquanto dispositivo metodológico “o grupo é uma construção, um artifício; está regulado por um objetivo preciso que não poderia ser atingido de outra maneira com os mesmos efeitos” (p. 19).

Ao estudar o processo associativo no campo grupal, Kães (1985) explicita que cada enunciado (elemento da cadeia associativa grupal) adquire sentido em relação aos outros, e lhes dá sentido, seja no que se refere ao sujeito singular, seja no conjunto grupal, em um ponto de enlace característico. O processo associativo grupal permite o acesso a significados perdidos, ocultos que provavelmente não apareceriam no processo associativo do sujeito singular. São justamente esses elementos do processo associativo grupal, descritos por Kães, que podemos identificar na formação do pensar livre interdiscursivo constituído na configuração vincular do casal.

3.1 - Participantes

Foi realizado um estudo com três casais, de orientação heterossexual, casados, acima de 30 anos de idade e sem filhos biológicos.

Como critérios para inclusão na pesquisa, consideramos aqueles casais que tivessem realizado ou ainda estavam realizando tratamentos de reprodução humana assistida, sem, no entanto terem obtido êxito em suas tentativas para engravidar e que ambos os membros do casal aceitassem, de livre e espontânea vontade, participar da pesquisa.

Não foram considerados para fins desta pesquisa os casais que não tinham filhos em decorrência de diagnóstico médico sobre a impossibilidade de concepção biológica, não passível de solução através dos tratamentos atualmente disponibilizados pela medicina reprodutiva, descritos anteriormente nesta pesquisa, caracterizando, assim, a irreversibilidade da situação, bem

como, aqueles casais em que um dos parceiros ou os dois já possuíssem filhos de relacionamentos anteriores. Não foram delimitados aspectos como classe social e local de residência.

Todos os casais entrevistados são brasileiros, residentes nas localidades de Campinas/SP e Florianópolis/SC. Apresentamos, a seguir, algumas informações mais detalhadas sobre cada um dos casais entrevistados. Os casais são identificados pelas letras (A), (B) e (C). Os nomes dos membros do casal são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Casal (A)

Ana, 34 anos, assistente administrativa e Alex, 40 anos, desenhista autônomo, ambos com nível médio de escolaridade. Declaram-se evangélicos. Estão casados há dez anos e desde o terceiro ano de casamento vêm tentando engravidar. O espermograma de Alex apontou baixa contagem de espermatozoides, com diminuição contínua, sendo que um dos testículos apresenta-se inativo. O marido informou que aos sete anos de idade foi submetido a uma cirurgia, conseqüência, segundo ele, de grave infecção na bexiga e acredita que isto tenha colaborado para sua dificuldade reprodutiva atual. O casal realizou tratamentos de baixa complexidade: uso conjunto de medicação (hormônios) para estimular a produção de espermatozoides e melhorar a resposta ovariana, associado ao coito programado. Nos últimos seis anos, procuraram algumas clínicas e consultórios médicos, especializados em reprodução humana, onde foram sugeridos tratamentos de maior complexidade como a *inseminação artificial* utilizando *sêmen de doador*, *ovodação compartilhada* e *fertilização in vitro*. Porém, até a época da realização da entrevista não haviam aderido a nenhum.

Casal (B)

Betina, 39 anos e Bruno, 38 anos, estão casados há onze anos. São funcionários públicos, atuando na área policial. Têm nível de escolaridade superior. Seguem a religião católica. Há cerca de três anos iniciaram as

tentativas de engravidar naturalmente. Ao procurarem ajuda especializada em reprodução humana, o espermograma de Bruno apresentou índices satisfatórios. O primeiro tratamento realizado pelo casal foi uma indução da ovulação, através de estimulação medicamentosa dos ovários. Neste período o casal relata a ocorrência de uma gravidez em fase inicial, mas que não chegou a evoluir. A esposa realizou uma vídeolaparoscopia¹ e após este procedimento foi identificado e tratado foco de Endometriose. Foram detectados ainda, obstrução tubária e problemas em um dos ovários. Em outubro de 2007 realizaram uma *inseminação artificial*. Após a falha neste segundo tratamento, foi recomendada a realização de uma *fertilização in vitro*, que chegou a ser iniciada, mas acabou suspensa, em virtude de uma crise no casamento que resultou numa separação de dois meses. À época da realização desta entrevista o casal ainda buscava um terceiro diagnóstico.

Casal (C)

Eva, 31 anos, empresária e Fábio, 35 anos, servidor público, estão casados há oito anos. Ambos com nível superior de escolaridade. Declaram-se católicos. Há sete anos iniciaram as tentativas de uma gravidez natural. Após o primeiro ano de tentativas sem êxito, Eva realizou exames médicos que evidenciaram a Endometriose. No ano de 2003 ela realizou uma primeira vídeolaparoscopia para “cauterização” dos focos da doença. Em 2004 novos exames detectaram obstrução tubária, contornada através de histerossalpingografia². Uma nova vídeolaparoscopia foi realizada em 2005, devido ao aparecimento de novos focos de Endometriose. Em 2007 o casal realizou duas *fertilizações in vitro*, nos meses de setembro e dezembro, sem sucesso. Por ocasião da entrevista o casal estava planejando uma nova tentativa de *fertilização in vitro*.

1. Exploração cirúrgica abdominal que emprega um laparoscópio (sistema óptico, telescópio) para olhar as trompas de Falópio, os ovários e o útero e outros órgãos da cavidade abdominal (Serafini e Motta, 2004, p. 141).

2. Exame radiológico em que um líquido contrastado é injetado no interior da cavidade uterina, devendo preenchê-la e percorrer o trajeto das tubas uterinas (Passos, 2007, p. 17).

3.2 - Local da Pesquisa

O local das entrevistas sofreu variações em função das localidades em que foram realizadas. Foi oferecido aos casais a opção de uma sala/consultório ou a possibilidade de realizar as entrevistas em suas residências, guardados os devidos cuidados éticos e ambientais.

A primeira entrevista, com o casal (A) ocorreu nas instalações de uma clínica escola de Campinas/SP, que disponibilizou uma sala com mobiliário (mesa e três cadeiras), iluminação e ventilação adequados, preservando-se a privacidade e sigilo necessários.

As duas outras entrevistas ocorreram na cidade de Florianópolis/SC e foram realizadas em locais e horários escolhidos pelos casais: a entrevista com o casal (B) ocorreu em um consultório psicológico cedido por uma colega da pesquisadora. O casal (C), optou por realizar em sua própria residência, sendo que, no momento da entrevista, apenas o casal estava presente no horário combinado com a pesquisadora. Em ambas as entrevistas também foram preservadas as condições ambientais e de sigilo.

3.3 - Instrumentos

3.3.1 Entrevista Psicológica

Elegemos a *Entrevista Psicológica Aberta* (Bleger, 1964) por tratar-se de um instrumento fundamental ao método psicanalítico, tendo em vista sua flexibilidade e a liberdade que dá ao entrevistador para perguntas e intervenções, favorecendo a investigação psico-diagnóstica da situação do casal, ao mesmo tempo em que permite configurar o campo da entrevista, pelas variáveis que dependem da intersubjetividade dos entrevistados.

Para Bleger (1964), sendo o entrevistador parte do campo, cabe observar que a máxima objetividade só pode ser alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo, visto que ele condiciona o fenômeno que observa, ou seja, não o estuda tal como ele é, mas sim em relação à sua presença. Nesse sentido, nosso papel foi o de

“observador participante” (p. 14), incentivando a fala, a reflexão e a expressão dos sentimentos, mediante nossa disponibilidade, observação e atenção para com os casais entrevistados, objetivando a investigação dos fenômenos psíquicos, sem incorrer em preconceitos.

Em nossa pesquisa, a questão disparadora de todas as entrevistas foi: *Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?*

Embora priorizando a escuta, fizemos algumas intervenções ao longo das entrevistas, sob forma de perguntas complementares ou clarificações, sempre visando à verificação dos conteúdos, sua melhor compreensão, bem como o incentivo à participação dos entrevistados e a boa evolução das entrevistas.

Como já observado anteriormente, os participantes foram identificados com nomes fictícios para que fosse preservado o sigilo sobre a identidade dos mesmos. Todos os dados que permitissem a identificação também foram alterados. A pesquisadora/psicóloga foi identificada pela letra “P” e os casais são identificados pelas letras (A), (B) e (C).

Adotamos sempre o mesmo modelo de transcrição nas três entrevistas: as falas foram identificadas em itálico e numeradas em ordem crescente para facilitar a localização. Os conteúdos são apresentados de maneira sucinta, omitindo as falas que não estão sendo analisadas através de parênteses com reticências (. . .) para facilitar a compreensão do leitor. O registro incluiu algumas observações realizadas durante as entrevistas e registradas após seu término, contemplando os aspectos não verbais (silêncios, risos, emoções, etc.).

3.3.2 Suporte Material

O material utilizado foi um gravador digital de áudio (Panasonic RR-US 450) e um computador (da pesquisadora).

3.4 - Procedimento

Foram realizados contatos iniciais com clínicas de reprodução humana assistida, consultórios de obstetras e ginecologistas; sites, comunidades e associações de casais que enfrentam a esterilidade, para a apresentação da pesquisa, divulgação junto aos casais e encaminhamento às entrevistas. Além de contatos com a rede social e profissional da pesquisadora.

Posteriormente, foram estabelecidos contatos telefônicos com quatro casais que manifestaram interesse em participar da pesquisa, para as explicações sobre o trabalho, ou seja, que se tratava de uma pesquisa sobre casais que desejam filhos e ainda não realizaram esse desejo devido a problemas ou dificuldades para tê-los de forma natural, sendo necessário recorrer às tecnologias de reprodução humana assistida para obter a gravidez. Após a verificação dos critérios de inclusão/exclusão dos participantes, procedeu-se ao agendamento das entrevistas. Embora a pesquisadora tenha se disponibilizado a conversar também com os maridos, todos os contatos telefônicos foram efetuados com as esposas.

Dos casais convidados, com os quais tivemos contato direto, um desistiu devido a recusa do marido em participar da entrevista justificando tratar-se de um assunto muito doloroso e sobre o qual ele ainda não estava preparado para falar. Portanto, três casais participaram voluntariamente desta pesquisa, em horários e locais agendados previamente.

A etapa seguinte foi a da entrevista presencial, com cada um dos casais participantes, com duração de uma hora e trinta minutos cada uma. No início da entrevista foram reiteradas as explicações sobre a pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) foi lido e as dúvidas esclarecidas pela pesquisadora e assinado pelos casais.

As entrevistas foram gravadas, a fim de propiciar uma maior fidedignidade aos registros das falas dos participantes, bem como o fácil acesso aos conteúdos obtidos, recorrendo à sua fonte, sempre que necessário. As entrevistas foram transcritas na íntegra, incluindo os demais aspectos observados no decorrer do encontro.

3.5 - Análise do Material

A análise do material obtido nas entrevistas teve como referência os critérios de Análise de Conteúdo proposta por Mathieu (1967), que a define como um conjunto de temas recorrentes e comuns aos membros do grupo, em nosso caso, ao grupo casal.

De acordo com Mathieu (1967), os temas recorrentes ou a estrutura de base constituem, de certo modo, o código genético do relato, que lhe confere um sentido e um significado, justificando assim a escolha do sistema temático para orientar a interpretação. O sistema temático abre caminho para a interpretação do mesmo modo que as associações o fazem para a interpretação do sonho. A estrutura do relato grupal (arranjo de seus elementos e temas) e o modo como o inconsciente satisfaz seus próprios desejos reprimidos, constituem o duplo registro (manifesto e latente) que valida o trabalho de interpretação.

Foi realizada uma leitura de cada uma das entrevistas, com a participação do orientador e de uma supervisora/psicóloga, ambos com formação e experiência no referencial teórico-metodológico psicanalítico grupal, para a evidenciação do conteúdo latente dos discursos. Seguimos os critérios de relevância, confiabilidade (registros literais das fontes) e as evidências de saturação (Gaskel e Bauer, 2000) para a captação dos conteúdos recorrentes. Os temas foram apresentados a partir de recortes das falas transcritas. Os conteúdos evidenciados no processo de leitura e análise das entrevistas foram articulados com o referencial teórico escolhido, visando à fundamentação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CASAL (A)

PSICÓLOGA (P) (f1) _ *Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?*

ALEX (f1) _ (...) *Foi um choque. Não esperava que eu tivesse algum problema. Nós, na realidade, adiamos nossa tentativa, porque a gente não queria ter filho logo depois do casamento. Queríamos dar um tempo. Um ano, dois anos. (...) É um sonho que eu tenho em ser pai, né? E o sonho da Ana é ser mãe também. (...) E aí quando nós decidimos: “agora vamos!” Nós interrompemos o uso do anticoncepcional, que era o método que a gente usava. E aí, no primeiro mês, aconteceu. Talvez pela ansiedade, né? Aconteceu um atraso na menstruação. Eu comprei o kit na farmácia. É a primeira coisa que a gente pensa. O primeiro resultado deu positivo. Nossa! Deu uma emoção. As lágrimas vieram. Fizemos o exame de laboratório, de sangue, e deu negativo. Daí veio aquela frustração! Mas pensamos: “Não, mês que vem vai vir!” E nisso já se passaram sete anos, oito anos.*

O casal manifesta o desejo de ter um filho, justificando que o adiamento do projeto parental ocorreu, a princípio, pela vontade de ambos em usufruir da fase inicial do casamento apenas os dois. Além disso, como afirmou Alex, não imaginavam que teriam problemas futuros. Quando finalmente decidem pela gravidez, surgem esperanças e expectativas. O atraso na menstruação faz com que Alex e Ana sejam invadidos por sentimentos de euforia ante a possibilidade da realização do seu desejo de terem um filho. Apesar da frustração pela não confirmação da gravidez, o casal manteve as esperanças de uma gravidez natural, mesmo tendo passado tanto tempo desde que iniciaram suas primeiras tentativas.

Essa reação do casal pode ser compreendida pelo fato da procriação ser considerada como algo comum a todo ser vivo. Quando um casal resolve ter filhos, dificilmente imagina ter que enfrentar a situação de esterilidade. Geralmente os casais acreditam que são férteis e esperam que possam conceber tão logo suspendam o método contraceptivo em uso. Conforme o tempo vai passando e a gravidez não acontece, sentimentos de ansiedade e preocupação invadem o casal. Dado o inesperado da situação, é comum a negação, num estágio inicial, quando acreditam que o problema vai se resolver por si só (Avelar, Moraes, Marinho e Caetano, 2000).

ALEX (f3) _ (...) *no meu primeiro exame o médico disse que a minha chance de ser pai era quase zero. (...) E então o meu médico me receitou uma medicação, para tomar por três meses, para fazer com que subisse a taxa de espermatozóides ao nível em que se tinha chance para fecundação.*

...

ALEX (f7) _ *Um médico faria com que minha curva desse ascendente. Pelas estimativas dele, seriam três meses de tratamento. Quando chegasse ao pico, aí eles fariam com que a Ana também tivesse um pico de fertilidade prá tentar... Prá daí ter a maior chance possível.*

Devido à baixa taxa de espermatozóides, Alex recebe a informação de que não poderá ter filhos da forma como imaginava. Quando fala do momento em que recebeu o primeiro diagnóstico, o marido imediatamente começa a dar detalhes do tratamento, como se buscasse uma saída na medicina e seus procedimentos para minimizar a angústia da perda da capacidade reprodutiva, evitando, assim, entrar em contato com a dor.

ALEX (f21) _ *Na Clínica Beta, que me falaram que era uma referência, o médico foi claro e falou assim: “Rapaz, você nunca vai ser pai. Para isso tem banco de espermatozóides e a gente faz o procedimento todo e ela fica grávida.” Exatamente dessa forma.*

A medicina oferece outra possibilidade, ou seja, sua mulher ficaria grávida com a ajuda do médico e de um doador. Alex é ferido em sua masculinidade, pois, teria que assumir sua realidade, aceitando o fato de que sozinho não conseguiria dar um filho à sua esposa. Além de ter que lidar com essa questão internamente, há um sofrimento adicional, pois, em nossa sociedade existe uma tendência cultural a ver a paternidade não apenas como um sinal de fertilidade, mas ainda associada à masculinidade e virilidade. A própria identidade masculina é colocada em cheque.

ALEX (f18) _ (...) *Teve ainda outro médico que...*

ANA (f16) _ *Que foi pior ainda (...) até a gente comentou isso...*

...

ALEX (f22) _ (...) *É: “você não vai engravidar mulher nenhuma na face da terra”. Ainda bem que apesar de ser filho de italianos, eu sou um cara que*

demora prá explodir. (...) Pensei em virar a mesa... Essas coisas. (...) No momento eu não senti decepção pelas palavras dele não. Senti raiva. E aí eu já não sei se a raiva era de mim, mas querendo descarregar nele pelas palavras que ele usou que para mim foram muito agressivas. E, a partir daí eu, como se diz, eu deixei. Agora vamos embora, não vamos falar mais com ninguém.

A comunicação com as equipes médicas pode influenciar na forma como o casal lida o diagnóstico e vivencia os tratamentos propostos, interferindo em suas decisões quanto a continuar ou a interromper os tratamentos, e até mesmo buscar alternativas para a realização do projeto parental (Serges-Jacob, 2006; Melamed, 2006). Porém, independente de como a informação foi transmitida pelo médico consultado, chama a atenção a maneira como Alex a recebeu. A reação do marido revela a dificuldade em reconhecer sua limitação. Ele sente raiva ao ouvir uma verdade, que nos parece até então ter sido negada. Talvez por isso a raiva de si mesmo. Ao invés do diagnóstico trazer alívio por finalmente saber o porquê de sua dificuldade e, assim, partir para outros métodos, Alex sente-se agredido.

A reação de Alex nos parece resultante de antigas feridas narcísicas que a infertilidade atualiza. Ribeiro (2004) refere que ver um pouco de nós mesmos em nossos filhos é uma importante realização narcísica. Quando somos privados desta realização, tão primordial e tão comum, o projeto narcísico de imortalidade do Eu e do par é ameaçado. O casal adulto se vê numa posição de inferioridade diante de sua comunidade e de seus familiares, pois, assim como as crianças, não pode conceber nem gerar o filho desejado.

O diagnóstico dado a Alex reedita a *angústia de castração*, desencadeada originalmente 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 como realização de uma ameaça paterna por causa de seus sentimentos em relação à mãe. Embora as angústias de castração remetam aos órgãos genitais, simbolicamente podem ser localizadas e reavivadas em outras experiências traumatizantes (La Planche e Pontalis, 1982/2001). Como é a infertilidade de Alex.

ALEX (f4) _ *Eu interrompi o medicamento, apesar de meu médico falar para eu não interromper, né? Eu interrompi por decepção...*

...

ANA (f6) _ *Então, eu acho que até mesmo porque a medicação, na época acabava sendo um pouquinho cara (...) a gente parou também pela decepção. Por ter sido falado que a gente não ia conseguir. Resolvemos parar.*

...

ALEX (f8) _ *O médico disse para continuar porque tinha tido um resultado até animador, do ponto de vista dele. Ele até disse que a quantidade que eu tinha tomado, teria chance da fertilização in vitro. A natural ele até me disse: “Basta um”. Mas a chance de fecundação natural era praticamente zero.*

...

ALEX (f11) _ *(...) da última vez que vimos um tratamento desses, era exatamente dezesseis mil reais. E ainda falaram prá gente que as chances de dar resultado (...) seria de menos de 50%. Então a gente deu uma pausa para tentar por a cabeça no lugar e ver o que a gente faz.*

Mesmo após uma melhora em sua condição reprodutiva promovida pelo uso de medicação, o casal decide interromper o tratamento. A ausência de garantias de êxito nas próximas tentativas e o alto custo dos tratamentos mais complexos recomendados influenciaram nessa decisão do casal. A desistência nos parece relacionada à dificuldade de Ana e Alex de enfrentarem a realidade, ou seja, correr o risco de fazer o tratamento e não dar certo. Nesse sentido, a preocupação com a questão financeira estaria encobrendo a angústia fomentada pela possibilidade do casal confirmar a fantasia de que nunca poderão ter filhos, caso o tratamento não dê o resultado esperado. A dúvida talvez seja uma opção menos conflitiva do que a certeza de não poderem concretizar o seu desejo.

ANA (f9) _ *Três anos atrás a gente foi na Clínica Alfa e um dos recursos que eles ofereceram, prá tá pagando o valor do tratamento, que a gente acha altíssimo, é que eu podia estar doando óvulos para uma mulher que não tem.*

...

ANA (f11) _ *(...) Aí depois, a médica me ligou: “Olha, apareceu uma pessoa com as suas características, tal..., se você quiser optar ainda, você pode falar,*

e a gente faz o processo”. Eu não ia tá pagando nada, só essa pessoa que tava ganhando o óvulo. (...) a gente conversou e aí a gente decidiu por não fazer. Até o Alex falou assim prá mim: “Olha eu não acho legal... Que você vai tá sabendo que em algum lugar do mundo existe uma filha ou um filho seu, com as suas características. Então... eu não acho legal.”

ALEX (f13) _ (...) Veio esse pensamento na minha cabeça. Não proibindo, não bloqueando esse processo, né? (...) Teoricamente, a criança que fosse nascer de outro casal, teria o mesmo código genético dela. Se fosse possível fazer o DNA, seria filho ou filha dela. E aí, se no nosso caso não desse certo, como fica? Porque falaram, que a gente tinha 50% de chance de vingar.

ANA (f12) _ Concordei. Concordei normal. Mesmo porque a médica falou que se a gente mudasse de idéia, que se eu quisesse ligar prá ela, poderia continuar...

A preocupação com a questão financeira e as justificativas sobre os altos custos dos tratamentos/medicamentos são apresentados pelo casal como um impedimento para sua realização. No entanto, ante a proposta que receberam de ovodoação compartilhada, onde não haveria custo financeiro para o casal, outros conflitos que estavam latentes começam a aparecer.

O dinheiro representa poder e Alex não tem como usar este poder. Ana é que tem óvulos que podem ser trocados pelo tratamento. Nesse sentido, ela tem mais potência que Alex. A esposa, então, fica fálica: tem óvulos para ela e para outras mulheres. Entretanto, um aspecto comum ao casal é que ambos vivenciam essa proposta como algo persecutório. Os questionamentos de Alex ressoam em Ana. Quando seu marido levanta a possibilidade de outra mulher engravidar e ela não, essa escolha fica mais perturbatória ainda. Além da perda por não ter o filho, tem a perda do óvulo, e de uma possível criança nascida de outra mulher.

Percebemos a ambivalência do casal, pois, não conseguem abrir mão das suas coisas sem ter certeza do que irá acontecer. Doando o óvulo não gastam dinheiro, mas os óvulos têm maior poder que o dinheiro. Não querem abrir mão do dinheiro, nem da vida de outra criança. As inseguranças e fantasias despertadas pelos tratamentos de infertilidade se sobrepõem à realidade. Como no momento eles eram perturbados com as fantasias da inveja, se defenderam relaxando, deixando o tratamento para outro momento,

mesmo porque não se perdeu totalmente essa possibilidade, visto a médica ter mantido a proposta em aberto.

ANA (f6) _ (...) *a gente acredita que se Deus quiser dar, Ele dá de uma forma natural.*

...

ALEX (f12) _ (...) *A questão da religião ajuda, né? Porque a gente sabe que tem uma força maior que se tiver nas mãos d'Ele que a gente tenha filhos, nós vamos conseguir. Mas isso não impede que a gente busque também ajuda na medicina. A medicina também foi criada por Deus. Então não é nada errado nesse ponto.*

...

ANA (f64) _ (...) *Acho que é um sonho tão grande, é uma coisa tão... Que parece mais difícil, que a gente também vê aí que vai ser um milagre né?*

ALEX (f62) _ *A consciência que nós temos é que, se realmente vingar, tá na mão de Deus nos dar (...).*

A fantasia de onipotência religiosa parece desviar o casal de enfrentar um processo real com todos os riscos, custos (emocionais, físicos, financeiros, etc.) e benefícios inerentes. O sentimento exagerado de esperança não respeita a realidade, prevalecendo o *princípio de prazer*³, ou seja, toda a sua atividade psíquica visa evitar o desprazer (enfrentar os tratamentos reais) e proporcionar o prazer (ter um filho através de um milagre, uma benção).

ALEX (f36) _ (...) *Nós fomos numa clínica... Até a Ana começou a falar do médico dela, uma pessoa muito boa, que aconselha muito, incentiva a gente. Ele falou assim: "Ó, chega de vocês ficarem fazendo exames... chega." (Risos) "Vocês vão combinar agora, e vai dar certo, vai dar certo. Vocês vão ter o filho de vocês. E vão trazer aqui prá mim. Ai, eu vou fazer o pré-natal." Ele é uma pessoa bem positiva.*

ANA (f37) _ *Ele chegou a falar que no final do ano, meu presente de "Papai Noel" prá ele seria que eu engravidasse. (Risos)*

...

3. Um dos dois princípios que, segundo Freud, rege o funcionamento mental: a atividade psíquica no seu conjunto tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar o prazer (La Planche e Pontalis, p. 364, 1982/2001).

ANA (f46) _ (...) *A gente viu recentemente na internet. É que saiu um novo tratamento prá engravidar. É como uma cápsula. (...) onde se coloca o espermatozóide dentro dessa cápsula e coloca dentro de mim. Sou acompanhada e, uns três dias depois, colocam essa cápsula... Eu vou para um médico para tirar a cápsula e deixar os espermatozóides...*

ALEX (f43) _ (...) *É uma coisa muito nova. Quem sabe, né? Ajuda. É uma coisa que acende de novo a esperança. Apesar da fé, quando a gente vê algo mais concreto, mais... Essas evoluções da medicina que vão nos ajudar.*

Frente ao sofrimento desencadeado pelos diagnósticos e as propostas de tratamento, o casal parece entrar no estado mental definido por Anzieu (1967/1993) como *Ilusão Grupal*. Assim como acontece no sonho, que é a ilusão individual produzido no estado de sono, no estado mental da *Ilusão Grupal*, a realidade exterior é suspensa em função da realização do desejo. Alex e Ana mantêm suspensa a realidade (seu problema reprodutivo já diagnosticado), geradora de angústias. Como a situação da infertilidade gera sentimentos insuportáveis, toda vez que o casal entra em contato com a realidade, vivenciada como frustração, recorre imediatamente à ilusão.

Alex e Ana acreditam que seus problemas e necessidades atuais serão atendidos ou solucionados por um acontecimento futuro ou por um salvador, um messias, aqui representado pelo médico, o tratamento descoberto na internet, um milagre ou o próprio filho. Reconhecemos aqui, também, o pressuposto básico do *acasalamento*, descrito por Bion (1961/1975), onde prevalece a *esperança messiânica* no futuro promissor, esperançoso. Este estado corresponde à necessidade de negar a realidade e diminuir as angústias e inseguranças que o enfrentamento da situação de esterilidade provoca, sendo importante para manter a integridade psíquica do casal. Todavia, consideramos que a permanência nesse funcionamento seja um impedimento para o casal vivenciar uma etapa imprescindível para que possam avançar em sua busca por um filho, ver outros caminhos, planejar o que será feito, estabelecer vínculo de confiança entre eles e com as equipes médicas, enfim, buscar os meios na realidade e não através de formas mágicas.

No transcorrer da entrevista, observamos como o casal vivencia a pressão da família e da rede social.

ALEX (f24) _ (...) *Essas coisas chegam através de amigos, familiares. “Olha, tem um hospital na cidade tal...”. Então, parece que quando a gente quer deixar o barco correr (...). É duro comigo. Tio, amigos todo dia ali falando que tem tratamento com custo reduzido lá na cidade tal. Falam: “Alex vai atrás disso. Você tá ficando velho. Tá ficando com o cabelo branco. Vai atrás disso. Não fica enrolando.” (...) Então as pessoas começam, a lembrar, lembrar. (...) Em relação aos amigos, (...) aconteceu uma brincadeira que até a pessoa, eu acho, foi infeliz em fazer. Inclusive no lugar em que tava, né? No velório da mãe de um dos meus amigos da época de solteiro. “Ô, você não vai arrumar filho não? Não sabe fazer filho?” Deram risada, né? Aí eu falei claramente prá ele: “Não”. Eles não sabiam do problema. Aí eles ficaram sem graça, mas eu também, porque vai reativando aquela sensação. Até eu tô me emocionando... (Voz embargada/forte emoção). A minha irmã teve uma filha e apesar de saber que eu sou o tio, apenas o tio, aquilo que eu queria dar pro meu filho eu tô dando para minha sobrinha. Então eu brinco com ela (Choro/tosse). Eu sou um cara brincalhão, né Ana?*

ANA (f20) Confirma com a cabeça, também emocionada.

...

ANA (f31) _ (...) *Quando eu tava tentando engravidar, eu tinha uma amiga no trabalho que tava grávida. (...) Essa amiga do trabalho judiava muito de mim. (...) Ela era uma grávida muito bonita, tinha uma barriga linda. Então ela vinha, passava a mão na barriga, ficava perto. Ficava falando coisas da gravidez. Então prá mim foi bem difícil.*

Constatamos nas falas acima, que há uma intensificação das angústias de perda em função do contexto familiar e social no qual o casal está inserido. Como foi dito anteriormente, a situação de esterilidade parece comprometer todos os ramos afetivos do casal. Os sentimentos de inveja, diferenciação e inferioridade, geraram o isolamento e a sensação de descompasso e inadequação social. O choro de Alex e Ana ilustra o estado deprimido em que se encontram, revelando todo o seu sofrimento psíquico. O casal entra em contato com sua realidade interna, revelada pelas angústias depressivas. Reconhecem a falta do filho não concebido. Querem dar um tempo para se reconstruírem, ganharem força, mas são pressionados pelo mundo interno e externo. Para amenizar, deslocam seu afeto para a sobrinha.

ALEX (f27) _ (...) *Às vezes eu vejo minha sobrinha com algum probleminha, eu já fico preocupado. Eu quero, mas eu sei que eu não posso interferir na minha irmã e no meu cunhado em relação à filha deles. Eu não posso falar: “Ó ela tá com um problema, vocês não tão vendo?” (Risos) “Tem que levar no médico”.*

(Risos). *Eu não posso. Eu sei que o correto é eles. Mas aquela questão de brincar, de fazer graça (...) tudo eu tive com ela.*

ANA (f27) _ (...) *quando a minha cunhada engravidou todos os enxovais eu ia com ela comprar. E isso prá mim, por um lado foi bom e por outro não. Eu falava prá ela tudo que o bebê ia precisar com o tempo, com o passar dos meses. Saía prá comprar tudo. Escolhi tudo. (...) Aí chegou a vez de dar a primeira frutinha, uma pêra. A minha cunhada foi raspar a fruta e tirou um pedaço grande, e eu disse: "Não, não! Cuidado ela vai engasgar. Toma cuidado!" (Risos) "Tem que ir raspando prá dar prá ela". Sabe?*

Alex e Ana preocupam-se em demonstrar o quanto são mais cuidadosos que os pais de sua sobrinha, o que nos parece uma forma de mostrar que, como casal, são aptos para cuidar de uma criança. Ana dá ênfase à sua competência, diminuindo assim a diferença que sente em relação às outras mulheres e outros casais. Ao falar do erro da cunhada, a crítica aparece como uma defesa para minimizar sua dor psíquica.

ANA (f27) _ (...) *depois de três anos de idade, criou certo ciúmes do Alex com a menina. Não ciúmes dele com a menina, mas ciúmes da atenção. (...) tava sobrando mais tempo prá menina do que prá mim. Eu ficava enciumada. Eu pensava: "Poxa vida, né"? Com a sobrinha você brinca, perde tempo, mas comigo não pode. (...) porque ela é sobrinha, não é filha.*

...

ANA (f45) _ (...) *O Alex é uma pessoa muito família. Ele já até falava prá mim que ele foi criado assim e que eu tenho que tolerar. Mas acho que tudo tem um consenso. (...) Eu acho que já tolerei bastante. (...) A mãe dele é extremamente curiosa em tudo. (Risos) Às vezes eu costumo brincar que ela deve saber até o número de relações sexuais que a gente tem. Ela sabe de tudo, tudo, tudo, tudo. Eu acho até que ela faz uma provocação... Tipo, falar algo da vida dele que eu não saiba né? (...) mostrar que tá por dentro de tudo, todos os assuntos. É isso que eu sinto.*

Nesse momento da entrevista observamos que Ana entra em contato com sua realidade. Demonstra-se insegura quanto ao amor de Alex, mostrando como se sente ameaçada de perder o marido, seja por não ter o filho ou por não ter intimidade com ele. Reclama da exclusão: ao invés de "brincar" com ela, o marido brincava com a sobrinha. Em sua fantasia, o marido já possui uma filha (a sobrinha) e talvez não precise ter filhos com ela.

ANA (f28) _ *Eu já sofri muito (...) de tá vivendo essa situação. De saber que eu não tenho filho. Tipo, meu pai (emoção) que eu queria muito dar um neto prá ele. (...) Meu pai que dizia que eu era a filha que ele mais (...) falava que o casamento que ele mais gostou foi o meu, que ele mais se orgulhou, foi o meu, né? Que as outras filhas casaram grávidas e sofreram com os maridos. Que o genro que ele mais gostou foi o Alex... E o meu pai faleceu sem que eu pudesse dar a ele o neto que ele sempre quis. Isso doeu muito prá mim (emoção/choro). Eu queria muito, sabe? E depois foi a minha mãe (choro). Tá fazendo seis meses que minha mãe morreu. Aquilo foi muito prá mim. Eu falava muito prá ela que eu queria ser mãe. (...) Eu sinto muito porque eu não pude proporcionar isso prá ela. Porque ela sabia que era o sonho maior meu.*

ANA (f29) _ *Não é à toa que eu tô tomando antidepressivo.*

Ana fala da preferência que seu pai demonstrava ter, ou ela imaginava, por ela, e da necessidade de mostrar que merecia esse privilégio. Em sua fantasia, ela precisava dar algo em troca, agradar ao pai, devolver o que recebeu. A sua fantasia de ter um filho e dar um neto parece acrescentar mais uma preocupação, mais uma perda para ela. A morte, ainda recente, de sua mãe, soma-se a todas as outras perdas, reais ou imaginárias com as quais Ana tem que lidar. O fato de estar tomando medicação antidepressiva sustenta nosso argumento sobre a profunda tristeza que sente. Houve uma avaliação psíquica que comprova isso.

A análise desses fragmentos permite verificar que no vínculo do casal há uma atualização, no aqui e agora, da triangularidade encontrada no conflito edípico, corroborando com o que nos diz Kães (1977) acerca dos complexos e imagos familiares descritos como um dos *organizadores psíquicos grupais*. De acordo com Kães (1977), o casal está representado através das relações constituídas dentro do grupo primário que é a família. A repetição das relações infantis deve-se às identificações determinadas pela natureza dos conflitos e angústias vividos e elaborados no grupo familiar. A imago, enquanto um protótipo inconsciente de personagens, orienta o modo com que o sujeito capta o próximo, a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasmáticas da criança com seu meio familiar e social (Laplanche e Pontalis, 1982/2001).

Alex e Ana ainda estão ocupados com as questões de sua infância e não conseguem se colocar no lugar de adultos. Eles não conseguem achar esse lugar, pois ainda permanecem no lugar de filhos edípicos. Questionamos

qual o espaço do filho, uma vez que este espaço parece já estar sendo ocupado pelas parcerias anteriores: Ana quer dar um filho/neto para seus pais; Alex não se desprende da mãe controladora nem do ambiente familiar de origem.

Sob a perspectiva da *psicanálise das configurações vinculares*, propostas por Puget e Berenstein (1993), as repercussões para o *vínculo matrimonial* podem ser analisadas a partir das transformações desencadeadas nos parâmetros definitórios da *cotidianidade*, *sexualidade* e *projeto vital compartilhado*.

ANA (f27) _ (...) *eu sou muito sozinha! Ele trabalhava lá de segunda a segunda, eu fico em segundo plano. (...) prá perder tempo prá sair comigo não podia: “Ah eu não posso agora, tenho que correr para o serviço, arrumar o serviço, tenho que trabalhar”. Nós quase sempre almoçávamos de pé não dava tempo. Eu levantava cedo prá tomar café com ele: “Você toma café comigo?” Não!*

ANA (f45) _ (...) *Ele tá sempre junto da família. Ele trabalha lá, traz os problemas de lá. Daqui prá lá e de lá prá cá. (...) eu fico muito só. (...) Quero puxar o Alex prá ficar mais em casa. Eu não faço mais nada na minha casa. Ele fica sempre lá, sempre lá. (...) é um ponto que me chateia.*

A situação de esterilidade enfrentada trouxe importantes repercussões para o cotidiano, gerando uma desorganização na rotina de encontros do casal. Percebemos uma perda da qualidade do vínculo, com evidências de distanciamento gradativo. Ana parece esforça-se para resgatar esse espaço cotidiano do casal, deixando claro como se sente só.

ANA (f7) _ (...) *A gente vai ter uma relação sexual e já vai pensando em ter um filho. Então a gente só pensa nisso.*

...

ANA (f48) _ (...) *eu acho o Alex um pouco desinteressado de relação sexual. (...) Não tive outra experiência, então não sei se isso tem a ver. Eu ouço as amigas falarem: ...“Ah meu marido... eu não agüento mais” Nem todas, mas... Alex é uma pessoa muito desinteressada e isso me afeta, porque eu penso: “Será que eu tô bem?” Eu penso em vestir alguma coisa prá ver se, né? Não sei se é o trabalho dele que deixa ele um pouco estressado, cansado. Ele chega em casa cansado... Todo dia tá cansado. Fico chateada, né? Como é que a gente vai ter filhos desse jeito? Eu não sou uma pessoa muito assim*

também, não. Eu sou uma pessoa calma. Só que (...) como a gente tem na mente aquilo de que quer ter filho, eu tento procurar mais ele.

ALEX (f44) _ (...) *Eu acho que quando a gente soube que existia o problema teve um esfriamento da nossa parte. (...) Do lado dela não. Acho que isso aí ajudou um pouco prá eu me desvalorizar. Sei lá, pela falta da capacidade reprodutiva, talvez eu tenha me sentido menos homem, né?*

O relacionamento sexual do casal foi afetado, perdendo sua característica espontânea. Obter uma gravidez passou a ser a finalidade primordial de sua vida sexual. Apesar de tentar justificar pelo cansaço de Alex, Ana deixa transparecer o conflito que existe entre eles, expresso pela ausência de intimidade, a falta de interesse sexual do marido por ela, o que parece despertar dúvidas quanto ao seu valor como mulher e agregar mais perdas. Alex, por sua vez, entra em contato com a dor e fala de como se sente perseguido. Ele foge da mulher para não ter relacionamento sexual. Como tem a fantasia de ser menos homem, ele se defende através do trabalho e permanecendo na casa dos pais.

ALEX (f45) _ (...) *a gente passou a ter um “tempo sexual” quase que programado prá ter um filho. (...) usava até o período mais fértil. (...) Sempre em cima do pensamento da fecundação. (...) E acredito que isso também afeta por não ter tido o resultado até hoje. Assim, fracasso, né? Vamos falar a palavra correta... Ela reclama com razão. (...) Eu abraço o meu trabalho prá tentar esconder de mim mesmo o problema. Isso está me prejudicando.*

ALEX (f48) _ (...) *Eu tô sempre olhando pro lado oposto desse problema. (...) eu mergulho no trabalho. E aí eu fico devendo na parte do relacionamento sexual, fico devendo na parte do relacionamento afetivo, companheirismo, tudo isso. Então, a gente conversando aqui, eu começo até (Risos)... Começo a ver que esse problema está me gerando um leque de problemas.*

Contra a angústia da perda do desejo, Alex dedica-se excessivamente ao trabalho, como uma defesa maníaca (negação onipotente da realidade): se apega ao trabalho para negar a angústia. No trabalho ele pode desenvolver, na gravidez não tem certeza, não tem poder. Compensa no trabalho, gerando, produzindo e afirmando sua potência, enquanto que na fecundação, ao contrário, sente-se impotente. Ficar com Ana é ter que entrar em contato com a

frustração e a dificuldade de ter um filho. O pouco que ficam juntos, Alex parece não suportar.

ANA (f17) _ (...) *O Alex chorou e chegou a me dizer que queria se separar de mim porque ele não tinha condições de me dar um filho e eu queria um filho. Aí eu pensei: “Não é bem assim também, né?”. Eu quero um filho, mas... Nós dois juntos, né? É que tem que ser (emoção de ambos). Então a gente já pensou sobre um monte de coisas, em adoção (...). Mas eu queria poder gerar, poder sentir o coração. Sentir mexer a criança, tudo aquilo que é normal numa gravidez. Mas eu não sei se um dia eu vou conseguir. Eu espero que sim... (Risos)*

...

ALEX (f48) _ (...) *no futuro, se eu não conseguir realizar o sonho de ser pai, eu acho que vou ter uma cobrança muito maior de mim mesmo (...) daqui há uns dez, vinte anos, aí eu já não vou mais conseguir ser pai mesmo. (...) E aí como vai ser a minha vida?*

...

ANA (f52) _ (...) *quando ele comentou comigo (...) dos tratamentos que tinha feito, eu falei pra ele: “Mas será que você vai poder ter filho?” (...) Ele falou: “Olha, (...) depois de todos os tratamentos, eu fiz exames e o espermograma deu normal.” (...) eu não sei se ele falou a verdade na época. (...) Mas eu tinha algo em mente. Parecia que não, sabe assim? Mas isso não interferiu porque eu gostava dele.*

Ana revela que desde antes do casamento tinha dúvidas quanto à possibilidade de Alex poder ter filhos. Apesar da desconfiança, prevaleceu a escolha pela união, pelo amor. Essa escolha é confirmada, renovando-se mesmo quando Ana se depara com a confirmação de suas suspeitas sobre as dificuldades reprodutivas de Alex. O marido, entretanto, parece ter mais dificuldades para acreditar na manutenção do vínculo sem filhos, chegando a propor a separação por não suportar a situação de esterilidade. Talvez pelo problema reprodutivo localizar-se nele, Alex sente seu futuro ameaçado, comprometido pela não existência do filho em sua vida. Teme que a impossibilidade de ter um filho desencadeie outros problemas, revelando angústias de caráter persecutório.

Embora Alex e Ana tenham considerado a adoção como forma alternativa de realização do projeto parental, a redefinição deste não nos parece possível neste momento. O casal ainda não consegue abrir mão do filho

biológico, nem se organizar em torno de outros projetos compartilhados. Percebemos uma estagnação no processo evolutivo vincular. De acordo com Puget e Berenstein (1993) o *projeto vital compartilhado* é o que dá ao casal a perspectiva de vinculação futura, daí a importância de analisarmos o risco que a situação de esterilidade e a dificuldade do casal em reformulá-lo representam para a integridade do vínculo matrimonial.

Ainda segundo a *psicanálise das configurações vinculares* (Puget e Berenstein, 1993) podemos observar que o *vínculo matrimonial* constituído pelo casal (A) caracteriza-se pela tipologia *terceiridade limitada*, onde o terceiro ocupa lugar de excluído, em diferentes posições, dentre as quais, a que melhor se aplica ao casal analisado, está o funcionamento *enciumante-ciumento*. Nesse funcionamento há uma erotização de uma situação a três, na qual um dos dois egos do casal está situado no excluído e pendente da relação do outro ego, fundido com um terceiro. Um dos dois ou ambos são forçados na posição de ciumento. O outro é imaginado numa relação de fusão dual, “maravilhosa”, com um terceiro. Uma forma de se incluir pode levar a adotar o lugar de excluído ciumento, como quando Ana fala dos ciúmes da relação do marido com a sobrinha. Percebemos que o casal troca de lugar nesse movimento de exclusão. Num momento Ana fica excluída e o marido está com alguém/algo (sobrinha, mãe, família de origem, trabalho, etc.), ora é Alex que fica nessa posição de excluído, como nos casos da proposta de ovodoação, a sugestão do médico quanto ao banco de esperma, etc., onde o marido é excluído do processo de concepção do filho. Cada momento um dos dois parece estar fora do vínculo.

Ao longo da entrevista, outras variáveis que interferiram na realização do seu desejo foram evidenciadas, revelando qual a representação que o casal tem de seu problema de esterilidade, ao que associam e o que desencadeia na afetividade, no financeiro e no social.

ANA (f51) _ (...) *Alex não se cuida muito. Gosta de comer. A obesidade ajuda na infertilidade.*

ALEX (f48) _ *É prejudica. A gente tá toda hora procurando na internet. Hábitos de vida, dormir pouco, comer demais, faltam exercícios, são fatores que contribuem para um problema que eu já tenho. Prá aumentar o problema.*

ALEX (f51) _ (...) *Ah, falaram que tinha uma história, um tipo de maldição... Que meu pai tinha que perder tudo. E que todos os descendentes iriam passar por essa maldição. Coisa de antigo, né? (...) Foi uma praga. Mas daí como a turma se apega muito a essas coisas... Isso aí não tem nada de... Mas existe, né? A minha mãe falou prá Ana: "Vocês não vão casar agora. Espera mais um pouco. Eu não quero ver gente cobrando na porta da casa de vocês" E, não aconteceu isso, mas quase.*

ALEX (f52) _ (...) *Nosso começo foi assim bem ruim mesmo. Ana perdeu o emprego de uma hora prá outra. A minha empresa entrou em colapso praticamente. Eu tive que vender quase toda a estrutura da empresa prá sanar dívidas. Então, talvez até por causa desse momento difícil...*

Com esses argumentos Alex e Ana tentam achar inimigos que atuam nessa situação da infertilidade (a gordura, a falta de exercícios ou os hábitos de vida). A maldição é mais uma das justificativas para negar a falta, a impotência. Além de tudo havia uma questão mística na família: uma "praga", uma "maldição". O casal atribui uma força superior à mãe/sogra (fantasias onipotentes) quando esta os confronta com sua realidade e sugere que aguardem melhores condições para se casar. Alex e Ana, no entanto, evitam a angústia que esta realidade representa, valendo-se do pensamento mágico e mecanismos primitivos para lidar com suas dificuldades.

Nas falas a seguir, podemos identificar alguns significados associados ao desejo de ter filhos.

ANA (f65) _ *Vai ser tudo, né?*

ANA (f66) _ (...) *Tanto como um sonho concretizado, como no lugar da mãe que eu perdi. Uma companhia por eu estar só. Primeiro por mim, depois pelo vazio, pela mãe. Mas eu também acho que eu tendo um filho do Alex ele talvez fosse mais presente. Eu o sinto muito ausente.*

Para Ana, a chegada do filho parece vir carregada de expectativas quanto à renovação do vínculo amoroso, maior convivência e intimidade com seu marido e uma compensação pela perda dos pais, sugerindo um hiperinvestimento nesse filho, ou, como refere Tubert (1996), uma fetichização da criança imaginária. Segundo a autora, se historicamente o filho era visto como capital econômico, atualmente ele é um capital afetivo e narcisista.

Observações da Psicóloga

A entrevista transcorreu num clima emocional agradável e tranquilo. O casal parecia bastante interessado em participar da entrevista por considerar ser esta uma oportunidade para falarem de sua experiência e ajudar, de algum modo, outros casais que estejam passando pela mesma situação. Embora Alex e Ana tenham se emocionado, ou seja, entrado em contato com sua dor em vários momentos da entrevista, havia um constante movimento de fuga dos assuntos mais conflitivos, como que para evitar um sofrimento maior. Quando ocorria, começavam a falar de detalhes dos tratamentos e procedimento, ou iniciavam outro assunto. No entanto, apesar dessas observações, acreditamos ter sido possível ao casal vivenciar no aqui e agora, alguns importantes conflitos psíquicos e sua interferência no enfrentamento da situação de esterilidade. A entrevista sensibilizou o casal, tanto a entrar em contato com sua realidade psíquica, como também a procurar meios ou soluções para seu problema. Alex reflete sobre a maneira como está conduzindo seu problema, percebendo que refugiar-se no trabalho não tem sido suficiente e eficaz para lidar com a pressão interna. As fantasias assustam, geram sentimentos de perda, ambivalência, desconfiança, complicando ainda mais a situação do casal. Quando não elaboradas podem comprometer, inclusive, todo o processo de tratamento de reprodução assistida.

CASAL (B)**PSICÓLOGA (P) (f1) _ *Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?***

BETINA (f1) _ *Por enquanto tem sido muito frustrante. Porque nada deu resultado, não é? Então eu vejo assim como um processo bem frustrante.*

BRUNO (f1) _ *Eu vejo o seguinte. A gente faz uma coisa ela pode dar certo, pode não dar certo. Então eu vejo como uma coisa que nós fizemos e que infelizmente não deu o objetivo que nós queríamos. (...) Eu sofro bem menos do que ela. Eu acho que eu sou mais racional nesse ponto.*

O casal inicia a entrevista falando sobre as falhas nos tratamentos realizados até o momento, evidenciando as diferenças no modo como cada um lida com a situação. A esposa demonstra toda sua frustração e desânimo, pois, as técnicas de reprodução humana assistida não suprem seu desejo. Bruno por sua vez, tenta minimizar a frustração e se mostrar mais adaptado, usando da racionalização para não entrar em contato com a dor.

Os impactos da situação de esterilidade e das vivências dos tratamentos atingem profundamente tanto homens quanto mulheres, mas a forma como cada um expressa seu sofrimento adquire diferentes contornos devido aos aspectos biológicos e anatômicos, a história de vida de cada um e, sobretudo, à socialização do papel sexual. A maioria das mulheres encara essa situação com uma carga dupla de sofrimento, pois, são mais exigidas, física e psicologicamente, do que os homens. Além disso, o intenso e prolongado envolvimento da mulher nos procedimentos, seja na fase de diagnóstico ou do tratamento propriamente dito, a torna propensa aos pensamentos desanimadores e ao desenvolvimento de quadros depressivos. Os homens, como pode ser observado no casal (A), tendem a negar ou minimizar a gravidade da situação, buscando refúgio no trabalho ou demonstrando excessiva confiança nos tratamentos, como forma de neutralizar as angústias e ansiedades, próprias e da parceira. Como despendem menos tempo para pensar na questão, têm menos pensamentos desencorajadores. Isso não significa, no entanto, que o desejo e o comprometimento com projeto de ter um filho sejam necessariamente inferiores aos da mulher/esposa (Ladvocat, 1996; Olmos, 2003; Weiss, 2006; Melamed, Ribeiro e Serger-Jacob, 2006).

BETINA (f3) _ *É porque no nosso caso o Bruno não faz muita questão de ser pai. Então eu acho que é por isso que eu sofro mais, porque eu quero muito. Então eu percebo até que foi esse um dos motivos que a gente adiou a gravidez. Foi porque ele nunca mostrou muita vontade.*

BETINA (f5) _ (...) *Ai ele diz: “Ah, não sei por que gastar tanto dinheiro. Não sei por que sofrer por uma coisa assim. Ah, se não vier não veio!” Então, prá mim, ele tá dizendo assim: “Vamos tocar prá frente que não tem problema se não tiver filho.” Prá ele, né?*

BRUNO (f6) _ *É. É esse mais ou menos o meu pensamento.*

BRUNO (f7) _ *Viver a vida, se engravidar engravidou. Se não engravidar fazer o quê? (...)*

BRUNO (f8) _ (...) *Em tese, meu desejo é bem inferior ao dela. (...) Eu gostaria de ter um filho, mas não acima de qualquer coisa. Claro que se tivesse vindo naturalmente, eu ia adorar o meu filho, ia amar o meu filho. De repente também me realizar.*

A maneira como Betina e Bruno expressam seu desejo de ter um filho evidencia as diferenças entre eles. Betina manifesta mais intensamente seu desejo de ter um filho. Já em Bruno o desejo aparece de maneira contida e, por vezes, ambivalente. Ele minimiza a importância do filho em sua vida e, talvez por isso, não consiga compreender e/ou acolher o sofrimento da esposa.

Essas falas do casal nos levam a questionar se há um desejo dos dois, ou seja, se o filho é de fato um *projeto vital compartilhado* (Puget e Berenstein, 1993). Não nos parece claro até que ponto se trata de um desejo vincular ou um desejo pessoal (da esposa). A impressão inicial é de cada um por si, sugerindo uma quebra ou mesmo a inexistência do projeto vincular.

BRUNO (f3) _ (...) *o nosso planejamento era primeiro nos estabelecermos financeiramente, tudo. Ter uma condição prá posteriormente ter o filho. Só que o tempo foi passando e a gente foi adquirindo umas coisas. Mas ao mesmo tempo (...) gerava a necessidade de adquirir outras. Então, entramos num processo em que a gente ia ter cem anos e não ia dá prá ter o filho nunca, né?*
...

BETINA (f10) _ *Eu por mim, eu já teria tido filho há muito tempo, né? Eu já tenho a “sineta” batendo há tempo. Só que aí eu não sentia vontade nele de ser pai. Ele deixou sempre assim bem claro prá mim. Eu acho isso até positivo.*

Pior seria se ele tivesse mentido prá mim que quisesse ser pai, só prá me agradar.

BRUNO (f11) _ (...) *Não, espera aí! Nós estamos desviando... Não é que eu não queira ser pai.*

BETINA (f11) _ *Não é isso? Tu sempre dizias: “Não, agora não. Daqui uns dois anos”.*

BRUNO (f12) _ *Tá mais aí...*

BETINA (f12) _ *Mas aí, quando passavam aqueles dois anos, eu voltava a falar. Aí ele dizia assim: “Não, agora não. Daqui uns dois anos”.*

Bruno justifica o adiamento do projeto parental no âmbito das questões econômicas e na preocupação com aspectos materiais. Betina, por sua vez, argumenta que a decisão de ter filhos sempre esteve condicionada ao desejo do marido. Esses desencontros parecem provir de uma desorganização psíquica do casal, da dificuldade em estabelecerem prioridades comuns e se organizarem mentalmente para ter um filho. Cada um tem seu próprio projeto de vida e eles parecem incompatíveis no momento.

BETINA (f14) _ (...) *eu entrei numa crise bem ruim que foi um monte de coisas assim. Eu não estava feliz, estava sempre chateada, estava ruim no casamento. Eu comecei a querer. Aí eu insisti. Eu vi que aquilo estava me faltando.*

BRUNO (f15) _ *Eu não percebi nada disso. Eu entendi que uma hora ela disse que já tava com certa idade e (...) que íamos tentar ver se engravidava. Foi isso que aconteceu. Nós esperamos um ano. Aí todo mundo dizia que um ano era normal não engravidar, tal. (...) Depois de um ano de nós termos relacionamentos normais... Ou dois anos. Chegou a dois anos de relacionamentos normais...*

BRUNO (f16) _ (...) *se ela não dissesse: “Ah, agora vamos procurar um auxílio”, eu também continuaria da mesma forma. Não houve um sofrimento não. Eu tava tranqüilo.*

Percebemos nas falas acima que o mal-estar talvez não esteja relacionado à ausência do filho e sim à ausência de compreensão, de entendimento entre o casal. Betina agora parece ter se dado conta do esvaziamento do vínculo e talvez a motivação psíquica para ter o filho seja a de suprir esse vazio e, assim como no caso da esposa (A), renovar o contrato

afetivo. Bruno, no entanto, demonstra ter dificuldade em perceber o estado emocional de sua mulher, ficando numa posição mais defensiva.

BETINA (f14) _ (...) *Aí eu digo: “Não, eu não vou abrir mão por tanto tempo.” Nem posso por causa da minha idade, né? Daqui a pouco não tem mais filho. Isso era o que eu pensava.*

...

BETINA (f22) _ (...) *eu fiquei esperando que viesse esse desejo dele e não veio. Aí eu disse: “Não, eu já tô com 37 anos e não vai dar prá esperar esse desejo dele vir, né?” Senão eu não vou ser mãe.*

...

BETINA (f85) _ (...) *Ai, o outro médico vai pedir todos os exames de novo. É isso? Mais três anos da minha vida? Quer dizer, tô com 39... 40, 41, 42 anos?*

Embora desde o início da entrevista Betina declare de forma objetiva seu desejo de ter um filho, ela parece ter contribuído, ainda que inconscientemente, com a demora em decidir pela vinda do mesmo. Por trás da aparente passividade, é possível que ela tenha se mantido afastada de seus próprios conflitos, inseguranças e ambivalências quanto à maternidade. Esse caráter de urgência que agora se impõe ao desejo decorre da proximidade dos 40 anos, o que implica em uma drástica redução da capacidade reprodutiva da mulher. Trata-se de um componente amplificador das pressões internas, fazendo com que Betina desperte para o risco da perda definitiva da capacidade de gerar filhos. Surgem angústias de caráter persecutório (ameaça de fragmentação interna), agora que a possibilidade da não-realização do seu desejo de ter filho torna-se cada vez mais concreta.

Cabe ressaltar que mesmo com toda a biotecnologia disponível, o avanço da idade da mulher representa um obstáculo à obtenção de uma gravidez, uma piora na resposta às medicações estimulantes da ovulação, aumento dos riscos de má-formação fetal e, inclusive, a perda da vitalidade para criar os filhos. Esses dados de realidade certamente intensificam a fomentação das angústias.

BETINA (f16) _ (...) *eu também fiz vários exames com o Dr. Ben. Então assim, já não é muito bom, né? Ficar tipo: “Vamos vasculhar a mulher prá descobrir o defeito que ela tem. O defeito de fábrica, porque algum defeito de fábrica ela*

tem que ter. Porque não tá engravidando. Porque homem nunca tem nada, né? Pediram um exame de espermograma prá ele e deu. O espermograma dele deu bom uma vez, uma única vez, então tá bom. Não precisa repetir, não precisa fazer nada. A mulher não. Tem que virar a mulher do lado do avesso, porque ela tem que ter algum defeito, claro! Então porque que não reviram o homem do avesso também, porque, de repente, encontra outra causa. Às vezes o cara tem tudo de bom, mas não acontece.

BRUNO (f17) _ *Mas se o espermatozóide é bom, ele é apto a gerar um filho, tá feito... Tu táis querendo achar uma coisa que não tem.*

BETINA (f18) _ *É porque a mulher fica sozinha nesse processo. Dói, machuca.*

Nas falas de Betina, dois aspectos nos chamam a atenção. O primeiro deles se refere a como ela se sente e de como vivencia o processo clínico operacional. Antes de procurar os tratamentos, ela já demonstrava estar bastante sensibilizada, seja por não conseguir ter um filho naturalmente, seja pela pressão do avanço da idade. Talvez por esse motivo, os exames representem um acréscimo de sofrimento, pois reforçam suas angústias persecutórias: confirmam que há um defeito em seu corpo a ser encontrado. Betina vivencia os exames e todo o processo do tratamento como uma violência física e psicológica. Talvez se ela conseguisse transferir positivamente esse processo operatório, como algo crucial para curar, ajudar, enfim, a relação com o marido e a equipe médica ficaria mais confiante e fortalecida, isso certamente amenizaria o sofrimento inerente a essa situação.

O segundo aspecto fala das diferenças nesse processo de tratamento contra a esterilidade. Como já mencionamos anteriormente, a mulher sofre mais que o homem, pois, seu desgaste físico e psicológico é maior. Os procedimentos de reprodução humana assistida requerem importantes intervenções nos corpos femininos. Segundo Makuch (2006), a desconfortável rotina de procedimentos (injeções diárias para estimulação e controle da ovulação, ultra-sonografias, medições hormonais, exames de sangue, etc.), e a preocupação com a resposta do organismo ao estímulo medicamentoso, ou seja, se haverá ou não óvulos (qualidade/quantidade) adequados para dar continuidade ao procedimento, intensificam a responsabilidade da mulher na concretização do desejo do casal de ter um filho biológico.

A ausência do marido (pelo menos é assim que Betina percebe) contém outro importante fenômeno psíquico que, em nossa análise, interfere na

concretização da gestação, visto afetar negativamente o estado emocional de sua esposa.

BRUNO (f19) _ *De qualquer maneira, há uma responsabilidade dessa invasão a minha pessoa, ao marido. Então assim: “Eu tô passando por isso tudo e tu táis aí no bem bom”. Dá essa sensação às vezes.*

BRUNO (f20) _ *Como ela falou: “Ah, tu fosse lá, fizesse o espermograma e não pediram mais nada. Prá mim eles querem fazer isso, aquilo, aquilo outro.” Como se prá mim tivesse sido fácil e prá ela bem mais complicado, não é?*

BETINA (f19) _ *Mas foi!!!*

BRUNO (f22) _ *Eu tô falando é que ela me culpa por isso. Por ela tá sofrendo e, (...) por eu não passar por isso.*

A exclusão de Bruno dos procedimentos é considerada por sua esposa como uma vantagem da qual ela parece se ressentir.

Durante os procedimentos de diagnóstico e em quase todo o processo de tratamento de reprodução humana assistida, o papel dos homens quase sempre é o de prestar apoio à sua esposa ou se ocupar de questões de cunho prático. Sua presença é requerida na hora da coleta do sêmem, obtido através de masturbação, em dia e horário pré-fixados. O exame do espermograma e a coleta do sêmem para a realização dos procedimentos de reprodução assistida, para a grande maioria dos homens é algo desconfortável e freqüentemente constrangedor. É comum ocorrer o aumento da ansiedade, pois, se o sêmem não for obtido na hora necessária, pode comprometer todo o processo de tratamento do casal, visto que a mulher também está passando por procedimentos médicos para a obtenção dos óvulos, e o ciclo corre o risco de ser interrompido. A pressão em corresponder a essa exigência pode acarretar, ainda que temporariamente, em episódios de impotência (Makuch, 2006).

Os relatos do casal (B) sobre as diferenças nas intervenções inerentes aos procedimentos de reprodução humana assistida também podem ser compreendidos como representações psíquicas das fantasias originárias, que se manifestam, aqui e agora, no grupo casal. Trata-se do que denominou Kães (1977), do segundo *organizador psíquico grupal*. Remonta às fantasias da cena primária e a resposta ao enigma da diferença anatômica entre os sexos. Betina

parece reviver as angústias de castração, suscitadas pela atual situação de esterilidade, sentindo-se em desvantagem em relação, não só ao seu marido, mas a todos os homens.

BETINA (f20) _ *Eu acho que os médicos falham um pouco. Deviam cobrar estimular a participação dos homens nisso.*

BETINA (f21) _ *Ah, nem que vá junto fazer os exames. Ao menos prá saber o quanto a mulher tá ali sofrendo. E não esperar a mulher chegar em casa e perguntar: "Tá, e daí, o teu dia foi bom?" Não, não foi. Os caras passaram o dia enfiando um monte de coisa dentro de ti, que machucam, doem.*

BETINA (f30) _ (...) *Até os médicos. Eles ficam pesquisando a mulher, pesquisando, e param de pesquisar o homem. Eu não sei. Será que só o espermograma bom é suficiente? Será que não existe outra causa? Eu não sei se foi feito esse tipo de exame, mas eu já ouvi casos de casais que, quando o homem ejacula dentro do corpo da mulher, a mulher tem uma coisa que mata todos os espermatozoides do homem.*

BRUNO (f32) _ *Nós já fizemos. É que o homem é mais simples. (Risos)*

A mesma medicina que cura, também ameaça. Betina transfere seus sentimentos persecutórios, localizando o "mal" nos médicos que também são homens. Não consegue perceber que fazem tudo isso para ajudá-la a ter o filho. Transfere o sentimento negativo no aqui e agora, nesse processo de investigação. Quer que Bruno sinta também, talvez para que ela seja reconhecida na doença e na dor. O maior sofrimento, no entanto, não nos parece ser só o da invasão operatória e sim do psiquismo de Betina, invadido constantemente por idéias fixas.

BETINA (f29) _ (...) *Bruno dizia prá todo mundo: "Não, meu espermograma é ótimo! O médico disse que eu engravidou até se gozar fora." Então dai todo mundo ria. "Ele não tem problema, então o problema é dela."*

BRUNO (f33) _ (...) *No nosso meio é uma coisa bastante comum. Dos meus dez amigos, que eu freqüento, uns cinco ou seis conhecem a Dra. Bela e tiveram filhos através da Dra. Bela. Então começa ser um papo normal, dentro do nosso meio (...) eu digo que se ela cheirar a minha cueca ela engravida. Mas é uma forma de brincadeira e eu trato isso dessa forma, né? Mas a Betina já (...) leva mais pro lado sério, né? (...) Eu já entro no rolo do grupo.*

BETINA (f37) _ *E é muito ruim, né? (...) Todo mundo perguntando, o tempo todo se metendo. (...) Na família, eu tenho duas irmãs e a minha mãe. Achar que alguma coisa tem. Que não pode ser assim. Na casa dele também. A mãe dele, a madrinha dele, o pai dele, a irmã dele: “Não. Tem que ter alguma coisa.”*

BETINA (f40) _ *(...) a irmã dele agora tá grávida novamente. Então é bem chato a gente ficar ouvindo tipo: “Ah eu não posso ficar sem tomar o anticoncepcional, por que eu já engravidado na hora. Tu não consegues?!!” É uma indelicadeza tremenda das pessoas. (...) Assim: “como eu sou boa, como eu sou boa mulher, sou boa mãe, como eu sou perfeita”. Eu acho chato isso.*

Os comentários dos amigos e parentes ressoam no casal. Bruno e Betina demonstram preocupação com suas imagens, e as defesas de que se utilizam contra essa ameaça parecem acentuar o distanciamento entre eles. Bruno tende a amenizar a situação, porém, fica evidente em suas falas o quanto ele também se sente preocupado, perseguido e ameaçado na sua identidade/imagem de homem. Talvez por isso insista em valorizar seus atributos e tenha que se justificar perante os amigos, afastando dele a imagem de incapacitado. Seu narcisismo com qualidade exibicionista e a necessidade de afirmar sua potência reprodutiva, confirmam a nossa análise. Betina parece sentir-se ignorada em seu sofrimento, uma vez que, ao invés de ser continente, o marido a expõe perante todos.

BETINA (f40) _ *(...) Quando eu fiz a minha vídeolaparoscopia (...). Quando eu acordei já tava a família inteira sabendo o diagnóstico (...).*

BETINA (f42) _ *Tudo que a médica falou prá ele, ele falou prá todo mundo. Daí: “Ah, encontraram!!!” Ai, a última frase ele não disse em primeiro lugar. Quem teve que dizer a última frase prá família foi eu, quando começaram a insistir: “Ah, mas tua trompa é assim” (...) Eu tive que insistir várias vezes prá pessoas me escutarem. A médica disse (...) que a trompa é assim, que o ovário é assado, e eu tenho um pouco de Endometriose, **maaaassss**, nada disso impede uma gestação, uma concepção. Nada disso impede uma concepção. Faltou essa frase... Prá mim muito importante.*

BETINA (f48) _ *O Bruno, na época, também entendeu que (...) esses problemas seriam a causa. Ele também teve um problema de infância num testículo, né? (...) Ficou no abdômen. Depois é que fizeram a cirurgia e retiraram. (...) Eu tive que lembrá-lo: “Tu tens um problema no testículo e teu espermograma é normal. Então, quer dizer, tu não tens problema nenhum.” Se a médica tá dizendo que, mesmo com essas falhas que eu tenho, no meio do*

caminho, seria normal engravidar, porque que no meu caso é um problema e no teu não? Ai ele se convenceu um pouco e parou de dizer que a culpa era minha. Porque foi dito assim que eu fiz a “vídeo”, ficou claro prá família que a culpada era eu. Agora fica aquela coisa assim, ninguém fala porque “Tadinha, ela não gosta” (Risos) É chato, é bem chato. Tu vê que as pessoas não tão convencidas e ainda te tiram por meio doida, sabe? (Risos)

Em nossa análise observamos que Alex e Betina sofreram prejuízos à sua economia narcísica, com aumentado sentimento de inferioridade. Ao atribuir defeitos um ao outro, parecem querer justificar sua sensação de fracasso. A situação de esterilidade desencadeia o uso de defesas primitivas para defenderem-se dos sentimentos negativos (culpa rejeição, inferioridade, inveja, etc.). O uso de defesas primitivas pode, num primeiro momento, ajudar o casal (B) a suportar as pressões internas e externas. Porém, enquanto não compreenderem sua realidade e permanecerem nesse nível de funcionamento, as angústias de perseguição e perda continuarão a ser fomentadas, acarretando maiores danos ao vínculo já tão empobrecido e impedindo que se fortaleçam e busquem novas saídas para suprir o seu desejo de ter um filho ou até mesmo de renunciarem a esse sonho.

BETINA (f58) _ (...) É cobrado sim da mulher (...). Que ela tenha filhos, que ela crie os filhos, que ela cuide da casa. (...) eu sinto essa cobrança. Da minha mãe, das minhas tias, da tua família, da parte feminina (...).

BRUNO (f56) _ (...) Eu não me julgo por ser produtivo, por ser reprodutor ou não. A sociedade já evoluiu dessa maneira há muito tempo. Hoje a gente é avaliado pelo conhecimento, pelo caráter. (...) “Ah, porque não é reprodutor, não é uma boa pessoa.” Isso prá mim tá bem claro. E prá ela parece que não.

BRUNO (f104) _ (...) Quando meus familiares ou os familiares dela perguntam como ela está? Se ela tá grávida ou não, não é que queiram dizer: “Ah, tu é boa ou tu é ruim.” (...) Estão preocupados conosco e querendo saber como é que tá a situação. O que tá sendo feito, se a gente tá vendo isso. Eu vejo nesse sentido, não vejo maldade nisso. Eu já vejo o lado positivo.

Além dos aspectos individuais e vinculares que atuam no desejo de procriação, existe a interferência do mandato sócio-cultural. A sociedade outorga um lugar ao casal, assegurando em troca a continuidade de seus valores e ideais através da descendência. O cumprimento desse compromisso outorga pertinência, variável intrínseca à condição humana (Cincunegui,

Kleiner e Woscoboinick, 2004). O casal analisado demonstra desacordos com relação a corresponder ou não a um mandato cultural. Ao menos para Betina, nos parece que a marca do social predomina, dissociando o desejo de ter um filho (marca do relacionamento, do vincular), do desejo de ter uma criança (marca do narcisismo, plano do social).

BRUNO (f64) _ (...) nos dias que ela tava tomando o hormônio, andou atrasando a menstruação (...). E ela fez um teste que deu um valor médio lá que (...) até concluimos que ela teria ficado grávida durante esse período.

BETINA (f62) _ A Dra. Bela é que falou que foi uma gravidez em fase muito inicial, mas ocorreu, né?

BETINA (f64) _ (...) no quarto dia eu fiz o exame de sangue e peguei o resultado à noite. (...) deu resultado inconclusivo. Eu nunca tinha escutado isso.

BETINA (f67) _ (...) quando eu cheguei em casa, eu falei prá ele que eu estava grávida. “Vamos ligar prá todo mundo”, ele já assim (Risos). Como gosto de ser mais na minha, disse: “Não. Vamos esperar. Eu quero ter certeza. Vamos com calma”.

BETINA (f68) _ Ainda bem que eu não deixei ele ligar prá ninguém porque não foi, né?

O casal fala sobre suas primeiras tentativas de tratamento contra a esterilidade. A necessidade de Bruno em anunciar a todos a gravidez de sua esposa, mesmo sem ter certeza, nos leva a pensar que a espera pelo filho não é algo tão tranquilo como ele faz transparecer. No entanto, ainda não fica claro se sua ansiedade é em função do próprio desejo, negado/latente, ou da necessidade de dar satisfação ao meio social e familiar, como forma de aplacar a angústia e sentimentos de inferioridade.

BETINA (f59) _ Depois da “vídeo”, a Dra.Bela achou que, a inseminação, devido a minha idade e tudo...

BRUNO (f62) _ Não adiantaria...

BETINA (f60) _ Era perda de tempo. (...) Só que, em virtude dela ter dito que nada impediria... Que apesar de ser assim, assado, nada impediria a concepção (...) decidimos fazer mesmo assim.

BETINA (f61) _ A diferença de custo em primeiro lugar e em segundo lugar, um método um pouco mais natural, né? Somos católicos.

BRUNO (f63) *_Nós somos católicos e ai tem aquela questão da religião. Porque, queira ou não, o óvulo ali, depois de fecundado, alguns são descartados. No caso dos embriões da fertilização in vitro, né?*

BRUNO (f71) *_ (...) como tomando só o hormônio ela já chegou praticamente a ficar grávida, nós achávamos que se fizéssemos só a inseminação artificial, no qual o esperma é tratado, é preparado lá (...) Nós achamos que tinha uma probabilidade grande de ter sucesso. E ai nós fizemos uma inseminação artificial.*

Após a falha na primeira tentativa com a medicação estimulante e da realização de uma vídeolaparoscopia, o casal parte para outro procedimento, um pouco mais complexo: a inseminação artificial, mesmo contrariando a opinião da médica. Vemos aqui a interferência da religião sobre a escolha do tratamento. Como vimos anteriormente, algumas técnicas reprodutivas podem ser conotadas como desobediência aos dogmas religiosos e a vontade divina.

BRUNO (f76) *_ (...) eu tenho um amigo que é médico. Que ele disse o seguinte, que não existe “não diagnóstico”. Que tem que ter alguma coisa, tem que ter alguma coisa.*

BRUNO (f77) *_ Ele diz que o médico, se pode fazer por quinze mil, ele não vai fazer por cem reais. E que era prá eu pegar todos esses exames nossos e levar prá ele que ele vai dar uma olhada com calma nisso, né? E que, conforme o caso ele tem contato lá com o Hospital de Curitiba, que parece que é um grande Centro de Reprodução, é um dos melhores. Não sei se é ou não. E ai ele disse que se fosse o caso ele nos encaminharia prá essa ajuda. (...)*

BETINA (f81) *_ Eu não boto muita fé porque ele é muito “papudo”. Esse médico. Muito! Ele sempre vai resolver tudo, vai fazer tudo e não resolve nada, não faz nada. Entendeu?*

BRUNO (f84) *_ (...) ele vai me dizendo as coisas: “Ó Bruno, prá engravidar tem vários exames. (...) De repente tu já tá indo lá na outra etapa, fazendo a FIV, e de repente (...) um exame mais simples (...) poderia resolver de uma forma mais barata prá ti.” Mas os médicos não têm interesse nisso. De repente a médica não tem interesse.*

Frustrados e decepcionados com a realidade, o casal passa a experimentar angústias persecutórias. Bruno passa a questionar o diagnóstico e o encaminhamento médico para o caso, apresentando forte desconfiança quanto à exploração financeira por parte das clínicas. Ante o fracasso em sua segunda tentativa, as incertezas começam a rondar o casal, que se vê às

voltas com a possibilidade de ter que realizar um tratamento de maior complexidade: a *fertilização in vitro*. Há uma intensificação da angústia do casal e eles parecem buscar argumentos para não enfrentarem tal situação.

A busca por diferentes diagnósticos, as queixas e desconfianças com relação às atitudes médicas, nos levam a pensar que o casal vivia o pressuposto básico da *dependência* elaborado por Bion (1961/1975), isto é, a convicção que o casal tem de que alguém possa satisfazer todas as suas necessidades e desejos. Betina e Bruno sentiram-se frustrados e inseguros, pois, os dois primeiros especialistas que os atenderam não corresponderam às suas expectativas. Partem em busca de um terceiro profissional (amigo de Bruno), mesmo admitindo não estarem tão confiantes.

BRUNO (f91) _ *Eu tenho um limite e a Betina eu não sei. (...) Porque se não der certo ali, tem que se conformar de uma maneira ou de outra. Sob pena de a gente estar fazendo esse círculo não ter fim nunca. E mesmo, daqui a pouco já não tem mais patrimônio.*

BETINA (f89) _ *Eu já pensei nisso algumas vezes. Mas eu tenho medo de dizer: "Tá, tudo bem, meu limite é esse." E aí a gente faz as três fertilizações e não dá. E aí? Como é que eu vou saber? Como eu vou ficar? E depois? O tamanho da frustração que vai ser? Porque, dependendo do tamanho da minha frustração, eu vendo sim. Vendo apartamento, vivo de aluguel. Vendo cachorro quente na esquina prá ter um filho. (Risos)*

De acordo com Seibel (2006), admitir o fim dos tratamentos constitui um difícil processo de resolução para o casal, e em especial para a mulher. Segundo a autora, é muito freqüente, logo depois de uma tentativa frustrada, as mulheres quererem reiniciar imediatamente outra, apesar de todo o sofrimento, desgaste físico e psíquico, possivelmente porque se sentem mais tranqüilas, visto que estão ao menos tentando, fazendo alguma coisa para resolver seu problema. No intuito de não interromper o tratamento, ante uma limitação financeira, muitas vendem seus bens (casa, carro, etc.), obstinadas em fugir da sensação de vazio interior, na ilusão de que o filho concreto irá preencher este espaço.

BETINA (f79) _ *Meu pai tinha se proposto a pagar. Só que devido à crise no nosso casamento, eu também comecei a me questionar um monte de coisas.*

BETINA (f80) _ *Eu não sei. Volta tudo aquilo, toda aquela situação da época dele não querer. De eu achar que ele não quer e eu quero. De eu me sentir muito sozinha nesse processo e cobrar dele uma situação financeira melhor. Porque a gente acaba cobrando, né? Justamente porque a sociedade cobra que ele seja provedor financeiro e que eu seja provedora de filhos, né? Então eu cobro: já que eu vou prover um filho, ele que prove o dinheiro, né? (Risos) E assim... Cobrei muito dele numa época, que ele melhorasse a situação financeira. Até prá ajudar a ter um filho, até prá poder pagar o tratamento do filho. E aí volta tudo aquilo, toda aquela época..*

A proposta de ajuda financeira por parte de seu pai, aparentemente uma solução, parece ter reforçado a percepção de Betina sobre a falta de envolvimento de Bruno na situação, pois, havia uma expectativa e declarada cobrança, de que ele provesse financeiramente. Pensamos que, no nível simbólico, essa atitude poderia representar para a esposa uma demonstração de atenção, interesse, desejo, enfim, um investimento não só no filho, mas nela própria, no casamento, no vínculo. Além de uma compensação para seu sofrimento físico e psicológico, uma vez que os procedimentos médicos são operados em seu corpo: “já que eu vou prover um filho, ele que prova o dinheiro”.

Além disso, de acordo com Silva (2008), quando uma união se mantém pela perspectiva idealizada da constituição familiar, a partir do momento em que esta se inviabiliza, os problemas que sempre estiveram latentes vêm à tona e passam a ser percebidos como desagradáveis. Os casais, então, passam a se cobrar detalhes, em outros campos da vida a dois, que não eram significantes, entendidos pela autora como transferências de suas incapacidades na ação de seus papéis reprodutivos.

BRUNO (f38) _ (...) *Eu não acho que isso seja um elemento fundamental no relacionamento. Eu não ia deixar de amá-la, ou amá-la mais ou menos porque ela não pode ter filho ou tenha uma dificuldade. (...) isso prá mim não é um elemento muito importante.*

...

BETINA (f52) _ *E assim, eu não entendo também outra coisa que pro Bruno é fácil assim. Ele fala em adoção, fácil. Se ele não quer ter um filho dele próprio, como é que ele quer criar filho de outra pessoa?*

Bruno parece tentar ver a situação de uma forma mais realista, tentando encontrar outros caminhos (adoção) caso eles não consigam ter filhos e reafirmando sua opção pela manutenção do vínculo, independente do que venha a acontecer. Já Betina parece mais resistente à reformulação do projeto vital.

A afirmação de Bruno de que o filho não é fundamental para o relacionamento, parece não surtir efeito em Betina. Para ela, ao contrário, ter um filho biológico parece algo extremamente importante e ela tem dificuldade para compreender porque seu marido não pensa do mesmo modo.

BETINA (f69) _ (...) *em janeiro a gente teve um desentendimento conjugal grave. Foi um prá cada lado.*

BRUNO (f73) _ *Quase nos separamos. E, então, voltamos.*

A separação do casal nos parece uma evidência dos danos que as discordâncias e a permanente frustração representam para a integridade do vínculo conjugal. Para Puget e Berenstein (1993), embora não se possa compreender porque esse tipo de vínculo é mantido, uma possível explicação é que ambos os egos são aqueles que mais podem administrar a frustração e compreender o seu significado, para alcançar uma estabilidade interna, em si e no outro. Como nos lembra Silva (2008), pelo menos, enquanto a relação subsistir, a permanência os faz parceiros, ainda que no infortúnio. Talvez por isso, apesar do mal-estar evidente, eles não tenham conseguido ficar separados por muito tempo.

Sob a perspectiva da *psicanálise das configurações vinculares*, a análise dos fragmentos acima, nos permite observar no casal (B) a tipologia vincular da *gemelaridade tanática* (Puget e Berenstein, 1993). Neste vínculo, predomina o funcionamento narcisista. Para estes casais, o terceiro, tanto o outro ego como algum outro, externo, é um perseguidor. Ante o projeto de ter um filho, a angústia atinge níveis intoleráveis. Quando da concretização de tal projeto, esta proviria mais de um mandato cultural do que uma criação vincular, aumentando sua qualidade persecutória. O que parece aqui se aplicar ao casal analisado. Identificamos na comunicação do casal (B) certo desprezo, com censuras e críticas constantes. Parece que o vínculo se fortalece nas

depreciações. Além disso, nessa tipologia vincular o compartilhar é algo persecutório. Daí talvez a necessidade de corrigir tudo que o outro fala, procurando instaurar uma única versão de certos acontecimentos. O casal tende a escutar somente para destruir ou desqualificar.

Observações da Psicóloga

O clima emocional do casal era tenso, com hostilidade constante, condizente com a modalidade vincular descrita acima: *gemelaridade tanática*. De acordo com Puget e Berenstein (1993), trata-se de um vínculo impenetrável, fundido como se fosse um enamoramento em negativo, gerando mal-estar no terceiro, que só tem espaço como um expectador do negativo. A sensação de impotência me acompanhou durante a entrevista. Ao fazer uma colocação ou intervenção, não pareciam escutar ou levar em consideração. Grande parte das falas não era concluída, como se o casal não pudesse tolerar a contribuição de outra pessoa. Assim era também entre eles.

Esses sentimentos despertados nos fizeram reconhecer a configuração contratransferencial *do tribunal* referida por Puget e Berenstein (1993), onde, no nosso caso, o entrevistador é instalado no lugar de juiz e cada entrevistado é o defensor de si mesmo. “O litígio será proposto em torno de opostos: bom-mau, verdade-mentira, teus pais-meus pais, etc.” (p.134). Essa configuração se apóia na tentativa de dirimir desacordos, decorrendo do reconhecimento da incapacidade de se fazer entender pelo outro. A ferida narcísica que a perda da ilusão de fusão acarreta, poderia curar-se, se um “juiz” obrigasse um dos integrantes a aderir a um código de significados único.

CASAL (C)

PSICÓLOGA (P) (f1) _ *Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?*

EVA (f1) – *Eu sempre tive vontade de ter filho e o Fábio também. (...) desde o primeiro beijo, a gente já falava em ter filho. Muito antes de pensar em casar a gente já queria (...). Em 2001 é que a gente começou a tentar (...), né amor?*

...

EVA (f3) _ *A gente falou: “Se vir ótimo!” Nós dois queríamos. Daí é que a gente começou a ver que não era tão fácil assim. (...) Em 2003 a gente fez a primeira vídeolaparoscopia, com Dra. Glória. Na primeira “vídeo” tinha um pouco de Endometriose no útero, nas trompas, e a médica cauterizou. (...) a gente começou a tentar de novo. Daí não deu, não deu, não deu... Em 2005 a gente fez (...) outra “vídeo”, com o Dr. Henrique, em maio ou coisa assim. Daí ele falou que tinha focos ainda, mas não tantos...*

O casal inicia a entrevista manifestando seu desejo de ter um filho. Assim que são informados sobre suas dificuldades, Eva e Fábio tomam medidas práticas, buscando viabilizar os meios para a realização do seu desejo. Nesse primeiro momento, observamos que o casal agiu pelo *princípio da realidade*⁴, realizando todos os exames e procedimentos necessários.

EVA (f8) _ *(...) Fiz a histerossalpingografia. (...) Até me falaram que tem muita gente que engravida depois desse exame. (...) Mas nunca aconteceu, né? (Risos) A gente já ouviu vários casos. Apesar de nunca acontecer, a gente sempre teve esperança. Até hoje a gente tem, né? Se atrasa um dia ou dois, a gente: “ Ah, será que foi dessa vez?”*

FÁBIO (f5) _ *A gente, e o médico, achava que ia dá prá engravidar naturalmente.*

Os exames realizados geraram a expectativa de uma gravidez natural. Isso se justifica, em parte, por que tanto a vídeolaparoscopia quanto a histerossalpingografia são exames que além de possibilitarem o diagnóstico dos problemas de infertilidade feminina (endometriose, cistos, miomas, aderências, obstruções tubárias, etc.), permitem, muitas vezes, que os mesmos

4. Forma par com o princípio de prazer e modifica-o, na medida em que consegue impor-se como princípio regulador, a procura de satisfação já não se efetua pelos caminhos mais curtos, mas faz desvios e adia o seu resultado em função das condições impostas pelo mundo exterior (La Planche e Pontalis, p. 364, 1982/2001).

sejam tratados simultaneamente (Passos, 2007), o que parece ter acontecido no caso de Eva. Após esses exames e os cuidados terapêuticos, é comum a ocorrência de uma gravidez espontânea (Caetano, Marinho e Moraes, 2000).

A melhora na condição reprodutiva, no entanto, parece ter fomentado no grupo casal o estado mental da *Ilusão* (Anzieu, 1967/1993), onde, como num sonho, a realidade fica suspensa e o investimento libidinal é voltado para a realização imediata do desejo: ter um filho. Mesmo algum tempo após a realização dos exames, Fábio e Eva ainda mantêm a esperança de que uma gravidez natural possa ocorrer. Neste segundo momento, o casal parece ter vivenciando o pressuposto básico do *acasalamento* (Bion, 1961/1975), cuja peculiaridade revela-se na *esperança messiânica* de que um fato futuro irá resolver sua situação de esterilidade e lhes dar o filho tão esperado. Sustentam essa fantasia/ilusão argumentando que o médico também acreditava numa gravidez natural e que havia casos, dos quais ouviram falar, que confirmariam essa possibilidade.

EVA (f7) _ (...) *Em 2005 a gente viajou. Foi morar fora. Ficamos quase um ano fora. Lá a gente até brigou, se desentendeu. Eu não queria filhos, ele queria. Depois eu queria e ele que não queria. A gente ficou um ano, só os dois, sem falar em filho, sem querer...*

FÁBIO (6) _ *Mas tentando... Exercitando.* (Risos)

EVA (f8) _ (...) *No ano passado é que a gente resolveu. (...) Porque, querendo ou não, sempre tem aquela pressãozinha, né? A família, os amigos: "E aí? Quando vocês vão ter filho?"*

A não realização do desejo de ter um filho da maneira como esperavam traz a desilusão. Fábio e Eva têm que lidar com a decepção e os sentimentos de perda. A decisão de morar fora do país, os desentendimentos quanto a ter ou não o filho, revelam a necessidade do casal em se afastar, "dar um tempo" e assim, minimizar a angústia que a esterilidade provoca.

O retorno ao Brasil e a proximidade da família e amigos, parecem ter favorecido o resgate do projeto parental, adiado involuntariamente. Novamente o casal parte em busca de soluções para sua dificuldade, desta vez recorrendo às técnicas reprodutivas de maior complexidade.

FÁBIO (f10) _ *A gente fez duas fertilizações com uma médica daqui da cidade, a Dra. Glória. (...)*

...

EVA (f13) _ *Na primeira vez Fábio não queria... Tinha quatro embriões bons, né?*

...

EVA (f14) _ *Ele queria dois, a princípio. Eu conversei isso lá na mesa de cirurgia, na hora do cateter (implantação dos embriões), eu falei: “Não. Três, três, três”. Aí foi três.*

FÁBIO (f12) _ *Eu acho o seguinte, botar mais do que três embriões é um risco grande prá mulher. Não é: “Ah, eu quero ter filho...” É muito egoísmo meu: “Bota três aí! Quero nem saber.” “Bota seis.” Imagina dar os seis? Aí morre a mulher e fico eu com seis filhos. Eu não quero! (Risos). Então é complicado.*

...

FÁBIO (f16) _ *A gente fez a primeira com três embriões e a segunda com um.*

EVA (f18) _ *É foi bem seguida. Depois eu queria fazer de qualquer jeito. Não foi difícil convencer o Fábio porque parecia um vício. Não um vício, mas uma vontade incontrolável de fazer outra: “Não, vai dar, vai dar” (Risos). E foi bem em seguida, né? Foi Setembro e Dezembro.*

O casal relata como vivenciou os tratamentos de reprodução humana assistida a que se submeteram. Vemos as importantes e complexas decisões que Fábio e Eva têm que tomar nesse processo de tratamento contra a esterilidade e o sofrimento psíquico inerente. Ante o pragmatismo da biomedicina, o casal se vê às voltas com suas fantasias e angústias que não podem ser acolhidas. Fábio mostra-se mais cauteloso e preocupado com as conseqüências dos tratamentos, mas os apelos da esposa parecem suplantar suas questões subjetivas.

Como já abordamos anteriormente, na análise do casal (B), estabelecer limites ou mesmo admitir o fim dos tratamentos é algo muito difícil para os casais, e especialmente para as mulheres, levando a uma busca incessante por novas tentativas a cada falha. O sofrimento, o desgaste físico e psíquico, não as impede de fazer tudo novamente, pois, isso parece ser melhor do que não fazer nada e ver o tempo corroer suas chances de ter um filho. Desse modo, minimizam sua angústia.

Sobre essa questão, Modelli e Levy (2006), argumentam que a demanda às vezes pode estar servindo para desviar do desejo. Nesse sentido, o querer ocupa o lugar de necessidade imperativa, transformando-se em algo que extrapola o desejo e subverte a castração, caracterizando uma busca, que por mais que se mostre impossibilitada, mais parece ser desejada. Transforma-se, como diz Eva, num verdadeiro “vício”.

FÁBIO (f22) _ (...) *a Dra. Glória falou que era prá botar um, nessa última vez. Ela deixou prá gente escolher. A gente escolheu: “Vamos botar.” Claro, a gente queria, né?*

EVA (f24) _ *É. Esse vai dar! É ele...*

FÁBIO (f23) _ *E ia dar mesmo. Um só, né? Vai dar um. É o que a gente quer: um. Não quer mais de um.*

O casal parece ter reunido todas as suas esperanças em torno dos tratamentos. Esse otimismo, por vezes irreal, é comum aos casais na fase que antecede à implantação dos embriões. Serger-Jacob (2006) denomina “pequeno-viver” a esse período de acentuada felicidade do casal frente à possibilidade da gravidez se concretizar, ocorrendo um decréscimo durante a espera pelos resultados.

EVA (f21) _ (...) *Você muda toda a tua vida, mas na verdade a vida não muda, né? Porque não deu certo. Mas você mudou.*

FÁBIO (f23) _ (...) *A gente fica bem ansioso, aguardando, numa expectativa muito grande.*

FÁBIO (f24) _ *Só que no final é uma decepção. Uma decepção bem grande.*

EVA (f26) _ (...) *Na primeira vez a menstruação veio antes do exame. (...) Na segunda vez, não vinha, não vinha, não vinha. A gente ficou com mais esperança. Atrasou quase dez dias. Eu fiz duas vezes o exame (...) deu negativo. No fim era a medicação que eu tava tomando e que tava alterando, tava segurando.*

O fracasso nas tentativas de tratamento provocou frustração e decepção no casal. Uma vez mais, a esperança de finalmente obter a gravidez tão desejada não se concretizou. Fábio e Eva se dão conta de que a realização de seu desejo não depende só deles. Não podem controlar os resultados. A

medicina dispõe dos meios, mas não existem garantias. As fantasias onipotentes são confrontadas com as limitações próprias à condição humana.

EVA (f27) _ *Eu digo assim que, quando a pessoa tem um problema é mais fácil. Quando se sabe: "Ah, o homem tem esse problema." Ai resolve né? Agora a mulher... A gente tenta achar aonde tá o problema, até achar, é mais complicado.*

EVA (f28) _ *Todo mundo pergunta: "Mas o que é que tem?"*

FÁBIO (f25) _ *"Não, não tem nada." "Ah, tem varicocele, endometriose, baixa contagem de espermatozoides..." "Ah, ela tem isso, ele tem isso. Vamos tentar o dela, vamos tentar o dele... Quem sabe vai dar certo"*

EVA (f29) _ *Mas se não tem nada, vai tentar o quê?*

FÁBIO (f26) _ *Vai tentar o quê? Não sabe o que tratar, não sabe o que fazer?*

A falta de um diagnóstico preciso, ou seja, a esterilidade sem causa aparente (ESCA) dificulta ainda mais a elaboração dessa situação, pois, não há uma explicação da medicina para as falhas nos procedimentos. Sentimentos de impotência parecem invadir o casal. Essa questão nos remete ao que diz Serger-Jacob (2006) sobre o alívio que representa o diagnóstico de um fator de esterilidade, identificado pelos médicos. A ansiedade, a sensação de culpa e a angústia que são geradas nesse processo fazem com que muitos prefiram carregar o estigma de uma doença física do que não ter uma causa aparente. Pensamos que a ausência de um fator orgânico intensifique a sensação de impotência, pois, como conclui Gasparini (2006), "ao retirar esse componente, o sofrimento psíquico, que não consegue ser deslocado para o corpo, se destaca." (p.124). No entanto, Modelli e Levy (2006) alertam que, mesmo após uma grande rotina de exames e tratamentos em busca de um resultado que justifique a dificuldade para engravidar, pode ser possível que se encontre uma resposta, mas esta não é certeza de que haverá um tratamento que garanta a gravidez.

FÁBIO (f7) _ *A Eva se preocupa muito porque ela acha que tá velha. Ela acha que trinta anos já é velha prá ter filho. Mas na verdade não é, né?*

EVA (f9) _ *Não é que eu acho! É que também... A Dra. Glória, falou na tua frente, que daqui prá frente... E agora, nesse médico que eu fui também...*

Falou que o útero já não era excelente. Tem um ovário meu que não produz bons óvulos, mesmo com a medicação. Na segunda fertilização in vitro a medicação foi dobrada. E mesmo assim deu um embrião só.

FÁBIO (f8) _ *Um óvulo!*

EVA (f10) _ *É. Um óvulo só. Então, na segunda foi bem ruim. E eu tenho sentido cólicas, de dois meses prá cá (...) no meio do ciclo. Eu fiquei preocupada. (...) Tomei até antiinflamatório. (...) E daí que eu procurei esse outro médico, no começo do mês em Curitiba. Ele tinha me examinado há quatro anos, antes de eu ir para a Dra. Glória. Ele é um médico amigo da família e já tinha feito na época um desenhinho do meu útero. Ele examinou de novo e fez uma comparação e disse assim que meu útero estava se comprometendo cada vez mais. E que por questões imunológicas ou até de... Como é que se diz? Hereditárias, o útero tá perdendo a melhor fase dele. E ele mesmo disse: "Ó, se quiser tentar a hora é agora."*

...

EVA (f52) _ *Na verdade a gente não tava pensando... Fábio, principalmente, não queria nem ouvir falar. Eu também não queria. (...) teve um dia que eu passei mal na rua. Tive um pequeno desmaio. (...) Eu fiquei um pouco preocupada. (...) E com o diagnóstico dele, de que meu útero estava se comprometendo, que tem uma mancha... Ele me explicou tudo e me convenceu a fazer outra fertilização.*

EVA (f53) _ (...) *A minha mãe foi na consulta e também ficou assustada porque o médico disse (...) que era prá fazer fertilização o quanto antes. Mais por uma questão de tratamento do que de ter filho.*

A saúde reprodutiva de Eva está se complicando e o diagnóstico médico estabelece uma condição de urgência, que parece sobrepôr-se ao desejo do casal. O resultado da estimulação (má resposta) é um indício de que a capacidade reprodutiva de Eva está declinando com o passar do tempo. Além disso, durante o processo de diagnóstico, outros problemas começaram a aparecer (mancha no útero, questões relacionadas à imunidade e hereditariedade). A esposa agora tem problemas de saúde reais e mostra sua preocupação e ansiedade, pois, a ameaça de não realizar o desejo de ter um filho torna-se cada vez mais concreta. O casal tem que tomar decisões sob forte pressão: do tempo, do médico, dos problemas de saúde, etc.. Instala-se o conflito entre o tempo e os problemas orgânicos e, do outro lado, o desejo. Ao procurar o médico da família, nos parece que a esposa tenta minimizar os

sentimentos de desconfiança em relação à ciência, uma vez que ela e o marido já estavam desgastados pelos resultados dos tratamentos anteriores.

FÁBIO (f10) _ (...) *eu tô tranqüilo. Eu quero muito ter um filho, coisa e tal, mas se não vier, tudo bem. Eu sei que a gente vai poder ter mais tarde. Agora a Eva não. Mexe muito com o psicológico dela. (...) Eu acho que não é prá gente se desesperar prá procurar isso aí. Ficar fazendo mil vezes, não. Daqui a pouco a gente faz outra vez (FIV), ou vamos tentando normalmente. (...) eu acho que mesmo se não vier, a gente tem tempo ainda prá ter. Agora a Eva fica muito abalada no psicológico.*

FÁBIO (f47) _ *Eu tô mais assim, é... Tô querendo fazer de novo por causa da Eva. Ela quer e eu acho assim, que se é por questão de saúde, da saúde dela, eu acho importante. Não vou deixar ela na mão e dizer: “Não, meu espermatozóide eu não dou.” (Risos)*

FÁBIO (f55) _ *Mas eu sinto que ela tá mais preocupada em nunca poder ter filho.*

Fábio percebe o sofrimento da esposa. Tenta mostrar confiança e tranqüilidade, o que nos parece uma forma de preservar o vínculo amoroso. Percebemos o quanto ele é acolhedor e continente, mostrando capacidade de suportar as angústias da esposa. Apesar das evidências contrárias, o marido insiste em sustentar a ilusão de que poderão ter um filho mais tarde. A racionalização surge como defesa psíquica para abrandar a angústia.

EVA (f56) _ *Eu acho que ele não acredita mais no processo.*

FÁBIO (f49) _ *É... Talvez não seja por aí.*

EVA (f57) _ *Eu falei prá ele que se ele não acreditar é pior.*

FÁBIO (f50) _ (...) *A questão é o desgaste psicológico, físico, tais entendendo? Tomar hormônio... Mais psicológico...*

FÁBIO (f53) _ (...) *Não é a questão financeira. (...) A gente tem condições de fazer outra, e mais uma, e mais uma. Só que eu acho que vai ser... Coisas jogadas fora.*

FÁBIO (f54) _ *Vai gastar mais de 20 mil? Vamos pegar os 20 mil e vamos fazer uma viagem prá espairer, curtir, esquecer. Talvez ajude, não sei...*

A resistência de Fábio a uma nova tentativa revela o quanto a experiência dos tratamentos anteriores o afetou negativamente, e ainda não parece ter sido suficientemente elaborada. Fábio perdeu as esperanças nos processos de tratamento contra esterilidade e dá ênfase ao sofrimento psíquico e físico que o casal passou durante os mesmos.

Nas falas a seguir, alguns aspectos do vínculo estabelecido entre o casal e os médicos que os atenderam, vêm à tona.

FÁBIO (f10) _ (...) *Nós dois somos leigos no assunto e a Dra. Glória deixou na nossa mão prá decidir: “Faz a fertilização com um só ou não?” Como é que uma pessoa que não sabe nada de fertilização vai decidir se faz com um ou não? Outros médicos com que a gente conversou, eles falaram que de maneira nenhuma, com o histórico da Eva eles fariam com um óvulo só. Porque é jogar o procedimento fora. (...) a Dra. Glória devia ser enfática em dizer assim: “Eu não vou fazer isso. Eu vou guardar esse óvulo. Vou congelar durante um mês. Mês que vem vocês fazem de novo. Se der mais um, daí a gente bota dois.”*

O discurso do casal denota dúvidas e desconfianças no vínculo com a médica. O casal não possui o conhecimento técnico-científico para tomar as decisões necessárias e atribuem à médica tal responsabilidade.

FÁBIO (f58) _ (...) *Ela não é imparcial. (...) Eu até entendo o lado dela ser otimista e passar o otimismo dela para as pessoas, mas tá errado. Tá errado porque ela cria falsa esperança e as pessoas têm uma decepção muito grande.*
...

FÁBIO (f59) _ *A decepção é maior do que a esperança. Quando vem a decepção é muito maior. (...) A esperança te dá uma reavivada: “Agora vai dar, né?” Ela bota isso na nossa cabeça: (...) “O embrião agora tá ‘A+++’, com estrelinhas” (...) São palavras que vão botando na nossa cabeça prá gente se sentir bem. Só que depois disso vem o se sentir mal, muito pior.*

FÁBIO (f60) _ (...) *Daí terminou e ela falou assim: “Da próxima vai dar.” Ai eu falei assim prá ela: “A próxima não vai ter.”*

Fábio sente-se desiludido pela médica que, segundo ele, alimentou suas esperanças. Seu discurso nos remete ao pressuposto básico da *luta-fuga* descrito por Bion (1961/1975). As falhas ocorridas nos tratamentos reprodutivos fazem com que o casal vivencie angústias do tipo persecutório.

Observamos a convicção de Fábio em afirmar que existe um inimigo externo (projetado na figura da médica), do qual o casal deve se defender.

FÁBIO (f10) _ (...) *eu acho errado o jeito que os médico tratam (...) eles ficam vendendo o sonho dizendo que “agora vai dar, agora vai dar”, mas o que eles querem mesmo é fazer o procedimento e ganhar o dinheiro. Essa que é a verdade.*

...

FÁBIO (f57) _ *Por exemplo, esse último, que apesar de ser amigo da família e tudo, ele falou: “Se tu queres engravidar, tem que ser agora, tem que ser agora.” Então, todo médico que tu vai, tem que ser agora. Porque agora? É a hora que eles querem ganhar o dinheiro.*

...

FÁBIO (f60) _ *No método deles tá faltando uma orientação psicológica. Prá eles, os médicos. (...) A gente poderia ter feito essas duas e mais duas até. Se eles tivessem falado comigo diferente (...) talvez eu estivesse fazendo a quarta ou quinta vez agora.*

Fábio mantém sua argumentação, agora enfatizando a falta de preparo psicológico das equipes médicas e considerando ser este um fator determinante para a continuidade dos tratamentos. Serger-Jacob (2006) nos fala da ambigüidade sobre a responsabilidade pela gravidez que permeia a relação médico-paciente, gerando relações transferenciais e contratransferenciais que modificam a estrutura do relacionamento e podem dificultar o atendimento. Segundo a autora, atribuir ao médico propriedades onipotentes ou transferir negativamente sentimentos de desconfiança e irritação, certamente afetará a condução do caso. Do mesmo modo, a transferência positiva pode promover uma maior colaboração da paciente (mulher) e do casal.

FÁBIO (f61) _ *Partindo do ponto da ciência (...) é físico. Pegou, juntou o espermatozóide com o óvulo, ok! Não tem problema psicológico. O psicológico que eu digo é na decepção de não ter dado certo.*

EVA (f61) _ *O corpo reage da forma que você sente. Ninguém tem a “cola”. A “cola” eu acho que é o psicológico.*

FÁBIO (f62) _ *Eu até acredito que o psicológico não afete assim, por exemplo, ia dar certo se tu não tivesses nessa pressão psicológica. Isso eu não acredito. Eu acredito na ciência. Agora, a decepção de não ter dado certo, por um fato*

científico, normal, natural, que não tem nada a ver com o psicológico... É essa decepção que traz uma carga psicológica muito grande pra pessoa.

As falas do casal revelam a importância de se levar em consideração os aspectos emocionais antes, durante e depois dos tratamentos, pois isto certamente contribuiria para o enfrentamento da situação da esterilidade e seus tratamentos.

Os tratamentos contra a esterilidade trouxeram algumas importantes repercussões para a *cotidianidade, sexualidade e projeto vital compartilhado*, parâmetros estes considerados por Puget e Berenstein (1993), definidores do *vínculo matrimonial*.

EVA (f22) _ *Ah, tu não dorme. Dorme "encucado". O Fábio me lembrava das medicações...*

FÁBIO (f21) _ *Na empolgação! Tudo certinho, direitinho.*

EVA (f23) _ *Era oito horas a injeção? Oito horas tinha que tá em casa.*

...

EVA (f26) _ *Na segunda vez eu tive mais cuidado nessa fase da implantação. O Fábio não queria nem que eu levantasse da cama. Ele me levava no colo. Foram mais cuidados.*

Desde o diagnóstico até os tratamentos houve grande empenho e envolvimento do casal. As alterações no dia-a-dia do casal, nos hábitos e horários, mostram que ambos estavam bastante envolvidos nessa busca por um filho, confirmando tratar-se de um *projeto vital compartilhado* (Puget e Berenstein, 1993). Quando Fábio leva a esposa no colo, sustenta simbolicamente a fantasia do filho. Ele participa naquilo que pode, e vive intensamente cada etapa.

EVA (f49) _ *O desejo sexual diminui. Na época da fertilização é meio chato, né? (...). Às vezes pode, outras não pode (...). Eu falava pra ele: "Agora é pra fazer filho, não fazer amor." "Agora pode, é hoje". (...) E depois da fertilização também. Não sei se foi por causa da medicação, deu uma secura vaginal. Eu sentia muita dor na relação sexual (...). Daí atrapalhou durante, atrapalhou depois. Agora é que tá melhorando esse lance da dor, por causa da secura, disso, daquilo. Do estresse, inclusive...*

...

EVA (f50) _ *É. Teve uma época que eu falava: “Vamos fazer amor que depois eu não levanto mais.” Você começa a botar um monte de regras prá fazer.*

FÁBIO (f46) _ *Acabou de fazer amor, tem que botar ela de cabeça prá baixo.*
(Risos)

EVA (f51) _ *Por um travesseirinho.* (Risos) *E chá. Eu já fiz até cirurgia espírita, lá no Centro Espírita... (...) Só que a gente viajou logo na seqüência e tinha que tomar (...) aquela “aguinha” que eles fazem. E eu não tomei (...). Daí eu já acho que pode ter isso que não deu, porque eu não tomei até o fim. A gente tentou isso também...*

O enfrentamento da situação da esterilidade e os tratamentos realizados acarretaram perdas à espontaneidade sexual, corroborando o que diz Silva (2008) sobre os danos ao relacionamento sexual após meses de expectativas quanto à gravidez. O clima erótico, o aconchego e o prazer, dão lugar a objetividade, imediatismo, tornando a relação sexual diretamente vinculada à penetração e ejaculação, focada exclusivamente na fertilidade.

Percebemos nas falas do casal uma tendência a amenizar os danos à sexualidade. Fábio e Eva ironizam e desviam rapidamente do assunto, como se quisessem evitar o acréscimo de angústias a essa etapa dos tratamentos já tão delicada. Serger-Jacob (2006), refere que as dificuldades sexuais e conflitos no relacionamento conjugal que possam aparecer, principalmente quando diante de inúmeros fracassos ou ao final das tentativas, são encarados como algo natural e inerente à situação de enfrentamento da esterilidade. Ladvocat (1996), no entanto, ressalta que o prazer do sexo acaba sendo afetado pela dor e o vazio, uma vez que sexualidade, gravidez e infertilidade tornam-se uma coisa só.

Quanto ao *projeto vital compartilhado*, este nos parece ser o parâmetro mais afetado em todo esse processo de enfrentamento da esterilidade. Entretanto, é o que mais revela a capacidade de transformação e enriquecimento do vínculo matrimonial do casal em questão.

FÁBIO (f10) _ (...) *Agora a gente comprou nosso negócio. Estamos pensando em outras coisas. A cabeça está em outro mundo. Talvez agora venha.*

...

FÁBIO (f32) _ *Teve uma amiga nossa que ofereceu a “barriga de aluguel”.*
(útero de substituição)

EVA (f36) _ *Minha irmã... Maluca! (Risos)*

FÁBIO (f33) _ *E é uma saída realmente. Esse problema dela de útero (...) É uma saída, ué! Fazer a fertilização in vitro e botar no útero da outra.*

...

FÁBIO (f68) _ *De repente a gente pega ai uma barriga de aluguel. Cheio de amiga se oferecendo... (tom provocativo)*

EVA (f70) _ *Não é assim também. (Risos)*

Segundo 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. O casal requer um enquadramento, uma dada estabilidade para poder suportar a concretização do projeto, a crise e a renovação e reformulação de um novo.

No casal analisado, o projeto do filho biológico parece ir perdendo apoio libidinal e tentam se reorganizar em torno de outros projetos: negócio próprio, adoção, “barriga de aluguel”, sugerindo a possibilidade de renovação dos projetos compartilhados. A dificuldade de abrir mão do filho biológico, não anula ou impede que o casal siga em frente em sua vida. Há uma possibilidade de maior complexidade e conseqüente enriquecimento do vínculo.

EVA (f31) _ *A gente já falou sobre adoção. A gente conversa. Tem hora que a gente começa a falar mais. (...) O Fábio queria até mais do que eu no começo, mas não quer agora.*

FÁBIO (f27) _ *(...) A gente sempre pensou em adotar, se não desse. Até porque eu sempre achei que depois de adotar a gente ia acabar tendo filho.*

EVA (f32) _ *Eu já falava que não queria adotar por causa disso.*

FÁBIO (f28) _ *Daí ela: “Não, não! Eu quero ter o meu, eu quero é ter o meu.” Ela decidiu e daí eu concordei, porque ela quis fazer as duas fertilizações. (...) Depois disso a gente acabou comprando nosso negócio, que é outro problema na nossa vida. É outra situação que fez a gente mudar o nosso foco, né? A idéia de ter filho por um negócio. (...) Então, é bom né? Porque sai um pouco da cabeça. (...) a Eva veio querendo entrar com a documentação prá adotar. Daí eu falei que não era o momento, eu acho. (...) antes eu queria e ela preferiu*

fazer outra coisa (FIV). E a gente fez. Gastou um monte de dinheiro, gastou tempo, emoção, tudo. (...) Daí eu decidi, eu desisti.

...

FÁBIO (f29) _ *Tem o irmão de um amigo meu que tava tentando também a fertilização in vitro e ele decidiu adotar. Em três, quatro meses ele tava com o filho na mão.*

...

FÁBIO (f31) _ (...) *Diz que a criança é bem parecida com eles.*

A adoção, embora considerada como uma possibilidade de realização do projeto parental, ao menos para Fábio, está vinculada à fantasia de que o filho adotivo poderia liberar a vinda do filho biológico. Fábio parece querer resolver logo a situação, minimizando a complexidade das alternativas para a resolução dos problemas do casal (adoção/cessão temporária de útero). Eva, por sua vez, parece hesitante em relação a essa possibilidade de adoção, possivelmente porque não se trata neste momento de uma opção e sim uma forma de compensação para a esterilidade.

Cabe aqui uma reflexão sobre as motivações psíquicas para a adoção, especialmente naqueles casais que já passaram pelos tratamentos contra esterilidade. Zibini e Vasconcelos (2006) nos falam que algumas pessoas vêm na adoção a possibilidade de evitar o contato com a dor provocada pela constatação de sua esterilidade. Na tentativa de apagarem o estigma da esterilidade, muitos casais optam pela adoção. A não elaboração do luto, provocado pela esterilidade, no entanto, pode transformar a criança adotada no filho do fracasso, simbolizando simultaneamente a possibilidade e a impossibilidade de se tornarem pais. Sendo assim, alertam as autoras, a adoção não pode ser pautada na resolução de uma história de insucessos. Ela não apaga a marca da esterilidade, muito ao contrário, é a sua prova viva. Desse modo, os lutos não elaborados poderão interferir negativamente na relação que será estabelecida com o filho adotivo.

FÁBIO (f43) _ (...) *não sou desesperado prá ter filho. Sei que requer vários cuidados e priva de várias coisas. Então, como a gente gosta muito de viajar, a gente provavelmente ia se privar muito disso, então...*

EVA (f47) _ *É! Porque a gente tem uma vida ótima...*

FÁBIO (f44) _ *Eu não vejo assim, um lado ruim, péssimo de não ter filho. Tipo assim, ah, frustração total... A gente faz um monte de coisas que com o filho não daria.*

...

EVA (f64) _ *Às vezes eu até penso se faço questão de ter filho. A gente é tão feliz sem. Será que a gente quer mesmo ter filho? Muitas vezes a gente até se questiona, né?*

EVA (f65) _ *Isso fica na cabeça da gente: "Cadê a insatisfação, cadê? Faz falta?" É estranho isso...*

FÁBIO (f64) _ *Eu pessoalmente já falei que eu quero muito ter filho também por uma questão cultural, de família, coisa e tal.*

FÁBIO (f65) _ *Mas eu sei que vai ser complicado por que a gente vai se privar de muita coisa. Talvez depois a gente até se arrependa. (Risos)*

Para aliviar o sofrimento, o casal parece querer diminuir a importância/relevância do filho em suas vidas, o que analisamos tratar-se de um esforço para preservar a integridade do vínculo conjugal. Nesse sentido, a aparente ambivalência constitui-se como uma alternativa para elaborar essa situação da dor que a falta do filho impõe ao casal. Assim, Fábio e Eva não ficam expostos, o tempo todo, ao sofrimento e frustração (luto), ou somente na esperança (ilusão).

EVA (f66) _ *Mas é porque a gente gosta também. A gente se dá bem com os filhos dos nossos amigos. Eles gostam da gente. A gente gosta deles...*

EVA (f67) _ *Todo mundo diz que pesa tal, mas eu tenho na minha mente... Eu falo prá ele que eu não vou deixar de fazer nada do que a gente faz. O máximo que vai acontecer é que a gente vai gastar mais passagem, porque a gente vai levar nosso filho prá onde a gente for. (...) A gente prefere pensar que vai ser assim, e só na hora mesmo é que a gente vai saber.*

EVA (f68) _ *Ah, eu procuro pensar que a gente vai ter filho. Eu imagino sempre com o filho.*

FÁBIO (f67) _ *Se a gente não tiver a gente vai adotar. Daqui uns cinco anos, talvez.*

EVA (f69) _ *(...) A gente quer ter um filho. O método que vem não importa. De repente não importa nem tanto quando, mas que a gente vai ter, a gente vai.*

Imediatamente após os “desabafos” de Fábio, das falas do casal minimizando a importância do filho ou que o filho pode atrapalhar sua rotina, tentam resgatar o projeto original novamente e voltam a pensar no futuro com filhos.

Vemos que o casal vive momentos distintos nessa vivência da esterilidade e os tratamentos de reprodução assistida. Suas falas oscilam entre tristeza, revolta e desânimo, e, por outro lado, esperança, manifestada nas tentativas de não deixar o projeto do filho se perder totalmente.

Além das repercussões para o vínculo conjugal, o casal comenta como o ficou o relacionamento com a família e a rede social.

EVA (f37) _ *Depois dessa última fertilização, ninguém mais tocou no assunto.*

...

EVA (f38) _ (...) *A gente foi dos amigos, o primeiro casal a casar. Tem gente que até hoje agradece porque muitos casaram porque a gente casou. E daí, como consequência, vêm os filhos né? Então, querendo ou não, todo mundo pergunta: “E vocês?” Daí todo mundo começou a engravidar. Quem casou depois ou que nem casou ainda. E durante o processo, embora a gente não quisesse comentar com ninguém, a gente acabava falando prá todo mundo. Quem não sabia soube.*

FÁBIO (f37) _ *Dos irmãos dela, a gente foi o primeiro da decidir ter filhos. E a gente ainda avisou: “Ó, vamos ter filho”. Anunciamos. Daí a gente demorou e a irmã dela “pá”! Fez o filho antes.*

FÁBIO (f38) _ *Daí o irmão dela, que também é mais velho, planejou direitinho, daí teve também. Então, a gente acabou ficando pra trás, né? (Risos)*

FÁBIO (f39) _ *Acho que, como a gente chegou nesse ponto de ter que fazer a fertilização, as pessoas...*

EVA (f44) _ *Elas vêem que é mais delicado, né?*

FÁBIO (f40) _ *Não tocam muito no assunto, assim, tipo cobrando, não.*

EVA (f45) _ *Claro que sempre tem aquilo: “Vocês não vão fazer filho prá brincar com meus filhos?” Meus cunhados brincam assim.*

EVA (f46) _ *Principalmente os avós, nunca fizeram muita questão não. Os avós?! (Risos). Os futuros avós, né?*

FÁBIO (f42) _ (...) *Já me deparei várias vezes... Com amigos que não são tão próximos, tão chegados e que não estão sabendo que a gente fez fertilização e às vezes perguntam: “E aí? Quando é que vêm os herdeiros? Quando é que vai vir o filho?”*

FÁBIO (f43) _ *Na hora da pergunta eu me recordo, né? Eu me recordo das tentativas, da fertilização, tal. Mas assim, eu não fico chateado de falar, nada. Eu falo normalmente: “Estamos tentando, diariamente.” Aquela coisa, né?*

O casal demonstra lidar bem com as pressões familiares e sociais, deixando entrar as cobranças externas, sem se deixar invadir por elas. Fábio e Eva foram dando indícios para o meio familiar e social para não continuarem perguntando e, ao que parece, foram respeitados nesse sentido. O projeto, para o social, parece ser o de ter um filho biológico, a cultura impõe isso. Pensamos que o abandono dessa imposição é justamente o que permitiu ao casal criar outros projetos.

Ainda sob a perspectiva da *psicanálise das configurações vinculares*, reconhecemos na dinâmica do casal (C), a estrutura vincular do tipo *terceiridade ampla*, descritos por Puget e Berenstein (1993) como aquela em que existem duas mentes discriminadas, onde cada um possui uma representação interna do outro e a comunicação privilegia a linguagem. Como percebemos na comunicação do casal analisado, há uma articulação das diferenças e o compartilhar se dá sem receio de perder o vínculo. A exclusão é admitida e elaborada, permitindo que o vínculo conjugal possa ser renovado. O projeto vital inclui o aparecimento do terceiro, que pode ser o filho ou outro projeto, resultante da combinação mental do par. As prováveis dificuldades, inerentes ao processo vital e vincular, são resolvidas por concessões e acordos, que servem de estímulo à evolução do processo vincular.

Observações da Psicóloga

O clima em que se deu a entrevista foi pautado pela cordialidade e tranquilidade, uma representação da modalidade de interação da *terceiridade ampla* (Puget e Berenstein, 1993). Apesar do sofrimento evidente pela ausência do filho desejado e as pressões que agora se configuram, devido às questões reprodutivas de Eva, o casal parece estar conseguindo manter sua integridade e equilíbrio. A aceitação, reciprocidade e interesse pelo outro,

caracterizam este vínculo amoroso. O casal busca uma solução para seus problemas de forma conjunta. Quanto a mim, senti-me acolhida e respeitada. Houve uma dificuldade inicial para marcar as entrevistas, justificados pela inauguração de sua empresa/comércio e, também, como revelado na entrevista, por que Eva estava em viagem para realizar uma consulta em outra cidade. Apesar dessas justificativas, ficou claro para mim que havia uma resistência do casal em participar da entrevista, algo comum a todos os casais convidados, visto tratar-se de um tema doloroso e que refere a uma situação em andamento, geradora de muita angústia por ainda não ter sido solucionada. Vencida essa barreira inicial, o casal colaborou com a pesquisa e demonstraram interesse e curiosidade pelo tema.

A análise e discussão dos conteúdos obtidos nas entrevistas com os casais participantes e sua interlocução com o levantamento bibliográfico realizado, permitiram algumas reflexões acerca dos objetivos dessa pesquisa.

Todos os casais expressaram o desejo de ter filhos, porém, a intensidade variou de casal para casal, bem como em cada um dos cônjuges.

Em todos os casais os problemas reprodutivos estavam localizados em um dos parceiros: Alex (Casal A), Betina (Casal B) e Eva (Casal C) e, especialmente neles, observamos que o desejo de ter um filho foi expresso de forma mais intensa. A responsabilidade pelo problema reprodutivo do casal acarretou um sofrimento extra para esses indivíduos. No entanto, sentimentos de culpa, inferioridade, baixa auto-estima, foram comuns a todos, confirmando a profunda ferida ao narcisismo individual e do par que a esterilidade representa.

Verificamos que cada cônjuge lidou com o sofrimento do parceiro de forma peculiar. Ana (Casal A) mostrou-se solidária e compreensiva em relação ao problema reprodutivo do marido. Bruno (Casal B) e Fábio (Casal C) tendiam a minimizar o problema através da negação, racionalização, deslocamento e ilusão, como uma tentativa de preservação do vínculo, evitando o acréscimo de sofrimento e tensão à situação já tão difícil para o casal. Os discursos contraditórios e ambivalentes dos maridos (B) e (C) em relação ao desejo de ter filhos, à situação de esterilidade e aos tratamentos reprodutivos, evidenciaram a dificuldade de entrar em contato com a dor que a ausência do filho provoca.

Nos casais em que os parceiros demonstraram maior capacidade para lidar com as próprias angústias e conflitos, e as do cônjuge, a reação à situação de esterilidade e seus tratamentos foi mais satisfatória. Do mesmo modo, foi possível observar que os conflitos psíquicos individuais e do casal que estavam latentes, vieram à tona ou foram intensificados. No casal (C), por exemplo, percebemos que houve o fortalecimento do vínculo afetivo, possibilitando vivenciarem a experiência do diagnóstico e tratamentos contra a esterilidade de forma continente e acolhedora. No casal (B), por outro lado, as divergências quanto ao desejo de ter um filho, os conflitos preexistentes e a dificuldade de entendimento, chegaram a níveis intoleráveis. O rompimento acabou sendo inevitável, ainda que temporário, provocando assim o

cancelamento do tratamento que havia sido iniciado. Apesar das evidências sobre o quão desgastante para o vínculo conjugal pode ser a experiência da esterilidade, podemos constatar em contrapartida, que o incentivo, compreensão, colaboração e apoio entre os parceiros podem minimizar seus efeitos tornando-os menos devastadores.

As justificativas para o adiamento do projeto parental mantiveram-se no âmbito da busca por estabilidade financeira, priorização dos aspectos materiais, construção do patrimônio, dedicação aos projetos individuais e do par (viagens, abertura de negócio próprio, compra de residência), ou mesmo o desejo de usufruir da vida a dois por mais tempo. Esses dados ilustram modelos de casamento pós-modernos cujas prioridades vão além das questões domésticas, do desejo de filiação e constituição de uma família, própria dos casamentos tradicionais.

Nos casais (A) e (B), constatou-se a opção consciente pelo adiamento do projeto parental ao menos num primeiro momento. No casal (C), este adiamento parece ter sido influenciado, em parte, pelo aparecimento precoce dos problemas de saúde reprodutiva de Eva, agravados pela demora da gravidez. No entanto, ambivalências e inseguranças quanto ao desejo de filhos e às formas de realização do projeto parental apareceram nos três casais, em maior ou menor grau, dificultando a comunicação, a busca de alternativas para a realização do projeto parental ou mesmo sua renúncia e elaboração; e o estabelecimento de vínculo de confiança entre os casais e as equipes médicas, impedindo a resolução satisfatória do problema.

No tocante à decisão pela vinda do filho e a busca de tratamentos, foi possível observarmos que houve diálogo, acordos e concessões entre os membros dos casais (A) e (C) embora os maridos tenham mostrado maior resistência quanto a essa decisão. Nos três casos analisados partiu das esposas a iniciativa de buscar ajuda especializada. Para os maridos, inclusive para Alex, que apresentava o comprometimento reprodutivo e parecia motivado a buscar uma solução, essa decisão não prescindiu de conflitos.

Verificamos a correlação entre a intensificação do desejo de ter um filho e ao avanço da idade das esposas, tendo em vista o declínio na capacidade reprodutiva. A diminuição das chances de gravidez, seja de forma natural ou mesmo através das técnicas de reprodução humana assistida, desencadearam

ansiedade e angústia nas esposas entrevistadas. No caso de Ana e Betina o desejo de ter um filho biológico continha expectativas de renovação do contrato afetivo, respostas às questões edípicas e narcísicas e afirmação da identidade e papel feminino. Betina demonstrou, ainda, a preocupação em corresponder às pressões familiares e ao mandato sociocultural. Essas representações do filho biológico acrescentaram perdas às esposas, aumentando seu sofrimento psíquico.

Foi evidenciada a perda da espontaneidade e a diminuição do desejo sexual. Os procedimentos médicos, em sua maioria, invasivos, e o uso de medicação (hormônios), alteraram a libido e os estados de humor, provocando intenso desgaste físico e psicológico, principalmente nas mulheres. Houve uma diminuição da erotização e a mecanização do processo conceutivo. A necessidade de controle da medicação, a datação do coito, posições para o sexo, e o pensamento constante na obtenção da gravidez, comprometeram o prazer e a finalidade lúdica do relacionamento sexual.

Quanto ao *projeto vital compartilhado*, constatamos que existe uma dificuldade de renovação e reorganização do mesmo. Os três casais demonstraram não conseguir abrir mão totalmente do projeto original: o filho biológico. O casal (C) demonstrou maior flexibilidade nesse sentido, partindo em busca da realização de outros projetos comuns (abertura de negócio próprio, viagens, etc.). Todos os casais cogitaram a adoção como uma possibilidade de realização do projeto parental, no entanto, ela ainda está associada à idéia de fracasso ou mesmo ao desejo de resolver logo a situação. Além disso, a opção pela adoção não foi consensual entre os cônjuges, sendo que as mulheres se mostraram mais resistentes a essa idéia, justificando o desejo de passar pela experiência da gravidez (sensações e transformações físicas), confirmando esta experiência como um importante referencial de identificação feminina.

As transformações no cotidiano dos casais (A) e (C) apareceram de forma distinta. Enquanto que a situação de esterilidade e seus tratamentos resultaram em desencontros, afastamentos e diminuição da intimidade do casal (A). No casal (C), ao contrário, parece ter ocorrido uma maior aproximação e a participação intensa de ambos em todas as etapas do processo. No casal (B), embora esse aspecto não tenha sido abordado diretamente, percebeu-se a

falta de envolvimento do marido e sua ausência em algumas etapas dos tratamentos sugerindo assim, um distanciamento entre o casal.

As pressões internas e externas desencadearam sentimentos de inferioridade, inveja, irritação, descompasso e isolamento social, prejudicando a convivência com familiares, amigos e colegas de trabalho. Nos casais (A) e (B) os conflitos foram mais evidentes devido em parte à postura de cada um dos cônjuges frente à situação do casal: a indiscrição, a falta de cuidado, o acolhimento ao sofrimento do parceiro, o desrespeito à privacidade do casal e laços mal elaborados com as famílias de origem. A presença desses conflitos desencadeou angústias persecutórias e depressivas assim como o uso de mecanismos primitivos de defesa (negação, deslocamento, ilusão e projeção).

Cada casal teve seu modo próprio de vivenciar e reagir ao diagnóstico de esterilidade, aos tratamentos e seus resultados. Um ponto comum a todos foi a surpresa em relação à constatação das dificuldades reprodutivas. Como afirmado anteriormente, a concepção é considerada como um evento normativo/presumido para a vida adulta. A esterilidade é uma situação inesperada e, talvez por esse motivo, haja uma tendência a ser negada, num primeiro momento.

Observamos que, mesmo quando já haviam sido submetidos à avaliação médica, ou seja, já sabiam das dificuldades reprodutivas, perdurou a expectativa de uma gravidez natural em todos os casais, evidenciando as fantasias onipotentes e o estado de ilusão no grupo casal. No caso de Eva e Betina em que esses problemas foram parcialmente superados por procedimentos e intervenções cirúrgicas, as falhas nos tratamentos geraram o sentimento de impotência intensificado pela falta de um diagnóstico preciso que as justificassem.

Houve uma grande expectativa e idealização quanto ao profissional e/ou tratamentos por parte dos casais analisados. A excessiva confiança depositada nos tratamentos, ao menos num primeiro momento, contrastava com a limitada ou distorcida informação sobre as tecnologias reprodutivas, seus alcances e impactos. Como exemplos, temos o interesse e esperança demonstrados pelo casal (A) com um novo tratamento descoberto via internet mesmo sem que este tenha sido testado, aprovado ou mesmo disponibilizado para o uso no Brasil. O casal (C), por sua vez, teve que tomar uma difícil decisão sobre a

utilização de apenas um óvulo num procedimento de fertilização *in vitro*, sem ter a noção exata do que isso significava em termos de riscos e/ou resultados. Em todas as vivências relatadas pelos casais foi possível observar que houve um misto de esperança e desamparo em cada uma das etapas dos tratamentos.

No contato entre os casais e os especialistas médicos, observamos a ocorrência dos pressupostos básicos de Bion (1961): a *dependência*, quando os casais partiram em busca de um médico que atendesse sua demanda do filho biológico e tomassem as melhores e mais acertadas decisões quanto aos tratamentos, assumindo a total responsabilidade pelas mesmas; o *acasalamento*, em especial, na *esperança messiânica* de que o filho, o médico, a técnica ou mesmo um milagre, pudessem livrá-los do problema reprodutivo; e a *luta-fuga*, projetando o “mal” nos médicos, nos tratamentos e na exploração financeira. Os procedimentos, as atitudes e as decisões dos médicos foram questionados pelos três casais entrevistados, especialmente quando os diagnósticos não correspondiam ou contrariavam as expectativas do casal, e mais ainda quando os tratamentos falhavam. A frustração, decepção e revolta fomentavam as angústias persecutórias levando os casais a desistirem ou partirem em busca de novos profissionais, clínicas e/ou tratamentos.

As queixas quanto à exploração financeira, o caráter comercial dos tratamentos e o estilo de abordagem dos médicos, foram aspectos ressaltados pelos maridos como determinantes para a continuidade ou não dos tratamentos. Essas observações reforçam a importância do vínculo estabelecido entre o casal e equipes médicas, tendo em vista sua interferência decisiva na vivência dos tratamentos contra esterilidade e, inclusive, podendo repercutir positiva ou negativamente em seus resultados.

Em relação às observações sobre o clima emocional nas entrevistas, e verificamos que cada casal lidou com a presença da psicóloga e a situação da entrevista de modo distinto: nos casais (A) e (C) houve a disponibilidade, o interesse pela pesquisa e o acolhimento à pesquisadora. No casal (B) o contato foi prejudicado pela dificuldade de comunicação, conflitos e desentendimentos existentes entre Betina e Bruno. No entanto, a riqueza do material obtido nas entrevistas revela que todos os casais se identificaram com o tema da pesquisa confirmando assim, sua relevância.

CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Nesse estudo concluímos que, embora todos os casais entrevistados tenham demonstrado o desejo de ter filhos, as condições sociais específicas como o acesso aos recursos biotecnológicos, a vivência de casamentos pós-modernos, influências familiares, sociais, fatores econômicos e religiosos, bem como os aspectos emocionais inconscientes: resistências, ambivalências, fantasias e angústias, interferiram na realização do projeto parental.

O diagnóstico e o tratamento da esterilidade acarretaram prejuízos ao vínculo conjugal destacando-se: a perda da espontaneidade e interesse sexual bem como a diminuição da erotização com a mecanização do processo procriativo; a dificuldade de reorganização do projeto vital compartilhado, gerando a estagnação ou empobrecimento do vínculo conjugal; as interferências no cotidiano, promovendo os desencontros, o afastamento e os desentendimentos entre o casal.

A dificuldade ou impossibilidade da realização do desejo de ter filhos de forma natural repercutiu em perdas ao narcisismo individual e do casal, ameaçando o desejo de continuidade do Eu e do par.

As pressões e cobranças internas e externas, por não corresponderem ao esperado, ou seja, tornarem-se pais, desencadearam nos casais entrevistados sentimentos de inferioridade, frustração, inveja e irritação. A convivência com familiares, amigos e colegas de trabalho foi comprometida, visto a sensação de descompasso e isolamento social.

A vivência dos tratamentos reprodutivos provocou nos entrevistados um movimento regressivo aos estágios iniciais do funcionamento mental, caracterizado pela fomentação de angústias persecutórias e angústias de perda, a reedição das angústias de castração e pelo uso de defesas primitivas como a negação, projeção, deslocamento e racionalização.

A ilusão grupal e as fantasias inconscientes compartilhadas (dependência, esperança messiânica e a luta-fuga), prevalentes na mentalidade dos casais analisados, dificultaram a busca de soluções efetivas para seus problemas reprodutivos.

A expectativa e a idealização quanto aos especialistas e tratamentos interferiram na tomada de decisões, na persistência nos tratamentos, no

estabelecimento do vínculo de confiança entre os casais e os médicos, sendo determinante para a continuidade ou não dos procedimentos.

O modo peculiar como os maridos e as esposas vivenciaram os procedimentos de reprodução humana assistida, evidenciaram as diferenças relacionadas ao gênero no enfrentamento da situação de esterilidade e seus tratamentos. As mulheres mostraram maior iniciativa e persistência em relação aos tratamentos, assim como maior desgaste físico e psicológico provocado pelos exames e procedimentos médicos avaliados por elas como invasivos e desconfortáveis.

O avanço na idade e os conseqüentes prejuízos à capacidade reprodutiva feminina intensificaram o desejo de ter filhos nas esposas entrevistadas e ampliaram os sentimentos de impotência a cada falha nas tentativas. Houve uma maior resistência das esposas à idéia de adoção justificada pelo desejo da experiência da gravidez, reafirmada como um importante referencial de identificação feminino.

As reações emocionais dos maridos frente ao diagnóstico e às propostas de tratamento contra a esterilidade foram marcadas por resistências, desconfianças, pelo uso predominante dos mecanismos da racionalização e deslocamento para evitar o contato com a dor pelo filho não concebido e o acréscimo de pressões ao vínculo conjugal.

A experiência com os casais mostrou-se eficiente para a verificação da dinâmica conjugal, das reações emocionais dos cônjuges em presença um do outro e a instauração do processo associativo grupal, permitindo a escuta e a reflexão conjunta sobre os fenômenos psíquicos envolvidos na situação de esterilidade e seus tratamentos. Todos os casais se identificaram com o tema da pesquisa, confirmando sua relevância. O dispositivo grupal mostrou-se eficaz para o estudo, a análise e a interpretação dos fenômenos psíquicos envolvidos na situação de esterilidade, possibilitando a sensibilização dos casais.

Para além das conclusões, a partir do exposto, propomos algumas sugestões e considerações que foram suscitadas ao longo de nosso estudo.

Consideramos fundamental a participação do profissional da área da psicologia em todas as etapas dos tratamentos de reprodução humana

assistida, tendo em vista a importância e as peculiaridades do desejo de ter filhos, as repercussões das limitações ou impossibilidade de concretização desse desejo e os conteúdos psíquicos envolvidos nas escolhas e decisões dos casais.

A psicoterapia, enquanto uma opção anterior ao atendimento imediato da demanda do casal por um filho através da biotecnologia possibilita o acesso aos significados dos impedimentos à fertilidade, evita que o pragmatismo e a urgência se sobreponham às questões subjetivas, levando os casais a refletirem para além das intervenções imediatas e, sobretudo, permite o resgate do protagonismo do homem e da mulher em relação às decisões sobre seus corpos, sua sexualidade e às formas de concepção.

A atuação do psicólogo deve incluir, ainda, o atendimento e apoio psicológicos aos médicos e demais profissionais que compõem suas equipes uma vez que, conforme observado em nossa pesquisa, esses profissionais se vêem submetidos a uma série de demandas dos casais, às dificuldades dos mesmos em aceitar diagnósticos e resultados desfavoráveis, além de, em casos extremos, a revolta e frustração serem direcionados a eles. Alertamos para o cuidado às formas de abordagem aos casais e a importância da informação quanto às possibilidades e riscos dos tratamentos, a fim de dimensionar as expectativas do casal para níveis mais realistas.

Tendo em vista que, na maioria das vezes, os médicos são os primeiros a entrar em contato com os casais, é importante que levem em consideração os fatores emocionais envolvidos na situação de esterilidade, incluindo o encaminhamento para o atendimento psicológico na rotina dos tratamentos.

A realização e publicação de pesquisas com essa temática, o trabalho com grupos de casais e grupos de apoio multidisciplinares, parcerias com clínicas de reprodução humana, participação no debate acadêmico e público visando contribuir para o maior esclarecimento à sociedade, são alguns dos caminhos que, sob o viés da psicologia, podemos fazer a diferença.

É importante lembrar que, independente dos motivos para o adiamento do projeto parental, a esterilidade e as propostas tecnológicas para solucioná-la, há sempre um indivíduo ou um casal que *sofre*. Devemos garantir que haja sempre o espaço para a reflexão, acolhimento e elaboração desse sofrimento.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abdelmassih, R. (1994). *Tudo por um bebê*. São Paulo: Siciliano.
- Aberastury, A. e Salas, E. J. (1984). *A paternidade: um enfoque psicanalítico*. Trad. De Maria Netrovsky Folberg. Porto Alegre, Artes Médicas - 96 p.
- Anzieu, D. (1967). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- Apfel, R. J.; Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and Infertility Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*; v. 83 n. 1 pp. 85-104.
- Ariès, P. (1973). *História Social da Criança e da Família*. Tradução de Dora Flaksman. (2ª. ed.) Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.
- Avelar, C. M.; Moraes, L. M.; Marinho, R. e Caetano, J. P. J. (2000) Emoção e Infertilidade In *Infertilidade e Concepção Assistida: um guia para o casal*. Série MEDSI Saúde da Mulher - MEDSI Editora Médica Científica Ltda. Rio de Janeiro.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- Barbosa, R. (2003). Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios/* Miriam Pilar Grossi, Rozeli Maria Porto, Marlene Tamanini (Orgs.)- Brasília: LetrasLivres, 2003. 196 p. – (Coleção Bioética; 3)
- Bastos, L. A.M. (1995). Maternidade: reprodução ou pró-criação? *Revista Brasileira de Psicanálise*, XXIX (4): pp. 913-932.
- Bion, W. R. (1961). *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.
- Bleger, J. (1964). *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. Tradução de Maria M. De Moraes; Revisão da tradução Luis Lorenzo Rivera (3. ed.) São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- Borlot, A. M. M. e Trindade, Z. A. (2004) As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*. (Natal)., Natal, v. 9, n.1, (pp. 63-70)
- Caetano, J. P. J.; Marinho R. e Moraes, L. M. (2000). *Infertilidade e Concepção Assistida: um guia para o casal*. Série MEDSI Saúde da Mulher - MEDSI Editora Médica Científica Ltda. Rio de Janeiro.

- Calixto, Roberta A. B. (2000) – *O desejo de ter filhos na reprodução assistida: novas configurações familiares*. (Dissertação de Mestrado; Instituto de Psicologia; Pontifícia Universidade Católica de Campinas/ SP).
- Chatel, M. M. (1995). *Mal - estar na procriação*. As mulheres e a reprodução assistida. Rio de Janeiro: Ed. Campo Matêmico.
- Chodorow, N.(1978). *Psicanálise da maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. (2ª. ed.) Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 2002.
- Cincunegui, Silvia (2004) *La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Silvia Cincunegui, Yolanda Kleiner y Polo Woskoboininik. -1ª Ed. – Buenos Aires:Lugar Editorial.
- Collucci, C. (2003). *Por que a gravidez não vem?* Respostas objetivas e didáticas às principais dúvidas sobre a fertilidade. São Paulo: Atheneu.
- Corrêa, M. V. (2001). *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia dos limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ.
- D’Andrea, Antonio (2002). O casal adotante. In Andolfi, M. (org.). *A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional*. Tradução de Lauro Kahl e Giovanni Menegoz. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Farinati, D. M.; Rigoni, M. S. e Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia* (Campinas), Dezembro/ v. 23, pp. 433 - 439.
- Feitosa, M. e Jorge, S. (2003). Psicologia e Infertilidade. In Collucci, C. *Por que a gravidez não vem?* Respostas objetivas e didáticas às principais dúvidas sobre a fertilidade. São Paulo: Atheneu.
- Foulkes, S. H.; Anthony, E. J. (1967). *Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Pontual, 1975.
- Freud, S. (1900). A interpretação do sonho. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV e V.
- Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.
- Freud, S. (1913). Totem e Tabu. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII.
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.
- Freud, S. (1920-1922). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v. XVII.

- Freud, S. (1927). O futuro de uma ilusão In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1988, vol. XXI.
- Freud, S. (1930). O Mal - estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v. XXI.
- Freud, S. (1932-1936) Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. Conferência XXXIII “Feminilidade”. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.
- Gaskell, G. e Bauer, M. W. (2000) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 4^a. ed., Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005.
- Gasparini, E. V. R. (2006) *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.
- Gomel, S. (2004) Prólogo. In *La infertilidad em la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Silvia Cincunegui, Yolanda Kleiner y Polo Woskoboininik. -1^a Ed. – Buenos Aires:Lugar Editorial.
- Gondin, M. C. B. (2002) Determinantes sócio-culturais e seus efeitos sobre as representações do self num caso de infertilidade feminina. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.36(2), pp. 307- 322.
- Inda, N. (1992). El trabajo de la interpretación en grupos. In Mendilaharsu, G.B. (Coord.), *Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. *Revista de psicología y psicoterapia de grupo de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Argentina, Tomo XV, n. 2, p. 47-55.
- Käes, R. (1977) *El aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. Granica Editor Coleccion Psicoteca Mayor.
- Käes, R. (1982) A intertransferência e a interpretação no trabalho psicanalítico grupal. In: Käes, R. *et alli. Le Travail Psychanalytique dans les Groupes*. Paris: Dunod, 1982. 281 p.
- Käes, R. (1985) Chaîne associative groupale et subjetivités, *Conexions*, 47, (“Cadena Asociativa Grupal”, *Revista de Psicología e Psicoterapia de Grupo*, IX, 2, 1986).
- Käes, R. (1997) *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo/ Renè Käes*. Tradução: José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ladvocat, C. (1996). Sexualidade na Infertilidade. Trabalho apresentado no Congresso Interno da SPRJ (29/11/96 a 01/12/96)
- Laplanche,J. e Pontalis, J. B. (1982). *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução Pedro Tamen. 4^a. Edição – São Paulo Martins Fontes, 20001.

- Lins, R. N. (2007). *A cama na varanda: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo: novas tendências*. (edição revisada e ampliada) Rio de Janeiro: BestSeller.
- Makuch, M. Y. (2006) Gênero e Reprodução Assistida: novas fases e velhas questões. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e Paternidade*. Situações especiais de crise na família. Vs. 1 e 2, Petrópolis/RJ: ed. Vozes.
- Mansur, L. H. B. (2003). *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mathieu, P. (1967). Essai d'interpretation de quelques pages du revê celtique. *Interpretación*. (pp. 232 - 59).
- Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Modelli, A. e Levy, R. H.C. (2006). Esterilidade sem causa aparente: possibilidades de intervenção. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nazar, T. P. (2008). *Psicanálise e pesquisa: a função paterna*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud: Escola Lacaniana de Psicanálise, nº 1 – 124 pp. – (Psicanálise e Conexões; v.1).
- Olmos, P. E. (2003). *Quando a cegonha não vem: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade*. São Paulo: Carrenho.
- Osório, L. C. (2002). Relações conjugais e sua dinâmica atual. In *Casais e Famílias: uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.
- Papp, P. (2002). *Casais em Perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Organizado por Peggy Papp; Tradução de Daniel Etcheverry Burguño. Artmed Editora, Porto Alegre.
- Passos, E. P. (2007) *Quando a gravidez não acontece*. [autores] Eduardo Pandolfi Passos, Isabel C. Amaral de Almeida e Paulo A. Peres Fagundes; [colaboradores] Djalma Sperhacker... [et al.]. - Porto Alegre: Artmed.
- Puget, J. (1997). O Casal, uma Entidade Psicanalítica. In Zimerman, D. E., Osório, L. C.... [et. al] *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Puget, J. e Berenstein, I. (1993) *A psicanálise do Casal*. (Tradução de Francisco Franke Settineri) São Paulo: Artes Médicas.

- Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção Clínica Psicanalítica).
- Ribeiro, M. (2006). Articulação entre narcisismo e reprodução humana. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em Desordem*. Tradução André Telles. Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro/RJ.
- Scavone, L. (2001). *Maternidade: transformações na família e nas relações de Gênero*. Interface_ Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 8, pp. 47-60.
- Seibel, D. (2006). *Infertilidade e desejo de filho*. Onde se passa essa dor? Ide 29 (43), 70-74, novembro 2006.
- Serafini, P. e Motta, E. (2004). *Grávidos! : a realização do sonho de ter um filho*. Eulália M. Silva Barros. Editora Gente, 2004, São Paulo.
- Schaffer, J. e Diamond, R. (1994). Esterilidade: dor pessoal e estigma secreto. In Imber-Black, E. (e cols.). *Os segredos na família e na terapia familiar*. Tradução de Dayse Batista Porto Alegre: Artes Médicas.
- Scharf, C. N. e Weinshel, M. (2002). Infertilidade e Gravidez Tardia. In Papp, P. (organizadora). *Casais em Perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Tradução de Daniel Etcheverry Burguño. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Serger-Jacob, L. (2006). Interdisciplinariedade e ética na reprodução assistida. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sigal, A. M. (2003). A mulher não nasce mãe, pode tornar-se mãe: a psicanálise, o feminino e sua relação com as novas técnicas de fertilização. In Fuks, L. B. e Ferraz, F. C. (orgs.) *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Silva, M. C. A (2008). Sexo e reprodução In *Vivências em Tempo de Reprodução Assistida: O dito e o não-dito* Editora Revinter Ltda, Rio de Janeiro/RJ.
- Silva, M. E. L. da (1993) *Investigação em Psicanálise*. São Paulo: Papyrus.
- Solis-Ponton, L. (2004) A construção da parentalidade. In Silva, M. C. P. (organização e revisão técnica da tradução Maria Cecília Pereira da Silva; Tradução Letícia Solis-Ponton). *Ser pai, ser mãe: a parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. E Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Térzis, A. (2007). *Psicanálise e Grupalidade*. Trabalho apresentado no VIII Simpósio CEFAS e I Jornada da FLAPAG – Campinas, SP - 27 e 28 de outubro de 2007.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Tradução de Graciela Rodriguez. São Paulo: Record - Rosa dos Tempos.
- Tort, M. (1992). *O desejo frio*. Procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- Weiss, T. K. (2006). O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zibini, M. V. C. e Vasconcelos, M. C. B. (2006). Infertilidade e Adoção: Algumas Reflexões. In Melamed, R. M. e Quayle, J. (organizadoras). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXOS

ANEXO (I)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(aos Casais Participantes - quatro vias)

Este termo é o consentimento de duas partes envolvidas em um processo de pesquisa científica. De um lado, a pesquisadora Fátima Regina Mibach do Nascimento, aluna do curso de Mestrado em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP/SP, RA 07504764, que está realizando uma pesquisa de mestrado intitulada: “ADIAMENTO DO PROJETO PARENTAL: um estudo psicológico com casais que enfrentam a esterilidade”, com casais que estão se submetendo ou que tenham se submetido às técnicas de reprodução assistida em instituições médicas, representando, este grupo, a outra parte envolvida.

Trata-se de uma investigação que busca estudar o adiamento do projeto parental, com ênfase na situação da esterilidade, descrevendo alguns aspectos psicológicos e sociais que levaram o casal a não ter filhos; analisando as repercussões do diagnóstico e tratamento da esterilidade para o vínculo do casal e suas relações; compreendendo como o casal está vivenciando, no aqui e agora, os procedimentos de reprodução humana assistida.

Para tal, iremos realizar uma entrevista com cada casal. Os conteúdos das entrevistas serão gravados e a análise dos mesmos será feita de acordo com o método interpretativo psicanalítico.

A pesquisa não oferece riscos aos casais participantes. O sigilo quanto à identificação será mantido e somente os dados obtidos serão analisados e divulgados na dissertação de Mestrado.

Esperamos, desta maneira, ampliar a compreensão das vivências emocionais sobre o tema do adiamento do projeto parental, a esterilidade e os tratamentos de reprodução assistida. A partir dos dados obtidos nessa investigação será possível propor práticas de prevenção e intervenção, o que trará benefícios tanto à ciência da Psicologia, quanto as atividades na comunidade. A participação é totalmente voluntária, e vocês poderão se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem penalizações ou prejuízos.

Informamos que o projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

Fátima Regina Mibach do Nascimento
(019) 8199 4626

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 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 quaisquer ônus a minha pessoa.

Declaro, ainda, ter recebido uma via deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra e por mim assinado.

Nome/assinatura:

data:

Em caso de dúvidas ou queixas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Rodovia Dom Pedro I - Km 136 - Parque das Universidades 13.086-900 - Campinas - SP

Telefone: (0xx19) 3343 6777 e.mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO (II)
ENTREVISTAS NA ÍNTEGRA

ENTREVISTA CASAL (A)

PSICÓLOGA (P) (f1) _ Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?

ANA (f1) _ Pode falar...

ALEX (f1) _ Bom... É... Foi um choque. Não esperava que eu tivesse algum problema. Nós, na realidade... Nós adiamos nossa tentativa, porque a gente não queria ter filho logo depois do casamento. Queríamos dar um tempo. Um ano, dois anos... E aí quando nós decidimos: agora vamos! Nós interrompemos o uso de anticoncepcional, que era o método que a gente usava e aí, no primeiro mês, aconteceu. Talvez pela ansiedade, né? Aconteceu um atraso na menstruação. Daí eu comprei o kit na farmácia. É a primeira coisa que a gente pensa. O primeiro resultado deu positivo. Nossa! Deu uma emoção, as lágrimas vieram. É um sonho que eu tenho em ser pai, né? E o sonho da Ana é ser mãe também. Então foi assim. Daí, fizemos o exame de laboratório, de sangue. E deu negativo. Daí veio aquela frustração! Mas pensamos: "Não, mês que vem vai vir!" E nisso já se passaram sete anos, oito anos.

P (f2) _ Então vocês casaram há dez anos e esperaram dois anos. Depois iniciaram as tentativas de engravidar, é isso?

ALEX (f2) _ Eu não me lembro exatamente agora quanto tempo a gente... Você lembra Ana? Quanto tempo depois que a gente falou: "Vamos ao médico para ver se há algum problema?"

P (f3) _ Vocês não têm uma noção de há quanto tempo começou, começaram a...

ALEX (f3) _ Não tenho idéia. Eu não me lembro. E aí no meu primeiro exame o médico disse que a minha chance de ser pai era quase zero. O meu médico, o urologista, que inclusive estava fazendo tratamento comigo em parceria com o ginecologista da Ana, né? Os médicos trabalhavam juntos. Eles são amigos. E então o meu médico me receitou uma medicação, para tomar por três meses para fazer com que subisse a taxa de espermatozóides ao nível em que se tinha chance para fecundação.

P (f4) _ Então, houve uma melhora...

ALEX (f4) _ Eu interrompi o medicamento, Apesar de meu médico falar para eu não interromper né? Eu interrompi por decepção... Interrompi. E aí...

P (f5) _ Você chegou a tomar por quanto tempo?

ALEX (f5) _ *Três meses. Três meses todo o dia.*

ANA (f2) _ *Era como se fosse um anticoncepcional. Todo o dia no mesmo horário e não podia interromper.*

P (f6) _ *Não ficou muito claro prá mim quando iniciaram e quando pararam as tentativas através da medicação, vocês podem esclarecer? Vocês estão casados há dez anos, ficaram dois anos sem filhos, depois tentaram durante um ano naturalmente. No ano seguinte foram buscar ajuda. Até aqui temos quatro anos de casado. A medicação foi tomada por três meses. Temos então seis anos...*

ALEX (f6) _ *O medicamento eu parei faz mais tempo...*

ANA (f3) _ *Prá mais de seis anos. Eu também tomei uma medicação na mesma época. Só que uma só vez.*

P (f7) _ *Pelo mesmo período, três meses?*

ANA (f4) _ *Não era uma vez só. Depois tinha que tomar uma injeção também, no décimo primeiro dia do ciclo. Eu esqueci, não sei dizer o que... Qual.*

ALEX (f7) _ *Quem comprava era o médico dela. Um médico faria com que minha curva desse ascendente. Pelas estimativas dele, seriam três meses de tratamento. Quando chegasse ao pico, aí eles fariam com que ela também tivesse um pico de fertilidade prá tentar... Unir o pico meu com o pico dela (Risos). Prá daí ter a maior chance possível.*

P (f8) _ *E você Alex interrompeu por opção própria?*

ALEX (f8) _ *Por decepção. Opção própria. O médico disse para continuar porque tinha tido um resultado até animador, do ponto de vista dele. Ele até disse que a quantidade que eu tinha tomado, teria chance da fertilização in vitro (FIV). A natural ele até me disse: "Basta um". Mas a chance de fecundação natural era praticamente zero.*

P (f9) _ *Na FIV vocês poderiam utilizar um espermatozóide, é isso?*

ALEX (f9) _ *Com o medicamento, o médico passou que aquela quantidade tinha chance in vitro. Depois que teve uma melhora, né? Porque no nível que tava antes do medicamento, ele disse que não havia suficiente. E aí para minha situação, sem essa melhora que eu tive, ele disse que tem que ser aquela fertilização a, a... "icis".*

P (f10) _ *ICSI.*

ALEX (f10) _ *Que é aquela que é... É... Como...*

ANA (f5) _ *O espermatozóide é "injetado".*

P (f11) _ É “injetado” no óvulo...

ALEX (f11) _ Ai basta um só. Um só sadio né? Mas tem outros detalhes, né? Que é da ordem financeira, Porque da última vez que vimos um tratamento desses, daí era exatamente dezesseis, dezesseis mil reais. E ainda assim... Ainda falaram prá gente que as chances de dar resultado, dar certo seria de menos de 50%. Então a gente deu uma pausa para tentar por a cabeça no lugar e ver o que a gente faz. Bom até essa parte aí... Têm outras coisas, outros fatores. Que aí eu não sei. Você me pergunta (dirigindo-se à P).

P (f12) _ Vocês fiquem à vontade prá falar o que quiserem. O importante é ouvir o que vocês dois sentem, quando estão falando, revendo essa história.

ANA (f6) _ Então, eu acho que até mesmo porque a medicação do Alex, na época era... Acabava sendo um pouquinho caro, porque na época, também tô me lembrando, era vinte e sete reais uma caixinha com dez. Todos os dias dez. Então, assim, a gente parou também pela decepção. Por ter sido falado que a gente não ia conseguir. Resolvemos parar. Pelo fato também da religião a gente... Acreditamos muito que com um só espermatozóide a gente consegue né? Então a gente acredita que se Deus quiser dar, Ele dá de uma forma natural. Então, já que tem que parar... Vamos esperar mais um pouco. Só que esse tempo tem corrido. Agora em... Este ano eu faço 35 anos. Então acredito que fica mais difícil ainda. E assim... eu sou uma pessoa extremamente ansiosa, extremamente ansiosa mesmo. Então, prá mim, quando atrasava a menstruação um dia, eu já queria fazer um exame. Eu já fiz muito Beta HCG. Já fiz muito, muito, me decepcionando cada vez mais. Daí eu decidi que agora pode atrasar dez dias e mais ainda. Eu vou esperar. Hoje em dia eu posso dizer que melhorou a minha ansiedade. Relaxou mais. Relaxei.

ANA (f7) _ E também que a gente tem que mudar. Hoje eu acredito que atrapalha também. A gente vai ter uma relação sexual e já vai pensando em ter um filho. Então a gente só pensa, pensa nisso. Então a gente tem que ter calma. A gente precisa conversar de modo assim... Bases mais claras, mais normal... De modo que... Uma vida comum, né?

P (f13) _ Quando Alex decide parar a medicação, vocês conversaram, foi um consenso? Você Ana interferiu nessa decisão?

ANA (f8) _ A minha interferência foi maior, a maior parte.

ALEX (f12) _ É, foi ela. Eu vou dizer que... Você pode até me corrigir (dirigindo-se à Ana) se eu estiver falando algo. A questão da religião é... Ajuda, né? Porque a gente sabe que tem uma força maior que se tiver nas mãos d'Ele que a gente tenha filhos, nós vamos conseguir. Mas isso não impede que a gente busque também ajuda na medicina. A medicina também foi criada por Deus. Então não é nada errado nesse ponto.

ANA (f9) _ Três anos atrás a gente foi á uma clínica. Fomos a um centro de reprodução humana e um dos recursos que eles ofereceram, prá tá pagando o valor (do tratamento), que a gente acha altíssimo, é que eu podia estar doando óvulos para uma mulher que não tem.

P (f14) _ Ovodoação? Doação compartilhada?

ANA (f10) _ Isso. Existe essa condição. Eu teria que estar tomando remédios para estimular. Aí o médico estaria acompanhando naquele período. Nesse período lá, o óvulo... Faz o ultra-som... Aí, eu concordando, nós concordando em estar doando óvulos, né? Só que eu não teria contato com a pessoa. É anônima. Tanto é que a gente viu isso. Ela, a outra mulher, receptora dos óvulos, não falaria comigo, nem com o Alex. Apesar de a gente ter feito tudo junto, nesse dia, tudo tal... Direitinho... Ela só falaria comigo. Só comigo que ela falava.

P (f15) _ Ela quem, a receptora ou a clínica/médica?

ANA (f11) _ A médica, daí. A médica. Só que isso faz três anos. Eu digo isso porque a gente tava de mudança na época. Fizemos o cadastro, concordamos. Até então... Fizemos o cadastro. Aí depois, a médica me ligou: "Olha, apareceu uma pessoa com as suas características, tal..., mas assim, se você quiser, enfim, optar ainda, você pode falar, e a gente faria o processo. Eu não ia tá pagando nada, só essa pessoa que tava ganhando o óvulo. Então, não tem que pagar. Aí, naquela correria da mudança e tal, eu não tava com a cabeça pensando nisso. Mesmo assim a gente conversou tudo. E aí a gente decidiu por não fazer. Até o Alex falou assim prá mim: "Olha eu não acho legal. Você vai tá sabendo que em algum lugar do mundo existe uma filha ou um filho seu. com as suas características".

ALEX (f13) _ É. Eu tenho... Veio esse pensamento na minha cabeça e... Mesmo porque eu disse para ela... Não proibindo, não bloqueando esse processo, né? É não sei se isso... Quer dizer... Representa um egoísmo da minha parte. Às vezes esse pensamento de que ela estaria dando um óvulo dela, né? Não... Teoricamente, a criança que fosse nascer de outro casal, teria o mesmo código genético dela. Se fosse possível fazer o DNA, seria filha ou filho dela. E aí, se no nosso caso não desse certo, como fica? Porque falaram, que a gente tinha 50% de chance de vingar.

P (f16) _ Então, sobre a ovodoação, houve um questionamento...

ALEX (f14) _ Foi mais meu. Será que você não vai ficar com esse pensamento... Saber que teria um filho ou filha dela no mundo. Ter um filho seu.

ANA (f12) _ *Concordei, concordei normal. Mesmo porque a médica falou que se a gente mudasse de idéia, que se eu quisesse ligar prá ela, poderia continuar...*

ALEX (f 15) _ *Tipo assim: mudamos de idéia...*

ANA (f13) _ *Ela deixou a gente super à vontade*

ALEX (f16) _ *Eu reforço, a questão não é, o problema maior não é... Claro que é um problema a falta de dinheiro. Mas, embora a gente não tenha 16 mil reais agora prá bancar. Essa própria médica falou que seria tudo gratuito prá gente. A gente não entraria com nada.*

ANA (f14) _ *A gente já... Eu falo que... Assim... Eu já cansei de fazer exames, exames, ultra-sonografia transvaginal sabe? Então, eu tenho uma sacola enorme cheia, cheia de exames lá em casa. Aquelas coisa, de tanto querer saber como é que tava. Porque teve uma época, logo no começo, em que nós começamos a tentar engravidar... Eu tinha o controle do exame da Prolactina⁵. Então quando ele tava alto, ele oscilava... Daí.*

ALEX (f17) _ *Coisa boba, né?*

ANA (f15) _ *É, mas interfere, né? Quando tem o outro lado (referindo-se ao problema de Alex). Então, eu tinha que fazer uma série de exames porque também tinha o PH⁶. Não tem o PH da vagina tal? Que também é... É... Não dá prá engravidar. Então, mil coisas assim que a gente já chorou a gente já chorou muito, muito, muito. Teve uma época, assim... Que a última vez em que estivemos lá nessa clínica prá levar os exames de laboratório para o tratamento, apesar de que falaram que prá gente o tratamento era a metade, oito mil (reais), mas em cinco ou seis vezes... E pelo exame último que o Alex fez o espermograma, também assim... O médico falou prá mim que ele era totalmente estéril: "Não vejo como mexer nesse exame." Com essas palavras.*

ALEX (f18) _ *Não... Teve ainda outro médico que...*

ANA (f16) _ *Que foi pior ainda... Então olha... Depois até a gente comentou isso. Então o médico falou prá mim que não tem jeito: "O único exame em que eu confiaria seria por punção." Aí eu... Nossa! Alex já sofreu tanto desde pequeno com isso.*

5 Hormônio produzido pela glândula hipófise, que estimula a produção de leite materno pelas glândulas mamárias (Olmos, 2003). Quando elevada, pode causar a ausência de ciclos menstruais e anovulação (Serafini e Motta, 2004)

6. PH, ou potencial hidrogeniônico: mede o grau de acidez ou alcalinidade da vagina.

ALEX (f19) _ *É teria que “puxar” o espermatozóide de dentro do testículo.*

ANA (f17) _ *Aí diz o doutor assim: “Não, é uma anestesia local”. Só que daí custa mil e quinhentos reais, além dos oito mil reais. Então, nós saímos de lá mais decepcionados ainda. Os dois chorando, né? (Se olham emocionados). Sentamos... O Alex chorou e chegou a me dizer que queria se separar de mim porque ele não tinha condições de me dar um filho e eu queria um filho. Aí eu pensei: “Não é bem assim também, né?”. Eu quero um filho, mas... Nós dois juntos, né? É que tem que ser. (Emoção de ambos). Então a gente já pensou sobre um monte de coisas, em adoção, monte de coisas. Mas eu queria poder gerar, poder sentir o coração né? Sentir mexer a criança, tudo aquilo que é normal numa gravidez, né? Mas eu não sei se um dia eu vou conseguir. Eu espero que sim... (Risos).*

ALEX (f20) _ *Nós passamos por tantos médicos. Eu falei agora, né? Até prá ver opiniões de outros profissionais. Num deles, não sei, precisa citar o nome? Acho que nem deve né?*

P(f17) _ *Se você quiser, fique à vontade. Os dados são sigilosos, mas não há necessidade. Só se você achar relevante.*

ALEX (f21) _ *Na Clínica Delta, que me falaram que era uma referência na área... O médico foi claro e falou assim: “Rapaz, você nunca vai ser pai. Para isso tem banco de esperma e a gente faz o procedimento tudo e ela fica grávida.” Exatamente dessa forma.*

ANA _ *“Com essa quantidade de esperma você não vai engravidar mulher nenhuma mulher na face da terra.”*

ALEX (f22) _ *Exatamente. É “você não vai engravidar mulher nenhuma na face da terra”. Aí... Ainda bem que sou, apesar de ser filho de italianos, eu sou um cara que demora prá explodir. Eu não cheguei ao ponto né? Pensei em virar a mesa... Essas coisas. Mas ainda bem que meu lado assim tipo... Prevaleceu. E. Saímos de lá. No momento eu não senti decepção pelas palavras dele não, senti raiva. E aí eu já não sei se a raiva era de mim, mas querendo descarregar nele pelas palavras que ele usou que para mim foram muito agressivas. E, a partir daí eu, como se diz, eu deixei. Agora vamos embora, não falar mais com ninguém. De vez em quando aparece a idéia de um tratamento, surge um hospital...*

ANA (f19) _ *Pérola Binyngton...*

ALEX (f23) _ *Pérola Binyngton que vai ter um tratamento, né? Essas coisas chegam através de amigos, familiares. Ligam lá de Brasília, de Barretos: “Olha, tem um hospital em São Paulo”. Então, parece que quando a gente quer deixar o barco correr... Quem sabe a gente vai fazer o ICSI... Não sei, né? É duro! Comigo, né? Tio, amigos todo dia ali falando que tem tratamento com custo*

reduzido lá em São Paulo ou Ribeirão. Falam: “Alex vai atrás disso. Você tá ficando velho. Tá ficando com o cabelo branco. Vai atrás disso. Não fica enrolando.” Porque eu sou um cara assim que vive dezoito horas por dia para o trabalho. Então, realmente, realmente, essas coisas que a gente tenta, tenta, até... Sabe... Esconder embaixo do tapete. Acho que é assim que eu tô fazendo. Sabe... Eu, às vezes, quero ignorar isso aí, esquecer... Talvez seja isso, né? Então as pessoas começam, a lembrar, lembrar. Então ficam trazendo. Em relação aos amigos... Até tem um caso que foi... Aconteceu uma brincadeira que até a pessoa, eu acho, foi infeliz em fazer a brincadeira. Inclusive no lugar em que tava, né? No velório da mãe de um dos nossos, dos meus amigos, amigos da época de solteiro. É: “Ô, você não vai arrumar filho não? Não sabe fazer filho?” Deram risada, né? Aí eu falei claramente prá ele: “Não”. Eles não sabiam até aí, do problema. Aí eles ficaram sem graça, mas eu também, porque vai reativando aquela sensação. Agora eu já até comentei com Ana uma coisa. Talvez eu tô usando como um remédio para esse sonho de ser pai, porque o sonho eu não deixei de ter. Eu não deixei de ter. Apesar de ter todos esses... Eu tento esconder de mim mesmo essa, esse problema, essa vontade de ser pai, tento esconder de mim mesmo. Eu procuro pensar em outras coisas. Aquele prazer de pegar uma criança, né? Até eu tô me emocionando... É... (Voz embargada/forte emoção) A minha irmã teve uma filha e apesar de saber que eu sou o tio, apenas o tio, aquilo que eu queria dar pro meu filho eu tô dando para minha sobrinha. Então eu brinco com ela. (Choro/tosse) É... Eu sou um cara brincalhão, né Ana?

ANA (f20) Confirma com a cabeça, também emocionada.

ALEX (f24) _ Eu sempre me dou muito bem com as crianças e até os sobrinhos do lado de Ana. Todos gostam de mim. E, até eu não vou muito com alguns sobrinhos, mas eles gostam de mim. E aí a minha sobrinha, no caso é filha da minha irmã. Até que... É uma questão... Meu escritório hoje, onde eu trabalho com meu irmão... Tenho um escritório, que foi montado um mês antes de casar. É dentro de uma “sala escritório” na casa dos meus pais. E então, no começo, a minha irmã levava prá casa da minha mãe, da avó no caso. E a Ana cuidava dela no começo.

ANA (f21) _ Ficava o dia todo lá.

ALEX (f25) _ A gente morava perto. Não! Na época a gente nem morava perto no começo.

ANA (f22) _ Na minha sogra tinha um quarto, e eu ficava lá...

ALEX (f26) _ A Ana ficava lá. E como eu trabalhava ali perto, no mesmo imóvel eu ia muito lá dentro. Então eu via muito a Ana com ela. Essa condição, eu acho que me ajudou nessa questão de aliviar esse sofrimento, né? Aliviou porque mesmo com a consciência sempre de que ela era minha sobrinha e não

minha filha. Às vezes eu vejo minha sobrinha com algum probleminha, eu já fico preocupado. Eu quero, mas eu sei que eu não posso interferir na minha irmã e no meu cunhado em relação à filha deles. Eu não posso falar: “Ó ela tá com um problema, vocês não tão vendo?” (Risos) “Tem que levar no médico”. (Risos). Eu não posso. Eu sei que o correto é eles. Mas aquela questão de brincar, de fazer graça, às vezes então... Tudo eu tive com ela. Então eu acho que isso teve uma... Virou um remédio, um Analgésico.

P (f18) _ E prá ti Ana? Como era?

ANA (f23) _ No começo sim! Quando ela era bebê, né? Por cuidar dela eu tinha, assim, aquele amor, né? Aquela sensibilidade com criança. Tanto que é assim, a gente passou algumas coisas, eu disse que na minha época não acontecia isso. (Risos) Eu cuidava bem dela. Mas, assim, a gente, de lá prá cá, depois de três anos de idade, criou um certo ciúmes do Alex com a menina. Não ciúmes dele com a menina, mas ciúmes da atenção. Como eu sou muito sozinha, eu sou muito sozinha! Ele trabalhava lá de segunda a segunda, eu fico em segundo plano. O tempo que eu queria prá mim, o tempo prá gente conversar, comer junto, sair. Tava sobrando mais tempo prá menina do que prá mim. Então, eu percebi que a atenção dele estava se voltando mais para a menina do que prá mim. Eu ficava enciumada. Eu pensava: “Poxa vida, né? Com a sobrinha você brinca, perde tempo, mas comigo não pode. Agora quando eu quero um tempo prá mim, não pode.” Eu fiquei meio bloqueada, não com a menina. Agora, eu fiquei chateada porque queria atenção prá mim e não prá ela, porque ela é sobrinha, não é filha. Então assim, criou uma certa, sabe, distância. Já melhorou agora, já melhorou. Porque é assim, prá perder tempo prá sair comigo não podia: “Ah eu não posso agora, tenho que correr para o serviço, arrumar o serviço, tenho que trabalhar”. (Imitando Alex). Nós quase sempre almoçávamos de pé porque ele... Não dava tempo. Eu levantava cedo prá tomar café com ele: “Você toma café comigo?” Mas perder dez minutos, meia hora com a criança podia. Então, foi criando certo... Fui ficando chateada. Eu falava com ele...

ALEX (f27) _ Ela falava sim.

ANA (f24) _ Não adiantava nada. (Risos)

ALEX (f28) _ Eu achava até legal quando ela tava cuidando porque fatalmente eu tava perto. (Risos)

ANA (f25) _ E agora... A única coisa que eu acho que acabou ficando um tempo tendo que parar de cuidar dela. Era que ela ficava muito na minha sogra. Depois que a gente mudou prá um bairro lá perto, quando eu tinha alguma coisa prá fazer, eu levava ela lá prá minha casa. Posso ficar à disposição, porque eu tô aqui, ela vai dormir. Eu posso fazer as minhas coisas, tal. Mas aí a irmã dele não gostou. Acho que mais a minha sogra. Eu acho. Não aceitaram

a sugestão. Tanto a minha sogra quanto minha cunhada. Eu senti uma falta de confiança. E isso me chateou um pouco. Então, não vou mais cuidar.

ALEX (f29) _ Isso talvez seja porque onde a gente mora é um sobrado. Tem escadas e a minha sobrinha adorava, gostava de explorar.

ANA (f26) _ Toda criança é assim, né?

ALEX (f30) _ É.

ANA (f27) _ Mas eu ficava em cima, né? Claro! Cuidando dela. Eu fiquei muito chateada. Poxa eu cuidei um ano, nunca teve problema. Até, a primeira frutinha foi eu quem deu. Ou seja, quando a minha cunhada engravidou, todos os enxovais eu ia com ela comprar. E isso prá mim, por um lado foi bom e por outro não. Eu falava prá ela tudo que o bebê ia precisar com o tempo, com o passar dos meses. Saía prá comprar tudo. Escolhi tudo, o berço, protetor de berço, tudo, tudo. Tanto é que a moça da loja perguntou: "Você é mãe?" "Não, não sou." Então ela (cunhada) não sabia de nada. Tudo eu fui passando prá ela. O que nós vamos comprar, o que não. Tudo. Sabe aqueles macacõezinhos, tão lindos de plush, amarelinho, bordadinho? Ai que lindo! (Faz o gesto de abraço). Eu queria tanto poder comprar prá mim. Mas como não dava prá comprar prá mim, a gente comprava prá ela, né? Prá poder ter o bebê. Então você vê né? Da minha parte, desde quando ela engravidou, eu ajudei. Ai, chegou a vez de dar a primeira frutinha, uma pêra. A minha cunhada foi tirar, raspar a fruta e tirou um pedaço grande, e eu disse: "Não, não! Cuidado ela vai engasgar. Toma cuidado!" (Risos) "Tem que ir raspando prá dar prá ela sabe?"

P (f19) _ Você Ana falou de um sentimento ambíguo. Estava envolvida com os cuidados do bebê, mas ela não era sua...

ANA (f28) _ Eu já sofri muito viu. Por que... De tá vivendo essa situação. De saber que eu não tenho filho e... Tipo, meu pai (Emoção/Choro) que eu queria muito dar um neto prá ele. Eu não sei se isso não faz parte. Meu pai que dizia que eu era a filha que ele mais... Falava que o casamento que ele mais gostou foi o meu, que ele mais se orgulhou foi o meu, né? Que as outras filhas casaram grávidas, elas sofreram com os maridos. Que o genro que ele gostou... E o meu pai faleceu sem que eu pudesse dar a ele o neto que ele sempre quis. Isso doeu muito prá mim. (Choro). Eu queria muito sabe? E depois foi a minha mãe (Choro). Tá fazendo seis meses que minha mãe morreu. Aquilo foi muito prá mim. Eu falava muito prá ela que eu queria ser mãe. Ela dizia: "Se você soubesse o quanto é bom, não ia querer ter." Ai eu dizia prá ela: "Você teve oito, mãe." (Risos) Ela chegou a ter nove filhos, mas um morreu. "Você teve oito, oito, e eu só quero ter um, só um. Então ela falava: "Então Deus vai te dar um." Eu sinto muito porque eu não pude proporcionar isso prá ela. Porque ela sabia que era o sonho maior meu. Então esse dia das

mães agora vai ser muito especial. O primeiro sem... Eu até falei prá ele Alex que nesse dia das mães ele tem que avisar... Porque sempre a gente tá lá na família dele, final de ano, dia das mães. Tem que avisar que nesse ano eu queria passear, fazer alguma coisa, porque eu preciso. Aí o Alex disse que teria que falar com a mãe dele. Então, quando chegar o dia mais próximo, eu preciso que ele fale com a mãe dele porque eu preciso sair. Deixa prá falar mais perto do dia que ela vai entender. Porque esse é um dia triste em que eu não tenho mãe e nem sou mãe! Por mais que eu falasse alguma coisa do Alex a minha mãe sempre ficava do lado dele. "Não fica do lado dele mãe" Eu dizia. (Risos)

P (f20) _ Havia uma expectativa por parte do teu pai em relação ao casamento de vocês, a vinda de um neto.

ANA (f29) _ Não é à toa que eu tô tomando antidepressivo.

P (f21) _ Tá tomando há quanto tempo?

ANA (f30) _ Eu tô tomando há três meses. Eu vou ter que voltar lá agora prá tirar, mas eu tô me sentindo ótima. Tá tão bom! (Risos)

P) (f22) _ Vocês fazem algum tipo de terapia, acompanhamento?

ANA (f31) _ Eu comecei com a psiquiatra. Por causa dessas coisas, da morte da minha mãe. Eu acho que tá sendo ótimo, só que eu tô dormindo demais, né? (Risos). Quando eu comecei a tentar engravidar. Até então eu não sabia que eu não poderia... Que a gente teria esse problema. Até tem uma coisa. Quando eu tava tentando engravidar, eu tinha uma amiga no trabalho que tava grávida. A gente chama de Penina⁷, que era uma mulher da Bíblia. Ela tinha uma barriga linda. Essa amiga do trabalho judiava muito de mim. Ela era uma Penina na vida da gente. Então essa amiga ela ficava no serviço... Ela era uma grávida muito bonita, tinha uma barriga linda. Então ela vinha, passava a mão na barriga, ficava perto. Ficava falando coisas da gravidez. Então prá mim foi bem difícil.

ALEX (f31) _ Ela sentiu como uma provocação.

ANA (f32) _ Uma provocação, como se fosse uma provocação prá mim.

7. Penina é uma personagem bíblica do Antigo Testamento, mencionada no livro de I Samuel como uma das esposas de Elcana que foi o pai do profeta Samuel. Segundo o texto Bíblico, Penina era fértil e tinha filhos enquanto a outra esposa, Ana não gerava descendentes para Elcana. No entanto, Ana era mais amada do que Penina. Num determinado momento da história dessas duas mulheres, Deus cura a esterilidade de Ana e ela passa a gerar filhos tornando-se a mãe de um dos mais grandiosos heróis da história de Israel.

P (f23) _ Essa colega sabia do teu desejo de ter filhos, da tua dificuldade?

ANA (f33) _ Sabia até demais.

ALEX (f32) – Inclusive ela sabia até demais. Sabia demais...

P (f24) – Como assim sabia demais?

ALEX (f33) – Muitos detalhes, que eu acho que ela não deveria saber. Até aquele problema que eu tinha. Não devia falar disso. Porque tem algumas coisas que a gente não precisa revelar pros outros. A gente até concorda aqui porque é um trabalho importante, né? Então, mas tem alguns detalhes que a gente... Fora aquele episódio com meus amigos, a gente não fica comentando com todo mundo né? Apesar de...

P (f25) – Poucas pessoas sabem, então?

ALEX (f34) – Apesar de que, os familiares sabendo, (Risos) quase todo mundo tá sabendo, mas é, é uma... A Ana tinha muita consideração por essa colega de trabalho. Essa pessoa usou, acho que, essa consideração, de forma agressiva, de forma, e aí ela... Como a Ana falou né? Passar a mão perto dela não é provocativo, pode ter acontecido. Até a Ana chegava em casa do trabalho e começava a falar quase chorando que quando ela estava num lugar que podia fazer isso essa colega acariciava e falava prá Ana: “Olha que barriga linda”. Sabendo que a Ana queria também e que nós... Não é... No caso ela sabia que eu tinha problema.

P (f26) – Ana comentava com ela...

ANA (f33) _ Sim!

P (f27) _ Você Ana chegou a falar prá ela como se sentia?

ANA (f35) _ Não, não. Eu guardei prá mim.

ALEX (f35) _ Guardou prá ela.

ANA (f36) _ Eu não seria capaz de falar uma coisa assim, porque sou muito preocupada com as pessoas. Então eu não falo. Por exemplo: se eu falo com você e você tá de um jeito e depois tá de outro, tá diferente, eu já vou logo perguntando: “Tá chateada com alguma coisa? Eu fiz alguma coisa?”

ALEX (f36) _ Então foi assim, um período de tortura para Ana, creio eu né? Acaba atrapalhando também com a gente em casa. No momento, apesar de eu agradecer a Deus porque a Ana nunca brigou comigo por causa da minha situação. Choramos juntos, a gente tem esperança junto... Às vezes não entramos muito em acordo em relação aos tratamentos (Risos) não é? Porque teve um das vezes, nós fomos numa clínica, que até a Ana começou a falar do médico dela, uma pessoa boa, uma pessoa muito boa, que ele aconselha

muito, incentiva a gente. Ele falou assim: “Ó, chega de vocês ficarem fazendo exames... chega.” (Risos) “Vocês vão combinar agora, e vai dar certo, vai dar certo. Vocês vão ter os filhos de vocês. E vão trazer o filho de vocês aqui prá mim. Ai, eu vou fazer o pré-natal.” Né, Ana? Ele é uma pessoa, bem assim, positiva.

ANA (f37) _ Ele chegou a falar que o final do ano, meu presente de Papai Noel prá ele seria que eu engravidasse. (Risos)

P (f28) _ Isso foi recente?

ANA (f38) _ Não já faz uns dois anos. Só que o presente tá demorando né?

P (f29) _ Você continua indo nele?

ANA (f39) _ Continuo.

P (f30) _ Então vocês estão dizendo que da rede social, profissional, família... Enfim... Essas coisas chegavam a vocês como provocação, uma pressão, um sofrimento a mais?

ANA (f40) _ É até mesmo quando eu vejo uma reportagem de uma mulher que jogou uma criança no rio, que não quer a criança, eu falo: “Meu Deus, como é que pode, eu quero tanto um, dá prá mim, né? Dá prá mim.” Como é que têm pessoas que fazem isso, né? Não é possível! Ah! Sinto um... Acho que uma revolta muito forte. Revolta não é a palavra, mas assim... Não sei, não sei qual. Como é que pode a pessoa fazer isso e eu quero tanto um e não posso?

ALEX (f37) _ Não compreende.

ANA (f41) _ Incompreensão... Essa palavra é melhor. Acho que revolta... (silêncio). Já passei noites chorando, madrugada, orando a Deus, prá Deus nos dar essa criança porque, prá eu preencher o vazio que eu tenho. Até o ponto que eu ia falar... A minha mãe que faleceu... Até... Como Alex falou: “Ela perdeu a mãe”. E com o filho eu poderia esquecer um pouco da dor.

P (f31) _ Como assim?

ANA (f42) _ Não... Assim, como eu queria dar esse neto prá ela e isso não aconteceu, então, hoje... Que melhorasse o sentimento. A perda da mãe eu ia tá podendo preencher com o filho. Porque tá difícil prá gente ver tanto bebê, tanta criança. Até, minha cunhada tem um bebê que vai fazer um aninho agora dia três de maio.

P (f32) _ Por parte da tua família, do teu lado...

*ANA (f43) _ Da parte minha. E ele é bem loirinho, igual a Alex assim, de olho azul. Eu falo assim prá minha cunhada que “vou roubar o seu nenê”. Porque ele é loirinho do olho azul, branquinho, lindo. Igual ao **nosso** bebê.*

ALEX (f38) _ *Aí então é um aspecto interessante, né? Esse sobrinho aí já não teve o mesmo efeito que a minha sobrinha. Não sei...*

ANA (f44) _ *É. Quando a gente vai lá, ele não é de pegar, de brincar, não é muito. Só com os outros, adolescentes que ele brinca, conversa. Com os menores não.*

ALEX (f39) _ *São os outros irmãos dela, né? Sobrinho do lado de lá tem um monte. É eu acho, não sei se isso é importante, mas eu não sei por que esses outros sobrinhos, até por ter a idade parecida com a da minha sobrinha... Não teve a mesma afinidade que eu tive com ela. Talvez isso seja um problema (Risos). Parece que eu tô querendo ficar... Ele lá eu aqui. Não é não é antipático, chato. Mas isso é só uma observação... Não sei.*

ANA (f45) _ *É. Eu falei pro Alex que a gente tinha que comprar um presente para esse meu sobrinho menor que vai fazer aniversário. Ele é que... Eu não trabalho. Então... Sei lá, alguma coisa, né? A gente não comprou nada, fica chato! Eu sinto... Não sei. Eu tenho dois pontos ainda... Não sei se é importante. Tenho dois pontos... Que o Alex é uma pessoa muito família. Ele é... Ele já até falava prá mim que ele foi criado assim e que eu tenho que tolerar. Mas acho que tudo tem um consenso. Tem que ver. Eu acho que já tolerarei bastante. Ele tá sempre junto da família. Ele trabalha lá, traz os problemas de lá. Daqui prá lá e de lá prá cá. A mãe dele é extremamente curiosa em tudo. (Risos) Às vezes eu costumo brincar que ela deve saber até o número de relações sexuais que a gente tem. Ela sabe de tudo, tudo, tudo, tudo. Eu acho até que ela faz uma provocação... Tipo, falar algo da vida dele que eu não saiba né? Tipo assim, mostrar que tá por dentro de tudo, todos os assuntos. É isso que eu sinto. Então assim, ele muito lá, muito lá e eu fico muito só. Então eu... Ele fala: "Ó eu vou almoçar lá na mãe." Então, isso prá mim... Hoje eu não tenho muita vontade. Que eu queria fazer algo diferente, sair um pouco. Quero puxar o Alex prá ficar mais em casa. Eu não faço mais nada na minha casa. Ele fica sempre lá, sempre lá. Então é um ponto que me chateia. Talvez até... Eu fico chateada com essa história dos meus sobrinhos, porque é só lá, só lá. Chegou até uma vez que eu viajei... Todo o final de ano, muitos finais de ano eu viajei prá casa dos meus pais, que não são... que não eram daqui, sozinha porque ele não queria ir comigo.*

ANA (f46) _ *Agora outra parte que eu queria falar... A gente viu recentemente, quando eu tava na Internet. É que saiu um novo tratamento prá engravidar. É como uma cápsula. Porque antes teria que tirar os espermatozóides, separar os bons dos ruins, colocar com o óvulo e levar para o laboratório, e, depois de um tempo, colocar dentro... E agora é uma cápsula onde se coloca o espermatozóide dentro dessa cápsula e coloca dentro de mim. Sou acompanhada e, uns três dias depois, colocam essa cápsula... Eu vou para um médico para tirar a cápsula e deixar os espermatozóides...*

ALEX (f40) _ *A gente te manda... Informações pela Internet.*

ANA (f47) _ *Eu te mando e.mail.*

P (f33) _ *De qualquer maneira, ainda não está disponível, ainda não se tem acesso.*

ALEX (f42) _ *Surgiu uma esperança, mais uma, né?*

P (f34) – *Vocês chegaram a conversar com um médico sobre isso, esclarecer...*

ALEX (f43) _ *Não porque ainda não tá... É uma coisa muito nova. Quem sabe, né? Ajuda. É uma coisa que acende de novo a esperança. Apesar da fé, quando a gente vê algo mais concreto, mais... Essas evoluções da medicina que vão nos ajudar.*

P (f35) _ *E pás tentativas pelos métodos naturais? Como ficou o relacionamento sexual?*

ANA (f48) _ *Eu..., como eu já falei né? Acho que a gente pensa só em ter filho, só em ter filho. Nós só pensamos nisso. Só que assim, eu, eu acho o Alex é um pouco assim, desinteressado de relação sexual. Eu acho super estranho isso. Apesar de eu não ter... Não tive outras relações sexuais, então não sei né? Não tive outra experiência, então não sei se isso tem a ver. Eu ouço as amigas falarem: ...“Ah meu marido... Eu não agüento mais” Nem todas, mas... Ele é uma pessoa muito desinteressada e isso me afeta, porque eu penso: “Será que eu tô bem?” Eu penso em vestir alguma coisa prá ver se, né? Não sei se é o trabalho dele que deixa ele um pouco estressado, cansado. Ele chega em casa cansado. Isso eu digo, todo dia tá cansado. Fico chateada, né? Pôxa, será que... Como é que a gente vai ter filhos desse jeito? Eu não sou uma pessoa que... Muito assim também, não. Eu sou uma pessoa calma. Só que assim eu acho que... Como a gente tem na mente aquilo de que quer ter filho, eu tento procurar mais ele.*

ALEX (f44) _ *Mas eu acho que quando a gente passou a saber que existia o problema, eu acho que teve um esfriamento da nossa parte. Não da parte dela, vamos supor... Do lado dela não. Acho que isso aí ajudou um pouco eu mesmo me desvalorizar. Sei lá, pela falta da capacidade reprodutiva, talvez eu tenha me sentido é... Menos homem, né? Isso aí é uma coisa que eu acredito porque, como ela Ana até falou... No meu trabalho eu... Como eu quero fugir desse problema... Porque eu quero ser pai. (Emoção) Quando eu começo a falar que quero ser pai, eu começo a me emocionar. Então eu procuro colocar um monte de terra em cima desse problema. Nisso entra o meu trabalho, eu uso isso...*

ANA (f49) _ *Fala o nome da sobrinha.*

ALEX (f45) _ *Diversas coisas prá tentar enterrar. Então eu procuro, quando a gente... Como a Ana falou, a gente passou a ter um “tempo sexual” quase que programado prá ter um filho. Então usava até o período mais fértil. Dessa forma fez com que toda a parte do relacionamento do casal... Sempre em cima do pensamento da fecundação. Ficou em segundo, terceiro, quarto plano. E acredito que isso também afeta por causa de não ter tido o resultado até hoje. Assim, fracasso, né? Vamos fala a palavra correta... Talvez tenha feito assim... Da minha parte. Ela reclama com razão. Esse excesso de trabalho... Como eu falei prá você, eu trabalho por conta. Algumas pessoas falam: “Ah você trabalha por conta, pode fazer seu horário, você não tem chefe.” Imagina! Eu tenho vinte, trinta chefes e cada um deles acha que tem razão. E eu tenho que administrar todos para eles não entrarem em conflito e eu ser bombardeado. Então a pressão é alta no meu trabalho. Eu abraço o meu trabalho prá tentar esconder de mim mesmo o problema. Isso está me prejudicando. Aumenta o problema porque prejudica o relacionamento sexual, também com relação à atenção, companheirismo, com a minha esposa que eu tenho que ter. Estou devendo né? Então, aquele problema que é a infertilidade que o médico falou prá mim, que eu nunca vou ser pai... Tudo isso gerou, está gerando outros problemas. Porque se eu nunca conseguir resolver, ou com tratamento de fertilização... Conseguir o filho, talvez eu vá ter outros problemas maiores.*

P (f36) _ *Quais?*

ALEX (f46) _ *Ah, acho que...*

ANA (f50) _ *A obesidade, né?*

ALEX (f47) _ *Não, eu não ia dizer a obesidade, que eu acho que é de eu ficar tanto tempo sentado na frente do computador, trabalhando. Não faço exercícios... É natural engordar, pelo menos eu acho. Eu não tenho tempo de fazer exercícios.*

ANA (f51) _ *Mas, assim, ele não se cuida muito. Gosta de comer. A obesidade ajuda na infertilidade.*

ALEX (f48) _ *É prejudica, prejudica. A gente tá toda hora procurando na Internet. Hábitos de vida, dormir pouco, comer demais, faltam exercícios, são fatores que contribuem para um problema que eu já tenho. Prá aumentar o problema. E eu acho que no futuro, se eu não conseguir realizar o sonho de ser pai, eu acho que vou ter uma cobrança muito maior de mim mesmo, comigo mesmo: “porque eu não consegui ser pai?”. E aí eu vou, sei lá... Daqui uns dez, vinte anos, eu já não vou mais conseguir ser pai mesmo. Pelo menos é a minha idéia. E aí como vai ser a minha vida? Como é que eu vou me cobrar em relação a isso. Então, prá não explodir aquilo, prá mim uma bomba, eu enterro. Só que eu enterro onde não podia. A pressão vai aumentando, aumentando. Eu procuro não olhar. Eu tô sempre olhando pro lado oposto desse problema.*

Então o lado oposto, eu mergulho no trabalho. Graças a Deus eu não tenho nenhum vício de beber, fumar, usar drogas. O meu vício... Vamos falar assim, é o trabalho. Eu mergulho nele, naquele ambiente de trabalho. E aí eu fico devendo na parte do relacionamento sexual, fico devendo na parte do relacionamento afetivo, companheirismo, tudo isso. Então, a gente conversando aqui, eu começo até (Risos) começo a ver que esse problema está me gerando um leque de problemas. Eu me vejo assim, tipo numa encruzilhada e eu preciso pegar um caminho, tomar um rumo. Não posso ficar esperando aquela panela de pressão explodir. O que fazer? Aí eu também não tenho uma resposta. Continuar? Ir atrás dos tratamentos? Mesmo sabendo que a um custo elevado e que eu tenho poucas chances, conforme foi falado prá mim: “Não é que você vai fazer um tratamento que vai ser pai.

Silêncio

P (f37) _ Agora que estamos chegando ao final da entrevista, vocês gostariam de acrescentar algo mais sobre o que os levou a adiar a vinda do filho, a experiência da infertilidade, sobre os tratamentos, enfim?

ANA (f52) _ A gente namorou cinco anos. Engraçado que quando ele comentou comigo, na época em que a gente namorava dos tratamentos que tinha feito, eu falei prá ele: “Mas será que você vai poder ter filho?” Já sabia da história dele. Aí eu falei assim: “Será que você não vai poder ter filho?”. Ele falou: “Olha, quando eu fiz os exames, depois de todos os tratamentos, eu fiz exames e o espermograma deu normal.” Ele falou, mas eu não sei se ele falou a verdade na época. Se não. Não sei se pode ou não. Então tá. Mas eu tinha algo em mente. Parecia que não. Sabe assim? Parece que... Mas isso não, não interferiu porque eu gostava dele, sabe assim? Eu gostava dele. Normal. Naqueles dois anos que nós esperamos, a gente queria ter filhos, mesmo porque eu gosto muito de criança. Só que eu acho que, eu acho que era até questão financeira.

ALEX (f49) _ É. No começo do casamento a gente teve uma turbulência que a gente não esperava...

ANA (f53) _ Exatamente. Problema financeiro. A gente casou e, as coisas que estavam indo tão bem... Bastou a gente casar que a coisa desabou.

ALEX (f50) _ Meu trabalho deu uma mudada. A gente estava subindo, “de vento em popa”. Até o ponto de eu sair prá fazer os pagamentos, depósitos. “Ah sobrou dinheiro. Acho que vou ver um carro.” Acabei comprando um carro. Na época, sem planejar. Eu fui lá na concessionária, escolhi o carro e comprei. Não à vista, prestações. Deu prá comprar. Isso porque a agência era na frente do banco, a concessionária era na frente do banco. Atravessei a rua e comprei o carro né? E eu tava indo super bem, bem próspero. Mas assim que a gente casou... Falaram até em maldições...

P (f38) _ *Maldições?*

ALEX (f51) _ *Ah! Falaram que tinha uma história, um tipo de maldição... Que meu pai tinha que perder tudo. E que todos os descendentes iriam passar por essa maldição, né? Coisa de antigo. Foi uma praga. Mas daí como a turma se apega muito a essas coisas... Isso aí não tem nada de... Mas existe, né? A minha mãe falou prá Ana: "Vocês não vão casar agora. Espera mais um pouco. Eu não quero ver gente cobrando na porta da casa de vocês" E, não aconteceu isso, mas quase.*

ANA (f54) _ *Parecido, né? Parecido.*

ALEX (f52) _ *A situação... Nós casamos... Até no começo a Ana falava prá mim que a gente tinha ficado naquela situação até pelas palavras da minha mãe. Então, tipo... Nosso começo foi assim bem ruim mesmo. Ana perdeu o emprego que ela tinha. Ela perdeu o emprego de forma inesperada. Ela atuava em outra área, administrativa, e tinha um emprego muito bom mesmo. Ela perdeu o emprego de uma hora prá outra. Eu, a minha empresa entrou em colapso praticamente. Eu tive que vender quase toda a estrutura da empresa prá sanar dívidas. Dez anos atrás eu tava devendo 50 mil reais, em dívidas. Então foi bem difícil, né? Então, talvez até por causa desse momento difícil... E também, também porque a gente queria curtir um pouco só os dois... Mas também foi mais pela parte financeira mesmo.*

P (f39) _ *Então vocês namoraram cinco anos, falavam em ter filhos...*

ALEX (f53) _ *Sim, sempre foi meu sonho ter filhos.*

P (f40) _ *E foi em seguida ao casamento que aconteceu tudo isso?*

ALEX (f54) _ *Às vésperas do casamento. Antes da cerimônia. Até meu pai falou assim: "Vamos adiar o casamento". "Como adiar pai? Já tá tudo feito, convite, músicos, padre". O meu sonho era casar e ter uma orquestra, né? Desde pequeno... Esse negócio de ter um toca disco lá, isso eu não quero não, né? Eu não tinha nem dinheiro prá viajar. Com a viagem paga, a viagem paga, nós não tínhamos dinheiro prá levar. Foi assim bem... Mas deu tudo certo. A gente não levou muito dinheiro, mas deu prá consumir um pouco. Demorou uns dois anos prá gente se recuperar né?*

ANA (f55) _ *Foi até quando nós saímos do primeiro lugar onde nós moramos, logo que nós casamos. Lá era ótimo*

ALEX (f55) _ *A gente morava num lugar bom. Saímos dali e...*

ANA (f56) _ *As coisas foram melhorando...*

ALEX (f56) _ *Devagar, devagar. Agora, graças a Deus, parece que...*

ANA (f57) _ *É. Eu perdi o emprego, né? Na época era tão bom quanto o dele. Fiz esse curso de enfermagem. Agora acho que... Estamos nos recuperamos, com sacrifício, mas mesmo assim tá dando prá manter.*

ALEX (f57) _ *Agora eu acho que a maior razão prá gente adiar filho foi por causa dessa situação que a gente passou. Mas aí, como a gente te falou antes... Logo no primeiro mês que a gente tentou atrasou. No primeiro mês. Quer dizer, já criou uma expectativa: “Meu Deus, já?!” Não esperávamos que fosse acontecer no primeiro mês.*

ANA (f58) _ *Uma coisa que a gente deseja há tanto tempo...*

ALEX (f58) _ *Aí não era ainda, não era... Ai foi um mês, dois meses, três meses, seis meses, até um ano eu ficava ansioso: “E aí? Já? Não, né?” Aí ela: “A menstruação veio.”*

ANA (f59) _ *Prá gente é mais difícil, né? Prá quem é mulher... É um sinal.*

Silêncio

ANA (f60) _ *Outra coisa que eu me esqueci de mencionar, que desde... Acho que faz dois anos... Nossa passa tão rápido que a gente... Que eu fiz exame e eu descobri que eu tenho um mioma. Ele é pequeno, mas ele o médico falou que isso não vai influenciar: “Porque no lugar em que ele está não vai te influenciar”. Mas na cabeça da gente, a gente já começa a pesar: “Ai! Mais um impedimento.” Não é assim?*

ALEX (f59) _ *Inclusive não foi esse mioma que ele... Você foi fazer um ultrassom e o médico ficou preocupado, achando que poderia ser até uma gravidez. Você falou que...*

ANA (f61) _ *Não, é que eu tava com uma dorzinha, uma dorzinha, e... Dor, dor, dor. E aí o médico foi ver. Ele disse que o ovário tava maior que o normal, que eu não tinha menstruado. Que podia explodir tal, por que...*

ALEX (f60) _ *Passar mal na gravidez, né?*

ANA (f62) _ *Tava oscilando. Num mês ovulava, noutro mês não. Daí, como isso me ocorreu... Podia obstruir. Eu menstruava, e outro mês não... Mas o mioma reduziu, naturalmente.*

Silêncio

P (f41) _ *E daqui prá frente o que pretendem, como se imaginam?*

ANA (f63) _ *Que eu tenha um filho, né? (Risos)*

ALEX (f61) _ *É.*

ANA (f64) _ E feliz, porque eu acho que isso é um sonho, tá acima de qualquer outra coisa prá nós. Uma prioridade. Mais do que ter algo próprio prá gente, que a gente ainda não tem. Eu acho que, talvez pela emoção de estar grávida, ter um filho é algo maior do que ter um imóvel. Acho que é um sonho tão grande, é uma coisa tão... Que parece mais difícil, que a gente também vê aí que vai ser um milagre né?

ALEX (f62) _ A consciência que nós temos é que, se realmente vingar, tá na mão de Deus nos dar esse nosso...

ANA (f65) _ Vai ser tudo, né?

M1) (f63) _ Esse é o maior sonho nosso hoje.

ANA (f66) _ Tanto como um sonho concretizado, como no lugar da mãe que eu perdi. Uma companhia por eu estar só. Primeiro por mim... Depois pelo vazio, pela mãe. Mas eu também acho que eu tendo um filho ele Alex talvez fosse mais presente. Eu sinto o Alex muito ausente.

ALEX (f64) _ Prá mim, ser pai... Indescritível! Eu não consigo te explicar, não sei. Se você (dirigindo-se à P) me fizer pensar muito vai ser... Eu vou chorar. Não sei, acho que vai ser uma forma de extravasar amor, não sei. Acho que eu vou ser o pai mais bobo do mundo. Eu vou querer ser o mais amigo também. Vai ser algo precioso na vida da gente. Eu não tenho palavras prá falar... É indescritível! Comprar... Como a Ana deu o exemplo de comprar uma casa, que a gente não tem ainda... Em breve, se a gente tiver, vamos ter. Algo que... Normal. Não tem nada em comparação a filhos, em alegria. Não tem! Não tem comparação a isso. Nada!

ANA (f67) _ Hoje tem o cachorro, não é filho, mas... Ajuda... (Risos)

ENTREVISTA CASAL (B)

PSICÓLOGA (P) (f1) _ Como é para vocês, ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?

BETINA (f1) _ Por enquanto tem sido muito frustrante, né? Porque nada deu resultado. Então, eu vejo assim como um processo bem frustrante.

Silêncio

BETINA (f2) _ E prá ti? (Dirigindo-se ao marido e batendo a mão na perna dele.)

BRUNO (f1) _ Eu vejo o seguinte. A gente faz uma coisa ela pode dar certo, pode não dar certo. Então eu vejo como uma coisa que nós fizemos e que infelizmente não deu o objetivo que nós queríamos. Mas eu acho que eu trato isso de uma forma mais... Eu sofro bem menos do que ela. Eu acho que eu sou mais racional nesse ponto e ela... Eu acho que a carga, o problema psicológico fica bem mais com ela.

P (f2) _ Ela demonstra mais?

BRUNO (f2) _ Demonstra não, ela... Ela...

BETINA (f3) _ É porque no nosso caso o Bruno não faz muita questão de ser pai. Então eu acho que é por isso que eu sofro mais, porque eu quero muito. Então eu percebo até que foi esse um dos motivos que a gente adiou a gravidez. Foi porque ele nunca mostrou muita vontade. Era sempre: "Ah, daqui a dois anos a gente..., daqui a dois anos, daqui a dois anos, daqui a dois anos e eu 37, né? Eu disse: "Não, peraí! Eu não tenho mais idade prá ficar daqui dois anos, e engravidar, né? Aí começamos a correr atrás.

BRUNO (f3) _ Nós nos conhecemos em 94. Na época nós fazíamos Academia da Polícia Civil. Nós começamos a namorar ali. E namoramos uns dois anos e meio, depois noivamos e casamos em 97. Na época a Betina tinha 28 e eu tinha 27. E aí o nosso planejamento era primeiro nos estabelecermos financeiramente, tudo. Ter uma condição prá posteriormente ter o filho. Só que o tempo foi passando e a gente foi adquirindo umas coisas. Mas ao mesmo tempo em que a gente adquiria algumas coisas, gerava a necessidade de adquirir outras. Então, entramos num processo em que a gente ia ter cem anos e não ia dá prá ter o filho nunca, né? E a Betina também tava chegando... E prá mim, particularmente, não é que eu não queira ter filho, mas não é uma necessidade... Eu não me... Não seria um objetivo de vida ter um filho. Se acontecesse dela engravidar eu ia ficar feliz da vida. Tudo bem. Ia ter o filho. Mas eu não paro e fico pensando: "Meu Deus eu não tenho um filho! Ai que falta me faz um filho!!" Não é um algo, como se fosse assim..., físico, uma necessidade física, né? É como...

BETINA (f4) _ *E nem psicológica, né?*

BRUNO (f4) _ *E nem psicológica. Não há necessidade física, nem psicológica.*

BETINA (f5) _ *Ai eu interpreto como: “ele não quer ser pai”, né? Porque quando tu queres uma coisa, tu sentes uma necessidade psicológica e física da coisa. Porque tu queres, tu desejas aquilo, né? Eu entendo assim. Quando eu percebo (o desejo dele) é de forma assim negativa. Ele dizendo que não quer. Ai ele diz: “Ah, não sei por que gastar tanto dinheiro. Não sei por que sofrer por uma coisa assim. Ah, se não vier não veio!” Então, prá mim, ele tá dizendo assim: “Vamos tocar prá frente que não tem problema se não tiver filho.” Prá ele, né?*

BRUNO (f6) _ *É, é esse mais ou menos o meu pensamento.*

BETINA (f6) _ *Só que prá mim...*

BRUNO (f7) _ *Viver a vida, se engravidar engravidou. Se não engravidar... Fazer o que? Vamos vivendo o que...*

BETINA (f7) _ *Mas ai eu tento convencê-lo de que se ele pensa assim é porque ele não deseja ter um filho. Então eu digo: “Tu até dizes que queres ser pai, mas tu não desejas ser pai.” Quer ser pai se acontecer...*

BRUNO (f8) _ *Não, eu discordo dela no seguinte sentido: eu quero ter, mas eu não tô disposto também a... Em tese, o meu desejo é bem inferior ao dela. Mas não é que eu não queira. Pode ser que tu queiras uma coisa, mas o que tu tá disposto a dar por essa coisa, desprender tempo ou forças prá isso, não seja..., Seja menos do que outra, daquele que vai desprender mais tempo prá isso. Não é que eu não queira, mas não é meu objetivo de vida, a princípio, isso. Eu gostaria de ter um filho, mas não acima de qualquer coisa. Digamos assim. Claro que se tivesse vindo naturalmente, eu ia adorar o meu filho, ia amar o meu filho. De repente também me realiza... Mas como não veio... eu não fico... Eu não chego em casa e fico pensando: “Meu Deus eu não tenho um filho ainda. Meu Deus que bom seria se eu tivesse um filho. Ai, eu sinto tanta falta do meu filho, de uma pessoa prá tá do meu lado.” Não é uma coisa que...*

BETINA (f8) _ *Mas eu não entendo assim... Ele tem tanto carinho pelas crianças. Ele tá o tempo inteiro com as crianças, brincando com elas. Então, eu não sei, eu não...*

BRUNO (f9) _ *Eu gosto muito de crianças. Eu me dou muito bem com elas. As crianças geralmente gostam muito de mim. Mas o que eu digo prá Betina é o seguinte...*

BETINA (f9) _ *É uma dualidade prá mim assim que eu não entendo...*

BRUNO (f10) _ Não é... Essa questão do desejo, tu não podes fabricar o desejo, né? Ela vem contigo. Tu não dizes assim: "Agora tô com fome, vou comer!" Não. Tu deixas vir a fome. Então, assim... Eu tô dizendo a verdade. Eu não tô sentindo o desejo de uma maneira forte. Agora, dá prá trabalhar isso? Eu tenho que me programar prá ter desejo prá isso? Não me parece que é uma coisa racional isso. Eu quero agora, a partir de hoje vai ser meu objetivo acima de tudo, mas, no fundo, ele não é. Faz parte do meu ser. E prá agradá-la eu vou dizer: "Não, agora eu quero acima de tudo ter um filho", quando na verdade não é o que meu interior, minha consciência, minha razão e minha emoção tá esperando.

P (f3) _ Quando namoravam vocês falavam em ter filhos?

BRUNO (f11) _ Nosso planejamento era ter filhos. Todo momento a gente falava: "Ah, quando...". Mas era uma coisa bem longe. A gente vai planejando a vida e quando vê a vida tá nos atropelando. Nós vamos ter filho, nós vamos ter filhos, só que...

BETINA (f10) _ Eu por mim, eu já teria tido filho há muito tempo, né? Eu já tenho a sineta batendo há tempo. Só que aí eu não sentia vontade nele de ser pai. Ele deixou sempre bem claro prá mim. Eu acho até positivo isso. Pior seria se ele tivesse mentido prá mim que quisesse ser pai, só prá me agradar.

BRUNO (f11) _ Não, peraí! Nós estamos desviando... Não é que eu não queira ser pai. Eu não...

BETINA (f11) _ Não é isso? Tu sempre dizias: "Não, agora não. Daqui uns dois anos".

BRUNO (f12) _ Tá mais aí...

BETINA (f12) _ Mas aí, quando passavam aqueles dois anos, eu voltava a falar. Ai ele dizia assim: "Não, agora não. Daqui uns dois anos".

BRUNO (f13) _ Mas faz uns três anos que ela parou de tomar: "Ah, vou parar de tomar o, o... remédio (pílula anticoncepcional)"

BETINA (f13) _ É depois de um tempo, nós tentamos.

BRUNO (f14) _ Nós fazíamos o coito interrompido e, queira ou não queira, o coito interrompido é um baita de um risco prá engravidar. Começamos assim uma coisa... Tá liberado.

BETINA (f14) _ Foi porque eu comecei... Eu entrei numa crise bem ruim que foi um monte de coisas assim... Eu não tava feliz. Tava sempre chateada. Tava ruim no casamento. Eu comecei a querer... Aí eu insisti. Eu vi que aquilo tava me faltando. Ai eu digo: "Não, eu não vou abrir mão por tanto tempo." Nem

posso por causa da minha idade, né? Daqui a pouco não tem mais filho. Isso era o que eu pensava. Daí eu...

BRUNO (f15) _ Eu não percebi nada disso. Eu entendi que uma hora ela disse que já tava como uma certa idade e que ia parar... Vamos parar de fazer o coito anal, o coito interrompido (riem do engano). E que íamos tentar ver se engravidava. Foi isso que aconteceu. Nós esperamos um ano. Ai todo mundo dizia que um ano era normal não engravidar, tal. E: "nós vamos esperar". Dai deu um certo prazo. Depois de um ano de nós termos relacionamentos normais, ou dois anos... Chegou a dois anos de relacionamentos normais.

BETINA (f15) _ Dois anos.

BRUNO (f16) _ Por mim, se ela não dissesse: "Ah, agora vamos procurar um auxílio", eu continuaria da mesma forma. Não houve um sofrimento não. Eu tava tranquilo. Ai ela disse: "Vamos procurar uma ajuda de um profissional." Ela começou indo no Dr. Ben. Começou a consultar esse médico. E dai começamos..., Tanto é que eu fui fazer exames. Ela também fez todos os exames. Não deu nada. Esse médico queria fazer uma vídeolaparoscopia. Daí a Betina achou melhor trocar de profissional. Ai nós fomos na Dra. Bela. Ai...

BETINA (f16) _ É porque eu também fiz vários exames com o Dr. Ben. Então assim, já não é muito bom, né? Ficar tipo: "Vamos vasculhar a mulher prá descobrir o defeito que ela tem. O defeito de fábrica. Porque algum defeito de fábrica ela tem que ter. Porque não tá engravidando, né? Porque homem nunca tem nada, né? Pediram um exame de espermograma prá ele e deu. O espermograma dele deu bom uma vez, uma única vez, então tá bom. Então tá bom. Não precisa repetir, não precisa fazer nada. A mulher não. Tem que virar a mulher do lado do avesso, porque ela tem que ter algum defeito, claro! Então porque não reviram o homem do avesso também? De repente, encontra outra causa. Às vezes o cara tem tudo de bom, mas não acontece.

BRUNO (f17) _ Mas se o espermatozóide é bom, se ele é apto a gerar um filho, tá feito. Tu estais querendo achar uma coisa que não tem.

BETINA (f17) _ De repente ele não acha o caminho. (Risos)

BRUNO (f18) _ Mas ai eles vêem a mobilidade, tudo isso ai é analisado.

P (f4) _ Me parece que ela está falando de uma coisa mais profunda...

BRUNO (f19) _ É, é mais profundo.

P (f5) _ O corpo da mulher é mais investigado...

BETINA (f18) _ É porque a mulher fica sozinha nesse processo. Dói. Machuca.

BRUNO (f19) _ De qualquer maneira, de uma certa forma, há uma responsabilidade dessa invasão a minha pessoa, ao marido. Então assim: “Eu tô passando por isso tudo e tu tais ai no bem bom”. Dá essa sensação.

P (f6) _ Como uma cobrança?

BRUNO (f20) _ É. Como ela falou: “Ah, tu fosses lá, fizesse o espermograma e não pediram mais nada. Prá mim eles querem fazer isso, aquilo, aquilo outro.” Como se prá mim tivesse sido fácil e prá ela bem mais complicado, não é?

BETINA (f19) _ Mas foi!!!

BRUNO (f21) _ É, foi. Eu não tô dizendo que não é, mas é a vida que é assim. Ou a gente aceita as coisa como elas são, ou..., né?

P (f7) _ Comparativamente, os exames femininos são mais invasivos, mais dolorosos...

BRUNO (f22) _ Isso eu sei, mas eu tô falando é que ela me culpa por isso. Por ela tá sofrendo e por eu não passar por isso.

BETINA (f20) _ Eu acho que os médicos falham um pouco. Deviam cobrar, estimular mais os homens... A participação dos homens nisso...

BRUNO (f23) _ Participação como?

BETINA (f21) _ Ah, nem que vá junto fazer os exames. Ao menos prá saber o quanto a mulher tá ali sofrendo. E não esperar a mulher chegar em casa e perguntar: “Tá, e daí, o teu dia foi bom?” Não, não foi. Os caras passaram o dia te enfiando um monte de coisa dentro de ti, que machuca, que dói...

BRUNO (f24) _ Mas quando tu ias na Dra. Bela, fazer o ultra-som, eu tava ali contigo. Ora!

BETINA (f22) _ Durante um bom tempo, e ele sabe disso, eu falei várias vezes que eu não queria imputar um filho a ele. Eu queria que ele desejasse. Então eu fiquei esperando que viesse esse desejo dele e não veio. Aí eu disse: “Eu já tô com 37 anos e não vai dar prá esperar esse desejo dele vir, né?” Senão eu não vou ser mãe.

BRUNO (f25) _ Mas eu observo isso ai... Todos os procedimentos que ela dizia prá fazer, eu fazia. “Ah, vamos lá na Dra. Bela?” “Vamos”. Eu ia lá na Dra. Bela.

BETINA (f23) _ Mas isso só depois dos 37 anos, né? Antes disso nada. A gente nunca fez nada. Eu falava de ter filhos e sempre ficou prá um segundo plano.

BRUNO (f26) _ Pode ser. Mas a partir do momento que ficou marcado que era prá ir, eu fui. Fiz os exames. Quando era prá ir lá na “vídeo”, eu fui e fiquei com ela lá. Dormi lá...

BETINA (f24) – É, mas ele deixa bem claro assim: “Ah, então...” Prá ele, tá sendo tranqüilo.

BRUNO (f27) _ Não é que eu tô sendo claro. Eu tô sendo o que eu sou. Não tô sendo falso de dizer assim: “Meu Deus tu não ficasse grávida? Será que tu vai ficar grávida? Se não é isso que eu tô sentindo. Eu tô externando aquilo que eu...

BETINA (f25) _ Tá, mas é isso que eu tô falando. Tu achas ruim que eu fale isso. Que eu aponte que tu reages dessa maneira. É só isso que eu tô falando. Que tu ages dessa maneira. Então, tens que assumir que tu ages assim.

BRUNO (f28) _ Eu tô assumindo.

BETINA (f26) _ É que tu achas ruim que eu falo. Eu vou falar como? Que tu ficasses triste? Não posso falar. Eu falo que tu ficasses numa boa. Que tu não estavas assim tão interessado em saber...

BRUNO (f29) _ É. O meu interesse... Não é o objetivo da minha vida. Não é que eu não tinha interesse na situação, mas não era uma coisa que me preocupava.

P (f8) _ A intensidade talvez...

BRUNO (f30) _ A intensidade era diferente e chegava prá ela como descaso.

BETINA (f27) _ Eu acho assim que... Fica aquela coisa: “Vamos descobrir o defeito de fábrica da mulher”. Porque ela tem que ter um defeito de fábrica.

P (f9) _ Você fala o tempo todo em defeito...

BETINA (f28) _ Eu acho. Os médicos pesquisam a mulher demais, focam só a mulher. A família quer que tenha alguém. A família não aceita “infertilidade conjugal”. Não. Um dos dois tem que ter algum problema. Ou ele ou eu. Porque não existe essa coisa de “infertilidade conjugal”. Prá sociedade não existe.

BRUNO (f31) _ E aí como eles viram que meu espermograma deu bom, eles iam prá cima da Betina. (Risos)

BETINA (f29) _ Aí quando Bruno chegava, ele dizia prá todo mundo: “Não, meu espermograma é ótimo! O médico disse que eu engravidou até se gozar fora.” Dai todo mundo ria... Então: “Ele não tem problema? Então o problema é dela.”

P (f9) _ Voltavam-se as atenções prá você...

BETINA (f30) _ Então vinha: “E tu? Qual é o teu problema? Qual teu ‘defeito de fábrica’? Vai ter filho ou não? Qual é o teu? (Risos) É chato. Até os médicos. Eles ficam pesquisando a mulher, pesquisando, e param de pesquisar o homem. Eu não sei. Será que só o espermograma bom é suficiente? Sabe? Será que não existe outra causa? Eu não sei se foi feito esse tipo de exame, mas eu já ouvi casos de casais que, quando o homem ejacula dentro do corpo da mulher, a mulher tem uma coisa que mata todos os espermatozóides do homem.

BRUNO (f32) _ Nós já fizemos. É que o homem é mais simples. (Risos)

Silêncio

P (f10) _ Vocês estão falando das pressões, familiares, sociais, dos tratamentos...

BRUNO (f33) _ Eu acho que a pressão começa porque, a partir de uma certa idade... A gente já tava casado também. As pessoas ficam: “E daí? Vocês não vão ter filhos? Não vão ter filhos?” Os meus pais, os pais dela, os irmãos dela, os meus, meus amigos. E a gente tem um rol de amizades... Começam a falar: “Ah, o fulano tá lá tentando com a Dra. Bela porque tem um problema. Tão fazendo inseminação artificial, tal.” No nosso meio é uma coisa bastante comum. Dos meus dez amigos, que eu frequento, uns cinco ou seis conhecem a Dra. Bela e tiveram filhos através dela. Então começa a ser um papo normal, dentro do nosso meio, que nós vivemos. E a Betina tem uma característica bem diferente da minha. Eu até acho que é um defeito meu. Eu exponho muito a minha vida e a nossa vida. Eu exponho muito. Até ingenuidade a minha forma de ser, né? Eu sou de falar com as pessoas, embora eu não as conheça ou conheça há pouco tempo. Eu já sou de dizer coisas que talvez tivesse que ter mais uma intimidade prá falar. E a Betina gosta bem mais de preservar a intimidade dela e a nossa. De ser mais discreta, digamos assim. Então, até essa minha questão, eu trato melhor. Porque senão... As pessoas: “Ah, tu não tens problema?” Vamos supor, meus amigos... “Eu não! Meus exames, meus exames, não dão nada. Qualquer coisa, se ela cheirar... eu digo que se ela cheirar a minha cueca ela engravida. Mas é uma forma de brincadeira e eu trato isso dessa forma, né? Mas a Betina já trata com mais, leva mais pro lado sério, né? E eu já vejo uma coisa assim... Eu já entro no rolo do grupo.

BETINA (f31) _ Aí tem pessoas conhecidas ali, junto. Ou então amigos que a gente só passa e diz oi. Eu não gosto de expor minha vida assim. Ele tem esse defeito. Nós já discutimos algumas vezes, de eu chegar brava em casa com ele, indignada dele sair expondo a nossa vida assim. Eu brincava que, depois de cinco minutos de conversa, ele já perguntava prá pessoa quanto que ela ganhava. Ele é assim: “Ah, tu ganhas quanto?” A pessoa ficava até meio assim, sabe? Cinco minutos prá ele já basta. Já sabe tua vida inteira.

BRUNO (f34) _ *Prá Betina esse é um assunto muito delicado, a questão do salário, quanto tu ganha. E que tu tens que ter um nível de intimidade altíssimo prá poder fazer uma pergunta desse quilate. E eu, dentro da minha... Nos meus relacionamentos eu... (Risos) Ah, pergunto na maior... (Risos) “Ah, dá prá tirar quanto fazendo isso?” Sei lá: “Qual é o teu salário como procurador?” Eu pergunto, mas ela ficava horrorizada. (Risos)*

P (f11) _ *Parece que o problema maior está no fato de que, ao falar de ti para os amigos, ela acaba se sentindo exposta.*

BRUNO (f35) _ *Não. É porque no nosso meio de homens ali, que todo mundo, quase todos, tiveram esses problemas de não engravidar, então fica já uma brincadeira de: “Tu é falhado. Tu és um falhado. Tu só faz menina...”*

BETINA (f32) _ *Prá ele ficou muito cômodo. E eu ficava chateada porque ele dizia assim: “Lá em casa o falhado não sou eu”. Então quer dizer, sou eu. E aí ele acha que eu interpreto tudo, não sei o que. Eu digo: “Não sou só eu. Tu deixasses claro.” Aí ele fica bravo: “Tu tá toda vida achando as coisas” Que eu ainda é que tô errada. Mas se ele diz: “Ah, lá em casa o falhado não sou eu...” Quem é então? Se nós somos duas pessoas? Quem é então?*

BRUNO (f36) _ *E nem ela... Mas eu... Sei lá...*

BETINA (f33) _ *Mas tu não falas isso pros teus amigos.*

BRUNO (f37) _ *As pessoas não perguntam ora.*

BETINA (f34) _ *“Ah, eles não perguntam”. Mas eles também não perguntaram se tu eras “falhado”. Tu não tinhas nada que falar, fazendo propaganda.*

BRUNO (f38) _ *Mas talvez seja por isso. Eu não acho que isso seja um elemento fundamental no relacionamento. Eu não ia deixar de amá-la, ou amá-la mais ou menos porque ela não pode ter filho, ou não tenha filho, ou tenha uma dificuldade. Não é. Isso prá mim não é um elemento muito importante.*

BETINA (f35) _ *Eu tive bastante dificuldade prá aceitar isso, da sociedade cobrar que um dos dois tenha falha. Tem que ter. Não pode. Eu já escutei bastante. Por que eu já ouvi várias vezes assim... É: “Tá, mas tu já fizesses todos os exames?” Sabe? “Já, já fiz todos os exames.” “Tá, mas não encontraram nada?” “Não, não encontraram nada” “Mas tem que ter alguma coisa.” Porque tem que ter alguma coisa? É difícil sabe? Aí a hipótese é assim: “Se ele não tem nada, tem que ter alguma coisa”. Eu digo: “Não, mas nosso caso é um caso em que nenhum dos dois tem nada”. “Ah, então relaxa. Relaxa que acontece!” (Risos) Então tá bom.*

BRUNO (f39) _ *Ela tem dificuldade de lidar com esse tipo de situação com a qual eu não me importo tanto. Essa também seria uma situação. No caso lá*

dos meus amigos eu nem era o foco principal. Tinha gente lá em situação bem pior que a minha. Tem uns quatro cinco na mesma situação, ou seja...

BETINA (f36) _ O problema era deles. Nos outros casais, o “defeito” era no homem, não na mulher. A mulher era... Ele tava “bem na fita”.

BRUNO (f40) _ Esse é o momento em que a gente aproveita a oportunidade prá pisotear em cima do colega que tá em maior dificuldade. Quando outro assunto me desfavorece eu crio um mecanismo de defesa contra eles. E assim vai, né?

BETINA (f37) _ E é muito ruim, né? Tu ficar assim. Todo mundo perguntando, o tempo todo se metendo. Porque tem que ser assim? Na família, eu tenho duas irmãs e a minha mãe. Acham que alguma coisa tem. Que não pode ser assim. Na casa dele também. A mãe dele, a madrinha dele, o pai dele, a irmã dele: “Não, tem que ter alguma coisa.” Eu sou filha do meio.

BRUNO (f41) _ Eu sou mais velho.

BETINA (f38) _ Ele é o mais velho. Eu sou a filha do meio de cinco irmãs. Então têm duas abaixo de mim e duas acima. Todas elas já têm filho.

BRUNO (f42) _ Menos a mais nova.

BETINA (f39) _ Menos a mais nova. A caçula ainda não tem filhos, mas as outras têm.

BRUNO (f43) _ E na minha casa também. São quatro. Eu sou o mais velho e depois tem dois. E um menino de 22 anos. Esses dois aqui já tiveram filho.

BETINA (f40) _ Os dois do meio. Já tiveram filhos e a irmã dele agora tá grávida novamente. Então é bem chato assim a gente ficar ouvindo tipo: “Ah eu não posso ficar sem tomar o comprimido (anticoncepcional), por que eu já engravidado na hora. Tu não consegues?!” É uma indelicadeza das pessoas. Tremenda. E aí o Bruno acha assim que eu sou muito sensível demais. Mas pôxa, eu tô falando prá pessoa, a pessoa tá me perguntando se tem algum...: “Ah, mas tem que ter” Ai insiste que tem que ter um problema. Tipo a irmã dele. Adoro a irmã dele, mas quando é nesse assunto, ela é indelicada. “Não. Tem que ter alguma coisa. Esse médico de certo não fez todos os exames”. Ai, aquilo já te dá uma coisa. Então tá. Tá tudo bem. Se prá ti eu tenho um defeito, então tá bom. Se eu tenho um problema, tudo bem. Ai assim: “Ah, eu já sou assim, eu tenho certeza que eu não posso parar o comprimido eu engravidado. Eu engravidado na hora”. Assim: “Como eu sou boa, como eu sou boa mulher, sou boa mãe, como eu sou perfeita”. Eu acho chato isso. E quando eu fiz a minha vídeolaparoscopia... Foi até uma situação que nós... Eu fiquei chateada com ele na época. E nós tivemos uma discussão. Nós tivemos duas discussões a respeito disso. Eu levei anestesia geral e a média fez a “vídeo”. Quando eu

acordei, já tava a família inteira sabendo o diagnóstico da “vídeo”. Eu falei que eu ia fazer a “vídeo”...

BRUNO (f44) _ Ela ficou internada dois, três dias. As pessoas foram lá visitar. E quando chegavam lá perguntaram: “Sim, o que é que deu?” A médica dela tinha me falado o que tinha acontecido. Daí eu reproduzi prá pessoas o que tinha acontecido.

BETINA (f41) _ A médica tinha passado prá ele tudo o que tinha acontecido. Ele foi e disse prá todo mundo: “Ah, ela tem um pouco de Endometriose, a trompa dela não é muito bonita, o ovário é meio opaco, etc.” A trompa não é muito bonita é ótimo, né?

BRUNO (f45) _ Mas foi ela (a médica) que falou.

BETINA (f42) _ Foi a médica quem falou. Tudo que a médica falou prá ele, ele falou prá todo mundo. Daí: “Ah, encontraram!!!” Ai, a última frase ... Ele não disse a última frase, em primeiro lugar. Quem teve que dizer a última frase prá família foi eu. Quando começaram a insistir: “Ah, mas tua trompa é assim...” Ai eu disse: “Tá, a médica falou isso tudo...” Eu tive que insistir várias vezes prá pessoas me escutarem.. A médica disse isso tudo: “A trompa é assim, que teu ovário é assado, e tem um pouco de Endometriose”, **maaaassss**, (eleva o tom da voz) “nada disso impede uma gestação, impede uma concepção. Nada disso impede uma concepção.” Faltou essa frase, prá mim muito importante.

BRUNO (f46) _ Eu falei prá eles isso ai.

BETINA (f43) _ Todo mundo achou... A madrinha dele, uma semana depois: “Ah, pois é, né? Com Endometriose é muito difícil” Ai eu digo: “Mas a minha Endometriose não impede a gravidez”. Ela: “Não impede?” Ai ela ficou sem graça.

BRUNO (f47) _ Ela não falou...

BETINA (f44) _ Falou! No shopping...

BRUNO (f48) _ Ah, tá... ela (madrinha). A médica não falou nada de Endometriose.

BRUNO (f48) _ É. A médica não falou.

BETINA (f45) _ As pessoas guardaram só o negativo.

BRUNO (f49) _ Ela disse que a Betina tinha... Como é aqueles caminhozinhos, canalzinho?

BETINA (f46) _ O canal vaginal. Canal não. A trompa?

BRUNO (f50) _ A trompa. São duas trompas e dois ovários. Que uma trompa é muito sinuosa. E que não é uma trompa, diríamos, não muito bonita prá reprodução. E que esse ovário é um ovário bom. Perfeitinho assim, ideal. E que o outro, o caminho é melhor, mas que o ovário já não tem a qualidade do outro ovário.

BETINA (f47) _ Já é um ovário mais fibroso, ela falou.

BRUNO (f51) _ Ou seja, um caminho é melhor, e lá o final é pior. E o outro caminho é pior, e o final é melhor. Nada que impossibilite a gravidez, mas, em tese...

BETINA (f48) _ O Bruno, na época, também entendeu que teria esses problemas. Que esses problemas seriam a causa. Ele também teve um problema de infância num testículo, né? Ele teve. Ficou no abdômen. Depois é que fizeram a cirurgia e retiraram. Eu disse prá ele... Eu tive que lembrá-lo: "Tu tens um problema no testículo e teu espermograma é normal. Então, quer dizer, tu não tens problema nenhum." Se ela (a médica) tá dizendo que, mesmo com essas falhas que eu tenho, no meio do caminho, seria normal engravidar, porque que no meu caso é um problema e no teu não? Ai ele se convenceu um pouco e parou de dizer que a culpa era minha. Porque foi dito assim que eu fiz a "vídeo", ficou claro prá família que a culpada era eu. Agora fica aquela coisa assim, ninguém fala porque "Tadinha, ela não gosta" (Risos) É chato, é bem chato. Tu vê que as pessoas não tão convencidas e ainda te tiram por meio doida, sabe? (Risos)

BRUNO (Risos)

BETINA (f49) _ Eles: "Coitada, não vamos falar a verdade prá ela porque ela não aceita, ela não gosta." Sabe?

BRUNO (f52) _ (Risos) "Não vamos falar nada porque esse assunto, eh!"

BETINA (f50) _ Não é porque é a verdade, não. Entendes? "Vamos poupá-la, tadinha. Ela não aceita a verdade." Sabe? Tão me fazendo um favor. É duplamente chato.

BRUNO (f53) _ Mas as pessoas não falam nada disso.

BETINA (f50) _ Não falam, mas fica subentendido.

BRUNO (f53) _ É, mas aí também...

BETINA (f51) _ Porque assim que eu fiz a vídeo todo mundo: "Ah tadinha, ela tem Endometriose, tem um ovário ruim, então não vai engravidar. Por isso não engravida. Tadinha?" O "tadinha" é bom, né?

Silêncio

BETINA (f52) _ *E assim, eu não entendo também outra coisa que pro Bruno é fácil assim. Ele fala em adoção, fácil. Se ele não quer ter um filho dele próprio, como é que ele quer criar filho de outra pessoa?*

BRUNO (f54) _ *Mas ai... Em nenhum momento eu disse que eu não queria ter filho próprio.*

BETINA (f53) _ *Tu tá sendo contraditório, porque se tu dizes que não é teu sonho, que tu não sente falta, tu não queres.*

BRUNO (f55) _ *Eu acho que há uma distância muito grande.*

BETINA (f54) _ *(Risos) Bom, ai nós vamos entrar numa linha que já discutimos algumas vezes e não chegamos a ponto nenhum.*

BRUNO (f56) _ *Eu acho o seguinte, eu vejo que, eu não tenho problema em lidar... Eu não tenho constrangimento em lidar com os meus problemas. Se eu tivesse que ter algum problema que não pudesse ter filho, prá mim, a minha vida ia continuar normal. Não teria nenhum problema isso. Não deixaria mudar a minha forma de ser. Eu não me julgo por ser produtivo, por ser reprodutor ou não. A sociedade já evoluiu dessa maneira há muito tempo. Hoje a gente é avaliado pelo conhecimento, pelo caráter. Não por ser... "Ah, porque não é reprodutor, não é uma boa pessoa." Isso prá mim tá bem claro. E prá ela parece que não. Ela vê... E se ela tivesse Endometriose e não pudesse nunca ter filho? Tá. É uma situação que acontece...*

BETINA (f55) _ *Seria ruim, seria ruim. Horrível para uma mulher isso.*

BRUNO (f57) _ *É ruim, mas é uma situação que acontece. É ruim. Mas que independe dela. Eu não posso fazer nada prá mudar o quadro, nem ela poderia fazer. E, ou a gente se conforma com isso, ou a gente vai sofrer pro resto da vida...me parece essa situação.*

BETINA (f56) _ *Mas é que é assim ó, ter a Endometriose que impeça a gestação, já é ruim... Horrível. A pessoa ter que assumir isso. É pior ainda ela não ter e todo mundo julgar que é ela tem a Endometriose e não pode...*

BRUNO (f58) _ *Mas ai assim, se a gente for começar a ver o que os outros falam, a gente vai entrar numa ciranda que é muito complicada. Eu acho que a gente tem que saber diferenciar bem...*

BETINA (f56) _ *É que também ele tem uma idéia de que o mundo tá muito moderno. Eu não. Não concordo muito com ele. Eu acho que a sociedade ainda cobra sim. Que o homem seja o provedor dentro de casa, financeiramente. Que esteja sempre ali prá defender a sua esposa. E cobra sim da mulher que lave, que ela passe, que ela cozinhe, que ela cuide dos filhos.*

Eu vejo assim ainda a sociedade. Que ela tenha filhos. A sociedade cobra isso da mulher e cobra isso do homem. Ele acha que não.

BRUNO (f59) _ Então a cobrança em cima de mim não tá sendo suficiente.

P (f11) _ Não tá te atingindo suficiente ou talvez não no mesmo nível que a ela.

BRUNO (f60) _ Talvez sim.

BETINA (f57) _ Eu acho que a sociedade cobra sim. Cobra! As pessoas querem saber. Se uma mulher trabalha fora, não tem problema nenhum. Agora pensa num homem não trabalhando fora. Ninguém ia aceitar. Ai chega prá ti: “O que? Tu sustentas o teu marido? Ele fica em casa e tu que vai trabalhar? Que absurdo!!!” Então não tá tão moderna a sociedade como ele acha que tá. Não tá. No meu entender não está.

Bruno tenta argumentar, mas não é possível entender o que diz por que Betina fala por cima.

BETINA (f58) _ E também não tá tão moderna na questão da mulher, da cobrança da mulher em ter filhos. É cobrado sim da mulher que ela tenha filhos. Que ela tenha filhos, que ela crie os filhos, que ela cuide da casa. É cobrado da mulher isso. Então eu sinto essa cobrança. Da minha mãe, das minhas tias, da tua família, da parte feminina, que eu tenha filhos sim. De que eu possa ter filhos, que eu possa criar os filhos, que eu possa cozinhar... Existe essa cobrança.

BRUNO (f61) _ Pois é, mas se a gente não tá conseguindo engravidar dentro de todos... Bem, eu procuro ser objetivo. Nós estamos tendo o relacionamento sexual, sem nenhuma precaução, nada. Não estamos engravidando. O que mais poderíamos fazer? Já procuramos uma profissional especializada. Daí entra num foro, numa área que tu já falasses anteriormente, né? As coisas começam a se tornar caras. Nós não estamos falando de valores baixos. Nós estamos falando de valores altos, né? Sem garantia nenhuma de que vai haver... Da segurança do resultado. Do êxito. As coisas não são assim simples, né?

P (f12) _ Vocês poderiam falar um pouco sobre o que vocês fizeram, que tratamento vocês fizeram?

BETINA (f59) _ Depois da “vídeo” a Dra. Bela achou que, a inseminação, devido a minha idade e tudo...

BRUNO (f62) _ Não adiantaria...

BETINA (f60) _ Era perda de tempo. A inseminação. Só que, em virtude dela ter dito que nada impediria... Que apesar de ser assim, assado, nada impediria a concepção... Então fizemos, decidimos fazer mesmo assim.

BRUNO (f63) _ E a diferença de custo era...

BETINA (f61) _ A diferença de custo em primeiro lugar e em segundo lugar, um método um pouco mais natural assim, né? Somos católicos...

BRUNO (f64) _ E nós somos católicos e ai tem aquela questão da religião... Porque, queira ou não, o óvulo ali, depois de fecundado, alguns são descartados. No caso da... Os embriões da fertilização in vitro, né? Tanto é que isso ai tá até em discussão ai no Supremo (Tribunal Federal), essa questão das células-tronco. E também entrou na pauta... Eu tava lendo, eu tava assistindo, a questão da fertilização in vitro, que eles acharam que era semelhante à questão embrionária. Então nós achamos melhor, achamos que dava... E como no caso... Nos dias que ela tava tomando esse hormônio, andou atrasando a menstruação. Ela fez um teste que deu um valor médio que nós até concluímos que ela teria ficado grávida durante um período desse.

BETINA (f62) _ A Dra. Bela é que falou que foi uma gravidez em fase muito inicial, mas ocorreu, né?

BRUNO (f65) _ Ocorreu. Nós achamos e ela...

BETINA (f63) _ É porque atrasou quatro dias a minha menstruação e nunca atrasa.

BRUNO (f66) _ E tava tudo regulado, regulado...

BETINA (f64) _ E no quarto dia eu fiz o exame de sangue e peguei o resultado à noite. Quando eu peguei o resultado de "inconclusivo". Eu nunca tinha escutado isso.

BRUNO (f67) _ O normal daquela coisa lá, o índice, é cinco mil e a gravidez era acima de cem mil.

BETINA (f65) _ Não. É assim: de zero a cinco é negativo. De cinco a cem é inconclusivo. Acima de cem é positivo.

BRUNO (f68) _ E tava cinqüenta.

BETINA (f66) _ Ai tava... (Risos) Então, mas a Dra. Bela falou assim que aquele valor ali era uma gestação sim e que tava... Mas foi assim, eu peguei o resultado e não deu nem tempo de eu...

BRUNO (f69) _ Ela falou que achava que tava, aí foi no banheiro...

BETINA (f67) _ Fui ao banheiro e eu tava menstruada. Então, quando eu cheguei em casa, eu falei prá ele que eu estava grávida, ele: "Vamos ligar prá todo mundo", ele já assim (Risos). Eu, como gosto de ser mais na minha, disse: "Não, vamos esperar. Eu quero ter certeza. Vamos com calma"

BRUNO (f70) _ Ai quando ela foi ao banheiro, saiu a menstruação.

BETINA (f68) _ Ainda bem que eu não deixei ele ligar prá ninguém porque... não foi, né?

BRUNO (f71) _ E ai, como tomando só o hormônio ela já chegou praticamente a ficar grávida, nós achávamos que se fizéssemos só a inseminação artificial, no qual o esperma é tratado, é preparado lá... Nós achamos que tinha uma probabilidade grande de ter sucesso. E ai nós fizemos uma inseminação artificial. Ai, logo depois nós passamos por uma crise. Em Outubro, né?

BETINA (f69) _ É.

BRUNO (f72) _ Do ano passado. Ai nós pensamos numa... Ai nós tínhamos acertado que nós íamos passar...

BETINA (f69) _ Que tinha que fazer uma FIV. Que meu pai ia nos ajudar a pagar uma FIV. Agora em Dezembro. Só que ia cair bem no dia do Natal. Ai eu liguei prá Dra. Bela prá ver se ela ia trabalhar né? Ela disse que não, que era prá eu continuar tomando os hormônios até Janeiro. Mas ai em janeiro a gente teve um desentendimento conjugal grave. Foi um prá cada lado.

BRUNO (f73) _ Quase nos separamos. E, então, voltamos...

BETINA (f70) _ Em Março. E ai agora nós estamos assim. Não sabemos ainda...

P (f13) _ Em processo de reconciliação...

BETINA (f71) _ Isso.

P (f 14) _ Então a questão da FIV ficou em suspenso?

BETINA (f72) _ Ficou.

P (f 15) _ E como vocês se imaginam...

BRUNO (f74) _ Concomitante a isso tem uma questão que é o seguinte: nós compramos um apartamento há aproximadamente dois anos atrás e esse apartamento tá agora prá... E nós tínhamos um apartamento antigo, nosso. Ai nós vendemos e compramos outro. E lá quando nós fomos comprar esse apartamento, eles não aceitaram o nosso antigo como forma pagamento. Então...

BETINA (f73) _ Nós vendemos o nosso.

BRUNO (f75) _ Então nós tínhamos que dar o dinheiro correspondente à venda do nosso apartamento, nas chaves, vamos supor. Que é agora em agosto, setembro. Quando chegou Abril do ano passado eu disse prá ela: "Vamos

vender esse apartamento porque a gente não sabe se vai demorar um mês, um ano, ficar aqui...

BETINA (f74) _ Vendeu rápido e até agora nós estamos assim acampados, entende?

BRUNO (f76) _ Vendemos em Outubro. Ai, nós fomos morar lá na casa do meu pai. E ai nós ficamos... Deu essa situação toda de que nós acabamos nos separando. Ela entrou em depressão, tal. Ai quando nós voltamos, nós fomos morar na casa da mãe dela, com os pais dela. Então agora, na verdade, assim todas as nossas economias e tudo, nós estamos tratando na questão da mobília, na questão de... As nossas remunerações, que já não são muito altas, de certa forma estão sendo canalizadas prá esse fim. Mas, ai eu tenho um amigo meu que é médico. Que ele disse o seguinte, que não existe "não diagnóstico". Que tem que ter alguma coisa, tem que ter alguma coisa. E que...

BETINA (f75) _ Mais um ano, né?

BRUNO (f77) _ E ele diz que o médico, se ele pode fazer por quinze mil, ele não vai fazer por cem reais. E que era prá eu pegar todos esses exames nossos e levar prá ele que ele vai dar uma olhada com calma nisso, né? E que, conforme o caso ele tem contato lá como Hospital Metodista,... É isso? Hospital Metodista em Curitiba... Metodista?... Evangélico... Hospital Evangélico de Curitiba, que parece que é um grande Centro de Reprodução lá, é um dos melhores. Não sei se é ou não. E ai ele disse que, se fosse o caso, nos encaminharia prá esse, prá essa ajuda. O problema agora está em localizar esses exames porque, como nós estamos em eterna mudança... Nós achamos que tá lá na praia. Mesmo assim a Betina tem que passar lá na Dra. Bela prá pegar a "vídeo", né? Que me parece, pelo que ele me falou é o que mais importa é ele analisar essa "vídeo". A análise da "vídeo".

P (f14) _ Voltou prá Betina.

BRUNO (f 78) _ Voltou prá ela. E ele quer ver os exames e o principal exame que ele quer ver e quase disse que é o único, era a questão da "vídeo".

P (f15) _ Então nesse momento vocês estão indo atrás desses documentos/exames, empenhados nisso...

BRUNO (F79) _ E ai nós chegamos à seguinte conclusão... Ele é um médico legista, amigo meu ali do serviço. É uma pessoa que a Betina conhece. Mas não é assim uma pessoa... Mas eu disse prá Betina que já que não vai ter ônus nenhum, não custa nada, né? Na verdade agora nós estamos num processo... Agora vamos ver se a gente vai esse final de semana lá na praia prá ver o que tem e depois a Betina tem que pegar com a Dra. Bela... Na verdade o principal exame que é a "vídeo", prá levar prá ele. Vamos ver o que ele vai dizer ou não. Se ele vai conseguir abrir esse canal lá em Curitiba. Por que senão, pelo que

gente viu... A gente já tá numa situação complicada, com quase todo orçamento comprometido na casa, né? Então a gente teria que vender o carro. Praticamente nós teríamos que vender carro prá poder tá fazendo uma FIV. Eu sei que a Dr. Bela falou que ela estaria fazendo três por quinze mil, não é isso?

P (f 16) _ Três o que? Três FIV's?

BRUNO (f 80) _ Três FIV's, por quinze mil reais.

BETINA (f 76) _ Só a parte dela, né? Sem os hormônios.

BRUNO (f 80) _ Sem os hormônios.

BETINA (f 77) _ Cada vez que vai comprar os hormônios é cinco mil. Ela faz um "pacote". Se tu engravidar na primeira...

BRUNO (f 81) _ Tudo bem. Se ela engravidar na segunda tudo bem. Se ela engravidar na terceira, tudo bem. Se não engravidar na primeira, na segunda e na terceira...

BETINA (f 78) _ Se tu engravidar na primeira, mesmo assim tu pagas os quinze mil. É um "pacote".

P (f16) _ Esse é um valor que neste momento não é possível, está fora de questão?

BETINA (f 79) _ Meu pai tinha se proposto a pagar. Só que devido à crise no nosso casamento, eu também comecei a me questionar um monte de coisas. Se eu queria e... É um...

BRUNO (f 82) _ Como é que nós vamos colocar um filho no mundo agora, prá botar dentro de uma situação que... A gente entende que o filho... Eu entendo e a Betina também...

BETINA (f 80) _ Eu não sei. Volta tudo aquilo, toda aquela situação da época dele não querer. De eu achar que ele não quer e eu quero. De eu me sentir muito sozinha nesse processo e cobrar dele uma situação financeira melhor. Porque a gente acaba cobrando, né? Justamente porque a sociedade cobra que ele seja provedor financeiro e que eu seja provedora de filhos, né? Então eu cobro: já que eu vou prover um filho, ele que prove o dinheiro, né? (Risos) E assim... Cobrei muito dele numa época, que ele melhorasse a situação financeira. Até prá ajudar a ter um filho, até prá poder pagar o tratamento do filho. E ai volta tudo aquilo, toda aquela época... Não sei. É muito ruim, tá retornando, né?

P (f16) _ Vocês estão vivendo todo esse momento de transição, mas parece que surgiu esse médico, esse amigo que demonstra querer ajudar, fazer um encaminhamento a um hospital...

BRUNO (f 83) _ Ele não é legista, ele é ginecologista. Mas ele, em tese, não é muito confiável não. Ele é muito...

BETINA (f 81) _ É. Eu não boto muita fé porque ele é muito “papudo”. Esse médico. Muito! Ele sempre vai resolver tudo, vai fazer tudo e não resolve nada, não faz nada. Entendeu? Então eu não tô muito assim: “Ah, tá?”

P (f17) _ Não estais tão mobilizada com essa oferta prá ir atrás...

BETINA (f 82) _ Não, não. Por que eu não acredito muito nele, assim. Ele tem muito papo...

P (f18) _ Nem arriscarias?

BETINA (f 83) _ Não... Vamos arriscar sim. Nós até conversamos. Já que...

BRUNO (f 84) _ É que eu ando muito com ele. Então ele vai me dizendo as coisas: “Ó Bruno, prá engravidar tem vários exames. E ele disse que primeiro tem que ver o Ph vaginal, se é compatível, aquilo, aquilo outro. Então o seguinte: de repente tu já tá indo lá na outra etapa, fazendo a FIV. Se de repente o Ph ou outro... Tu não vês um exame mais simples, que poderia resolver de uma forma mais barata prá ti. Mas os médicos não têm interesse nisso. De repente a médica não tem interesse. Ela quer o... Se ela pode ganhar... Não sei nem quanto é o lucro dela nesses quinze mil, mas alguma coisa ela vai ganhar, né?”

P (f19) _ É um serviço...

BRUNO (f 85) _ Se ela pode ganhar quinze mil. Se ela pode receber quinze mil, que tire as despesas, dez mil vai prá ela. Porque ela vai fazer um procedimento desses quase de graça. O que eu tô te falando é o seguinte: quando tu vais comprar um imóvel, de repente uma quitinete prá ti tá bom, vai te resolver. Mas o corretor vai querer te empurrar um três quartos, com dependência de empregada, no bairro mais caro. Vamos dar um exemplo. Com quatro vagas de garagem. Ou seja, se tu tens o dinheiro, tu vais pagar nesse bairro caro, embora... Então, nós queremos um filho. De repente, lá no Ph já dá prá dá prá resolver, já dá prá tomar um remédio que resolveria. Mas a Dra. Bela já vai lá no final. Lá. Queima etapas. E o que ele (o amigo médico) tinha me dito era isso. Então, dentro de uma relação ele quer que a gente leve todos os exames lá prá ele, prá ver se todos os itens estão sendo supridos, prá que no final ele: “Não, realmente tudo o que a Dra. Bela falou, o encaminhamento, tá correto. Agora realmente tem que fazer a inseminação. Porque até... Tu te

lembras, né Betina? Nós fizemos aquele hormônio, CLOMID⁸ por três meses. Não poderíamos estar fazendo isso mais vezes? Porque que não pode? Por que custa duzentos reais?

BETINA (f 84) _ Porque fica desperdiçando óvulos. A mulher tem um número “x” de óvulos, na vida. E se eu ficar tomando, aí ovula muito. Ai vai desperdiçando óvulos, né?

BRUNO (f 86) _ É o lado reativo e o lado positivo. O lado reativo é o lado ruim das coisas. E o lado positivo é o lado bom das coisas. (Risos) Não é muito menos invasivo? Não é muito mais simples, muito mais barato e não deu resultado?

P (f20) _ A Betina fala de desperdício, de jogar fora...

BETINA (f 85) _ É! Nós vamos tá desperdiçando os óvulos. Vamos começar de novo. Ai o cara (outro médico) vai pedir todos os exames de novo. É isso? Mais três anos da minha vida? Quer dizer, tô com 39... 40, 41,42 anos?

BRUNO (f 87) _ Não é isso. O que eu falo é que... Não é que eu tô te fazendo um pedido. Estou só te fazendo uma colocação em relação à Dra Bela. Porque a que Dra. Bela não falou assim prá nós: “Vocês não tem condições ainda de fazer... Não tem condições financeiras? Então é o seguinte, vocês vão fazendo essa...” Eu não sei se isso é possível... “tomem hormônios mais um tempo...”

BETINA (f 86) _ Não, não dá. Tanto é que o Dr. Ben nem queria fazer os hormônios três meses antes da minha cirurgia, por isso já. Ele disse: “Não, eu não quero desperdiçar óvulos teus, sem antes fazer a vídeolaparoscopia. Daí foi onde eu desisti dele. Porque eu disse: “Não, meu Deus, eu quero ao menos tentar alguma coisa antes, né?”

P (f21) _ Mas ficou a fala do desperdício...

BETINA (f 87) _ Ficou, ficou. E a Dra. Bela também falou prá mim. Ela disse: “Nós podemos tá arriscando. Perdendo um pouco de qualidade.” Ao menos e entendi isso, que quanto mais hormônios eu tomo, eu tô desperdiçando...

P (f22) _ Por mais que a medicina tenha avançado, ainda é um processo que apresenta falhas, incertezas quanto as reais chances de obter sucesso...

BRUNO (f 88) _ As chances são de 50%.

BETINA (f 88) _ Não! 30%.

8. Estrogênio sintético geralmente prescrito por médicos para provocar a ovulação nas mulheres. O medicamento mais comumente usado na indução da ovulação é o citrato de clomifeno, que é utilizado durante os primeiros dias do ciclo. Nomes comerciais: Serophene, Clomid, Indux.

BRUNO (f 89) _ A inseminação é 30% e a fertilização é 50%. Ela falou isso e eu sou bem em números. Eu tenho certeza. Tem evoluído muito, antes era outra estatística.

P (f23) _ É, tem evoluído, sem dúvida. Mas ainda não há garantias, certezas. Existem riscos e benefícios nesse processo.

BRUNO (f 90) _ Outra coisa que eu digo é que talvez eu seja muito prático e a Betina não. Não é que eu esteja dizendo que eu sou o bom e ela ruim. Eu já penso: “Vamos fazer? Então tá. Betina nós vamos fazer o seguinte: vendemos o carro. Vamos fazer essa inseminação, esse pacote da Dra. Bela. Só que a gente tem que estar consciente que depois, se por um acaso... Se deu certo, tudo bem! Mas se não deu certo, ali vai ser nosso limite financeiro, né? Porque daqui a pouco nós vamos ter que... Ai não dá certo, nós estamos vendendo o apartamento. E daqui a pouco... chega um ponto que eu não estaria mais disposto a tanta... entendeu?”

P (f24) _ Tens um limite...

BRUNO (f 91) _ Eu tenho um limite e a Betina eu não sei. Ela não vê por essa ótica, né? Eu sou objetivo, já digo o seguinte: a gente tem trinta e cinco mil. É vinte e cinco mil que a gente vai gastar no negócio lá? Quinze mil mais os remédios, né? A medicação tá fora disso. Então vamos gastar em torno de vinte e cinco mil. Vamos botar os vinte e cinco mil ali, mas esse dinheiro vai ser o nosso limitador. Porque se não der certo ali, tem que se conformar de uma maneira ou de outra. Sob pena de a gente estar fazendo esse círculo não ter fim nunca. E mesmo, daqui a pouco já não tem mais patrimônio. Assim, objetivando: ela pode até ter limite, mas ela nunca falou prá mim assim: “Ô Bruno, eu quero ter um filho nem que eu venda o carro, que a gente venda a casa e a gente vai viver de aluguel.” Ela nunca me falou isso. Ela poderia falar né?

BETINA (f 89) _ Eu já pensei nisso algumas vezes. Mas eu tenho medo de dizer: “Tá, tudo bem, meu limite é esse.” E aí a gente faz as três fertilizações e não dá. E aí? Como é que eu vou saber? Como eu vou ficar? E depois? O tamanho da frustração que vai ser? Porque, dependendo do tamanho da minha frustração, eu vendo sim. Vendo apartamento, vivo de aluguel. Vendo cachorro quente na esquina prá ter um filho. (Risos)

BRUNO (f 92) _ Não vende nada. Ai é que tu (P) vai ver como vai ser a cobrança prá cima de mim.

BETINA _ (Risos)

BRUNO (f 93) _ Essa é a questão. “Que eu nunca tenho nada. Que a gente não sei o que...”

P (f27) _ O importante é que vocês estejam se ouvindo também... Parece que um complementa o outro na preocupação. Talvez fique mais fácil negociar esses limites se conseguirem prestar atenção no que um fala pro outro, cada um cedendo um pouco, refletindo sobre as escolhas do casal...

BRUNO (f 94) _ Mas até assim... Vamos supor... Se ela chegasse pra mim e dissesse: "Vamos viver de aluguel"...

BETINA (f 90) _ Porque eu me questiono assim ó: qual é o pai que não daria tudo por um filho?

BRUNO (f 95) _ Certo! Só que não dá... Tu darias tudo por teu filho. Mas não por um filho. Pelo filho vivo, materializado. Que tá aqui, que tá andando.

BETINA (f 92) _ É pela materialização de um filho teu!!

BRUNO (f 96) _ É mas...

BETINA (f 93) _ Eu daria tudo prá ter um filho, né? Se desse um problema. É isso que eu penso, assim. E o meu desejo é tanto que é esse. Que eu daria tudo por um filho.

P (f 28) _ Tu não consegues dar esse limite agora e o Bruno parece precisar desse limite prá seguir em frente... Paralisam.

BRUNO (f 97) _ O que eu digo é o seguinte: ela tem que estar consciente das conseqüências de que cada escolha tem um lado bom e do outro ruim. Então não pode acontecer dela: "Bruno vamos vender o apartamento lá e vamos gastar lá na Dra. Bela" Vamos supor que não dê certo nessa primeira etapa. Depois, ela não pode vir cobrar de mim: "Sim Bruno, mas nós moramos nesse apartamento de aluguel, nós já temos quarenta e cinco anos e tu não vais fazer nada? Tu não vais fazer nada? Nós temos que mudar esse quarto, precisamos comprar um apartamento".

BETINA (f 94) _ Mas eu gostaria que ele também pensasse nesse filho...

BRUNO (f 98) _ Sim, mas tem que ter consciência que o investimento foi feito num outro lado. E que não se compra um apartamento por ano. Eu não tenho condições de comprar um apartamento por ano. Nem a cada dez anos. A nossa condição financeira é outra.

P (f 29) _ Tu estais falando das escolhas... Pode escolher até não ter o patrimônio e ir até o fim nessa busca por um filho... É isso?

BRUNO (f 99) _ Das escolhas. Pode ser, mas ter a consciência disso: "Eu tô morando aqui nesse apartamento simples, mas eu fiz uma opção. Nós fizemos uma opção. E agora não é justo eu cobrar do Bruno que reverta o quadro, afinal de contas eu tinha consciência disso. Por que aí, depois: "Ah, que o

apartamento é pequeno, que não tem piscina, que não tem quadra de esportes, que a criança quer brincar...” (Risos) Tem que ter consciência disso.

P (f 30) _ Tu estais falando do que tu podes dar prá essa família...

BRUNO (f 100) _ Por mais que tu sejas Juiz, Desembargador... tudo. Quem ganha salário tem um limite.

BETINA (f 95) _ Tá, mas é um limite maior, né?

BRUNO (f 101) _ Um pouco, mas não muito também.

Silêncio

P (f31) _ A gente vai finalizando a entrevista. E o que dá prá ver é que são tantos “se”, “se”... Viver com o “se” é difícil mesmo. São muitas negociações a fazer, até sobre o re-casamento, reconciliação. Depois sobre as propostas de tratamento. Mais adiante sobre a criação dos filhos, etc. Vocês é que vão tomar as decisões...

BRUNO (f 102) _ Tem que estar preparado prá ganhar e prá perder, né?

P (f32) _ Não sei se dá prá se “preparar”, mas acredito que podemos tentar reagir melhor às coisas, às imprevisibilidades da vida. Existe a possibilidade de não ter filhos. E, mesmo ao tê-los, quantas decisões vocês terão que tomar em conjunto, né? Tu tens tua preocupação de provedor e ela de ser mãe...

BRUNO (f 103) _ Quem não tem útero não entende. (Risos) A mulher tenta entender o homem? Tenta mas também não consegue. Porque não é homem.

BETINA (f 96) _ Mas tem muito homem que quer muito ser pai. Mais até do que muitas mães, mais do que a própria mulher até.

P (f33) _ Talvez o que tenham que pensar, agora que já falaram como se sentem, é de que forma podem se proteger ou reagir ante essas pressões todas, tanto individualmente, se fortalecendo um pouco mais; e também enquanto casal. E mesmo que vivenciem de forma diferente, talvez um prestar mais atenção ao outro.

BETINA (f 97) _ Mas. Se eu peço esse tipo de coisa prá ele, ele acha que é besteira. Porque ele não lida com as coisas assim. Daí ele diz: “Ai, que besteira. Pelo amor de Deus, tu vais dar bola prá isso?”

BRUNO (f 104) _ Mas chega uma hora que não tem como defender, porque vamos supor, se reúnem as mulheres e os homens vão fazer um churrasco, tomando cerveja. Quando a gente vai lá na casa do pai dela, as mulheres ficam lá embaixo e os homens ficam conversando do outro lado. Então, naquele momento ali em que ela está sendo “perguntada” eu não tenho como defendê-la. Quando meus familiares ou os familiares dela perguntam como ela está?

Se ela tá grávida ou não, não é que queiram dizer: “Ah, tu é boa ou tu é ruim.” Estão preocupadas e querendo saber... A minha visão é essa. Estão preocupados conosco e querendo saber como é que tá a situação. O que tá sendo feito, se a gente tá vendo isso... Eu vejo nesse sentido, não vejo maldade nisso. Eu já vejo o lado positivo.

BETINA (f 98) _ Ai, nós vamos começar tudo de novo, né? Chega! (Risos)

BRUNO (f 104) _ É, é... (Risos)

ENTREVISTA CASAL (C)

PSICÓLOGA (P) (f1) _ Como é para vocês ter que recorrer às técnicas de reprodução humana assistida para realizar o projeto parental?

EVA (f1) – A gente se conheceu em 2000. No carnaval de 2000. Eu nunca me adaptei à pílula. Então a gente cuidava, mais ou menos. Mas desde que a gente se conheceu, desde o primeiro beijo a gente já falava em ter filho. Eu sempre tive vontade de ter filho e ele também. Muito antes de pensar em casar a gente já queria ter filhos. Em 2001 é que a gente começou a tentar ter filho, né amor?

FÁBIO (f1) _ Que a gente deixou livre, né?

EVA (f2) _ É. Assim. Com um ano de namoro a gente liberou.

FÁBIO (f2) _ Sem nenhum método contraceptivo.

*EVA (f3) _ Daí a gente falou: “Se vir ótimo!” Nós dois queríamos. Daí é que a gente começou a ver que não era tão fácil assim. Porque a gente liberou, passou esse ano e nada. E em 2002 também. Em 2003 a gente fez a primeira vídeolaparoscopia. Até então eu nunca havia ouvido falar em Endometriose. Eu sempre tive muita cólica. E aí, em 2002... Eu tinha 25 anos na época. Ainda tava nova, né? Não imaginava, nem conhecia nada da Endometriose. Daí começou aquilo de ir à ginecologista. Comecei a falar que eu queria engravidar. Fui fazendo os exames aos poucos. E daí a gente chegou na vídeolaparoscopia. Na primeira “vídeo” tinha um pouco de Endometriose no útero, nas trompas. E a médica cauterizou. **Ela** até perguntou se eu queria fazer aquele tratamento, prá ficar sem menstruar ou partir prá engravidar logo na seqüência. E, como a gente queria, a gente começou a tentar de novo. Daí não deu, não deu, não deu... Daí, em 2005 a gente fez de novo outra “vídeo”.*

FÁBIO (f3) _ Antes dos exames (...)

*EVA (f4) _ Antes dos exames. Em Maio ou coisa assim. E daí a mesma coisa. **Ele** perguntou se queria tomar o remédio. A gente falou que não, que queria engravidar. Daí **ele** falou que tinha focos ainda, mas não tantos... Mas não foi tão claro quanto a isso aí...*

*FÁBIO (f4) _ **Ele** falou que o canal da entrada do espermatozóide era meio estreito e daí deu uma alargada assim...*

*EVA (f5) _ **Ele** falou que deu uma liberada no caminho. E...*

FÁBIO (f5) _ A gente e ele achava que ia dá prá engravidar naturalmente.

EVA (f6) _ É. Daí a gente fez essa do CLOMID, com as “assistidas” (referindo-se às fertilizações in vitro).

P (f2) _ Você fez sempre com um mesmo médico? Porque você falou “ela” e depois “ele” referindo-se ao médico.

EVA (f7) _ Não. Fui a vários, vários. Cada vez com um.

P (f3) _ Então, já no primeiro foi recomendado a “vídeo” ou tentaram outros tratamentos antes?

EVA (f8) _ Foi direto prá “vídeo”. Fiz a histerossalpingografia. Umas duas vezes eu fiz. É um exame bem chatinho. Até me falaram que tem muita gente que engravida depois desse exame, porque desobstrui as trompas. Mas nunca aconteceu, né? (Risos) A gente já ouviu vários casos. Apesar de nunca acontecer, a gente sempre teve esperança. Até hoje a gente tem, né? Se atrasa um dia ou dois, a gente: “ Ah, será que foi dessa vez?” Em 2005 a gente viajou. Foi morar fora. Ficamos quase um ano fora. Lá a gente até brigou, se desentendeu. Eu não queria filhos, ele queria. Depois eu queria e ele que não queria. A gente ficou um ano, só os dois, sem falar em filho, sem querer...

P (f4) _ Deram um tempo...

FÁBIO (6) _ Mas tentando... Exercitando. (Risos)

EVA (f9) _ É (Risos). Liberado! No ano passado é que a gente resolveu. Daí todo mundo: “Ah...” Porque, querendo ou não, sempre tem aquela pressãozinha, né? A família, os amigos: “E aí? Quando vocês vão ter filho?”

FÁBIO (f7) _ E a Eva se preocupa muito porque ela acha que tá velha. Ela acha que trinta anos já é velha prá ter filho. Mas na verdade não é, né?

EVA (f10) _ Não é que eu acho! É que também... A médica, a Dra. Glória, falou na tua frente, que daqui prá frente... E agora, nesse médico que eu fui também... Falou que o útero já não era excelente. Tem um ovário meu que não produz bons óvulos, mesmo com a medicação. Na segunda vez a medicação foi dobrada... tal. E mesmo assim deu um embrião só.

FÁBIO (f8) _ Um óvulo!

P (f5) _ A resposta ovariana...

EVA (f11) _ É. Um óvulo só. Então, na segunda foi bem ruim. E eu tenho sentido cólicas, de dois meses prá cá. Certinho. E daí que eu procurei esse outro médico, no começo do mês em Curitiba. Porque agora essa cólica não é mais no período menstrual. É no meio do ciclo. Depois eu fiquei preocupada. Achei que estivesse acontecendo alguma coisa. Fui numa médica aqui. Tomei até antiinflamatório Ela até suspeitou de uma gravidez nas trompas, né? Porque estava bem inchado. Daí que eu fui nesse último médico agora esse mês. Ele me examinou de novo. Ele tinha me examinado há quatro anos, antes

de eu ir para a Dra. Glória. Ele é um médico amigo da família e já tinha feito na época um desenhinho do meu útero. Ele examinou de novo e fez uma comparação e disse assim que meu útero tava se comprometendo cada vez mais. E que por questões imunológicas ou até de... Como é que se diz? Hereditárias, o útero tá perdendo a melhor fase dele. E ele mesmo disse: “Ó, se quiser tentar, a hora é agora.” Ai o Fábio nem queria ouvir falar, né?

FÁBIO (f9) _ Nem quero ainda!

P (f6) _ Falar do que?

EVA (f11) _ Da fertilização. (Risos)

FÁBIO (f10) _ Porque na verdade é assim... A gente fez duas vezes com uma médica daqui da cidade, a Dra. Glória. Eu acho que eles vendem um sonho prá gente, tá? Colocam muita “pilha” nisso. Eu nem tanto porque eu tô tranquilo. Eu quero muito ter (filho), coisa e tal, mas se não vier, tudo bem. Eu sei que a gente vai poder ter mais tarde. Agora a Eva não. Mexe muito com o psicológico dela. Então eu acho errado o jeito que os médico tratam: “Não! Agora vai dar certo! Vai dar certo sim!” Ai, deu um óvulo só, ela falou : “Vou botar uma cola ‘bonder’ lá...” Tipo assim ó, eles ficam vendendo o sonho dizendo que “agora vai dar, agora vai dar”, mas o que eles querem mesmo é fazer o procedimento e ganhar o dinheiro. Essa que é a verdade. A grande verdade é essa. Esse é o trabalho deles. Então, deu um óvulo só... Nós dois somos leigos no assunto e a Dra. Glória deixou na nossa mão prá decidir: “Faz a fertilização com um só ou não?” Como é que uma pessoa que não sabe nada de fertilização vai decidir se faz com um ou não? Outros médicos com que a gente conversou, eles falaram que de maneira nenhuma, com o histórico da Eva eles fariam com um óvulo só. Porque é jogar o procedimento fora. Então, eu fiquei meio chateado com isso. Eu acho que não é prá gente se desesperar prá procurar isso ai. Ficar fazendo mil vezes, não. Daqui a pouco a gente faz outra vez (FIV), ou vamos tentando normalmente. Agora a gente comprou nosso negócio. Estamos pensando em outras coisas. A cabeça está em outro mundo. Talvez agora venha. Eu acho isso. E eu acho que mesmo se não vier, a gente tem tempo ainda prá ter. Agora a Eva fica muito abalada no psicológico. Então, eu acho... Eu fiquei meio bravo, né? Não gostei da atitude dos médicos, que é essa de querer ganhar dinheiro, querer fazer o procedimento. Tudo bem. É o negócio deles. Só que nesse caso, por exemplo, de um óvulo só, a Dra. Glória devia ser enfática em dizer assim: “Eu não vou fazer isso. Eu vou guardar esse óvulo. Vou congelar durante um mês. Mês que vem vocês fazem de novo. Se der mais um, daí a gente bota dois. Porque se botar um só...”

EVA (12) _ Foi prá um lado muito comercial.

P (f7) _ Esse processo de fato envolve muitas questões, escolhas. Deve ser tão difícil decidir fazer com um, quanto com quatro, pois, é possível que se tenha que decidir por reduzir o número de embriões por questões de preservação dos demais, por exemplo. São riscos inerentes e dilemas que se impõem nesse processo.

EVA (13) _ Na primeira vez Fábio não queria... Tinha quatro bons, né?

FÁBIO (f11) _ Eu falei que...

EVA (14) _ Ele queria dois, a princípio. Eu conversei isso lá na mesa (de cirurgia), na hora do cateter (implantação dos embriões), eu falei: "Não. Três, três, três". Aí foi três.

FÁBIO (f12) _ Eu acho o seguinte, botar mais do que três é um risco grande prá mulher. Não é: "Ah, eu quero ter filho..." É muito egoísmo meu: "bota três aí! Quero nem saber. Bota seis." Imagina dar os seis? Aí morre a mulher e fico eu com seis filhos. Eu não quero! (Risos). Então é complicado. Acho que tem muito comércio envolvido nisso aí, tá? Um procedimento muito caro aqui no Brasil, hoje em dia. Então os médicos estão aproveitando prá ganhar dinheiro. Esse é o momento prá eles ganharem dinheiro, porque daqui a pouco isso aí vai baratear, como é nos Estados Unidos. Lá qualquer um faz isso. Vai baratear e daí eles não vão perder de ganhar o filão deles. Daqui a pouco o SUS vai tá fazendo.

EVA (f15) _ A gente até tentou comprar medicação lá (EUA), mas é bem complicado.

FÁBIO (f13) _ Tem um comércio forte nisso aí. É um comércio forte e eu acho que é muito cruel para as pessoas que querem ter filhos, né? Se submeter a isso aí. Apesar de a ciência estar ajudando e coisa e tal, é cruel porque a gente vê que, muitas vezes, os médicos estão interessados mesmo é em fazer o procedimento. Se der ou não der... Às vezes até eles querem que não dê certo, porque eles sabem que o...

EVA (f16) _ Tu achas isso, né?!

FÁBIO (f14) _ Às vezes eles sabem que o cliente tem uma condição financeira boa... Então eles não são muito preocupados: "Ah, se não der certo a gente vai fazer de novo, vai fazer de novo." Vai ser bom prá clínica.

P (f8) _ A FIV vocês fizeram uma vez?

FÁBIO (f15) _ Duas vezes.

P (f9) _ Então apesar de toda essa sensação de que é tudo muito comercial...

FÁBIO (f16) _ A gente fez a primeira com três embriões e a segunda com um.

EVA (f17) _ A gente fez em Setembro.

P (f10) _ Foi uma seguida da outra?

FÁBIO (f17) _ E depois em Dezembro.

EVA (f18) _ É foi bem seguida. Depois eu queria fazer de qualquer jeito. Não foi difícil convencer o Fábio porque parecia um vício. Não um vício, mas uma vontade incontrolável de fazer outra: “Não, vai dar, vai dar” (Risos). E foi bem em seguida, né? Foi Setembro e Dezembro.

P (f11) _ De que ano?

EVA (f19) _ Do ano passado. A gente até pediu um desconto na segunda (FIV) e ela deu uns quinhentos reais de desconto. A medicação é muito cara e aumentou. Então ficou elas por elas como da primeira vez.

FÁBIO (f18) _ Eles dão um desconto simbólico, porque na verdade...

EVA (20) _ Com recibo é um preço, sem recibo é outro, né?

FÁBIO (f19) _ Dão desconto sem recibo, ou seja, o desconto que eles dão é menos do que eles vão deixar de pagar ao imposto de renda. Então a gente vê que tem um tino muito comercial.

P (f12) _ Como foi essa experiência dos tratamentos?

FÁBIO (f20) _ Ficar esperando é uma ansiedade né?

EVA (21) _ Muda. Você muda toda a tua vida, mas na verdade a vida não muda, né? Porque não deu certo. Mas você mudou.

P (f13) _ Vocês poderiam me falar um pouco mais sobre como vocês vivenciaram esse procedimento da FIV. Existe toda uma preparação, as injeções, controles, horários, enfim. Como foi prá vocês passar por isso tudo?

EVA (22) _ Ah, tu não dorme. Dorme “encucado”. O Fábio me lembrava das medicações...

FÁBIO (f21) _ Na empolgação! Tudo certinho, direitinho...

EVA (23) _ Era oito horas a injeção? Oito horas tinha que tá em casa.

FÁBIO (f22) _ Inclusive a Dra. Glória falou que era prá botar um, nessa última vez. Ela deixou prá gente escolher. A gente escolheu: “Vamos botar.” Claro, a gente queria, né?

EVA (f24) _ É. Esse vai dar! É ele...

FÁBIO (f23) _ E ia dar mesmo. Um só, né? Vai dar um. É o que a gente quer: um. Não quer mais de um. A gente fica bem ansioso, aguardando, numa expectativa muito grande.

EVA (f25) _ No dia do exame...

FÁBIO (f24) _ Só que no final é uma decepção. Uma decepção bem grande.

EVA (f26) _ Na segunda vez eu tive mais cuidado nessa fase da implantação. O Fábio não queria nem que eu levantasse da cama. Ele me levava no colo. Foram mais cuidados. Na primeira vez a menstruação veio antes do exame. A gente nem chegou a fazer o exame. Na segunda vez, não vinha, não vinha, não vinha. A gente ficou com mais esperança. Atrasou quase dez dias. Só que o exame deu negativo. Eu fiz duas vezes o exame porque ainda não vinha. No fim era a medicação lá que eu tava tomando que tava alterando, que tava segurando.

P (f14) _ Me parece que vocês fizeram muito por esse filho, se dedicaram ao tratamento...

EVA (27) _ Eu digo assim que, quando a pessoa tem um problema é mais fácil. Quando se sabe: "Ah, o homem tem esse problema." Ai resolve, né? Agora a mulher... A gente tenta achar aonde tá o problema, até achar, é mais complicado.

P (f15) _ Quando não se tem um diagnóstico preciso parece que fica mais difícil para o casal...

EVA (28) _ Todo mundo pergunta: "Mas o que é que tem?"

FÁBIO (f25) _ "Não, não tem nada." "Ah, tem varicocele, Endometriose, baixa contagem de espermatozóides..." "Ah, ela tem isso, ele tem isso. Vamos tentar o dela, vamos tentar o dele... Quem sabe vai dar certo"

EVA (f29) _ Mas se não tem nada, vai tentar o que?

FÁBIO (f26) _ Vai tentar o que? Não sabe o que tratar, não sabe o que fazer?

EVA (f30) _ Até a gente foi num outro médico, depois da Dr. Glória... A segunda vídeolaparoscopia foi com o Dr. Henrique. Foi outro médico que deu aquele "crossmatch", que é um exame prá ver a compatibilidade dos nossos cromossomas. Custa 750 reais. Tem que fazer lá em São Paulo. A gente nem chegou a fazer porque estávamos pagando os cheques dos medicamentos/hormônios ainda. Daí eu falei prá ele: "Vou segurar. Não vou fazer estes exames porque nem temos condições de fazer".

P (f16) _ Vocês se empenharam mesmo, né? Dentro do que foi possível, procuraram seguir os tratamentos recomendados. Alguma vez chegaram a pensar em alternativas para realização do projeto parental?

EVA (f31) _ A gente já falou sobre adoção. A gente conversa. Tem hora que a gente começa a falar mais. O Fábio quer. Ele queria até mais do que eu no começo, mas não quer agora.

FÁBIO (f27) _ É o seguinte, a gente queria. A gente sempre pensou em adotar se não desse. Até porque eu sempre achei que depois de adotar a gente ia acabar tendo filho.

P (f17) _ Havia essa expectativa então?

EVA (f32) _ Eu já falava que não queria adotar por causa disso.

FÁBIO (f28) _ Daí ela: “Não, não, eu quero ter o meu, eu quero é ter o meu.” Ela decidiu e daí eu concordei, porque ela quis fazer as duas fertilizações. Fizemos as duas fertilizações. Foi um desgaste emocional, financeiro, tudo. Depois disso a gente acabou comprando nosso negócio, que é um outro problema na nossa vida. É outra situação que fez a gente mudar o nosso foco, né? A idéia de ter filho por um negócio. Ficamos focados no negócio. Cheios de problemas lá, como nossos funcionários. Então, é bom né? Porque sai um pouco da cabeça. Logo depois disso a Eva veio querendo entrar com a documentação prá adotar. Daí eu falei que não era o momento, eu acho. Porque a gente tá com o negócio, que é uma coisa nova. Estamos com vários problemas lá. Então não. Agora eu não tô a fim. Então, antes eu queria e ela preferiu fazer outra coisa (FIV). E a gente fez. Gastou um monte de dinheiro, gastou tempo, emoção, tudo. Agora, fazer de novo outro processo de adoção, que era prá ser antes daquele ali... Eu acho que não é o momento. Daí eu decidi, eu desisti.

P (f18) _ A adoção é um processo que também exige uma preparação. Leva um tempo relativamente longo prá ser efetivada.

EVA (f33) _ Por isso que eu falei prá ele. Quando eu insisti prá que a gente iniciasse o processo tudo de novo. Vamos iniciar, vamos pesquisar.

FÁBIO (f29) _ Tem o irmão de um amigo meu que tava tentando também a fertilização in vitro e ele decidiu adotar. Em três, quatro meses ele tava com o filho na mão.

EVA (f34) _ Ele foi pegar a criança lá longe, no interior do Paraná.

FÁBIO (f30) _ Só sei que ele registrou no nome dele a criança. A criança nasceu lá numa idade do interior. Eles foram lá, pegaram a criança na hora que nasceu. Nasceu e ele pegou ali, bebê.

EVA (f35) _ *Ele tá feliz da vida.*

FÁBIO (f31) _ *Ela é registrada. Diz que a criança é bem parecida com eles.*

P (19) _ *Tudo depende do que é ter um filho prá cada casal, cada um né? Penso que um filho biológico também precisa ser adotado. É adotado todo dia, no sentido da aceitação, do conhecimento, da confiança, enfim... Na reprodução humana também existem situações de adoção: de embrião, de óvulo, espermatozóide...*

FÁBIO (f32) _ *Teve uma amiga nossa que ofereceu a “barriga de aluguel”.*

P (20) _ *Útero de substituição.*

EVA (f36) _ *Minha irmã... maluca! (Risos)*

FÁBIO (f33) _ *E é uma saída realmente. Esse problema dela de útero e coisa e tal. É uma saída ué! Fazer a fertilização in vitro e botar no útero da outra.*

P (21) _ *É importante que vocês estejam podendo ver alternativas. Vejo que se dedicaram aos procedimentos, se empenharam, mas que não perderam a perspectiva de outras possibilidades, até uma forma de lidar com as pressões internas e externas, né?*

EVA (f37) _ *Depois dessa última fertilização, ninguém mais tocou no assunto.*

P (22) _ *Quem sabe dessa situação de vocês?*

EVA (f38) _ *Tem. Querendo ou não, todo mundo sabe. A gente foi dos amigos, o primeiro casal a casar. Tem gente que até hoje agradece porque muitos casaram porque a gente casou. E daí, como consequência, vêm os filhos né? Então, querendo ou não, todo mundo pergunta: “E vocês?” Daí todo mundo começou a engravidar. Quem casou depois ou que nem casou ainda. E durante o processo, embora a gente não quisesse comentar com ninguém, a gente acabava falando prá todo mundo. Quem não sabia soube. Todo mundo sabe, família... **Temos** três irmãos, alguns sobrinhos, mas...*

FÁBIO (f34) _ *Da família dela, a gente foi o primeiro a decidir ter filho. Dos casais... Os irmãos dela.*

EVA (f39) _ *De todos os netos, né? Já tem três, bem na frente. (Risos)*

FÁBIO (f35) _ *Três não. Tem dois.*

EVA (f40) _ *Tem agora o da Ivana.*

FÁBIO (f36) _ *Ah! Tá!*

EVA (f41) _ *Tá, dos filhos, tem dois.*

FÁBIO (f37) _ Dos irmãos dela, a gente foi o primeiro da decidir ter filhos. E a gente ainda avisou: “Ó, vamos ter filho”. Anunciamos. Daí a gente demorou e a irmã dela “pá”! Fez o filho antes.

EVA (f42) _ É a mais velha.

FÁBIO (f38) _ Daí o irmão dela, que também é mais velho, planejou, direitinho, daí teve também. Então, a gente acabou ficando pra trás, né? (Risos) Do meu lado, o meu irmão mais velho só que tem filho. Tem dois.

P (f23) _ “Ficaram prá trás”? Como é isso? Alguma cobrança da família? Como se sentem?

EVA (f43) _ Dos pais não,...

FÁBIO (f34) _ Acho que, como a gente chegou nesse ponto de ter que fazer a fertilização, as pessoas...

EVA (f44) _ Elas vêm que é mais delicado, né?

FÁBIO (f35) _ Não tocam muito no assunto, assim, tipo cobrando, não.

EVA (f45) _ Claro que sempre tem aquilo: “Vocês não vão fazer filho prá brincar com meus filhos?” Meus cunhados brincam assim. Mas...

FÁBIO (f36) _ Brincam assim...

EVA (f46) _ Principalmente os avós, nunca fizeram muita questão não. Os avós... (Risos). Os futuros avós, né?

FÁBIO (f37) _ Assim... Já me deparei várias vezes... Com amigos que não são tão próximos, tão chegados e que não estão sabendo que a gente fez fertilização e às vezes perguntam: “E aí? Quando é que vêm os herdeiros? Quando é que vai vir o filho?”

P (24) _ E como era isso prá ti?

FÁBIO (f38) _ Na hora da pergunta eu me recordo, né? Eu me recordo das tentativas, da fertilização, tal. Mas assim, eu não fico chateado de falar, nada. Eu falo normalmente: “Estamos tentando, diariamente.” Aquela coisa, né? Como eu te falei antes, eu tô tranqüilo em relação a isso. Eu me preocupo mais é com a Eva. Eu tô tranqüilo. Sinceramente, eu poderia ter tido filho quando eu tinha 22 anos. Eu sempre gostei de criança e quis ser pai novo. Prá poder ter o meu filho, me acompanhar, ir prá praia junto, né? Mas assim, também não sou desesperado prá ter filho. Sei que requer vários cuidados e priva de várias coisas. Então, como a gente gosta muito de viajar, a gente provavelmente ia se privar muito disso, então...

EVA (f47) _ É! Porque a gente tem uma vida ótima...

FÁBIO (f39) _ Eu não vejo assim, um lado ruim, péssimo de não ter filho. Tipo assim, ah, frustração total... A gente faz um monte de coisas que com o filho não daria.

EVA (f48) _ Quanto tempo depois a gente viajou? Deu o resultado... “Vamos esquecer, vamos prá Disney. Vamos para um lugar bem alegre” Foi mais simples do que eu pensava. Tem uma amiga minha que fala: “Pô, tu é forte, né?” Dá aquela choradeira tal, mas passa.

FÁBIO (f40) _ Psicologicamente, eu acho que a gente lida bem com isso, por causa desse lado aí. A gente não parou no tempo: “Ah, frustrou. Pára de fazer tudo” A gente não parou de fazer tudo.

P (f25) _ Vocês perceberam alguma mudança no relacionamento de vocês?

EVA (f49) _ Na época da fertilização é meio chato, né? Fica dolorida. Às vezes pode outras não pode, não sei o que. O desejo sexual diminui. Eu falava prá ele: “Agora é prá fazer filho, não fazer amor. Agora pode, é hoje”. Atrapalhou né? E depois da fertilização também. Não sei se foi por causa da medicação, deu uma secreta vaginal. Eu sentia muita dor na relação sexual, muita dor. Daí atrapalhou durante, atrapalhou depois. Agora é que tá melhorando esse lance da dor, por causa da secreta, disso, daquilo. Do estresse, inclusive...

P (f26) _ Houve uma perda da espontaneidade sexual?

EVA (f50) _ É. Teve uma época que eu falava: “Vamos fazer amor que depois eu não levanto mais.” Você começa a botar um monte de regra prá fazer.

FÁBIO (f41) _ Acabou de fazer amor, tem que botar ela de cabeça prá baixo. (Risos)

EVA (f51) _ Por um travesseirinho. E chá. Eu já fiz até cirurgia espírita, lá no Centro Espírita... Fiz o tratamento, fiz a cirurgia. Só que a gente viajou logo na seqüência e tinha que tomar uma “aguinha”. Aquela “aguinha” que eles fazem. E eu não tomei a “aguinha”. Daí eu já acho que pode ter isso que não deu, porque eu não tomei até o fim. A gente tentou isso também...

P (f27) _ Às vezes, precisamos encontrar alguma justificativa para os acontecimentos, as tentativas que não deram certo. Vocês pensam em novas tentativas? Tem falado sobre isso?

EVA (f52) _ Na verdade a gente não tava pensando... Eu também não queria. Ele principalmente que não queria nem ouvir falar. Daí, mês passado teve esse problema de cólica que eu tive. Durante o período menstrual teve um dia assim que eu passei mal na rua, tive um pequeno desmaio. Fui ao pronto socorro do local aonde eu tava trabalhando. O pessoal do trabalho socorreu, me pegou no colo, tal. Eu fiquei um pouco preocupada. Começaram as cólicas fora de

época, fora de hora, que me levaram a voltar nesse médico que eu fui há quatro anos. E com o diagnóstico dele, de que meu útero estava se comprometendo, que tem uma mancha. Ele me explicou tudo. Ele me convenceu a fazer outra (FIV).

P (f28) _ Ele falou do que se trata essa mancha?

EVA (f53) _ Não. Não sei exatamente. Não sei explicar. Mas foi minha mãe... Minha mãe que me pegou pelo braço e me levou até lá. Ela que marcou o médico. Foi lá em Curitiba. Foi agora no dia primeiro de Julho. Daí ele me examinou e inclusive a gente só não fez dia primeiro mesmo, porque ele tinha um seminário na Europa e ele tava indo viajar e achou que podia cair bem no dia. Daí eu falei com o Fábio. A minha mãe foi na consulta e também ficou assustada porque o médico disse com todas as letras que meu útero estava se comprometendo e que era prá fazer (FIV) o quanto antes. Mais por uma questão de tratamento do que de ter filho. Se eu quisesse ter filho, ele falou assim que era prá eu fazer agora. Praticamente assim, em outras palavras. Ele foi bem menos comercial do que a Dra. Glória, no sentido de... Ele não levantou nenhuma esperança. Enquanto que ela falava que era 60%, ele disse que era 40% de chance. De maneira nenhuma criticou o trabalho dela. Disse que: "O que aconteceu com ela pode acontecer comigo da mesma forma. É uma tentativa. Eu vou fazer o meu melhor". Ele já é amigo da família, assim. Da primeira vez ele falou inclusive que não ia cobrar a parte dele. Nessa segunda vez ele já não falou. Dessa vez ele deu o preço dele, que é um pouco mais caro que o da Dra. Glória. Só que da parte dele ele falou que a gente poderia estar utilizando bem menos medicamentos. Da parte dele seria praticamente a metade do preço do da Dra. Glória.

EVA (f54) _ Eu tava comentando com o Fábio, a gente tá com esse problema lá no nosso negócio. Eu falei pro médico e prá minha mãe também que: "Não, não! Não tem condições, nesse momento não tem condições. Eu não tenho nem coragem de falar pro Fábio" Daí ela e minha avó se prontificaram a ajudar. Emprestar ou ajudar, sem compromisso, a princípio, prá fazer. Daí nessas condições o Fábio topou. Então a gente vai tentar entrar ai com a medicação.

P (f29) _ Então assim, a parte financeira parece que foi resolvida, tá ai nesse ponto...

EVA (f55) _ Tá ai!

P (f30) _ E como é que vocês estão prá enfrentar esse processo novamente? O Fábio falava anteriormente sobre a questão comercial, a sensação de exploração, de ilusão...

FÁBIO (f42) _ Eu tô mais assim, é... Tô querendo fazer de novo por causa da Eva. Ela quer e eu acho assim, que se é por questão de saúde, da saúde dela,

eu acho importante. Não vou deixar ela na mão e dizer: “Não, meu espermatozóide eu não dou.” (Risos) E até nessa questão financeira não é só financeiro. É financeira, aliada a uma parte psicológica.

P (f31) _ Tens algum receio?

FÁBIO (f43) _ Eu acho que a gente pode gastar muito dinheiro por uma coisa que de repente não...

EVA (f56) _ Eu acho que ele não acredita mais no processo.

FÁBIO (f44) _ É... Talvez não seja por aí.

EVA (f57) _ Eu falei prá ele que se ele não acreditar é pior. Mas eu acho que ele já não tem mais... Ele... Eu acho...

FÁBIO (f45) _ Como tem esse irmão do meu amigo que trabalha comigo. Ele já gastou mais de 200 mil reais e não teve filho ainda. Então, pô, tu fica... Não é só o dinheiro. Ele gastou 200 e tudo bem prá ele. Ele tem dinheiro prá isso. Não é esse problema. Ele tem bastante dinheiro prá isso. Não é a questão. A questão é o desgaste psicológico, físico, tais entendendo? Tomar hormônio,... Mais psicológico...

EVA (f58) _ Dá uma engordadinha, né?

FÁBIO (f46) _ E essa esperança que... No final eles vendem um sonho, um sonho que nunca chega.

P (f32) _ Isso é o que parece ser o mais importante...

FÁBIO (f47) _ É o que pega mais. Tais sempre acreditando numa coisa, pagando por isso e nunca vem. Inclusive, uma vez, um amigo meu que é advogado falou: “Ah, vamos abrir um processo.” Eu disse: “Não, não pode, porque a gente assina um documento, dizendo que sabe que pode não acontecer.” “Não mais isso não tem validade nenhuma”, ele falou. Mas ele é advogado e quer também abrir o processo, né? Mas eu acho que tá assim tá muito comercial, a venda de um sonho muito... É um sonho muito grande, muito importante na vida de cada um. Então mexe muito com as pessoas. Eu acho que é complicado mexer nessa parte da vida das pessoas.

P (f33) _ Antes você falou que faria pela Eva porque agora viu que tem uma questão de saúde envolvida, que pode comprometer o futuro, e por esse motivo tu até abre mão dessa posição...

FÁBIO (f48) _ Isso, eu falei prá ela até que ajudaria nos remédios. Falei até prá ela que se a mãe dela pagasse os outros custos eu pago o resto, não tem problema. Não é a questão financeira. Não é problema financeiro. A gente tem

condições de fazer outra, e mais uma, e mais uma. Só que eu acho que vai ser... Coisas jogadas fora.

P (f34) _ Já não está tão confiante, tão animado quanto antes...

FÁBIO (f49) _ É. Vamos pegar aí,... Vai gastar mais de 20 mil? Vamos pegar 20 mil e vamos fazer uma viagem prá espairer, curtir, esquecer. Talvez ajude, não sei...

EVA (f59) _ (Suspiro) Ah, então! Eu acho que aquela história da “esperança é última que morre” é bem verdade, porque, apesar de tudo isso, a gente ainda tem... Há esperança.

FÁBIO (f50) _ Mas eu sinto que ela tá mais preocupada em nunca poder ter filho.

P (f35) _ É um risco, uma possibilidade...

FÁBIO (f51) _ É real, sim.

EVA (f60) _ Com certeza.

FÁBIO (f52) _ Mas o jeito que os médicos colocam... Por exemplo, esse último, que apesar de ser amigo da família e tudo, ele falou: “Se tu queres engravidar, tem que ser agora, tem que ser agora.” Então, todo médico que tu vai, tem que ser agora. Porque agora? É a hora que eles querem ganhar o dinheiro. Não tô nem falando... Esse médico eu nem conheço. Não posso nem falar dele...

P (f36) _ Tu já ficasses com essa imagem, essa impressão...

FÁBIO (f53) _ Exatamente, essa imagem. É forte. Eu fui lá na Dra Glória, acertar o pagamento. A primeira vez a secretária me mostrou um bolo de cheques sustados. Não foi nem que voltou sem fundo. Foram sustados mesmo. As pessoas ficam... Isso é uma coisa que mexe com a vida das pessoas e elas ficam irritadas com isso. Afeta muito eles, tanto que eles mandam sustar os cheques. Porque? Porque não receberam aquilo que foi prometido. E a Dra. Glória tem muito a promessa disso. Ela sempre promete. Ela diz assim: “Não, dessa vez vai dar.” Ela não é imparcial. Ela não é assim: “Olha, eu não posso prometer nada prá vocês. É igual a da outra vez. Pode não dar e pronto.” Ela não fala assim. Ela fala que vai dar. Eu até entendo o lado dela ser otimista e passar o otimismo dela prá pessoas, mas tá errado. Tá errado porque ela cria falsa esperança e as pessoas têm uma decepção muito grande.

P (f37) _ É proporcional à esperança...

FÁBIO (f54) _ A decepção é maior do que a esperança. Quando vem a decepção é muito maior. Pesa muito mais do que... A esperança te dá uma reavivada: “Agora vai dar, né?” Ela bota isso na nossa cabeça: “Não dessa vez

vai dar. Eu vou botar uma 'cola bonder'." Vai fazer não sei o que... "O embrião agora tá A+++ , com estrelinhas" Sabe? São palavras que vão botando na nossa cabeça prá gente se sentir bem. Só que depois disso vem o se sentir mal, muito pior.

P (f38) _ Percebo que a tônica da nossa conversa tem sido, não tanto a pressão para ter um filho (social, familiar). Vocês parecem administrar bem essa parte, mas sim os tratamentos, o aspecto comercial, a própria comunicação com a equipe médica. No entanto penso que quando acreditamos no que estamos fazendo, é importante, ajuda a encarar uma situação desgastante como essa.

FÁBIO (f55) _ Essa parte aí de vender o sonho... No método deles tá faltando uma orientação psicológica. Prá eles, os médicos. Se eles tivessem... A gente poderia ter feito essas duas e mais duas até. Se eles tivessem falado comigo diferente: "Olha Fábio, eu não sei se vai dar. É uma coisa difícil. São 60% dentro dos 20% que uma pessoa normal..." Porque uma pessoa normal tem 20% de chances de engravidar de forma natural. Então: "dentro desses 20% tu tens 40% de chance que tu consigas. O negócio não é fácil, é complicado, demora e pode ser que não dê." Se eles falassem isso prá mim, talvez eu estivesse fazendo a quarta ou quinta vez agora. Mas não. A Dra. Glória, em especial, falou de um jeito: "Vai dar, vai dar. Dessa vez vai dar." Daí terminou, ela falou assim: "Da próxima vai dar." Aí eu falei assim prá ela: "A próxima não vai ter." Quando ela falou que da próxima ia dar, eu falei que não ia ter próxima. Não vai ter.

P (f39) _ Tem todo o aspecto psicológico de vocês também, envolvido...

FÁBIO (f56) _ Partindo do ponto da ciência. Prá ciência é... É físico. Pegou, juntou o espermatozóide com o embrião, ok! Não tem problema psicológico. O psicológico que eu digo é na decepção de não ter dado certo. Que é uma coisa científica... Se dá ou não dá....

EVA (f61) _ O corpo reage da forma que você sente. Ninguém tem a "cola". A "cola" eu acho que é o psicológico.

FÁBIO (f57) _ Eu até acredito que o psicológico não afete assim, por exemplo, ia dar certo se tu não tivesses nessa pressão psicológica. Isso eu não acredito. Eu acredito na ciência. Agora, a decepção de não ter dado certo, por um fato científico, normal, natural, que não tem nada a ver com o psicológico... É essa decepção que trás uma carga psicológica muito grande prá pessoa. E esse jeito deles não falarem a verdade desde o início: "Olha o negócio é difícil, complicado e é bem difícil de dar certo." Muito mais fácil falar isso.

P (f40) _ Vocês buscaram alguma ajuda psicológica?

EVA (f62) _ A Dra. Glória me encaminhou. Eu fui só numa entrevista.

FÁBIO (f58) _ Um terapeuta sexual.

EVA (f63) _ Eu fiz essa entrevista. Adorei ele. Só sei que era bem caro, bem junto com essa situação dos remédios, tal. Marcamos o tratamento. No começo eu não ia fazer não. Relutei um pouco prá fazer. Depois: “Ah, vou fazer.” Cheguei a ir na psicóloga do trabalho do Fábio, que era gratuito, mas não deu. Ai eu fui ao terapeuta sexual. No dia de ir, na frente do consultório dele eu liguei pro Fábio e falei: “Não vou. Tô me sentindo tão bem. (Risos) Tô tão feliz. Vou pro shopping comprar uma calça.” Me lembro que eu falei prá ele isso.

P (f41) _ Você foi sozinha? Era atendimento individual ou casal?

EVA (f64) _ Era só eu, não era casal. Eu tinha visto uma calça no shopping que eu gostei. (Risos) Daí eu não fui. Nunca mais voltei lá. Assim, eu me considero uma pessoa bem feliz. Tipo, têm algumas pessoas que falam assim: “Ah, que depressão atrapalha, que não sei o que atrapalha, clausura, falta disso, falta daquilo, não sei o que mais...” Desse mal eu não sofro. (Risos) Me considero... Eu, nunca pensei que fosse precisar de psicólogo na vida. (Risos) Por que sei que sou equilibrada, e feliz. Às vezes eu até penso se faço questão de ter filho. A gente é tão feliz sem. Será que a gente quer mesmo ter filho? Muitas vezes a gente até se questiona, né?

P (f42) _ É importante que vocês estejam podendo refletir sobre isso. Às vezes o pragmatismo e a urgência da busca, não permitem pensar sobre o desejo...

EVA (f65) _ Isso fica na cabeça da gente: “Cadê a insatisfação, cadê? Faz falta?” É estranho isso...

P (f43) _ Talvez pensar um pouco mais sobre essa escolha, as motivações pessoais, sociais, familiares...

FÁBIO (f59) _ Eu pessoalmente já falei que eu quero muito ter filho também por uma questão cultural, de família, coisa e tal.

EVA (f66) _ Mas é porque a gente gosta também. A gente se dá bem com os filhos dos nossos amigos. Eles gostam da gente. A gente gosta deles...

FÁBIO (f60) _ Mas eu sei que vai ser complicado por que a gente vai se privar de muita coisa. Talvez depois a gente até se arrependa. (Risos)

EVA (f67) _ Todo mundo diz que pesa tal, mas eu tenho na minha mente... Eu falo prá ele que eu não vou deixar de fazer nada do que a gente faz. O máximo que vai acontecer é que a gente vai gastar mais passagem, porque a gente vai levar nosso filho prá onde a gente for. “Ah, mas tu vai chegar lá não é bem assim: tem o “sacolão”, o carrinho, a banheirinha, lalalalala...” A gente prefere pensar que vai ser assim, e só na hora mesmo é que a gente vai ser ou não

vai. Tenho amigas que sofrem: “Ah, a gente se acaba, não sei o que... Mas quando eu vejo o sorriso da minha filha ali: ah que gostoso” Então é assim, né?

P (f44) _ Bom, em tudo na vida, se perdem e se ganham coisas. Cada escolha implica numa renúncia, num acordo, na aceitação dos limites. O importante, e talvez o mais difícil nisso tudo, é justamente buscar o equilíbrio.

FÁBIO (f61) _ É exatamente assim que eu penso.

P (f45) _ Então, a entrevista está terminando e eu gostaria de saber se vocês têm algo a acrescentar, a dizer sobre essa situação que vocês estão vivenciando...

EVA (f68) _ Ah, eu procuro pensar que a gente vai ter filho. Eu imagino sempre com o filho.

FÁBIO (f62) _ Se a gente não tiver a gente vai adotar. Daqui a uns cinco anos, talvez.

EVA (f69) _ Pois é, mas o que a gente quer... A gente quer ter um filho. O método que vem não importa. De repente não importa nem tanto quando, mas que a gente vai ter, a gente vai.

FÁBIO (f63) _ De repente a gente pega ai uma barriga de aluguel. Cheio de amiga se oferecendo... (tom provocativo)

EVA (f70) _ Não é isso também. (Risos)