

**TORNAR-SE PAI E MÃE NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO  
ASSISTIDA**

**Lia Mara Netto Dornelles**

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia  
sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Sobreira Lopes

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento  
Agosto, 2009.**

## MOSAICO

*Queria tanto, tanto, tanto esse bebê!  
Eu não sabia se ia conseguir...  
Todo processo é mais racional.  
Eu imagino que quem tem filho naturalmente,  
não tenha esse “valeu a pena”.  
Um sabor especial...*

*Mas mesmo assim, eu não tava acreditando...  
Imaginava que nunca ia conseguir...e ele veio.  
Tu não acreditava que tinha uma pessoinha se criando ali.  
Tu sabe que ele ta ali dentro...mas não conheço ele ainda...  
Parecia que não era verdade.  
Já tinha os pezinhos, o coraçãozinho...aquilo ali é nosso e nós conseguimos!  
Carequinha... Ativo... curioso...  
Crianças são imprevisíveis.*

*Pode ser que venha para uma coisa positiva...pode ser que não  
Como é que vou viver esse processo de formar uma família...  
Tem reflexos na paternidade, no sentido de cuidado, de uma série de coisas...  
Eu imaginava tudo – menos isso!  
Entre a vida e a morte.  
Que a vida lhe seja leve...porque a vida é pesada.*

*O melhor possível...uma ótima mãe,  
Uma mãezona, coruja, leoa...tigre.  
As pessoas fazem o melhor, de acordo com o momento...  
Um bom pai...um não tão ótimo pai...ainda!  
O nascimento veio coroar esse trabalho.  
Dentro da barriga é uma coisa...  
Depois que tu tens ele nas mãos é uma coisa bem diferente.*

*Entre mortos e feridos, esse é o momento que a coisa engrenou.  
Ele tomou a frente das nossas decisões  
...é uma experiência única...só a gente vivenciando.  
Se tem algum aspecto negativo...? Eu fico me perguntando...  
É o dia só ter 24 horas!  
Foi o fim de uma jornada...estão aí, visíveis!*

Fragmentos do medo, da angústia, da dor, da alegria, das recompensas, das realizações, da trajetória desses casais ao longo do inquietante processo de tornar-se pai e mãe, são registrados acima. Tal qual um mosaico, a partir de diversas justaposições, cada uma com colorido e dimensão diferente, este texto tenta captar e apresentar ao leitor, um pouco da experiência desses casais na busca de realizar o projeto de tornar-se pai e mãe.

*Dedico este trabalho ao meu amor, Guto, pelo incansável apoio, incentivo e amor incondicional; pela paciência e compreensão nos diversos momentos em foi preciso estar ausente, mesmo ao seu lado. Pela cumplicidade e sintonia.*

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, eu gostaria de agradecer às pessoas que me acompanharam e me auxiliaram nesta trajetória.

À minha orientadora, Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes, pelos preciosos momentos de reflexão e questionamento, imprescindíveis nesta construção, pelo interesse no tema, paciência e incentivo à minha autonomia.

Aos professores membros da banca, Dra. Maria Yolanda Makuch, por ter se disposto, mais uma vez, a contribuir com sua experiência e olhar crítico; ao Dr. Eduardo Pandolfi Passos, por sua sensibilidade e espontaneidade, e por ter acolhido o projeto do qual este estudo faz parte; ao Dr. Cesar Augusto Piccinini, pelo incentivo e desafio de transformar meu projeto de tese em um projeto de pesquisa do NUDIF.

Aos casais participantes deste estudo, pela disponibilidade afetiva com que nos receberam em suas casas e em seus corações; por terem compartilhado conosco, pesquisadoras, suas histórias e por terem contribuído para o meu crescimento profissional.

À equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ter viabilizado a realização deste projeto.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro ao projeto.

Aos colegas do Núcleo de Infância e Família - NUDIF, pelas contribuições.

À colega Isabela Machado da Silva, também pesquisadora deste projeto, com quem compartilhei idas e vindas, às vezes verdadeiros desafios, angústias e alegrias durante a realização deste estudo.

À bolsista de graduação Paloma Kohlman Amato, por sua dedicação na transcrição dos dados.

À amiga Daniela Levandowski, com quem compartilhei histórias e “saladas de fruta”.

Às amigas Bárbara Steffen Rech e Caroline Rossato Pereira, pelos momentos de alegria e descontração e pelas angústias compartilhadas.

Aos colegas da Universidade de Caxias do Sul, pelo apoio.

Ao Tutty e ao Duda, à Vanessa, filhos que nunca tive, mas que sempre foram meus, com quem vivi os amores, as dores, os rancores e os sabores da

maternidade; com quem aprendi que gens, são transmitidos, mas afeto é conquistado a cada instante.

À minha mãe, Marina e à minha sogra Rosa, que se a vida não lhes tivesse apagado parte da sua história, certamente estariam agora ao meu lado, como tantas vezes estiveram, torcendo por mim.

Aos meus irmãos, Vera, Marco Aurélio, Tânia, Cláudio, Maria Alice e João, cada um de um jeito particular, pelos fortes laços de afeto e por fazerem parte da minha história.

À Olga, mais que cunhada, uma parceira, uma amiga, que com seu “alto- astral”, sempre torceu por mim.

## SUMÁRIO

Página

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT .....	12

### CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Apresentação .....	13
1.2 Sobre tornar-se pai e mãe .....	16
1.3 Sobre a infertilidade, as TRA e suas repercussões .....	23
1.4 Estudos empíricos sobre infertilidade e tratamento.....	27
1.5 Estudos empíricos sobre parentalidade no contexto da reprodução assistida..	41
1.6 Justificativa e objetivos do estudo .....	52

### CAPÍTULO II

MÉTODO .....	56
2.1 Delineamento .....	56
2.2 Participantes.....	56
2.3 Instrumentos .....	57
Entrevista de Dados Demográficos do Casal. ....	57
Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.....	57
Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai.....	58
Entrevista sobre a Experiência da Paternidade.....	58
2.4 Procedimentos e Análise dos Dados.....	58
2.5 Considerações Éticas .....	59

### CAPÍTULO III

RESULTADOS .....	60
3.1 Caso Vitória, Marcos e Nicole .....	61
3.1.1. Apresentação .....	61
3.1.2. Impressões e sentimentos da pesquisadora no contato com a família .....	62
3.1.3 A experiência feminina e masculina da reprodução assistida .....	63
3.1.4 A Experiência da Gestação.....	66
3.1.5. Expectativas em Relação à Maternidade e ao Bebê na Gestação.....	69
3.1.6 Expectativa em relação à paternidade e ao bebê na gestação.....	74
3.1.7 A experiência da maternidade no 3º mês de vida do bebê .....	78
3.1.8 A Experiência da paternidade e o desenvolvimento do bebê no 3º mês .....	88
3.2 Caso Simone, Artur, Laura, Renata e Lucas.....	95
3.2.1. Apresentação .....	95
3.2.2. Impressões e sentimentos da pesquisadora no contato com a família .....	95
3.2.3 A experiência feminina e masculina da reprodução assistida .....	97
3.2.4 A experiência da gestação .....	101
3.2.5. Expectativas em relação à maternidade e ao bebê na gestação .....	108
3.2.6. Expectativas em relação à paternidade e ao bebê na gestação .....	112
3.2.7 A experiência da maternidade e o desenvolvimento dos bebês no 3º mês. ....	116
3.2.8 A experiência da paternidade e o desenvolvimento dos bebês no 3º mês..	125
3.3 Caso Raquel, Max e Ralph .....	131
3.3.1 Apresentação .....	131
3.3.2 Impressões e sentimentos da pesquisadora no contato com a família.....	132
3.3.3 A experiência feminina e masculina da reprodução assistida .....	133
3.3.4 A experiência da gestação .....	135
3.3.5. Expectativas em relação à maternidade e ao bebê na gestação .....	140
3.3.6 Expectativa em relação à paternidade e ao bebê na gestação.....	144
3.3.7 A experiência da paternidade e o desenvolvimento do bebê no 3º mês .....	147
3.3.8 A experiência da paternidade e o desenvolvimento do bebê no 3º mês .....	150

## CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO .....	154
4.1 Eixo I: A experiência do tratamento .....	154
4.2 Eixo II - A experiência materna e paterna da gestação .....	160
4.3 Eixo III - A experiência materna e paterna nos três primeiros meses do bebê .....	173

## CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	194
----------------------------	-----

REFERÊNCIAS .....	200
-------------------	-----

ANEXOS.....	207
-------------	-----

ANEXO A .....	210
Entrevista de Dados Demográficos do Casal .....	210
ANEXO B.....	211
Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante.....	211
ANEXO C.....	213
Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai.....	213
ANEXO D .....	215
Entrevista sobre a Experiência da Maternidade .....	215
ANEXO E.....	217
Entrevista sobre a Experiência da Paternidade.....	217
ANEXO F .....	219
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	219
ANEXO G .....	221
Aprovação do Comitê de Ética.....	221



## LISTA DE TABELA

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Participantes **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

REPASSI – Projeto “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê” .....	57
TRA Técnicas de Reprodução Assistida.....	23
FIV–Fertilização	<i>in</i>
<i>vitro</i> .....	5
DG – Doação de Gametas; ovodoação.....	57
IA – Inseminação Artificial.....	57
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	58

## RESUMO

O tornar-se pai e mãe e constituir uma família são fenômenos importantes para o estabelecimento de uma identidade social adulta, contribuindo para a realização pessoal do indivíduo. Quando esse projeto parental não pode ser realizado em decorrência de infertilidade no casal, é possível recorrer às técnicas de reprodução assistida, como uma tentativa de concretização desse projeto. Entretanto, o desgaste físico e emocional decorrente desses procedimentos pode conferir à gestação e à parentalidade um caráter específico, com repercussões ainda pouco conhecidas. Por meio deste estudo longitudinal, com três casais que engravidaram por técnicas de reprodução assistida, buscou-se conhecer o processo de tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida, com medidas coletadas no terceiro trimestre de gestação e aos três meses do bebê. Os resultados apontaram que a vivência da gestação nesse contexto caracteriza-se pelo constante medo de perder o bebê, mesmo no último trimestre gestacional, sendo que as gestantes deste estudo apresentaram sentimentos de incapacidade de levar a gestação a termo. A prematuridade tornou real a possibilidade de perda do bebê, tornando a vivência dessa etapa um desafio. Superado esse período, o medo da perda do bebê diminuiu, dando espaço para o estabelecimento da crença de que esses casais são capazes de garantir a sobrevivência de seus bebês.

Palavras-chave: parentalidade; reprodução assistida; infertilidade.

## **ABSTRACT**

Becoming a father or a mother and building a family are important phenomena that contribute for the establishment of an adult identity as well as for a personal accomplishment. When the dream of building a family can not be fulfilled couples may be helped by assisted reproduction techniques, although the physical and psychological stress produced by these techniques is not well-known yet. This longitudinal and qualitative research aims at knowing how transition to parenthood occurs in the context of assisted reproduction techniques. Three couples who got pregnant through assisted reproduction techniques were interviewed in two moments: during the last trimester of pregnancy and when the baby is three months old. The results show that the participants of this research lived pregnancy frightened by the possibility of losing their baby. When the baby was born these feelings turned into a possibility due to they were pre-term babies. Afterwards, these feelings decreased while the belief of being capable of keeping the baby alive emerged.

Keywords: parenthood; assisted reproduction; infertility.

# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação

O processo reprodutivo possui implicações psicológicas, sociais e culturais, que conferem à reprodução um significado central na vida das pessoas. Ter um filho pode ser a expressão de um desejo inconsciente de imortalidade, bem como a possibilidade de ressignificar a sua própria história de filho, agora sob a perspectiva de progenitor e preencher vazios na vida pessoal e familiar (Balmaceda et al., 2001). O indivíduo não nasce pai ou mãe, mas torna-se pai ou mãe por meio de um longo processo de aprendizagem e de reflexão acerca de sua descendência (Lebovici, 2004).

A parentalidade estende-se além do fator biológico, se constrói e se transforma ao longo do ciclo vital (Lebovici, 2004). Esse processo, que se inicia com o projeto de ter um filho, é vivido intensamente durante a gestação e ganha uma nova dimensão a partir do nascimento do bebê. Assemelha-se à nidação do óvulo no útero, pois assim como transformações biológicas fundamentais ocorrem ao longo da gestação, transformações psíquicas para receber esse bebê são igualmente necessárias. A futura mãe e o futuro pai necessitam criar um espaço psíquico para incluir um terceiro. Esse espaço é uma co-construção, uma espécie de placenta parental, como diz Lebovici, formada pelas vivências, expectativas e disponibilidade afetiva de cada um dos futuros pais. Portanto, a concepção e a gestação são biológicas e também psíquicas. É necessária, também, a gestação psíquica desse bebê, o que se constitui num longo e desafiador processo de construção.

Entretanto, alguns casais adiam seu projeto parental em detrimento da realização profissional, da conquista de um melhor *status* socioeconômico, de aproveitar a vida ou da busca por um relacionamento conjugal mais satisfatório. Todos esses fatores contribuem para que o casal opte por ter filhos tardiamente, quando a capacidade reprodutiva da mulher, uma capacidade em potencial, somente confirmada com a gestação, declina de forma expressiva. Ao postergar a maternidade e a paternidade, o casal pode se deparar com o diagnóstico de infertilidade, um rótulo estigmatizante, freqüentemente associado a fracasso,

impotência, vergonha e culpa. A infertilidade é considerada também uma ferida narcísica, que suscita sentimentos dolorosos e vivências intensas.

Portanto, se o projeto parental não pode realizar-se devido a questões de infertilidade em um dos cônjuges ou em ambos, essa limitação adquire para cada indivíduo um sentido próprio e requer um processo de reorganização, tanto individual como do casal, para o manejo da nova realidade inesperada que se apresenta (Balmaceda et al., 2001).

A infertilidade representa a perda da fantasia de estabelecer um elo entre o passado e o futuro, instaurado pelo filho, podendo afetar a maneira como os casais percebem o mundo ao seu redor (Burns, 2005). Considerada uma experiência potencialmente traumática e devastadora, provoca um abalo narcísico (Ribeiro, 2004) e às vezes um luto permanente no sujeito (Melamedoff, 2005; Urdapilleta, 1998). Dessa forma, pode bloquear outras capacidades do indivíduo, enrijecer seu funcionamento psíquico, empobrecer os seus recursos para lidar com a situação, bem como apresentar desdobramentos incapacitantes, que tendem a se ampliar para outros campos de realização (Balmaceda et al., 2001; Makuch, 2001; Ribeiro, 2004).

Entretanto, o panorama da reprodução humana frente ao diagnóstico de infertilidade, mudou drasticamente a partir do século XX. Se o projeto parental é inviabilizado, casais inférteis podem recorrer às Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) em busca da realização do desejo de maternidade e paternidade, questionando os limites impostos pela biologia. Desde o século passado, o homem tem sido testemunha dos avanços tecnológicos no campo da reprodução assistida, que trouxe uma mudança radical para a existência humana. A partir do nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta, em 1978, na Inglaterra, mais de um milhão de crianças nasceram em decorrência das TRA. Três décadas após o seu nascimento, Louise Brown ainda atrai a atenção sobre si, agora não somente como o primeiro bebê de proveta, mas como a primeira mulher concebida por reprodução assistida, que gestou um bebê de forma natural, reforçando a atualidade e a relevância do tema.

Dentre essas técnicas, que propõem não somente um tratamento da infertilidade, mas também uma nova forma de procriação, encontram-se a Fertilização *in vitro* (FIV), a Inseminação Artificial (IA) e a Injeção

Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI). Há ainda duas situações especiais menos frequentes no contexto brasileiro: a Doação de Gametas e a Gestação de Substituição (Ferriani & Navarro, 2004). Atualmente, estima-se que essas tecnologias (TRA), sejam responsáveis por mais de 5% de todos os nascimentos (<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/63/63.pdf>). Como tratamento, tendem a ocasionar um desgaste físico e psíquico e a despertar vivências de angústia, esperança, tensão e frustração. Preocupações com questões de ordem econômica, assim como pressões sociais e familiares podem se caracterizar como agravantes.

Quando a gestação ocorre após uma prolongada experiência de infertilidade, embora com características biológicas, alterações e riscos semelhantes a outras gestações, as emoções que a acompanham podem ser mais intensas. Nestes casos, a gestação constitui-se uma etapa de transição entre a experiência de infertilidade, com a carga de frustração e impotência, e a experiência da maternidade potencial, sendo que um dos aspectos mais difíceis de enfrentar é o medo da perda do bebê (Balmaceda et al., 2001). Assim como a gestação representa a realização de um sonho, pode também ser um evento problemático (Repokari et al., 2005), no qual novas vivências e desafios se impõem ao casal e cujas implicações ainda são pouco conhecidas (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen & Tennant, 2003).

Sentimentos intensos podem ser mobilizados nesse transcurso, tendo como pano de fundo não só as vivências, as expectativas e a disponibilidade afetiva de cada um em relação ao bebê e ao seu desempenho enquanto genitores, mas também a vivência da luta para conceber e dos desafios enfrentados no decorrer desse período.

Acredita-se que o longo percurso destes casais, desde a frustração inicial do projeto parental, passando pelo tratamento, a gestação e o nascimento do bebê, apresenta algumas peculiaridades e ressonâncias não encontradas nos casais que conceberam naturalmente. Portanto, o complexo processo de tornar-se pai e mãe nesse contexto apresenta transformações psíquicas profundas, que abarcam desde o abandono da identidade de infértil e a aceitação da identidade de fértil, até o exercício da parentalidade, para muitos uma trajetória difícil, sofrida e com muitos desafios.

Uma vez que a concepção não é um evento meramente biológico, mas também psíquico, sob o ponto de vista das teorizações psicanalíticas, se faz necessária a compreensão desse instigante processo de tornar-se pai e mãe, já que as interações que estabelecem entre a tríade pai-mãe-bebê, são fundamentais para o desenvolvimento emocional do bebê e para o desenvolvimento das competências parentais.

Nesse sentido, o levantamento de estudos sobre o relacionamento mãe-bebê no contexto da reprodução assistida, realizado por Makuch e Hardy (2002) apontou a escassez de pesquisas sobre o tema. Ressalta-se ainda, que os estudos encontrados sobre a parentalidade não enfocam a experiência de tornar-se pai e mãe nesse contexto, investigando temas pontuais e isolados, tais como estresse, *coping*, ansiedade, depressão e qualidade de vida, dentre outros. Além disso, apontam a presença ou ausência de sintomas, propõem quantificações e comparações com grandes amostras que, isoladamente, são incapazes de abarcar a totalidade da experiência psíquica vivida por estes casais ao longo desse processo. Considera-se, portanto, que esse processo de desenvolvimento que se dá na vida adulta, não tem sido contemplado pelos estudos da área

Face à escassez de estudos que possibilitem a compreensão subjetiva dessa experiência, este estudo propõe investigar o processo de tornar-se pai e mãe em casais que conceberam por meio de TRA. Dessa forma, pretende fornecer subsídios à reflexão sobre esse processo e contribuir para que casais possam ser auxiliados nessa construção.

Para tal, são examinadas algumas questões teóricas e achados de estudos empíricos relacionados ao tema. Inicialmente, propõe-se uma revisão teórica sobre o processo de tornar-se pai e mãe, abrangendo o desejo de ter um filho, a gestação e o nascimento do bebê. Na seqüência, são apresentados e discutidos estudos empíricos que investigaram a parentalidade no contexto da reprodução assistida. Posteriormente, são apresentadas algumas idéias sobre o impacto da infertilidade e a vivência do tratamento com as TRA, as quais serão seguidas por uma revisão de estudos empíricos que investigaram essas questões.

## **1.2 Sobre tornar-se pai e mãe**

Tornar-se: mudar de estado, forma; transformar-se (Houaiss, 2008). Assim ocorre com a parentalidade – o indivíduo não nasce pai ou mãe, mas torna-se pai



ou mãe. Esse é um longo processo de aprendizagem, de transformação e de reflexão acerca de sua descendência, que estende-se além do vínculo biológico (Solis-Ponton, 2004). Tornar-se pai e mãe, depende, inicialmente, do entrelaçamento de três desejos: do homem, da mulher e do desejo de vida desse filho. Sem estes três desejos, não há nascimento (Szejer & Stewart, 1997).

Esse filho do desejo é investido de um destino que deverá ser cumprido, perseguindo um ideal que os próprios pais não puderam seguir (Solis-Ponton, 2004). O desejo de conceber tende a apresentar, assim, significados históricos e atuais para o casal, carregados de significados inconscientes importantes para o senso de identidade do indivíduo (Ribeiro, 2004). Portanto, esse desejo é expresso num contexto formado pelo somatório de diversas histórias: a de cada membro do casal, a de seus genitores, avós, irmãos, amigos, tornando cada contexto singular (Solis-Ponton, 2004). Traz consigo a projeção imaginária desse filho no futuro e de como serão como genitores, tendo como modelos de referência seus próprios genitores ou os modelos parentais de cada um (Szejer & Stewart, 1997) Essa identificação com a mãe e o pai, assim como a tentativa de recriar velhos laços no novo relacionamento com o bebê, são o eixo condutor desse desejo (Brazelton & Cramer, 1992).

Tanto o homem, quanto a mulher elaboram esse desejo conforme os seus modelos familiares, parentais e sociais (Szejer & Stewart, 1997). A mulher imagina o bebê que vai dar ao marido e o seu nome, que pode abrigar significados, tais como um segredo, um suicídio, ou a lembrança de um herói, relacionando inconscientemente a criança a essa herança (Lebovici, 2004) e, portanto, à história individual e do casal (Solis-Ponton, 2004). Enquanto isso, o desejo masculino de ter um filho relaciona-se à necessidade de assegurar a continuidade de sua linhagem, à oportunidade de igualar-se a seu pai, vindo a superá-lo e a confirmação de sua potência e capacidade de engravidar a mulher (Brazelton & Cramer, 1992).

Ingredientes complexos constroem a parentalidade. Alguns pertencem à coletividade, à sociedade inteira, mudam com o tempo, são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são ingredientes mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos pais individualmente e como futuros pais, como casal, como história familiar do pai e da mãe. Aqui estão presentes o que é transmitido, o que se esconde, os traumas infantis e a maneira como cada um os

enfrentou (Moro, 2006). A parentalidade, no imaginário dos pais, lhes permite lidar com os seus próprios pais e se prepararem para serem pais (Solís-Ponton, 2004). Contribui também para a sua formação a lembrança dos pais do tempo em que eram crianças, dos cuidados parentais, das regras, das obrigações e, sobretudo, da forma como experienciaram esse período (Solís-Ponton, 2004).

A parentalidade pode ser descrita como uma formação mental que se organiza por meio do tecido de representações que se formam desde a infância e evoluem com o desenvolvimento psicológico da criança, e, mais tarde, do adolescente (Solís-Ponton, 2006). Envolve níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental, se constrói e se transforma ao longo do ciclo vital (Lebovici, 2004) e pressupõe um trabalho interno dos pais, do qual participam todos os membros da família, desde o recém-nascido até os seus avós (Houzel, 2004; Solís-Ponton, 2006). É um projeto compartilhado que altera os laços de filiação, a dinâmica conjugal e constitui-se num momento de transmissão intergeracional (Balmaceda et al., 2001), que resulta da socialização, definição e cumprimento de papéis e lealdades invisíveis em relação a gerações passadas e futuras (Aldape, 2006). Ao constituírem uma família, além de deixarem de ser apenas filhos para tornarem-se genitores, o casal altera também os papéis dos demais membros da família: seus próprios genitores tornam-se avós e, ao assistirem às mudanças dos filhos, também se modificam (Colarusso, 1990; Debray, 1988; Morales, 2004).

A preparação para a parentalidade tem seu início antes mesmo da gestação, mas as disposições latentes para a parentalidade se manifestam durante a gestação (Jessner, Weigert & Foy, 1983). O projeto parental, com seus aspectos conscientes e inconscientes confere à gestação uma pré-história singular (Brazelton & Cramer, 1992). Para algumas mulheres, a gestação é uma prova de que são realmente mulheres (Jessner, Weigert & Foy, 1983), uma oportunidade de sentirem-se completas, potentes, produtivas e preencherem sentimentos de vazio e preocupações em relação à incompletude do corpo (Brazelton & Cramer, 1992). Pode ser ainda, uma proteção contra o medo de ser incapaz de conceber (Jessner, Weigert & Foy, 1983) e uma oportunidade de realizar o sonho de tornar-se igual à mãe e restaurar a imagem interna da própria mãe (Brazelton & Cramer, 1992).

Nesse período, o psiquismo da mulher encontra-se num estado particular, um estado de transparência, em que conteúdos do pré-consciente e do consciente

acessam facilmente à consciência (Bydlowski, 2002). Três bebês podem habitar a mente da gestante: o *bebê fantasmático*, o *bebê imaginário* e o *bebê real*. O *bebê fantasmático* é inconsciente e fruto do desejo de maternidade da menina. É o filho dos sonhos que a menina, identificada com a mãe, dá ao pai na sua fantasia e, portanto, o filho da situação edípica. O *bebê imaginário* pertence ao nível pré-consciente e é o desejo de um filho, da interação entre o feto e a mãe, fazendo parte de seus devaneios (Lebovici, 1922). Pensar sobre o bebê e imaginar suas características traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a futura relação mãe-bebê (Piccinini et al., 2004a). Segundo Freud (1914/1979), essa criança do desejo dos genitores, representa o resgate de todas as esperanças perdidas e deve realizar todos os seus anseios, revertendo, dessa forma, compromissos e limitações dos genitores: é a criança perfeita. Brazelton e Cramer (1992) acrescentam que, embora tais desejos narcisistas possam vir a interferir no desenvolvimento posterior da criança, são essenciais à preparação do apego entre a mãe e seu bebê. Klaus, Kennel e Klaus (2000) acrescentam ainda, que o bebê real que a mãe abraça, é ao mesmo tempo o *bebê imaginário*, que vai coexistir com o *bebê fantasmático*.

Cada trimestre gestacional caracteriza-se por uma seqüência de transformações que são vividas de diferentes maneiras pela mulher. O primeiro trimestre é marcado pelas mudanças sutis que ocorrem em seu organismo e que passam a ser o centro de suas atenções: aumento das mamas, náusea, mal-estar, aversão ou desejo a certas comidas, fadiga, variação de humor, irritabilidade e grande sensibilidade, dentre outras. Concomitante a essas mudanças, surge o desejo de ser protegida e cuidada, bem como sentimentos de solidão, de individualidade e de transcendência de si mesma, um elo entre o passado e o futuro na cadeia de gerações. O embrião é percebido como uma parte de seu corpo (Jessner, Weigert & Foy, 1983).

No segundo trimestre, são percebidos os primeiros movimentos do bebê, que produzem na gestante um *sentimento de potência vital interior* e conferem ao bebê um status de bebê real. Esses movimentos são por vezes vividos com ambivalência pela futura mãe, oscilando entre a bem-aventura e ressentimentos quanto ao intruso. Sentimentos contraditórios a invadem. Seu corpo perde a forma conhecida e é necessário usar roupas de gestante, o que a orgulha ao mesmo tempo em que a perturba, pois teme não ser atraente para o marido. Se a carreira

profissional significa muito para essa mulher, a maternidade será vivida como um dilema. A sensação de perda de controle em relação ao bebê que cresce em seu ventre, se alterna com a preocupação de que tudo o que faz o afeta. Nesse momento, começa a preparação para a chegada do bebê, embora algumas mulheres retardem esse processo, às vezes por rechaçar o bebê inconscientemente (Jessner, Weigert & Foy, 1983).

Com a chegada do terceiro trimestre, o corpo da gestante se torna cada vez mais pesado, incômodo e disforme e a proximidade do parto a faz pensar mais no futuro do que no presente. O parto é precedido por diversos sentimentos, tais como impaciência para poder ter e ver esse bebê que a fez sentir sua presença dia e noite e tristeza por reconhecer que em breve ele irá se separar dela. Os movimentos do bebê reafirmam que está vivo e por serem mais vigorosos, modificam o diálogo entre a mãe e o bebê, desaparecendo a ternura dos meses anteriores. O apego ao marido se torna intenso, com a certeza de que um novo vínculo comum confere outra dimensão ao casamento. Entretanto, prevalecem os temores de ela própria ou o bebê possam morrer durante o parto, de que ele tenha malformações ou que ocorram danos em seu corpo (Jessner, Weigert & Foy, 1983).

Ao nascer, o bebê transforma a gestante em uma mãe, alterando a configuração familiar que necessita se organizar para responder às novas exigências da parentalidade (Stern, 1997; Solis-Ponton, 2004). Stern (1997) assinala que nesse período, a mãe ingressa em uma nova, única e temporária organização psíquica, que não é universal, nem tampouco inata, a qual denomina “constelação da maternidade”. Há um realinhamento de interesses e preocupações, no qual volta-se mais à sua mãe e menos a seu pai; mais à sua mãe-como-mãe e menos à sua mãe-como-mulher-ou-esposa; mais à mulheres em geral e menos aos homens; mais ao crescimento e desenvolvimento e menos à carreira; mais ao seu marido-como-pai-e-contexto-para-ela-e-o-bebê e menos ao marido-como-homem-e-parceiro-sexual; mais ao bebê e menos ao entorno. Cabe ressaltar, que essa constelação sofre influências psicobiológicas, tais como as hormonais, que organizam essa mãe para desenvolver essa organização psíquica.

A constelação da maternidade se torna o eixo organizador dominante de sua vida psíquica nessa época e contempla discursos, temas e suas tarefas. Há três discursos que a mãe precisa integrar: (a) da mãe com sua própria mãe, que se

refere à vivência com sua mãe nos tempos de infância; (b) consigo mesma, isto é, ela enquanto mãe; (c) e com o bebê. Quanto aos temas e tarefas presentes, encontram-se *vida-crescimento*, *relacionar-se primário*, *matriz de apoio e reorganização da identidade* (Stern, 1997).

O tema de *vida crescimento* refere-se à capacidade da mãe de manter o bebê vivo e de propiciar o seu crescimento e desenvolvimento físico, contempla diversos medos, tais como de que o bebê morra, que pare de respirar, que não coma, que defínhe, que se desidrate, que caia, ou seja, que ocorra um assassinato por profunda inadequação, ou então, que viva, mas não se desenvolva bem e isso requeira hospitalizações ou a sua substituição por uma mãe “melhor” (Stern, 1997).

O segundo tema, do *relacionar-se primário*, refere-se ao envolvimento social e emocional da mãe com o seu bebê. Surgem nessa fase, dúvidas sobre a sua capacidade de amá-lo, sentir que é amada por ele, reconhecer que ele é realmente o seu bebê. Ocorre ao longo do primeiro ano de vida do bebê e inclui o estabelecimento de laços de apego, segurança e afeição, a regulação dos ritmos do bebê, o *holding* do bebê e a indução e a instrução nas regras básicas do relacionar-se humano (Stern, 1997). Winnicott (2000) também se refere a esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, durante o qual a mãe adapta-se de maneira sensível e delicada às necessidades do bebê, como *preocupação materna primária*. Comumente a mãe entra numa espécie de identificação sofisticada com o bebê, uma fase em que ela é o bebê, e o bebê é ela, da qual se recupera em semanas, uma vez que já foi um bebê, traz lembranças de ter sido um bebê e de que alguém cuidou dela. Tais lembranças, no entanto, podem tanto ajudá-la, quanto prejudicá-la na sua experiência como mãe. Winnicott (1999) acrescenta ainda, que se a mãe encontra-se nesse estado de sensibilidade, evita a interrupção do *continuar a ser do bebê*. Ao possibilitar um ambiente suficientemente bom, a mãe capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a enfrentar as dificuldades apresentadas pela vida.

O tema seguinte, da *matriz de apoio*, diz respeito à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora e boa, que a ajude a realizar duas tarefas anteriores. O quarto e último tema, o da *reorganização da identidade*, relaciona-se à necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua

identidade, garantindo assim, que redirecione seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, e suas atividades. Dessa forma, dará espaço para o surgimento de uma nova identidade como mãe, genitora e mãe de família, que contará com modelos de identificação positivos ou negativos (Stern, 1997).

A vivência paterna da transição para a parentalidade difere da materna. Por ser independente da estimulação hormonal, a relação que o homem estabelece com o filho se apóia nas expectativas em relação a essa criança, no sentido de posse e de responsabilidade. Os movimentos do feto são percebidos de modo indireto, mediados pela mãe, e, portanto, diferentes da forma visceral como é percebida pela mulher. Portanto, a qualidade dessa relação não é idêntica à da mulher, mas complementar. A atitude emocional do pai na tríade familiar é importante desde o momento da concepção, respondendo às necessidades de sua esposa, que aumentam durante a gestação (Jessner, Weigert & Foy, 1983).

Nesse sentido, Coutinho e Morsch (2006) propõem que o pai também vive uma espécie de *constelação da paternidade*, uma preocupação e envolvimento com seu filho recém-nascido, semelhante à de sua mulher, evidenciando uma mudança da postura paterna frente às demandas da parentalidade. Participam de consultas pré-natais e muitos estão presentes na hora do parto. Estudos corroboram essa idéia ao apontarem um significativo envolvimento dos pais na gestação, tanto emocional, como comportamental (Piccinini et al., 2004b), além da crença de que a sua participação na vida dos filhos é muito importante (Silva & Piccinini, 2007). Klaus, Kennel e Klaus (2000) utilizam o termo *engrossment*, que significa absorção, preocupação e interesse, para descrever a resposta dada frequentemente pelos pais ao recém-nascido, no que se refere a aspectos do vínculo pai-bebê em desenvolvimento. Tais aspectos contemplam a sua atração pelo bebê, sua percepção do recém-nascido como sendo perfeito, orgulho e aumento da auto-estima. Já Oiberman (1994), amplia esse conceito para um potencial inato do pai em relação a seu bebê, que se desenvolve no momento de seu nascimento. Olhar o recém-nascido encurta a distância entre ambos e dá início à alteridade desse bebê. Ao tornar-se pai, o homem tem a necessidade de voltar-se para seu próprio pai, quer na fantasia ou na realidade, numa tentativa de afirmar seu papel parental (Brazelton & Cramer, 1992). Além disso, identifica-se com seus descendentes e pode transformar esse vínculo emocional em um amor altruísta. Por outro lado, corre o risco de voltar a ser o filho que foi, instalando-se

novamente o Édipo, ou então negar a sua paternidade (Jessner, Weigert & Foy, 1983).

A literatura aponta que tornar-se pai, tornar-se mãe é uma das mais dramáticas transições do ciclo de vida familiar. Implica aceitar um compromisso e reconhecer que esse bebê transformou a relação dual entre o casal em relação triangular e que sua chegada significa transição, conciliação e renúncia (Jessner, Weigert & Foy, 1983). Além disso, os cuidados com o bebê exigem disponibilidade integral e provocam rápidas mudanças que podem demandar um grande esforço emocional na adaptação de suas identidades individuais e de casal (Morales, 2004). Portanto, tornar-se pai e mãe, é um fenômeno importante para o estabelecimento de uma identidade social adulta e contribui para a realização pessoal do indivíduo (Brasileiro, Jablonski & Féres-Carneiro, 2002).

Entretanto, nos casos em que a infertilidade em um dos membros do casal, ou em ambos, impede a concepção natural e dificulta a realização do projeto parental, o casal pode recorrer às TRA como uma possibilidade de realização de seu desejo de tornar-se pai e mãe. Para alguns, há um longo caminho a ser percorrido, com procedimentos e possibilidades de complicações médicas, tais como aborto prematuro, gravidez múltipla, prematuridade e baixo peso do bebê. Sabe-se, no entanto, que essas técnicas não garantem o sucesso em obter uma gestação, e que, por vezes, os casais optam por submeter-se a diversas tentativas em busca da realização de seu desejo, deparando-se com um processo emocionalmente doloroso.

Em decorrência da luta para conceber e do comprometimento físico e emocional exigido, tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida apresentam características especiais, que podem surgir como desafios únicos para os casais. Portanto, para se compreender como ocorre esse processo no contexto das TRA, serão relatados e discutidos a seguir alguns estudos sobre o tema.

### **1.3 Sobre a infertilidade, as TRA e suas repercussões**

A infertilidade é definida, em termos médicos, como a incapacidade de obter uma gestação após 12 meses de relações sexuais, sem uso de qualquer método anticonceptivo, sendo que a chance de um casal fértil engravidar é de 15 a 25% por mês (Passos, Almeida & Fagundes, 2007). Considerada uma doença, estima-se que no Brasil cerca de dois milhões de casais venham a apresentar

algum tipo de dificuldade no decorrer de suas vidas reprodutivas (Serafini & Motta, 2004). Suas causas podem ser classificadas em quatro grupos: (1) fatores tubo-peritoneais, relativos a seqüelas de doença inflamatória pélvica e endometriose; (2) fatores masculinos, que são as alterações no número, na motilidade e na morfologia dos espermatozóides; (3) fatores hormonais, como os distúrbios da ovulação, síndrome dos ovários policísticos, alterações nas dosagens de prolactina e de hormônios tireoidianos e (4) fatores desconhecidos, não identificados pela investigação (Passos et al., 2007) .

O diagnóstico da infertilidade é vivido pelos casais como um terremoto, que abala as suas estruturas, com efeitos que se prolongam com o decorrer do tempo (Weiss, 2006). Altera os sonhos de família, as fantasias e projeções de um relacionamento, a confiança, a sexualidade, a auto-estima, o relacionamento com amigos, familiares e com o mundo. É sentida como um “defeito”, provocando sentimentos de desvalorização, que permeiam outras áreas da vida (Serafini, White, Petracco & Motta, 1998). A infertilidade constitui-se numa experiência potencialmente traumática e devastadora, uma desagradável e terrível surpresa, que provoca um abalo narcísico, desperta vivências intoleráveis (Ribeiro, 2004) e às vezes provoca um luto permanente no sujeito (Melamedoff, 2005; Urdapilleta, 1998). Pode estimular ou reativar conflitos psíquicos ligados à sexualidade, à relação primária com a mãe, à identidade de gênero e ao conflito edípico, bem como promover um impacto considerável no mundo psíquico dos indivíduos inférteis, reabrindo antigas feridas (Balmaceda, Fernández, Fabres, Fernández, Huidobro, Sepúlveda & Zegers, 2001; Makuch, 2001; Ribeiro, 2004).

Freqüentemente tem sido comparada, em intensidade, a outras perdas, como a morte de um ser querido, um divórcio ou a perda de um emprego. Associa-se também à perda da sexualidade espontânea, da experiência da gravidez, do filho biológico e da continuidade genética. O casal tende a se isolar e ser estigmatizado pelo entorno (Ribeiro, 2004). Depara-se com a tarefa de rever o sentido de sua relação conjugal e a idéia de ser um “casal perfeito” (Serafini, 1998).

Entretanto, quando o casal opta pelo filho biológico, é possível recorrer às TRA. Essas técnicas referem-se a todos os tratamentos ou procedimentos que envolvem a manipulação de óvulos e espermatozóides humanos, com a finalidade de estabelecer uma gravidez, sendo indicadas quando as intervenções clínicas e/ou



cirúrgicas não são capazes de promover a gestação por si só. Dentre elas, encontram-se a Inseminação Intra-uterina (IUI - refere-se à introdução de espermatozóides no interior do útero); a Fertilização *in vitro* (FIV- envolve a remoção de óvulos dos ovários e a fertilização dos mesmos em laboratório) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI- geralmente utilizada nos casos de infertilidade masculina, nas falhas de FIV prévia e número baixo de oócitos). Há ainda duas situações especiais menos frequentes no contexto brasileiro: a Doação de Gametas (GIFT) e a Gestação de Substituição (barriga de aluguel) (Ferriani & Navarro, 2004).

Esses procedimentos são considerados novos pelos casais que não conseguem engravidar por outros métodos. Na maioria das vezes, a fertilização *in vitro* é utilizada somente quando há falha nos procedimentos menos complexos e menos onerosos. Entretanto, em casos em que há idade avançada ou fator masculino severo, é indicada como a primeira escolha (Passos et al., 2007). Essa técnica envolve várias fases: (1) estimulação ovariana para desenvolvimento dos folículos por meio de medicação; (2) coleta dos oócitos (óvulos); (3) fecundação do óvulo e crescimento do embrião; (4) transferência do embrião para dentro do útero (máximo de 4 embriões). Essas fases constituem um ciclo e se a gravidez não ocorrer após o ciclo, a mulher poderá aguardar de dois meses a vários anos antes que outro ciclo ocorra (Seger-Jacob, 2006).

Homens e mulheres vivem de maneira distinta a experiência da infertilidade e seu tratamento. A infertilidade passa a dominar a mente da mulher e o desafio de ter um filho, muitas vezes a faz abrir mão de um emprego para dedicar-se exclusivamente ao tratamento. Os procedimentos aos quais têm que se submeter, biópsias, exames, inseminações, cirurgias e medicamentos, despertam raiva, humilhação, depressão, ansiedade e medo. Muitas vezes, além de conviver com esse turbilhão de emoções, têm que frequentar festas de crianças e conviver com outras mulheres grávidas, que remetem à sua dor e à sua dificuldade. O homem, por sua vez, muitas vezes sofre calado, com vergonha frente ao grupo social, abalado em sua identidade masculina por depender de um outro, o médico, para ajudar na concepção de um filho. Muitas vezes, é acusado de não estar envolvido com o tratamento, pois não conversa sobre o assunto (Weiss, 2006).

Como casal, sentem que a vida os trata de maneira cruel (Weiss, 2006). Durante o tratamento, problemas individuais não resolvidos podem eclodir

vindo a afetar o relacionamento do casal (Michelon et al., 2004), que deixa de ser apenas dual, com sua intimidade compartilhada com a equipe médica (Ribeiro, 2004). A sexualidade do casal sai do âmbito privado e é regulada pela demanda dos procedimentos, que prescrevem os momentos em que as relações sexuais devem ocorrer ou serem evitadas, em que o sêmen deve ser coletado no laboratório, e os óvulos devem ser aspirados, fecundados e transferidos ao útero (Ribeiro, 2004).

Portanto, para cada indivíduo a vivência da infertilidade adquire um sentido próprio e requer um processo de reorganização, tanto individual como do casal, para o manejo da nova realidade inesperada que se apresenta, podendo bloquear outras capacidades suas, enrijecer seu funcionamento psíquico e empobrecer os seus recursos para lidar com a situação (Balmaceda et al., 2001; Makuch, 2001; Ribeiro, 2004).

Tanto o fracasso como o sucesso do tratamento da infertilidade têm sido referidos como uma experiência de impacto negativo, que desperta sentimentos de ansiedade, depressão e perda, numa margem de 10 a 50% das mulheres (Klock & Greenfeld, 2000) e que pode marcar a história do casal e a história do futuro bebê (Laredo & Dresdner, 2003; Ribeiro, 2004). A luta pelo nascimento de um filho, leva o indivíduo a experimentar a angústia de uma situação extrema, da qual não tem controle. É colocado numa situação de fragilidade, pois não é responsável pela realização de seu desejo de ser pai ou mãe (Weiss, 2006).

O impacto emocional causado por essa tecnologia nos homens, nas mulheres e nas novas gerações ainda é pouco conhecido. Como dito anteriormente, essas técnicas não propõem somente um tratamento da infertilidade, mas uma nova forma de procriação, de organização familiar e de filiação, com efeitos decorrentes desse fenômeno ainda sem uma representação psíquica mais evidente. Além disso, possibilitam um novo olhar sobre a capacidade de reproduzir-se, relacionar-se e dar continuidade à cadeia de gerações (Ribeiro, 2004). Entretanto, a literatura também aponta que a experiência traumática e desorganizadora da infertilidade e de seu tratamento pode também ser vivida como uma oportunidade de aproximação do casal, uma vez que necessitam conhecer-se e reconhecer em si próprios sentimentos e conflitos despertados pela infertilidade (Borlot & Trindade, 2004).

Para a maioria dos casais inférteis, a possibilidade da gravidez e a parentalidade auxiliam na cicatrização das feridas psicológicas produzidas pela infertilidade, restabelecem a autoconfiança nos aspectos relacionados ao seu próprio corpo e suas potencialidades, bem como facilitam os aspectos da relação com a família e o entorno social (Balmaceda et al., 2001). Nesse contexto, o filho desejado torna-se hiperinvestido, hiperlibidinizado, sendo que o angustiante tempo de espera pela gravidez mobiliza sentimentos que podem afetar a forma como esses genitores<sup>1</sup> exercerão a parentalidade (Ribeiro, 2004).

Dessa forma, torna-se necessário compreender de que forma os casais inférteis vivem o impacto da infertilidade e de seu tratamento, para que possam ser auxiliados a enfrentar os desafios inerentes ao processo de tornar-se pai e mãe.

#### **1.4 Estudos empíricos sobre infertilidade e tratamento**

Alguns estudos vem sendo desenvolvidos nesse contexto, em diferentes momentos: durante o tratamento (Furman, Ramos, Urmeneta, Vantman & Fuentes, 1997; Slade, Emery & Lieberman, 1997; Boivin et al., 1998; Hjelmsted, Andersson, Skoog-Svanberg, Bergh, Boivin & Collins, 1999; Ardenti, Campari, Agazzi & La Sala, 1999; Edelmann & Connoly, 2000; Bittelbrunn, 2000; Kee, Seok, Jung & Lee, 2000; Gerrity, 2001; Palácios, Jadresic, Palácios, Miranda, & Dominguez, 2002; Farinati, 2005; Verhaak, Smeenk, Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005; Moreira, Melo, Tomaz & Dantas de Azevedo, 2006; Holter et al., 2006), na gestação (Sandelowski, Harris & Holditch-Davis, 1990; Sandelowski, Harris & Black, 1992), após o nascimento do bebê (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2004; Redshaw, Hockley & Davidson, 2007) e no fracasso das técnicas (Filetto, 2004; Johansson & Berg, 2005; Klerk, Macklon, Heijnen, Eijkemans, Fauser, Passchier & Hunfeld, 2007).

Ressalta-se que esses estudos não enfocam a experiência de tornar-se pai e mãe nesse contexto, sendo que os principais temas investigados por eles são pontuais e isolados, tais como: ansiedade (Slade et al., 1997; Ardenti et al., 1999; Edelmann & Connoly, 2000; Kee et al., 2000; Moreira, Melo, Tomaz & Azevedo, 2006; Gerrity, 2001; Verhaak et al., 2005; Klerk et al., 2007); depressão (Slade et al., 1997; Kee et al., 2000; Edelmann & Connoly, 2000; Verhaak et al., 2005);

---

<sup>1</sup> Os termos genitor/genitores serão utilizados para referir-se aos pais e mães, sem preocupação com o sexo, enquanto o uso dos termos pai/pais será restrito ao genitor do sexo masculino.

estresse (Kee et al., 2000; Hjelmstedt et al., 2004; Farinati, 2005; Moreira et al., 2006); qualidade de vida (Farinati, 2005); *coping* (Hjelmstedt et al., 1999; Gerrity, 2001; Farinati, 2005); humor e auto-estima (Slade et al., 1997; Edelmann & Connolly, 2000); sentimentos e identidade de gênero (Furman et al., 1997); apoio social (Gerrity, 2001; Verhaak et al., 2005); relacionamento sexual (Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005); relacionamento social (Boivin et al., 1998); relacionamento conjugal (Boivin et al., 1998; Hjelmstedt et al., 1999; Edelmann & Connolly, 2000; Verhaak et al., 2005; Holter et al., 2006); ajustamento conjugal (Edelmann & Connolly, 2000), satisfação conjugal (Gerrity, 2001); percepção da gestação (Sandelowski et al., 1990), da infertilidade (Edelmann & Connolly, 2000; Johansson & Berg, 2005) e do tratamento (Ardenti et al., 1999; Redshaw et al., 2007).

A seguir, estes estudos serão apresentados de acordo com o período em que são realizados.

Ao mesmo tempo em que os tratamentos para infertilidade tem ampliado as possibilidades de tornar-se pai e mãe biológicos, constituem-se numa experiência emocional de grande intensidade para muitos casais, que coloca à prova seus recursos emocionais para enfrentar os sentimentos decorrentes (Balmaceda et al., 2001).

Nesse sentido, Furman et al. (1997) buscaram averiguar se existe diferença quanto à resposta emocional à infertilidade em casais cujo tratamento é apenas cirúrgico e casais que se submeteram à FIV. Participaram 107 casais, que responderam a um questionário, contendo questões sobre infertilidade, levando em consideração raiva, culpa, isolamento e identidade de gênero, dentre outras. Os resultados indicaram que as mulheres se sentem mais afetadas emocionalmente pela infertilidade do que seus companheiros, evidenciando sentimentos de raiva, culpa e isolamento mais intensos. Observaram também, que tanto as mulheres como os homens do grupo tratado cirurgicamente mostraram-se mais afetados emocionalmente do que os do grupo FIV. Embora os autores não tenham atribuído essa conclusão a algum aspecto específico, pode-se pensar que o grupo cirúrgico se sentisse mais distante da solução concreta do problema da infertilidade, se comparado ao outro grupo que já estava realizando a fertilização.

A reação de homens e mulheres à infertilidade no período do tratamento foi objeto de um estudo realizado na Suécia por Hjelmstedt et al. (1999), com 91

casais inférteis. Os participantes responderam a escalas e questionários, levando em consideração a percepção do apoio social recebido, os efeitos da infertilidade no relacionamento conjugal e as estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados apontaram melhora no relacionamento conjugal em decorrência da infertilidade, relacionada ao fato de já terem vivido juntos períodos de problemas emocionais e conjugais, que os fortaleceu. Além disso, verificaram que as mulheres reagiram de forma mais intensa à infertilidade do que os homens.

Com o objetivo de descrever os aspectos emocionais associados à infertilidade e ao seu tratamento, Palácios et al. (2002) realizaram um estudo no Chile com 72 mulheres e 34 homens inférteis que estavam em tratamento. Os participantes responderam a um questionário contendo questões sobre sentimentos, emoções, atitudes e sintomatologia no âmbito individual, de casal, familiar, de trabalho e social. Dentre as mulheres, destacaram-se instabilidade de humor, pena, raiva, diminuição da libido e inveja frente a mulheres grávidas, enquanto dentre os homens, os sintomas encontrados com maior frequência foram ansiedade, pena, instabilidade do humor, desesperança e raiva. O relacionamento conjugal foi percebido de maneira similar tanto pelos homens, quanto pelas mulheres, os quais sentiram-se apoiados, considerando que a infertilidade afeta mais a vida sexual do que a relação do casal.

Buscando investigar a forma como homens e mulheres experienciam a infertilidade, Edelman e Connolly (2000), realizaram um estudo na Inglaterra, contrastando 130 casais que investigavam sua infertilidade com 155 casais já em tratamento. Foram utilizadas escalas, questionários e inventários para avaliar personalidade, depressão, ansiedade, ajustamento conjugal, humor e auto-estima. Os resultados evidenciaram que homens e mulheres reagem de forma semelhante à infertilidade, levando-se em consideração a intensidade dessa experiência, contrariando a percepção de que as mulheres são mais afetadas pela experiência da infertilidade, conforme apontado por outros estudos (Hjelmsted et al.,1999; Furman et al.,1997).

A influência da experiência pessoal de infertilidade sobre a percepção dos tratamentos para infertilidade foi verificada por Bittelbrunn (2000) em estudo realizado no Brasil, contrastando 25 casais inférteis com 25 casais férteis. Foi utilizada uma escala, com itens sobre relacionamento conjugal, vínculo pais-bebê, auto-estima e esperança, dentre outros. Os resultados apontaram que as TRA

foram percebidas com otimismo pelos participantes em tratamento e que essa visão otimista, sugere que os pacientes estejam reagindo da mesma forma que os profissionais ligados a essa área, por sentirem-se entre a pressão da aceitação e a pressão social da comunidade em que vivem.

Outro estudo, realizado no Brasil por Moreira et al. (2006) contrastou um grupo de 152 mulheres inférteis que estavam em tratamento, com outro constituído por 150 mulheres sem dificuldade para conceber, com o objetivo de avaliar a frequência de estresse e níveis de ansiedade em mulheres inférteis. Para tal, foram utilizadas escalas e inventários. Os autores concluíram que as mulheres inférteis estão mais vulneráveis ao estresse, principalmente aquelas que nunca tiveram filhos, e maior tendência a reagir a situações ameaçadoras com ansiedade elevada.

Outro estudo, realizado por Gerrity (2001), nos Estados Unidos, avaliou por meio de escalas e questionários, a satisfação conjugal, a ansiedade, as estratégias de *coping* e os tipos de apoio recebidos em 53 homens e 123 mulheres inférteis que se encontravam em diferentes estágios do tratamento. Os resultados evidenciaram que a experiência da infertilidade varia de acordo com o gênero e o estágio do tratamento em que se encontra o indivíduo. Quanto ao gênero, a busca por apoio foi maior entre as mulheres, que apresentaram alto índice de fuga e evitação como estratégia de *coping*. Em relação ao estágio do tratamento, de uma maneira geral, houve um decréscimo na ansiedade entre os persistentes, em função do tratamento já ser considerado uma rotina ou por uma maior aceitação da identidade de inférteis. Quanto à satisfação conjugal, foi registrado um índice mais elevado entre os iniciantes do que no grupo dos persistentes, atribuído à possibilidade do desgaste emocional sofrido durante as várias tentativas.

O estudo de Kee et al. (2000), desenvolvido na Coreia, buscou investigar a presença de estresse, comparando grupos de mulheres inférteis e férteis; mulheres que realizaram FIV e engravidaram e aquelas que não engravidaram. Participaram deste estudo 138 mulheres inférteis e 78 mulheres férteis, que responderam a escala e inventário para avaliar depressão, ansiedade e estresse nos diferentes estágios do tratamento. Os resultados mostraram níveis de ansiedade e depressão mais elevados nas mulheres inférteis, comparadas às férteis. Já o nível de estresse foi menor dentre as mulheres que obtiveram sucesso, bem como nos participantes em geral, com histórico de infertilidade prolongado, atribuído pelos autores à

possível dessensibilização destes indivíduos em relação ao estresse, o que os auxilia a enfrentar a sobrecarga emocional provocada pela infertilidade.

Em relação aos estudos apresentados acima, salienta-se que a diferença na forma como o tratamento é vivido, relaciona-se ao gênero, sendo que as mulheres utilizaram com mais frequência as estratégias de *coping* fuga e evitação (Gerrity, 2001). Além disso, apresentaram índices elevados de estresse (Moreira et al. (2006), ansiedade (Moreira, 2006; Kee et al., 2000) e depressão ( Kee et al., 2000) e buscaram apoio com maior frequência ( Quanto ao tempo de infertilidade, verificou-se que houve redução do estresse dentre os participantes em geral, nos casos em que o tempo de infertilidade e tratamento eram longos (Kee et al., 2000). Em relação ao estágio do tratamento, a fase pré-diagnóstica, e o início foram consideradas as mais ansiogênicas. Além disso, a permanência em tratamento por um período curto também produz ansiedade, enquanto manter-se em tratamento por um tempo longo pode facilitar a aceitação da identidade de infértil, vindo a decrescer a ansiedade.

O estudo realizado por Holter et al.(2006) na Suécia, teve por objetivo verificar a reação emocional e o relacionamento conjugal de 117 casais durante o tratamento, relacionando esses achados ao sucesso ou ao fracasso do tratamento por FIV. Os participantes foram acessados em três momentos, antes do início do tratamento, quando foram aplicadas escalas e questionários sobre bem-estar, desejo de ter um filho, efeitos da infertilidade e relacionamento conjugal; antes da captação do oócito e após o tratamento, quando foram repetidas as medidas sobre efeitos da infertilidade e relacionamento conjugal. Os casais que não obtiveram sucesso no tratamento, referiram sentir-se emocionalmente piores naquele momento, comparados ao início do tratamento, enquanto aqueles que engravidaram atribuíram melhora em suas emoções naquele momento. Quanto à intensidade das reações frente à infertilidade, não foi encontrada diferença entre homens e mulheres. Para a maioria dos casais, o tratamento não causou um impacto negativo no seu relacionamento, em qualquer momento do tratamento. Ao contrário, os casais referiram uma maior aproximação entre eles.

No entanto, essa semelhança entre homens e mulheres apresentadas no estudo acima (Holter et al.,2006) é contestada por outros autores (Farinati, 2005; Slade et al.,1997; Verhaak et al., 2005).

Farinati (2005), ao investigar os aspectos emocionais presentes no tratamento, identificou que a mulher é a mais afetada pela problemática da infertilidade. Neste estudo, realizado no Brasil, 60 participantes (32 mulheres e 28 homens) responderam a escalas e questionários, que buscavam avaliar níveis de estresse, qualidade de vida e estratégias de *coping*. Dentre os resultados, a autora salientou que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de estresse do que seus parceiros, atribuído ao fato de os desgastantes procedimentos, em sua grande maioria, serem realizados no corpo da mulher, o que reduziu a qualidade de vida dessas mulheres. Em relação às estratégias de *coping*, os achados ressaltaram o empenho dos participantes em geral, em buscar soluções para o seu problema de infertilidade.

Slade et al. (1997) em estudo realizado no Reino Unido durante o tratamento, verificaram diferenças nos resultados entre homens e mulheres. Com o objetivo de identificar mudanças no funcionamento emocional, conjugal e sexual, ao longo do tratamento e seis meses após o término, tendo ocorrido a gravidez ou o encerramento do tratamento participaram desse estudo 144 casais FIV. Foram preenchidas escalas e inventários para avaliar ansiedade, depressão, ajustamento conjugal, satisfação sexual, humor e auto-estima. Os resultados apontaram que dentre as mulheres, a ansiedade apresentou-se elevada no início e no final do tratamento, enquanto a depressão apresentou índices maiores no período compreendido entre a transferência do embrião e o resultado negativo da gravidez. Contrastando os casais que obtiveram sucesso, com os que completaram os ciclos sem sucesso, não foram encontradas diferenças quanto ao estado emocional verificado no início do tratamento.

A predominância de índices elevados de ansiedade e depressão também entre as mulheres foi apontado por Verhaak et al. (2005), em estudo realizado com o intuito de examinar a resposta emocional de mulheres e homens aos sucessivos ciclos de tratamento, desde a fase inicial à final, e os fatores que contribuem para esse comportamento. Participaram desse estudo 148 mulheres e 71 homens, que responderam a escalas e inventários para avaliar ansiedade, depressão e relacionamento conjugal e sexual, sendo que os instrumentos que avaliam traços de personalidade, significado da infertilidade, *coping* e apoio social foram aplicados apenas no grupo das mulheres. As medidas foram coletadas em três momentos: antes do início do tratamento, imediatamente após o último ciclo e



seis meses após o último ciclo. Os resultados demonstraram aumento nos níveis de ansiedade e depressão nas mulheres após o fracasso do tratamento e decréscimo nos casos de sucesso, enquanto nos homens essa variação não foi registrada. Mesmo seis meses após o término do tratamento, as participantes mostraram-se emocionalmente abaladas, apresentando ansiedade e depressão.

Boivin et al.(1998) na Escócia, estudaram 40 casais inférteis há mais de seis anos. Desde o primeiro dia do tratamento até a confirmação de seu resultado, os participantes preencheram diariamente uma escala que abordava reações emocionais e físicas, relacionamento conjugal e social. Constatou-se que nos dias próximos à captação do oócito e transferência do embrião, coexistiram diversos sentimentos, tais como esperança de sucesso do tratamento, conferindo ao relacionamento alto grau de intimidade. Segundo os autores, homens e mulheres foram igualmente afetados pelos procedimentos da FIV e a semelhança dessas reações deve-se ao fato de que ambos vivem a incerteza do sucesso dos procedimentos a cada etapa, o que leva à angústia, esperança e proximidade entre os membros do casal.

Ainda durante o tratamento, abordando as fases do ciclo, Ardeni et al. (1999) avaliaram na Itália 200 mulheres na fase final de um ciclo, isto é, na captação do ovócito e transferência de embrião, que se encontravam hospitalizadas para a realização do procedimento. O estudo buscou avaliar o impacto emocional causado pela FIV e possíveis influências do tipo de diagnóstico, duração da infertilidade, número de ciclos realizados e tipo de resposta ao tratamento. Para isso, foram utilizadas escala e inventários com itens que abordavam ansiedade, percepção de si própria e dos outros. Os resultados indicaram que não houve variação significativa da ansiedade durante os 3 dias de hospitalização para realização do procedimento, embora a ansiedade em relação ao período de captação do oócito tenha sido maior do que a verificada em relação à transferência do embrião.

Avaliar estresse e ansiedade foi o objetivo de um estudo realizado por Seger-Jacob (2001), realizado no Brasil, com 30 casais. Dentre os resultados, coletados por meio de escalas, aguardar o resultado do tratamento, a gravidez, foi considerado o momento de maior tensão entre os participantes. Foi verificado também, que as mulheres apresentaram grau de estresse significativamente maior do que o encontrado nos homens.

Em relação aos principais temas dos estudos acima, que abordaram as diferentes fases de um ciclo de tratamento, destacam-se ansiedade, depressão, estresse,  *coping*  e relacionamento conjugal. Embora os estudos tenham apresentado variação entre os níveis de ansiedade presentes ao longo do ciclo, verifica-se que em cada uma dessas fases a ansiedade se faz presente, juntamente com sentimentos de esperança. A fase da captação do oócito, em que são aspirados e levados ao laboratório para serem fertilizados (Ardenti et al., 1999), juntamente com a transferência de embriões (Slade et al., 1997), foram apontadas como geradoras de muita ansiedade, o que é corroborado por Seger-Jacob (2006), que acrescenta ainda que estes são momentos de tensão. Esses estudos também reforçam a idéia de que o processo de engravidar nos casais inférteis é segmentado, vivido em etapas, diferentemente da concepção natural (Seger-Jacob, 2006). Cada fase apresenta peculiaridades e demandas específicas, que precisam ser transpostas para que os casais ingressem na fase seguinte, o que pode ter sido um fator de aproximação e aumento de intimidade verificada entre o casal (Boivin et al., 1998).

Nos casos em que houve fracasso foram referidas piora na qualidade das emoções, sem no entanto haver prejuízo no relacionamento conjugal (Holter et al., 2006), além de aumento no índice de estresse (Ardenti et al., 1999). Entretanto, outros estudos revelaram que o insucesso das TRA acarretou dificuldades no relacionamento conjugal (Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005), que persistiram por um período após o encerramento do tratamento (Verhaak et al., 2005).

Embora diversos estudos tenham sido realizados com casais (Boivin et al., 1998; Holter et al., 2006; Farinati, 2005; Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005), um foi realizado apenas com mulheres (Ardenti et al., 1999), o que vai ao encontro da idéia de que a infertilidade, seja ela de causa masculina ou feminina, é sempre um problema do casal (Balmaceda et al., 2001), uma crise do par (Ribeiro, 2004). Outro aspecto importante a ressaltar, é que os índices de ansiedade mais altos foram registrados nas mulheres (Farinati, 2005; Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005), com declínio na qualidade de vida (Farinati, 2005), o que se justifica por serem os procedimentos, na grande maioria, realizados no corpo da mulher: cirurgias, estimulação com hormônios, ultrassonografias, injeções, exames laboratoriais, captação de oócitos, transferência de embriões. Entretanto, foi apontado por outro estudo (Holter et al., 2006) que a intensidade das reações de

homens e mulheres ao tratamento são semelhantes. Portanto, a experiência do tratamento da infertilidade é devastadora, provoca desgaste físico e psíquico, pode interferir no relacionamento conjugal, reativar ou intensificar conflitos, além de trazer novos desafios ao casal.

Alguns estudos citados acima (Hjelmsted et al.,1999 ; Furman et al., 1997), revelaram que as mulheres sofreram um impacto emocional mais intenso, além de apresentarem maior preocupação com as questões relativas à infertilidade (Furman et al., 1997), que se tornou a questão central de suas vidas. Quanto à identidade, demonstraram estar mais abaladas que os homens (Furman et al., 1997), apresentando dificuldade em abandonar a identidade de infértil, mesmo gestando um bebê (Sandelowski et al., 1992).

Entretanto, é interessante salientar que no estudo de Edelman e Connolly (2000) essa diferença entre homens e mulheres não foi encontrada, talvez em decorrência dos diferentes instrumentos utilizados e temas investigados por cada um dos estudos. O relacionamento conjugal também se apresenta como um tema importante a ser considerado. Assim como verificado em outro estudo (Borlot & Trindade, 2004), a vivência da infertilidade foi percebida como uma oportunidade para o casal compartilhar angústias e fortalecer o relacionamento (Hjelmsted et al.,1999), contrariando estudos anteriores (Slade et al., 1997; Verhaak et al.,2005).

Quando o processo leva ao sucesso, à gestação, pode-se pensar que algumas ressonâncias desse período infértil possam estar presentes na gestação desse bebê, assim como nas primeiras relações que se estabelecem entre pai-mãe-bebê. Alguns estudos dedicaram-se a investigar esse contexto, tais como o de Sandelowski et al (1990) e Redshaw et al. (2007), descritos a seguir.

O estudo de Sandelowski et al. (1990) desenvolvido nos Estados Unidos, abordou de forma retrospectiva o processo de concepção em mulheres que engravidaram por TRA. Participaram deste estudo 24 casais com história de infertilidade, contrastados com seis casais férteis. Os casais foram entrevistados em três momentos: 12<sup>a</sup>, 22<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semanas de gestação, sendo que no primeiro momento, foi solicitado que contassem sua história de infertilidade e/ou de sua iminente parentalidade. Nos momentos seguintes, essa questão foi aprofundada pelos entrevistadores com cada casal, a partir de tópicos importantes destacados da entrevista anterior. Os autores concluíram que durante o processo de concepção, os casais com histórico de infertilidade apresentaram dificuldade em

assumir a identidade de fértil, ou seja, em realizar a passagem do status de mulher não-grávida para grávida. Dessa forma, a concepção por TRA foi percebida pelos casais como uma série de momentos biológicos e fenomenológicos, nos quais as mulheres perceberam seus corpos como objetos de manipulação médica, fontes de dor e deficiência.

Em outro estudo, o mesmo autor (Sandelowski et al., 1992) buscou investigar como a infertilidade afeta a experiência da gestação, comparando 41 casais com histórico de infertilidade prévia com 19 casais sem problema de infertilidade. As entrevistas abertas, com questões sobre a história da infertilidade do casal e a iminente parentalidade, foram realizadas na 12<sup>a</sup>. 22<sup>a</sup>. e 36 semanas de gestação. Os autores apontaram que a diferença central entre os grupos refere-se ao esforço despendido pelo grupo FIV na tentativa de abandonar aspectos de sua identidade de infértil, sendo que para alguns, obter sucesso no tratamento não representa o término do sentimento de infertilidade.

Com o intuito de averiguar o impacto da infertilidade, presente mesmo após o nascimento de um bebê por FIV, Hjelmsted et al. (2004) realizaram um estudo na Suécia, com 55 mães e 53 pais de bebês concebidos por meio da FIV e 40 mães e 36 pais de bebês nascidos sem auxílio dessa técnica. Foram realizadas entrevistas, sobre a sua percepção acerca da infertilidade e aplicadas escalas de estresse parental e relacionamento conjugal, repetidas em três momentos: início da gestação, segundo e sexto mês após o nascimento do bebê. Os achados demonstraram que os níveis de estresse parental foram semelhantes entre os grupos e que ambos apresentaram diminuição da satisfação conjugal. Em relação à parentalidade, a maioria dos casais FIV referiu viver a sua experiência de transição para a parentalidade diferentemente dos casais que conceberam naturalmente, percebendo-se mais tolerantes e com sentimentos mais intensos, com nível de expectativa em relação à parentalidade elevado. Quanto ao impacto da infertilidade, presente mesmo após o nascimento do bebê, a maioria dos casais FIV o considerou de baixa intensidade, tendo desenvolvido estratégias de *coping* para superá-lo.

Outro estudo que abordou o mesmo período, após o nascimento de um bebê, foi realizado nos Estados Unidos por Redshaw et al. (2007), com o objetivo de investigar o impacto do tratamento ainda presente. As 230 participantes, que haviam realizado tratamento para infertilidade e dado à luz a um bebê,

responderam a um questionário semi-estruturado. Para algumas mulheres, a sorte, presente durante todo tratamento, e o sucesso, relacionado à força de caráter e persistência, foram aspectos que as tornaram merecedoras de “um prêmio”, enquanto para outras, o tratamento, a espera e o desgaste foram percebidos como um preço a ser pago, mas que valeu a pena. Ter que realizar o tratamento as fez sentir “azaradas” e “incapazes” de ter um filho, gerando sentimentos de perda de controle da própria condição de gestar. O tratamento foi percebido também, como uma montanha russa e como uma série de eventos “mecânicos” prescritos e repetitivos.

Tanto os estudos sobre o período gestacional (Sandelowski et al, 1990; 1992), quanto o que abrange o período após o nascimento de um bebê (Redshaw et al., 2007), descritos acima, corroboram a idéia de Verhaak et al. (2005), de que o sucesso no tratamento não apaga as marcas deixadas por este período. A metáfora da montanha russa (Redshaw et al., 2007), remete à imagem de perda de controle, de um turbilhão de emoções que surgem em altos e baixos: esperança de sucesso, seguida por frustração, substituída por alegria, apagada pela depressão. A sorte e o sucesso, questões que de alguma maneira fogem ao controle do indivíduo, também reforçam a idéia de perda de controle. Portanto, mesmo quando os casais inférteis obtêm sucesso concebendo um filho por meio das TRA, o processo pode desencadear sofrimento psíquico e marcar a história do casal e do futuro bebê (Ribeiro, 2004), o que demonstra que sentimentos negativos relacionados à infertilidade não são facilmente superados (Hjelmsted, 2003).

Ambos os estudos de Sandelowski et al. (1990; 1992), destacam a dificuldade dos casais com história de infertilidade em assumir a nova identidade de férteis. Além disso, os achados de um dos estudos de Sandelowski et al., (1990) corroboram os do estudo de Seger-Jacob (2006), quanto à percepção da concepção como um processo fragmentado em momentos. A necessidade de submeter-se ao tratamento, percebida como um “preço a ser pago” (Redshaw et al., 2007), remete à idéia da maternidade como sofrimento, encontrada ao longo da história. Por outro lado, o tratamento percebido como “simples” (Redshaw et al., 2007), concorda com a visão otimista encontrada no estudo de Bittelbrunn (2000), mas contraria outros achados (Verhaak et al.,2005; Seger-Jacob, 2006; Ardenti et al.,1999; Farinati ,2005; Kee et al., 2000; Gerrity, 2001).

Outros estudos focalizaram apenas o fracasso das TRA, sendo que dentre eles destacam-se os de Klerk et al. (2007) e Filetto (2004).

O estudo de Klerk et al. (2007), abordou o impacto do tratamento sem sucesso, em dois grupos de mulheres inférteis que se submeteram a diferentes tipos de estimulação ovariana (moderada, com maior número de ciclos, e padrão, com menor número de ciclos) e que realizaram transferência de embriões, sem obter sucesso. Antes do início do tratamento e após o resultado do ciclo, as participantes preencheram uma escala para avaliar ansiedade e depressão. Os resultados apontaram níveis mais baixos de sintomas de depressão entre as pacientes que realizaram a estimulação moderada do que entre as pacientes que realizaram a estimulação padrão. Segundo os autores, houve associação entre a estratégia de tratamento utilizada, com número maior ou menor de ciclos realizados, sem obter sucesso, e depressão.

O mesmo tema foi abordado por Filetto (2004), em um estudo desenvolvido no Brasil, com 92 casais inférteis que haviam realizado tentativas de fertilização *in vitro* por cerca de mais de quatro anos, sem obter sucesso, e que continuavam em tratamento. Para tal, foram realizadas entrevistas telefônicas, utilizando um questionário semi-estruturado, que abordou a continuidade do tratamento em outros serviços e seus resultados em termos de ocorrência da gravidez espontânea ou novo fracasso, a possibilidade de adoção, o desejo e o motivo de continuarem ou não em tratamento. Segundo a pesquisadora, os casais experienciaram mudanças significativas frente ao fracasso dos procedimentos, tais como problemas psicológicos e perda da esperança, esta última identificada principalmente nas mulheres. No entanto, os sentimentos de fracasso e desesperança, assim como o abandono do tratamento, parecem não ser aspectos capazes de abalar o relacionamento conjugal (Filetto, 2004).

Os resultados do estudo de Filetto (2004), indicam que o desgastante tratamento pode ser também uma oportunidade de mudanças significativas, o que é reforçado pelo estudo de Holter et al. (2006). Na mesma linha, pode-se lembrar os estudos de Hjelmsted et al. (1999) e Boivin et al. (1998), quando afirmam que a vivência da infertilidade pode afetar positivamente o relacionamento conjugal. Já o estudo de Klerk et al. (2007), ao referir que a estimulação hormonal moderada, que utiliza número maior de ciclos, apresenta sintomas de depressão menos intensos, sugere que a possibilidade de realizar um número maior de

tentativas, tenha sido percebida pelas participantes como um aumento na chance de engravidar, o que talvez possa justificar esse achado.

Ainda sobre o impacto do fracasso das técnicas, mas após a decisão de encerrar o tratamento, Johansson e Berg (2005), na Suécia, realizaram em estudo com intuito de compreender a experiência da infertilidade. Participaram deste estudo, oito mulheres inférteis há mais de sete anos e que haviam encerrado o tratamento há dois anos. Para tal, foram realizadas entrevistas sobre a experiência da infertilidade, cujos resultados mostraram que a infertilidade ocupou um lugar central na vida dessas mulheres e que a tristeza pela ausência de filhos, pela incapacidade de formar uma família e por não poder confirmar o seu relacionamento por meio da parentalidade, foram temáticas predominante nas entrevistas.

É interessante destacar, que o estudo de Johansson e Berg (2005) corrobora os achados de Furman et al., (1997), quanto à dimensão ocupada pela infertilidade na vida dos casais inférteis.

A partir dos resultados encontrados nos estudos sobre o impacto da infertilidade e a experiência do tratamento, é possível elaborar algumas reflexões.

A impossibilidade de realizar o projeto parental em decorrência da infertilidade pode reativar diversos sentimentos e vivências, trazendo mudanças profundas na vida dos casais inférteis. Entretanto, as TRA têm ampliado as chances desses casais de tornarem-se pai e mãe, desafiando os limites impostos pela biologia. Esses tratamentos, ao mesmo tempo em que acenam com a possibilidade de maternidade e paternidade, constituem-se numa experiência emocional intensa, que põe à prova os recursos emocionais desses casais.

Os estudos realizados em diferentes fases de um ciclo de tratamento apontam para a especificidade de cada um desses ciclos, bem como para as diferentes necessidades emocionais por eles despertadas, conforme também afirmam Balmaceda et al. (2001). Além disso, assinalam que seqüelas da vivência da infertilidade e de seu tratamento, podem estar presentes mesmo após obtida a gestação.

Durante o tratamento, as mulheres enfrentam não só desafios psicológicos, mas também físicos, já que os procedimentos são em sua grande maioria, realizados no seu corpo. Acredita-se que em decorrência disso e do significado da

maternidade, que é construído ao longo de sua vida, as mulheres dos estudos acima apresentaram níveis altos de ansiedade. Entretanto, essa diferença entre os gêneros não foi verificada por alguns estudos.

Quanto aos principais temas de interesse, observa-se que alguns investigados durante o tratamento, tais como ansiedade (Moreira et al., 2006; Ardenti et al., 1999; Kee et al., 2000; Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005; Edelmann & Connoly, 2000) e depressão (Kee et al., 2000; Slade et al., 1997; Verhaak et al., 2005; Edelmann & Connoly, 2000) também foram investigados em casos em que houve fracasso das TRA (Klerk et al., 2007). Esse dado pode reforçar a idéia de que a infertilidade tem um potencial traumático importante, promove uma devastação emocional na vida dos casais (Ribeiro, 2004), afeta a forma como percebem o mundo e a si próprios, sendo uma crise multidimensional que abala o indivíduo, o casamento e a família (Burns, 2005). Como resultado, é esperado que sintomas de depressão e ansiedade estejam presentes nesse momento, em que a resolução psicológica da infertilidade, ter um filho biológico, adotar um bebê ou continuar a vida sem filhos, não ocorreu (Balmaceda et al., 2001).

Destaca-se que o método empregado pelos estudos é predominante quantitativo, com uso de escalas, questionários e inventários e de análises quantitativas. Embora importantes para identificar e apontar a intensidade de determinados construtos, não permitem a compreensão da experiência subjetiva da infertilidade. Por outro lado, os estudos de Sandelowski et al. (1992) e Johansson e Berg (2005), utilizaram entrevistas que foram analisadas qualitativamente, vindo a contribuir para a compreensão do impacto causado pela infertilidade em situação de sucesso (gestação) ou fracasso das TRA (encerramento do tratamento).

Deve-se atentar ao fato de que foram utilizados diferentes instrumentos para mensurar constructos diversos, o que pode ter contribuído para algumas das divergências observadas. Nesse sentido, os estudos, em sua maioria de caráter quantitativo, utilizaram grandes amostras, gerando dados importantes para a identificação de questões presentes nesse momento, mas insuficientes para compreender a experiência desses casais.

Dada a relevância desse momento na vida dos casais, considera-se necessária a realização de outros estudos de caráter qualitativo, que explorem a



vivência desses casais com maior profundidade, possibilitando a sua expressão e, dessa forma, possam ser auxiliados a compreender e lidar com seus sentimentos.

### **1.5 Estudos empíricos sobre parentalidade no contexto da reprodução assistida**

Com a gravidez e o nascimento de um bebê após o tratamento por TRA, novos sentimentos, vivências e desafios se impõem ao casal, cujas implicações ainda são pouco conhecidas (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen, & Tennant, 2003), embora o tema tenha sido objeto de diversas investigações nos últimos anos.

Pode ser observada uma diversidade entre os estudos em relação ao período de realização da investigação. Nesse sentido, enquanto alguns estudos sobre o tema da parentalidade no contexto da reprodução assistida foram realizados durante a gestação (Sandelowski, Harris & Holditch-Davis, 1990; Klock & Greenfeld, 2000; Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2003a, Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Mattiesen & Collins, 2003b; Hammarberg, Fisher, Gordon & Baker, 2008; Colpin, De Munter, Nys & Vandemeulebroecke, 1998; Stanton & Golombok, 1993), outros se estenderam desde período até o nascimento do bebê e seus primeiros meses de vida (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe & Oates, 2006; Repokari et al., 2005; Ulrich, Gagel, Hemmerling, Pastor & Kentenich, 2004; Sydsjö, Wabdsby, Kjellberg & Sydsjö, 2002). De outro modo, algumas pesquisas focalizaram o período do nascimento, sem considerar a gestação (McMahon, Ungerer, Tennant & Saunders, 1997; Greenfeld & Klock, 2001), ao passo que outras investigaram exclusivamente a partir do primeiro ano de vida do bebê (Gibson, Ungerer, Tennant & Saunders, 2000; Serra & Algarvio, 2006).

O foco das investigações já realizadas sobre essa temática apresentou-se bastante diversificado. Enquanto alguns estudos investigaram ansiedade (Klock & Greenfeld, 2000; Cox et al., 2006; Repokari et al., 2005; Stanton & Golombok, 1993), depressão (Klock & Greenfeld, 2000; Cox et al., 2006), saúde mental (Fisher et al., 2008), eventos estressores (Repokari et al., 2005), competência parental (Cox et al., 2006), relacionamento conjugal (Sydsjö et al., 2002; Ulrich et al., 2004), ajustamento conjugal (Klock & Greenfeld, 2000), saúde mental (Repokari et al., 2005), infertilidade e desejo de filhos (Ulrich et al., 2004); outros

abordaram auto-estima (Klock & Greenfeld, 2000), recompensas e preocupações trazidas pela maternidade (Klock & Greenfeld, 2000; Serra & Algarvio, 2006), resposta emocional à gravidez (Hjelmstedt et al., 2003a; 2003b), atitudes em relação à gestação (Stanton & Golombok, 1993), expectativas e atitudes em relação ao bebê e à parentalidade (Hjelmstedt et al., 2003a), ajustamento emocional à maternidade (McMahon et al., 1997; Greenfeld & Klock, 2001), ajustamento psicossocial e à parentalidade, atitudes em relação à parentalidade (Gibson et al., 2000) traços de personalidade (Hjelmstedt et al., 2003b), reações à infertilidade (Hjelmstedt et al., 2003b) e apego pré-natal (Colpin et al., 1998; Stanton & Golombok, 1993).

Os estudos realizados na gestação iniciaram em diferentes períodos e, portanto, serão apresentados cronologicamente, tendo em vista o desenvolvimento da gravidez. A seguir, serão apresentados os estudos iniciados na gestação, mas que também consideraram períodos posteriores, como o nascimento e o desenvolvimento do bebê e, por fim, aqueles cujo foco de investigação foi apenas o nascimento ou períodos posteriores do desenvolvimento do bebê.

Dentre os estudos que focalizaram especificamente a etapa da gestação, destaca-se uma investigação realizada nos Estados Unidos por Klock e Greenfeld (2000), com o intuito de avaliar eventuais diferenças em relação a diversos aspectos emocionais (ajustamento conjugal, depressão, ansiedade, auto-estima, recompensas e preocupações trazidas pela maternidade) entre 74 mulheres que conceberam por FIV e 40 mulheres que conceberam sem o auxílio da técnica. As participantes foram avaliadas na 12<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup>. semanas de gestação por meio de questionários, escalas e inventários. Os autores encontraram semelhanças nos dois grupos em relação à auto-estima, depressão e ansiedade, ressaltando que o grupo FIV apresentou aumento da auto-estima e redução da ansiedade ao longo da gestação. Na 28<sup>a</sup>. semana, as mães desse grupo demonstraram ainda maior satisfação em ter sido capaz de engravidar do que as mulheres do grupo controle, o que pode explicar parcialmente esses achados.

Outra investigação foi realizada por Hjelmstedt et al. (2003a) na Suécia, com 57 gestantes e seus companheiros (55) que se submeteram à FIV, em comparação a 43 mulheres que engravidaram naturalmente e seus companheiros (39), buscando averiguar a resposta emocional à experiência da gravidez, expectativas e atitudes em relação ao bebê e à parentalidade, bem como eventuais

associações entre sentimentos relativos à infertilidade prévia e resposta emocional à gravidez. Esses aspectos foram avaliados a partir do emprego de escalas em três estágios diferentes da gestação - 13<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semanas. Além disso, foi realizada uma entrevista contendo uma questão sobre a experiência da gravidez no contexto da reprodução assistida. Diferentemente do estudo anteriormente citado, nesse caso a análise dos dados apontou nível de ansiedade e medo acerca da possibilidade de perder o bebê mais elevados no grupo FIV nos três momentos de coleta de dados. Segundo os autores, as mulheres desse grupo vivenciaram os desconfortos da gestação de forma mais otimista, mostrando-se mais preparadas para aceitar e enfrentar problemas durante a gestação. Este achado foi atribuído ao fato de terem passado pela experiência da infertilidade e desejado ter filhos por um longo período ou, talvez, por idealizarem a gestação e negarem os problemas dela decorrentes. Já entre os homens do grupo FIV, a preocupação maior referiu-se à possibilidade de o bebê sofrer algum tipo de lesão durante o nascimento.

Tendo como participantes o mesmo grupo do estudo anterior, Hjelmstedt et al. (2003b) compararam traços de personalidade, resposta emocional à gravidez e reações à infertilidade a partir do uso de escalas, na 13<sup>a</sup>. semana gestacional. Concordando com os achados do estudo acima citado, os resultados apontaram maior incidência de tensão muscular e ansiedade em relação à perda do bebê nas mulheres FIV. Mais especificamente, nas mulheres com níveis de angústia elevado em relação à infertilidade prévia, o medo da perda do bebê foi mais intenso e os sentimentos de ambivalência, menos frequentes. Os homens do grupo FIV apresentaram queixas somáticas, sentimento de culpa, agressão, desinteresse e ansiedade em relação à perda do bebê e medo de que este fosse portador de alguma patologia. Desse modo, os autores concluíram que o grupo FIV apresenta aspectos de personalidade e resposta emocional à gestação diferenciada do grupo que concebeu naturalmente. Cabe destacar que esse estudo apresentou um avanço em relação aos demais, pela investigação de aspectos da personalidade dos participantes, que podem repercutir na sua vivência da gravidez, independentemente da forma como esta foi concebida.

Destaca-se, ainda, um estudo recente realizado na Austrália por Fisher et al. (2008), com o intuito de determinar a prevalência e os fatores determinantes de transtorno de humor durante a gestação, bem como fatores de risco para dificuldades no exercício da parentalidade em 181 gestantes que conceberam por

TRA. No primeiro e terceiro trimestres da gestação foram realizadas entrevistas por telefone e enviados pelo correio questionários estruturados, investigando aspectos relativos ao tratamento, à saúde física e emocional na gestação, ao pré-natal e às crenças e preocupações sobre a proximidade do parto. Além disso, foram utilizados instrumentos de avaliação psicométrica, tais como escalas e questionários, para mensurar humor, apego ao feto, qualidade do relacionamento com o parceiro e alguns traços de personalidade. Os resultados apontaram baixo índice de sintomas de ansiedade, depressão e distúrbio de humor no início e no final da gestação, melhores níveis de saúde mental, de qualidade no relacionamento com o parceiro e de apego materno-fetal durante a gestação entre as gestantes FIV, em comparação aos índices encontrados na população em geral. Os autores consideraram que tais resultados decorrem de duas possibilidades: (1) do alto nível de educação e socioeconômico, estabilidade no emprego, casa própria e o fato de a gravidez ter sido muito desejada pelas participantes; (2) do baixo nível de angústia vivenciado durante a gestação, em função da angústia sentida antes da gestação, durante a realização de procedimentos invasivos, conferindo um status idealizado a esse acontecimento, pela possibilidade de formar uma família. Portanto, os autores apontam que a gravidez e a maternidade podem ter sido idealizadas por estas pacientes, o que pode comprometer a preparação para lidar com as demandas reais de cuidado e educação do bebê.

Ainda na gestação, Colpin et al. (1998) realizaram um estudo na Bélgica com 61 mulheres com gestação gemelar e 58 companheiros, com o intuito de avaliar o apego pré-natal na 27<sup>a</sup>. semana gestacional. Foram aplicados questionários e escalas contendo itens relativos à qualidade e intensidade do apego aos fetos, assim como bem-estar psicossocial e qualidade do relacionamento conjugal. Os resultados apontaram que, para os homens, a qualidade do apego pré-natal relacionou-se à qualidade da relação conjugal. Segundo os autores, uma possível explicação para esse achado seria o fato de, durante a gestação, os homens ainda não estarem pessoalmente envolvidos com o feto, pois não haveria ainda a presença da criança real, diferentemente das mulheres. Para elas, por sua vez, a qualidade do apego pré-natal foi influenciada tanto pela qualidade do relacionamento conjugal como pelo bem-estar psicossocial.

Já no terceiro trimestre gestacional, Stanton e Golombok (1993) realizaram na Inglaterra um estudo comparativo entre 15 gestantes que engravidaram por FIV e que estavam em média na 31<sup>a</sup>. semana de gestação, e um grupo controle de 20 gestantes que engravidaram naturalmente. Foram utilizadas escalas, inventários e questionários com o objetivo de examinar o grau de ansiedade apresentado pelas gestantes FIV, suas atitudes em relação à gestação e a intensidade do apego em relação ao feto. Ambos os grupos apresentaram níveis de ansiedade dentro da normalidade, havendo inclusive um decréscimo nas gestantes FIV ao longo da gestação. As atitudes em relação à gestação e o apego ao feto também não diferiram entre os grupos.

Em relação aos principais resultados obtidos nos estudos acima, destaca-se que o medo de perder o bebê encontra-se elevado no grupo de participantes que concebeu por FIV (Hjelmstedt et al. 2003a, 2003b), talvez pelo investimento físico, financeiro e emocional necessário para a concretização da gestação. Outro aspecto freqüentemente investigado foi a ansiedade. Enquanto alguns estudos apontaram redução da ansiedade no grupo FIV ao longo da gestação (Klock & Greenfeld, 2000; Stanton & Golombok,1993), em outros, os níveis de ansiedade mantiveram-se iguais tanto no grupo FIV, quanto no que concebeu naturalmente (Stanton & Golombok,1993).

A resposta emocional à gestação também diferiu nos dois grupos (Hjelmstedt et al. 2003b), sendo que, no grupo FIV, esta por vezes mostra-se idealizada, assim como as expectativas da futura mãe em relação à parentalidade (Fisher et al., 2008; Hjelmstedt et al., 2003a). Já o apego materno-fetal, um construto importante da parentalidade, surgiu atrelado à qualidade da relação conjugal (Colpin et al., 1998) não diferindo entre os grupos (Stanton & Golombok,1993).

Quanto aos aspectos metodológicos, observou-se a predominância de estudos quantitativos, com o emprego de instrumentos padronizados (escalas e questionários) e comparação entre grupos (FIV x concepção natural; homens x mulheres).

Outros estudos revisados sobre o tema da parentalidade no contexto da reprodução assistida estenderam-se desde a gestação (iniciando em diferentes momentos) até o nascimento do bebê e seus primeiros meses de vida. Por exemplo, estudo realizado por Cox et al. (2006) no Reino Unido, visou avaliar a

auto-estima, o nível de ansiedade e depressão e a auto-eficácia no exercício da parentalidade em 70 mulheres com histórico de infertilidade prévia e que engravidaram por TRA e 111 mulheres que conceberam naturalmente. Elas foram avaliadas na 18<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup>. semanas de gestação e seis semanas após o nascimento do bebê, a partir da aplicação de escalas. Concordando com o panorama positivo encontrado em estudos anteriormente expostos, não foram encontradas diferenças em relação à auto-estima e ansiedade entre as mulheres de ambos os grupos durante a gestação e no pós-parto. À medida que a gestação avançou, houve inclusive um acréscimo da auto-estima e conseqüente decréscimo da ansiedade no grupo de mulheres FIV, sendo esses fatores considerados preditores da competência parental.

Nessa mesma perspectiva e em período de tempo semelhante, Repokari et al. (2005) realizaram uma pesquisa na Finlândia com 367 casais que se submeteram à FIV ou à ICSI e 379 casais que conceberam naturalmente, com objetivo de avaliar a sua saúde mental durante a transição para a parentalidade. As medidas foram coletadas ao longo da gestação, entre a 18<sup>a</sup>. e a 20<sup>a</sup>. semana gestacional, aos dois e aos 12 meses do bebê. Foram utilizados inventários, checklists e questionários auto-aplicáveis com intenção de avaliar o nível de ansiedade, eventos estressores, presença de distúrbios psiquiátricos nos pais e saúde do bebê. Seguindo os achados dos estudos já mencionados, entre os homens do grupo FIV/ICSI, foi verificada menor incidência de sintomas de depressão e ansiedade, grau reduzido de dificuldade para dormir e menor desadaptação social do que entre os homens do grupo controle. As mulheres do grupo FIV/ICSI apresentaram baixo nível de sintomas depressivos durante a gravidez, embora tenha sido registrado aumento na dificuldade para dormir, o que foi entendido pelos pesquisadores como uma preocupação com o bebê e a necessidade de adaptar-se a essa nova situação de vida. O bom nível de saúde mental encontrado nessas mulheres, conforme os autores, pode ser reflexo de seu grau de satisfação com o sucesso do tratamento e a realização do desejo de ter um filho. Os autores sugeriram, ainda, que o alto grau de motivação desses participantes para ter um filho os torna pais mais resilientes em relação aos eventos estressores e que a experiência da infertilidade e a resolução do trauma decorrente dessa vivência pode trazer conseqüências positivas à vida do casal, alterando a maneira como os pais respondem ao estresse, a desapontamentos e preocupações. Assim, os autores

apontam que os novos desafios da parentalidade podem ser mais importantes e evidentes do que as possíveis experiências negativas acerca da infertilidade e de seu tratamento.

Ulrich et al. (2004) realizaram na Alemanha um estudo com 90 casais e 2 gestantes sem companheiros, dentre os quais, 47 gestações ocorreram com o auxílio de FIV e 45 ocorreram naturalmente, com objetivo de examinar eventuais diferenças entre genitores em relação à qualidade e dinâmica do funcionamento conjugal, percepção do nível de estresse nas famílias de origem e peculiaridades da gravidez e do parto. Foram utilizadas entrevistas semi-dirigidas, escalas, questionários e registros sobre a gestação e sobre o bebê. Coletas de dados foram realizadas no terceiro trimestre de gestação, aos 3 e aos 12 meses do bebê. Os resultados não apontaram diferenças entre os grupos em relação à gestação e à qualidade das fantasias em relação a esse evento e ao bebê. Ambos os grupos descreveram a experiência da gestação e o nascimento do bebê como satisfatórias, apesar das intercorrências registradas no grupo FIV, que exigiram hospitalizações longas. Constatou-se aumento no nível de satisfação com a vida nas mulheres FIV desde o período gestacional até o primeiro ano do bebê. De modo geral, os resultados apontaram para a dificuldade de estabelecer critérios de identificação de risco para o desenvolvimento de problemas conjugais e na criação do filho entre os casais FIV.

Por sua vez, estudo desenvolvido por Sydsjö et al. (2002) na Suécia com 110 casais FIV e 108 casais que engravidaram de forma natural visou avaliar a dinâmica conjugal, o temperamento e o comportamento do bebê. Foram utilizados como instrumentos questionários e entrevistas semi-estruturadas realizadas por telefone entre a 15a. e a 20a. semana gestacional e aos 12 meses do bebê, bem como consultas ao prontuário médico enfocando a história gestacional das pacientes. Os resultados indicaram uma visão mais otimista da parentalidade entre os casais FIV. Os casais desse grupo, ao contrário daqueles do grupo controle, também apresentaram uma visão mais positiva de seu relacionamento, atribuída ao fato de terem enfrentado juntos o desgastante tratamento da infertilidade. Seus filhos foram percebidos como mais sensíveis, organizados, de fácil convivência e delicados, diferentemente da percepção dos pais do grupo controle. Os autores apontam que possivelmente esses casais discutiram por mais tempo questões

relativas à parentalidade e ao seu relacionamento, tornando-se mais preparados para enfrentar as dificuldades inerentes à criação e ao cuidado do bebê.

Assim como verificado nos estudos que focalizaram especificamente a gestação, os estudos aqui revisados, que se estenderam da gestação aos primeiros meses do bebê, utilizaram predominantemente metodologia quantitativa.

Dentre os resultados, encontrou-se aumento da auto-estima nos casais FIV durante a gestação e no pós-parto (Cox et al., 2006), sintomas depressivos leves e maior resiliência para enfrentar eventos estressores (Repokari et al., 2005). A experiência da infertilidade, segundo os autores, parece contribuir para uma visão mais otimista do relacionamento conjugal, da parentalidade e do próprio bebê (Sydjö et al., 2002).

Nesse sentido, cabe destacar que, embora os estudos tenham avançado aos primeiros meses do bebê, observou-se que este raramente apareceu como objeto de investigação (Sydjö et al., 2002; Repokari et al., 2005). O foco tem sido direcionado à percepção dos genitores sobre o seu comportamento e temperamento.

De modo geral, percebeu-se entre esses estudos, uma preocupação em apontar sintomas e dificuldades apresentadas pelos participantes nesse contexto, valendo-se de comparações de resultados obtidos por meio de escalas e inventários, sem no entanto, buscar a compreensão da vivência subjetiva desses momentos (gestação e transição para a parentalidade).

Um terceiro grupo de estudos, apresentado a seguir, focalizou a transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida no período do nascimento e dos primeiros meses do bebê, desconsiderando qualquer avaliação do período gestacional. Dentre eles, destaca-se a investigação conduzida na Austrália por McMahon et al. (1997), com o objetivo de examinar o ajustamento emocional à maternidade durante os quatro meses de vida do bebê em 65 primíparas que engravidaram por FIV e 62 primíparas sem histórico de infertilidade. Foram utilizadas escalas, entrevistas e filmagens. Não foram encontradas diferenças entre os grupos nas medidas de ansiedade, depressão e ajustamento conjugal e qualidade do comportamento materno durante a interação com o bebê. Entretanto, os bebês das mães FIV apresentaram comportamentos negativos nos momentos em que suas mães foram solicitadas a não interagir (durante a filmagem). Além disso, as mães FIV demonstraram auto-estima baixa e



competência parental diminuída em relação aos cuidados com o bebê, em comparação ao outro grupo, bem como estes foram percebidos como tendo temperamento difícil. Diante desses achados, os autores apontaram que as mães FIV poderiam se beneficiar de um suporte emocional no período pós-parto, para que pudessem lidar com as dificuldades presentes nesse período inicial de ajustamento à maternidade.

Também Greenfeld e Klock (2001), nos Estados Unidos, compararam dois grupos de mulheres primíparas (um composto por 56 mulheres que engravidaram por FIV e outro por 32 mulheres que engravidaram de forma natural) com o objetivo de investigar o ajustamento emocional à maternidade aos dois e aos nove meses do bebê. As participantes receberam, pelo correio, questionários auto-aplicáveis que avaliavam estresse parental, ajustamento conjugal, depressão, ansiedade, auto-estima, temperamento do bebê e recompensas e preocupações acerca da maternidade. A análise dos dados não revelou diferenças significativas entre os grupos nas medidas de ajustamento conjugal, depressão e ansiedade aos dois meses do bebê. Aos nove meses, embora essa situação tenha se repetido, as mulheres de ambos os grupos revelaram preocupação quanto às mudanças irreversíveis na sua atratividade física e restrição de sua independência face às demandas do bebê. Segundo os autores, tais achados indicam que as mães dos dois grupos enfrentam os mesmos tipos de problemas e lidam adequadamente com eles. Nesse sentido, as mães FIV inclusive apresentaram redução de estresse parental ao longo do tempo.

Os estudos apresentados acima enfatizaram temas recorrentemente investigados nos estudos citados anteriormente, tais como auto-estima, ajustamento conjugal, percepção do bebê, ajustamento emocional à maternidade (McMahon et al., 1997) e sentimentos em relação ao bebê (McMahon et al., 1997). Os resultados acima revelaram que não foi encontrada diferença entre os grupos (FIV e concepção natural) no que se refere às medidas de ansiedade, depressão e ajustamento conjugal nos primeiros meses do bebê, concordando com os resultados de um estudo que investigou somente o período gestacional (Klock & Greenfeld, 2000). Além disso, alguns resultados dos estudos acima realizados nos primeiros meses do bebê contrariaram achados apresentados anteriormente também na gestação, especialmente no que se refere à baixa auto-estima (Cox et al., 2006) e percepção dos bebês como “difíceis” (Sydjö et al, 2002).

Percebe-se novamente o predomínio de estudos quantitativos, com o emprego de escalas e comparação entre grupos. Em apenas um deles (McMahon et al., 1997) foi realizada também uma entrevista semi-estruturada, reforçando a percepção de que ainda são escassas as investigações que buscam compreender qualitativamente a vivência da transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida.

Por fim, outros estudos revisados sobre a transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida investigaram diversos aspectos a partir do primeiro ano do bebê.

O estudo de Gibson et al. (2000) na Austrália comparou 65 casais que realizaram FIV e 61 casais que engravidaram naturalmente de seu primeiro bebê em relação ao ajustamento psicossocial e à parentalidade, além das atitudes em relação à parentalidade em casais FIV, aos 12 meses do bebê. Para tanto, foi utilizado um questionário de dados demográficos e consulta ao prontuário durante a gestação e pós-parto, bem como escalas que avaliavam estresse parental, atitudes em relação ao bebê, percepção sobre o bebê, e questionários auto-aplicáveis, com questões relativas ao ajustamento conjugal, humor, suporte familiar e social, depressão e ajustamento da díade mãe-bebê. Contrariando parcialmente achados de estudos anteriores, as mães FIV apresentaram baixa auto-estima, preocupações no exercício da maternidade, sentimentos de competência nos cuidados com o bebê diminuídos, ao mesmo tempo em que seus filhos foram percebidos como bebês mais vulneráveis e especiais do que os do grupo controle. Os homens desse mesmo grupo apresentaram baixo índice de satisfação em relação ao casamento. Entretanto, no que tange ao ajustamento psicossocial e a questões específicas da parentalidade, tais como apego e atitudes em relação ao bebê, não foram verificadas diferenças entre os grupos. Os autores concluíram, então, que o ajustamento dos casais FIV à parentalidade seria similar ao dos casais que conceberam naturalmente.

Outro estudo transversal realizado por Serra e Algarvio (2006) em Portugal, buscou identificar as preocupações parentais de 19 genitores de crianças nascidas por FIV, de um a 11 anos de idade. Os autores empregaram escalas para avaliar medos e atitudes da criança, o desenvolvimento infantil, problemas familiares e preocupações escolares, assim como preparação da criança para o enfrentamento de situações difíceis, tais como mudança de casa e morte. As

crianças foram percebidas pelos genitores como vulneráveis, preciosas, especiais, muito desejadas, um “milagre”. Paradoxalmente, poderiam estar sujeitas a maus tratos em função dessas características. Observou-se também grande preocupação dos pais em relação ao desenvolvimento de seus filhos. No entanto, em função da grande variação de idade das crianças e das diferentes características e demandas da parentalidade em cada um desses momentos, os resultados devem ser considerados com cautela.

Os estudos referidos acima, que contemplaram apenas o primeiro ano de vida do bebê, novamente caracterizam-se pelo caráter quantitativo e a utilização de escalas e questionários. Os temas mais frequentes referiram-se às preocupações parentais (Serra & Algarvio, 2006) e ao ajustamento psicossocial e à parentalidade (Gibson et al., 2000), presentes em outros estudos que contemplam os primeiros meses do bebê (McMahon et al., 1997; Greenfeld & Klock, 2001). Alguns achados corroboraram os de estudos anteriores, ao concluírem que as mulheres FIV apresentaram baixa auto-estima nesse período (McMahon et al., 1997), preocupação no exercício da maternidade, com sentimentos de competência diminuídos em relação aos cuidados do bebê. Esses, por sua vez, assim como no estudo de Sydjö et al. (2002), foram também considerados especiais nos estudos acima detalhados.

O exame global dos estudos empíricos sobre a parentalidade no contexto das TRA, descritos acima, permite tecer algumas considerações. Em geral, pelo caráter quantitativo, são utilizadas grandes amostras, avaliadas por meio de instrumentos fechados e padronizados, que detectam aspectos isolados, mas não acessam o tornar-se pai e mãe nesse contexto. Os dados originados a partir desses instrumentos, embora relevantes para identificar questões de pesquisa e intervenção, constituem apenas fragmentos do complexo processo de transição para a parentalidade e possibilitam uma compreensão parcial e fragmentada sobre o mesmo.

Quanto aos principais temas de interesse, destacam-se ansiedade (Klock & Greenfeld, 2000; Cox et al., 2006; Repokari et al., 2005; Stanton & Golombok, 1993), depressão (Klock & Greenfeld, 2000; Cox et al., 2006), relacionamento conjugal (Sydjö et al., 2002; Ulrich et al., 2004), também presentes nos estudos sobre a infertilidade. Além desses, encontram-se ajustamento emocional à maternidade (McMahon et al., 1997; Greenfeld & Klock, 2001) e recompensas e

preocupações trazidas pela maternidade (Klock & Greenfeld, 2000; Serra & Algarvio, 2006).

Concluindo, considera-se que o complexo processo de tornar-se pai e tornar-se mãe nesse contexto estende-se para além do que é mensurável. Presença versus ausência, maior intensidade versus menor intensidade, são binômios incapazes de abarcar a totalidade da experiência psíquica vivida por estes casais ao longo desse processo, experiência essa que se inicia com dor psíquica e coloca o sujeito frente à frente com a sua história de vida. Além disso, envolve transformações psíquicas profundas, passando pela aceitação de uma nova identidade (de fértil) e estendendo-se até o exercício da parentalidade, caminho percorrido com muitos conflitos, desafios e impasses. Como já foi demonstrado pelas teorizações psicanalíticas que a concepção não é meramente biológica, mas também psíquica, é preciso compreender com profundidade como se desenrola o processo de tornar-se pai e mãe, pois as interações que se estabelecerão na tríade pai-mãe-bebê são essenciais para o desenvolvimento de emocional do bebê, bem como para o desenvolvimento das competências parentais. Considera-se, portanto, que esse processo de desenvolvimento que se dá na vida adulta, não tem sido contemplado pelos estudos da área.

### **1.6 Justificativa e objetivos do estudo**

Tornar-se pai e mãe resulta de uma longa trajetória. É preciso tornar-se pai e mãe, um processo que se constrói e se transforma ao longo do ciclo vital do indivíduo e que transcende a biologia (Lebovici, 2004). O desejo de tornar-se pai e mãe pode ser a expressão de um desejo inconsciente de imortalidade, que possibilita ao indivíduo um lugar na cadeia de gerações (Ribeiro, 2004) e dessa forma, revela o seu pertencimento a uma história, a uma família, a uma geração, a um lugar no mundo.

Além da gestação biológica, é necessária a gestação psíquica deste bebê. É preciso que se crie uma espécie de ninho no psiquismo do futuro pai e da futura mãe, uma tessitura formada por desejos, expectativas, sonhos e vivências, que acolherão o bebê. Assim como é fundamental que o óvulo fecundado nide na parede do útero e por ela seja acolhido, é fundamental que os futuros genitores criem um espaço psíquico que possa também acolher esse bebê e dar conta das demandas que surgirão. Parafrazeando Winnicott, é preciso que se criem espaços

psíquicos “suficientemente bons” para aconchegar esse bebê e apresentar o mundo a ele. Esse processo envolve aspectos conscientes e inconscientes da personalidade dos futuros genitores, valores pertinentes à sociedade e mandatos transgeracionais, dentre outros. A gravidez e o nascimento desse bebê despertarão angústias, conflitos e serão uma oportunidade de realizações pessoais, além de colocarem à prova a capacidade desses pais de serem tão bons ou melhores que seus pais. Ao longo dessa tessitura, revivem, reeditam e ressignificam vivências importantes de sua vida.

Entretanto, quando a concepção de um filho não é possível, devido a questões de infertilidade no casal, há um rompimento na cadeia de gerações, uma ruptura acompanhada de um intenso sofrimento, vivido pela impossibilidade de realizar o mais comum dos desejos - ter um filho (Ribeiro, 2004). Assim como ocorre na parentalidade, a infertilidade não é somente uma condição biológica, na medida em que se torna um obstáculo para a realização de desejos que são centrais no desenvolvimento do projeto de vida pessoal e de casal. Provoca reações psicológicas diversas, que se relacionam com a personalidade do indivíduo, com sua história pessoal, com sua relação conjugal e com o significado particular que tem para cada pessoa.

No entanto, se a concretização do projeto parental é impedido pela infertilidade, as TRA surgem como uma possibilidade de reverter essa frustração e realizar esse desejo, conferindo à gestação e ao processo de tornar-se mãe e pai um caráter específico, uma vez que o processo iniciado com a constatação da infertilidade nem sempre tem fim com o sucesso da gestação, podendo seguir influenciando as relações familiares. Dessa forma, a vivência do tratamento tende a afetar esse processo, pois além de ocasionar desgaste físico e psíquico, pode suscitar vivências de angústia, esperança, tensão e frustração. A maneira como os casais lidam com o impacto dessas técnicas, bem como a parentalidade que se constrói nesse cenário ainda são pouco conhecidas.

A revisão das pesquisas na área mostra o distanciamento entre questões teóricas relevantes do ponto de vista emocional para a construção do processo de tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida e as temáticas e abordagens metodológicas propostas pelos estudos. A literatura ressalta que o desgastante tratamento com as TRA possibilita aos indivíduos se depararem com sua história pessoal, permeada por sonhos, desejos, frustrações e angústias,

podendo desencadear perturbações emocionais, quer na esfera da sexualidade, na qualidade de vida do casal ou no processo de tornar-se mãe e pai, ou então, ser uma oportunidade de aproximação do casal. Dada a importância do momento de tornar-se pai e mãe no ciclo de vida do indivíduo, bem como da experiência de submeter-se às TRA, percebe-se uma lacuna entre o que é respaldado pela literatura e o método utilizado nos estudos.

Cabe ressaltar que a maioria desses estudos é quantitativa, com grandes amostras e utiliza questionários auto-aplicáveis, escalas e inventários, que buscam identificar ansiedades, medos, depressão, estresse, sentimentos, comportamentos, temperamento, auto-estima, apoio social, atitudes e preocupações dos pais, reações à infertilidade e a conflitos, dificuldades, estado de saúde física do pai, da mãe e do bebê, comportamento das crianças e de seus genitores, bem-estar psicológico, funcionamento familiar, comunicação do casal, qualidade do relacionamento conjugal e qualidade da parentalidade, dentre outros aspectos. Salienta-se, no entanto, que embora importantes para a identificação de determinados aspectos que compõem esse processo, tais instrumentos não permitem a expressão da experiência subjetiva desses indivíduos.

Alguns estudos destacam as implicações dos fracassos das técnicas e das marcas deixadas pela infertilidade, enquanto outros, detectam e apontam de maneira fragmentada algumas questões que estão presentes no processo de tornar-se pai e mãe, sem no entanto explicar de que forma contribuem para a sua construção. Observa-se também, que os estudos encontrados apresentam-se metodologicamente diferentes, o que de certa forma, dificulta a comparação entre eles. Raros são os estudos que se dedicam a averiguar aspectos subjetivos envolvidos na transição para a parentalidade nesse contexto, sendo que alguns investigam apenas as diferenças entre a experiência da gravidez por concepção natural e a gravidez no contexto da reprodução assistida (Hjelmsted et al., 2003).

De uma forma geral, os estudos encontrados ignoram a forma como homens e mulheres que passaram pela experiência da infertilidade se tornam pais e mães, priorizando a identificação dos fatores que dificultam ou favorecem esse momento. Portanto, o complexo processo de tornar-se pai e mãe nesse contexto não é abordado pelos estudos.

Embora as TRA tendam a exigir mais da mulher, em termos físicos e de tempo, acredita-se que a decisão de submeter-se a esses procedimentos e a

gestação e a parentalidade daí decorrentes devem ser consideradas questões relativas ao casal, já que ambos são afetados emocionalmente pelas exigências dessa fase de suas vidas.

Grande parte dos estudos citados ao longo deste artigo são internacionais e parecem encarar com otimismo os desafios ao longo do processo de tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida. Apontam que a infertilidade pode trazer conseqüências positivas à vida do casal e que suas marcas desaparecem com o tempo (Repokari et al., 2005). Além disso, referem que o envolvimento emocional dos pais com os filhos apresenta-se maior no grupo de genitores que conceberam por meio de TRA (Hjelmsted, 2004) e que esses genitores enfrentam os mesmos tipos de problemas que os demais (Gibson, 2000), apresentando redução de estresse com o passar do tempo (Greenfeld & Klock, 2001). Outro aspecto importante encontrado refere-se ao alto grau de resiliência desses pais o que é compreendido pelos autores como um fator capaz de minimizar as dificuldades inerentes ao tratamento por reprodução assistida e ao exercício da parentalidade (Repokari, 2005). Entretanto, alguns estudos apontam também, que os desafios da parentalidade podem ser uma oportunidade de desenvolvimento, em que as adversidades e dificuldades são percebidas como momentos propícios ao crescimento pessoal (Borlot & Trindade, 2004).

Quanto à literatura brasileira, verifica-se também que existe uma escassez de estudos sob enfoque qualitativo que abordem a interface entre a reprodução assistida e a parentalidade em casais que se submetem às TRA. Portanto, os estudos encontrados não auxiliam esses casais a tornar-se pai e mãe nesse contexto particular, que pode mobilizar sentimentos intensos que necessitam ser compreendidos e significados. Ressalta-se, então, a necessidade de estudos qualitativos no contexto da reprodução assistida, que privilegiem o processo de tornar-se pai e tornar-se mãe, isto é, que abram espaço ao relato espontâneo dos casais nesse importante momento do ciclo vital. Considera-se, portanto, que esse processo de desenvolvimento que se dá na vida adulta, não tem sido contemplado pelos estudos da área.

De acordo com o exposto acima, o presente estudo, de caráter longitudinal, tem por objetivo geral investigar o processo de tornar-se pai e mãe em casais que conceberam por TRA, em dois momentos: na gestação e aos três meses de vida do bebê. Dessa forma, visa contribuir para a realização de um trabalho

interdisciplinar, envolvendo demais profissionais da área, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de apoio aos casais.



## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1 Delineamento

Realizou-se um estudo de caso coletivo (Stake, 1995), de caráter longitudinal, com o objetivo de investigar o processo de tornar-se pai e mãe em casais que engravidaram com o auxílio das TRA. Buscou-se examinar as particularidades de cada caso, assim como as semelhanças existentes entre eles.

O estudo envolveu duas fases de coleta de dados: fase I, no terceiro trimestre de gestação; fase II, aos três meses de vida do bebê.

#### 2.2 Participantes

Participaram deste estudo três casais oriundos de um estudo maior intitulado *Transição para a parentalidade e relacionamento conjugal no contexto da reprodução assistida: da gestação ao primeiro ano do bebê*, desenvolvido pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF) da UFRGS, que conceberam a partir do uso das TRA e que sencontravam no terceiro trimestre da gestação do primeiro filho do casal. A escolha por este número de participantes se adequou ao critério de saturação para estudos qualitativos com instrumentos abrangentes (Barker, Pistrang, Elliot, 1994).

Os nomes dos participantes, assim como quaisquer nomes próprios apresentados neste estudo, são fictícios para preservar a identidade dos mesmos.

Os dados sociodemográficos serão apresentados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. *Características Sociodemográficas dos Participantes*

Participantes	Idade	Escolaridade	Causa infertilidade	Tentativas	TRA
Marcos	39	superior	sim	1	IA
Vitória	37	superior	não		
Artur	43	superior	não	2	DG
Simone	44	superior	sim		
Max	43	médio	sim	2	FIV
Raquel	25	médio	sim		

### 2.3 Instrumentos

Os instrumentos empregados para a coleta de dados utilizados neste estudo fazem parte da primeira etapa do REPASSI. A descrição de cada um deles será apresentada a seguir, levando-se em consideração as fases em que foram realizados.

Na **Fase 1**, realizada durante o terceiro trimestre de gestação, foram utilizados os seguintes instrumentos:

**Entrevista de Dados Demográficos do Casal** (NUDIF, 1998a): esse instrumento visa à obtenção de informações sociodemográficas a respeito dos participantes. É composto por questões que enfocam duração da gestação, estado civil, pessoas que vivem na mesma residência, ocupação, escolaridade, religião e etnia, além de informações para contato. Cópia no Anexo A.

**Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante** (NUDIF, 1998b): essa entrevista estruturada investiga como a gestante vem vivenciando esse período desde que soube da notícia da gravidez e quais são suas expectativas em relação ao futuro. A entrevista é composta por diversos blocos de questões. Os primeiros abrangem suas percepções e sentimentos quanto à gestação e ao feto. Os blocos seguintes abordam a relação com o cônjuge e com outros familiares, assim como as expectativas da gestante sobre diferentes aspectos da vida familiar. Nas entrevistas realizadas com participantes que utilizaram as TRA, foi incluído um bloco de perguntas sobre como eles percebem o impacto dessas técnicas sobre a vivência da gestação. Cópia no Anexo B.

**Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai:** (NUDIF, 1998c): esse instrumento é uma versão da entrevista utilizada com a mãe elaborada para o pai. Busca investigar como o pai vem vivenciando a gravidez da esposa e suas expectativas em relação ao futuro. Cópia no Anexo C.

Na Fase 2, realizada aos 3 meses de vida do bebê, foram utilizados os seguintes instrumentos:

**Entrevista sobre a Experiência da Maternidade** (NUDIF, 1999a): esse instrumento busca investigar a experiência da maternidade durante os três primeiros meses de vida do bebê. É uma entrevista estruturada, composta por blocos de questões que enfocam como a mãe vê o desenvolvimento do bebê, as percepções e sentimentos quanto à maternidade, as mudanças percebidas, a visão do cônjuge como pai, a rotina após o nascimento do bebê, o apoio recebido e a ida da criança para a creche. Cópia no Anexo D.

**Entrevista sobre a Experiência da Paternidade** (NUDIF, 1999b): esse instrumento é uma versão da entrevista utilizada com a mãe, elaborada para o pai e busca investigar a experiência da paternidade durante os três primeiros meses de vida do bebê. Cópia no Anexo E.

## **2.4 Procedimentos e Análise dos Dados**

A partir de um levantamento realizado pela equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA, com intuito de verificar quais de suas pacientes haviam obtido sucesso no tratamento, foi encaminhada às pesquisadoras uma listagem contendo nomes e telefones dessas pacientes para posterior contato. Os casais foram contatados por telefone para a explicação dos objetivos e da forma de realização do estudo. Com aqueles que demonstraram interesse, foi marcado um encontro, em que se apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F). Em caso de concordância, iniciava-se, nessa mesma oportunidade, a realização da coleta de dados. As entrevistas de cada fase foram realizadas por duas pesquisadoras, simultaneamente, com cada membro do casal. Durante a gestação, os cônjuges responderam individualmente às entrevistas que fazem parte da fase I deste estudo, sendo que aos três meses do bebê, um novo contato foi realizado e agendadas as entrevistas da fase II.

Esse material foi transcrito e revisado por pesquisadoras que fazem parte desse projeto. Os dados obtidos a partir das entrevistas foram submetidos a uma análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 2004, Laville & Dione, 1999) e agrupados em oito eixos, que abarcam questões relevantes para a compreensão do processo de tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida. Dessa forma, cada um dos casos será apresentado levando-se em consideração os seguintes eixos: 1) Apresentação, 2) Impressões e Sentimentos da Pesquisadora no Contato com a Família, 3) A Experiência da Reprodução Assistida, 4) A Experiência da Gestação, 5) Expectativas em Relação à Maternidade e ao Bebê na Gestação, 6) Expectativas em Relação à Paternidade e ao Bebê na Gestação, 7) A Experiência da Maternidade e o Desenvolvimento do Bebê no 3º mês e 8) A Experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê no 3º mês.

## **2.5 Considerações Éticas**

O REPASSI segue as diretrizes definidas na resolução da Comissão Nacional de Pesquisa (MS, 1996) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA deu-se em 06 de julho de 2007, sob o número 07/153. Cópia no Anexo F.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

Em respeito à privacidade dos participantes, a seção de resultados será omitida.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

Através dos três casos estudados, buscou-se investigar o processo de tornar-se pai e mãe em casais que engravidaram por meio de TRA, levando-se em consideração o conteúdo das entrevistas realizadas no terceiro trimestre gestacional e aos três meses de vida do bebê. Para fins de discussão, esse conteúdo será agrupado e apresentado em três eixos temáticos, que abarcam o processo de tornar-se pai e mãe em diferentes momentos: Eixo I, que pretende discutir a experiência do tratamento; Eixo II, que aborda a experiência da maternidade e da paternidade durante a gestação; e Eixo III, que abrange a experiência da maternidade e da paternidade aos três meses de vida do bebê. Os resultados obtidos serão discutidos a partir da literatura, tendo como principais eixos interpretativos a constelação da maternidade, proposta por Stern (1997), com os temas: (1) vida-crescimento; (2) relacionar-se primário; (3) matriz de apoio e (4) reorganização da identidade e a constelação da paternidade, uma ampliação da constelação da maternidade para a vivência paterna, proposta por Coutinho e Morsch (2006). Além disso, serão identificadas algumas semelhanças e particularidades entre os três casais.

#### **4.1 Eixo I: A experiência do tratamento**

Diversos autores apontam que a infertilidade, um fenômeno universal tão antigo como a humanidade, tem sido vivida como ódio divino, maldição, ferida narcísica, expressão de incompletude ou antecipação da morte (Rodríguez, 1996), uma experiência potencialmente traumática (Ribeiro, 2004) e devastadora (Seger-Jacob, 2000). É vivida também, como a perda de uma importante capacidade, a de procriação, podendo ter alguns desdobramentos incapacitantes e promover uma devastação emocional na vida dos sujeitos. (Ribeiro, 2004). Seu diagnóstico tende a causar impacto negativo no bem-estar emocional do casal, contrapondo-se ao desejo de ter filhos. De um lado, há um movimento no sentido de saciar o desejo

explícito de engravidar, e do outro, as limitações dessa satisfação imediata (Melamed, 2006). Outros campos de realização do sujeito podem ser “contaminados” pela infertilidade, com risco de que o sujeito permaneça “aprisionado” nessa situação de infertilidade (Ribeiro, 2004). É uma crise multidimensional, de proporções físicas e psicológicas, que atinge o próprio sujeito, a forma como vê o mundo, seu casamento, sua família. Afeta o corpo, o “self” e o relacionamento do sujeito com os outros, com possibilidade de desencadear sentimentos de perda de controle, baixa auto-estima, raiva, vergonha e culpa (Burns, 2005), sendo que situações de violência, isolamento social, perda de *status* social, alienação e medo são freqüentes (Souza, 2008).

Assim como o diagnóstico da infertilidade, o seu tratamento por meio das TRA, com procedimentos invasivos e dolorosos, aos quais a mulher necessita submeter-se, expõe ainda mais os casais ao sofrimento psíquico da infertilidade (Ribeiro, 2004), além de colocá-los numa posição de fragilidade, pois a realização do seu projeto parental não está mais em suas mãos (Weiss, 2006). Portanto, esse momento pode ser vivido pelos casais inférteis como uma experiência traumática, que reabre antigas feridas narcísicas e abala a sua autoestima (Ribeiro, 2004).

Os casais que se submetem às TRA são também afetados pelo estresse decorrente dos procedimentos médicos. Sua intimidade é exposta a uma equipe médica, que determina quando deverão ou não ocorrer as relações sexuais, podendo essa experiência desencadear sofrimento psíquico (Ribeiro, 2000). Entretanto, dados da literatura reforçam a afirmação de que, para alguns casais, as TRA, embora despertem ansiedade, constituem-se numa ferramenta eficiente, capaz de otimizar as possibilidades de obter a gestação (Balmaceda et al., 2001).

A idéia acima é corroborada pelo relato dos participantes entrevistados, ao afirmarem que, mediante a confirmação da gravidez, o tratamento passa a ser referido como uma oportunidade de realizar o projeto parental:

*A reprodução assistida é uma chance... sem filhos tu fica perdido, perde amigos, te afasta (...)* Assistida ou não assistida...o importante é ter a chance de ter filhos (Marcos); *Foi a saída que a gente encontrou para realizar o desejo* (Max); *A experiência que afetou foi a primeira, que não deu certo...vai afetar a vida inteira* (Artur); *Era o que era possível fazer para se ter um filho...o resto é normal; teve a dificuldade inicial, mas foi recompensado* (Vitória); *Os exames invasivos...nada disso incomodou; Condição para poder estar no lugar de mãe* (Simone).

Esses achados são também compartilhados por um estudo de revisão com pesquisas conduzidas nos últimos 25 anos sobre o ajustamento emocional das

mulheres à Fertilização *in vitro*, realizado por Verhaak et al. (2007). Os autores concluíram que a maioria das mulheres ajusta-se bem ao tratamento em si, mas se o mesmo fracassa e há ameaça de permanecer sem filhos, reações emocionais negativas decorrem, demonstrando que a infertilidade permanente e a impossibilidade de ter filhos constitui-se no estressor de maior importância. Dessa forma, entende-se que no trinômio infertilidade-tratamento-gestação, embora o período de tratamento seja vivido com angústia e descrença, ele passa a ser secundário, uma vez que o objetivo, a gravidez, tenha sido alcançada.

Além disso, pode-se pensar que o tratamento para a infertilidade constitui-se numa experiência nem sempre possível de ser compartilhada, devastadora, que afeta a sexualidade espontânea. Possui um caráter *robotizado*, que prima pela concretude, em que tudo passa a ser planejado, pensado e controlado com um único objetivo: possibilitar a fecundação e o desenvolvimento da gestação, conforme se observa no relato dos participantes:

*Essa concretude é, no início, meio assustadora... Eles selecionam assim o melhor óvulo, o melhor espermatozóide...daí faz a seleção dos melhores embriões; Ah, essa concretude dele lá recolher sêmen também, não é qualquer coisa (Simone); ..tu cria tudo muito mecânico (...) o ato em si é muito mecânico (...) o Marcos foi fazer espermograma no banheiro e viu um vomitando! Aí tu imagina...olha o esforço (...) acho que claro, o barato da descoberta, acho que é legal, não precisar ter que passar por nada disso e daqui a pouco acordar grávida e ia ser aquela surpresa; (...) é aquela coisa muito robotizada, que tu vai no hospital, toma remédio e volta...; “ a emoção não corre junto com a razão” (Vitória); (...) se tivesse uma outra experiência [sem a utilização da reprodução assistida] imagino que teria sido mais natural (Artur).*

Nesse sentido, o relato dos participantes ilustra os achados da pesquisa realizada por Sandelowski et al. (1990), na qual propõem que a concepção para os casais inférteis é um processo longo, no qual os casais passam do estágio de “obter uma gravidez” ao de “estar grávida”. Esse processo engloba 3 aspectos: “forçar” a concepção (através dos procedimentos), resolver a dicotomia da concepção (estar ou não estar grávida) e conciliar a percepção da concepção como uma idéia e como um evento (acreditar que a gravidez existe).

O primeiro aspecto refere-se à fase do tratamento e contempla a idéia de concretude apontada por Marcos, Simone e Vitória, contrapondo-se à idéia de Raquel, que considera o planejamento da reprodução assistida um aspecto positivo, conforme refere: “Ah, eu acho que é o planejamento, de saber, tudo, o



*tempo certo de fazer as coisas, ao tomar aquele susto, assim, de...ah, estou grávida, e agora?Planejar tudo certinho....”* .

É sabido que o encargo físico maior com o procedimento é naturalmente da mulher: estimulação, punção, transferência dos óvulos, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros aspectos. Destaca-se que nos três casos a procura pelo tratamento, bem como a determinação de levá-lo até o final foi da mulher. Esse fato nos leva a pensar sobre a importância da maternidade para as mulheres, que pode ser uma grande conquista emocional na sua vida, uma vez que implica na elaboração de conflitos psíquicos, principalmente os relacionados à identidade feminina (Ribeiro, 2004). Sendo assim, as mulheres que não engravidam sentem-se ocupando um *status* social inferior àquelas que são mães, o que leva a crer que a reprodução assistida assume a função de resgatar a condição natural feminina perdida, tornando possível ser mãe e ter filhos (Costa, 2008).

Outra questão relativa ao tema, diz respeito à percepção das características de personalidade de Vitória, Raquel, Marcos e Max. As mulheres mostram-se ativas, decididas, determinadas a alcançar a gravidez, tomando para si a responsabilidade de engajar o marido no processo e levar adiante o projeto parental, conforme aponta Marcos: “ (...) *mas quem foi tomar a decisão, quem foi lá, quem marcou hora e procurou o doutor, não sei o quê...tudo ela...ela é a parte que vai à frente do casal*” . Raquel conta que alguns meses após o insucesso da 1ª tentativa, pensou: “*Ah, então vamos tentar de novo, né?*”, exemplificando a sua determinação. Já em relação à Simone e Artur, essa determinação não foi evidenciada de forma clara.

Quanto à especificidade do tratamento para os pais, Tamanini (2003) aponta que os homens sentem-se expostos publicamente no que diz respeito a sua vida reprodutiva e que o primeiro espermograma revela a necessidade de assumir o fato de que se quiser ter filhos, será preciso buscá-los fora de si e fora da relação conjugal, além de deixar claro ao homem que a procriação será um ato médico, não mais fruto do acaso. Essa trajetória é “transtornante”, pois torna público, pelo menos no laboratório e na sala de espera, que há uma impossibilidade. Tal idéia é corroborada por Marcos ao afirmar que “*essa parte prá mim foi...eu segurei muito sozinho, mas foi muito angustiante (...) a gente foi várias vezes no hospital...vai lá, toma injeção, vai e volta*” e por Artur, quando afirma que “*não tem anonimato*” no procedimento.

Outros fatores devem também ser considerados na compreensão da experiência do tratamento dos participantes desta pesquisa, tais como o número de tentativas, o tempo decorrente entre o início do tratamento e a gravidez, o nível cultural e econômico e quem é diagnosticado como infértil, se o homem ou a mulher.

Em relação ao número de tentativas, Vitória e Marcos realizaram apenas uma, enquanto os demais casais submeteram-se a duas. Dessa forma, Marcos e Vitória necessitaram enfrentar as angústias e o medo de não engravidar por menos tempo, sem ter que revivê-las ainda com mais desesperança. Entretanto, Max e Raquel, assim como Simone e Artur, necessitaram de certo tempo após o fracasso da primeira tentativa para que pudessem então recuperar as forças e retomar as tentativas para a concretização do projeto parental. A segunda tentativa ocorreu em meio a sentimentos de fracasso, desesperança e ameaça de permanecer sem filhos, caso a adoção não viesse a ser a escolha do casal.

Embora possa parecer irrelevante considerar o nível de escolaridade e econômico do casal, esse dado pode contribuir para a compreensão da maneira com que o tratamento foi vivido, sem no entanto assumir postura preconceituosa. Vitória e Marcos, assim como Simone e Artur, possuem nível de instrução superior, o que facilita a compreensão dos aspectos médicos do tratamento, possibilitando reflexões e questionamentos dirigidos à equipe médica, bem como maior facilidade para expressar seus sentimentos. A renda dos casais era compatível com o pagamento dos custos, não comprometendo o orçamento, sendo esse, um aspecto estressor atenuado. Por outro lado, Raquel e Max possuem escolaridade média incompleta com certa limitação no que se refere à abstração e conexão com seus sentimentos. Percebe-se, então, que frente ao tratamento e suas implicações ocorrem poucos questionamentos.

Do ponto de vista do diagnóstico da infertilidade, deve-se ressaltar que no casal Vitória e Marcos a causa foi masculina, enquanto que em Raquel e Max não foi identificada a causa da infertilidade. Apesar dessa diferença na etiologia do diagnóstico, não é possível afirmar que a maneira como esses casais viveram o tratamento tenha sido diferente. Essa percepção corrobora a idéia de que a infertilidade é sempre do casal (Balmaceda et al., 2001), isto é, vivida pelo casal como sua, independente de quem seja o portador do diagnóstico de infértil. Já a ovodação, tratamento realizado por Simone e Artur, será discutida a seguir.

A ovodoação apresenta algumas particularidades que se fazem presentes neste estudo e merecem destaque. Conforme Seibel (2006), a ovodoação significa a ajuda e a esperança para realizar o projeto parental e, paradoxalmente, a tristeza, a frustração e a necessidade de renúncia ao filho genético. Intensos sentimentos de ambivalência são despertados na receptora e necessitam encontrar espaço de elaboração, antes mesmo da opção pelo tratamento, pois principalmente a mulher se vê diante do dilema de seguir esse caminho.

Aceitar a possibilidade da ovodoação foi um percurso difícil para Simone, que por fim a aceitou como se fosse uma adoção:

*Nós dois achávamos estranhíssimo isso e fomos nos acostumando...foi um processo. (...) Daí foi amadurecendo, aquilo que me parecia muito estranho inicialmente... eu fui pensando "Mas é, é uma adoção" com a vantagem de que eu vou poder vivenciar uma gestação e eu vou ter mais controle sobre uma série de fatores...*

Seibel (2006) acrescenta que esse procedimento pode suscitar questionamentos sobre os sentimentos do marido, em função de não terem sido capazes de ter um filho genético, ciúmes da doadora, receio de rejeitar o bebê, medo de serem castigadas pela ousadia e o peso do segredo. Ainda sobre essa temática, cabe retomar a percepção de Simone de que a ovodoação foi *a condição para poder estar no lugar de mãe*. Segundo o dicionário Houaiss (2008), o verbo “estar” significa *ter ou apresentar provisoriamente certa condição física ou emocional, material, profissional, etc; encontrar-se em certa posição momentânea; encontrar-se transitoriamente em certo momento ou lugar*. Portanto, pode-se pensar que Simone ainda sente a sua condição de mãe ameaçada, talvez pelo constante medo de que não consiga levar adiante a gestação. Refere *estar na condição de mãe*, vivido talvez como algo transitório, momentâneo, que pode ser interrompido. Verifica-se novamente a descrença na sua capacidade de ter “coisas boas” dentro de si, de ser capaz de oferecer a esses bebês um desenvolvimento saudável. Outra associação que chama a atenção é a referência à maternidade como um “lugar”, talvez algo fora dela, que não pode ainda ser vivido como seu.

Dessa forma, pode-se supor que o tratamento por ovodoação, ao possibilitar o vínculo biológico com o bebê por meio da gestação, confira à Simone a experiência de sentir os bebês como “produtos” seus minimizando o sentimento de exclusão decorrente da ausência do vínculo genético. Sentir os movimentos dos bebês, o ventre crescendo, talvez fosse necessário para Simone

sentir-se mãe, pois afirma que a ovodoação foi “*a condição para estar nesse lugar de mãe nesse momento*”. Acrescenta ainda, que a ovodoação “*é uma adoção, com a vantagem de poder vivenciar uma gestação e ter mais controle sobre uma série de fatores...*”. Cabe relacionar aqui essa associação feita por Simone entre a idéia de ovodoação e adoção como similares. Contraindo-se a essa percepção, MacCallum (2008) afirma que a ovodoação pode ser “esquecida” pelos genitores, isto é, pode não fazer parte do cotidiano dessa família, diferentemente da adoção, que faz parte da história familiar. A ovodoação é considerada um componente essencial na busca por um filho, mas perde a sua importância durante a vida da criança, enquanto a adoção estará sempre presente (MacCallum, 2008). Pode-se supor que Simone esteja se referindo ao fato de ter que “adotar” a idéia de receber óvulos de uma doadora, uma “ovoadoação”, conforme referido por ela : “*...a minha família não tem problema com adoção de óvulos*”.

Nesse sentido, percebe-se em Simone a preocupação em possibilitar ao marido que seja “pai biológico” de seus filhos, uma vez que o diagnóstico de infertilidade é apenas dela. Afirma que esse tratamento

*...propiciou ao marido, que não tem nenhum problema de fertilidade, que ele possa então ter um filho pelas vias biológicas; ...na verdade, foi doação de óvulo, mas o espermatozóide é dele... então, biologicamente o filho é dele.*

Parece que a incógnita em relação às possíveis semelhanças dos bebês com o marido e com a doadora, que possui características físicas semelhantes às suas, constitui uma problemática dolorosa para Simone, verificada quando esta se esquivava de falar sobre o assunto.

Outra questão importante na ovodoação refere-se à inclusão de uma quarta pessoa na relação da díade (Raphael-Leff, 1997), no caso de Simone, uma doadora desconhecida, o que desperta fantasias e questionamentos sobre a verdadeira mãe.

#### **4.2 Eixo II - A experiência materna e paterna da gestação**

Alguns temas da constelação da maternidade, proposta por Stern (1997), podem ser visualizados nos casais entrevistados nesta pesquisa já durante o período gestacional, levando-se em consideração a vivência materna e paterna da gestação, de um modo geral. O autor sugere que o nascimento de um bebê implica o surgimento de uma nova, única e temporária organização psíquica na mãe, a qual será o eixo organizador de sua vida durante meses ou anos. Chamada

de “constelação da maternidade”, essa organização torna-se predominante na vida da mãe, desencadeando ações, fantasias, medos, sensibilidades e desejos, que se farão presentes nesse novo universo da díade mãe-bebê, sendo que ao pai cabe principalmente o desempenho de tarefas que facilitem e possibilitem à mãe dedicar-se ao bebê.

Salienta-se que alguns temas observados na “constelação da maternidade” também estão presentes nos relatos da experiência paterna da gestação, assim como no estudo de Coutinho e Morsch (2006), com pais de bebês pré-termo em uma UTI Neonatal. Portanto, será realizada a compreensão da vivência da gravidez para a mãe e para o pai, tomando-se como eixo norteador os temas acima propostos por Stern (1997).

Particularidades desse momento foram constatadas por meio do relato dos participantes deste estudo, sendo o medo de perder o bebê e o medo de não gerar uma criança saudável, temas constantes ao longo do período gestacional. A descrença na capacidade de garantir a sobrevivência do bebê, bem como na capacidade de ter “coisas boas” dentro de si, cicatrizes deixadas pela infertilidade, podem constituir-se na força propulsora desse medo, que parece ser o fio condutor da experiência da gestação dessas participantes. Sendo assim, os temas *descrença na capacidade de garantir a sobrevivência do bebê* e sua consequente *ameaça de perda* nortearão as discussões deste estudo, uma vez que é ao redor deles que as vivências desses participantes se organizam.

O primeiro tema, Vida-Crescimento, apresenta a questão fundamental de a mãe ser capaz de manter vivo o seu bebê, possibilitando que ele cresça e se desenvolva adequadamente, bem nutrido e saudável. Os relatos dos participantes sugerem que esse tema é vivido intensamente pelas mães e pelos pais, já no período gestacional, sendo o medo de que o bebê não sobreviva e o constante estado de alerta, os fios condutores da gestação nesse contexto:

*... daí comecei a me estressar...tinha que ficar em repouso, deitada o tempo todo, né? Com medo de perder...aquela coisa toda, né? (...) Foi o susto dos riscos, assim: “será que eu consigo levar essa gestação até o fim?” (Simone)*

Além disso, o medo de não ser capaz de gerar coisas também esteve presente durante esse período: “(...) *medo de pegar rubéola*”, de “*ter uma criança deformada*” e o bebê nascer “*com alguma coisa, que a gente vai ter que administrar*” (Vitória), sendo necessário “*parar de trabalhar nos primeiros meses*” (Raquel). Simone e Artur encontraram uma via para externalizar e

controlar as angústias advindas desse momento: a assistência a inúmeros programas sobre gravidez e parto nas mais diversas condições, possibilitando que entrassem em contato com informações sobre o assunto antecipadamente. Dessa forma, mantêm-se em estado de alerta e, talvez em sua fantasia, possam “preparar-se” adequadamente para a chegada dos bebês com suas possíveis surpresas, e assim, garantir da melhor forma a sobrevivência desses bebês.

Portanto, a presença do tema Vida-Crescimento já na gestação é expressa por meio da incerteza e do medo de não ser capaz de gerar um bebê saudável e garantir a sua sobrevivência, ainda intra-útero, vindo a mobilizar sentimentos e fantasias nos genitores, que interferem na maneira como é vivida a gestação. Esse parece ser o tema primordial da gestação nesse contexto e que confere a esse período um colorido especial. Observa-se nos pais e mães entrevistados que esses medos tornam-se o eixo central em sua vida, em torno dos quais outras áreas de interesse gravitam. Há monitoramento de sinais que possam indicar que o bebê está vivo e desenvolvendo-se bem, ocorrendo uma constante avaliação da capacidade da mãe de possuir aspectos bons dentro de si.

Para uma melhor compreensão das vivências materna e paterna nesse momento, é interessante recorrer também ao referencial proposto por Raphael-Leff (1997), uma vez que esta se dedicou a estudar o período gestacional, enquanto Stern (1997) ateu-se aos temas presentes após o nascimento do bebê. A busca pelos dois autores constitui-se numa tentativa de contribuir para o entendimento das vivências da gestação dos pais e das mães no contexto específico da reprodução assistida.

Raphael-Leff (1997) destaca que as gestações posteriores à infertilidade com frequência são preciosas e se tornam supervalorizadas e acompanhadas, com temores de que mesmo ligeiros lapsos de concentração possam causar uma perda. Apesar da sensação de vulnerabilidade presente no primeiro trimestre de gestação, o reconhecimento das alterações sutis em seu corpo reforçam a crença da gestante de que ela é capaz de gerar o bebê e dar à luz. No entanto, neste estudo verifica-se que o sentimento de vulnerabilidade das mães se estende ao longo de toda gestação, sendo que as alterações inerentes à gestação são percebidas como uma possível ameaça de perda do bebê. Há angústia e descrença na possibilidade de realizar o desejo de tornar-se mãe e o medo de deparar-se com a frustração de perder o bebê permeia os discursos, o que pode ser observado nas falas de Simone

e Raquel. Simone comenta que a “*doadora é uma mulher jovem, deve ter 28, 30 anos, né? Então a chance de dar certo é muito grande, né?*”, evidenciando a dificuldade em acreditar que essa gestação “já deu certo” e que os bebês estão se desenvolvendo bem. Raquel acrescenta que, ao acordar de manhã, “*...se ele não mexe eu já fico preocupada, já começo a conversar, a estimular ele*”.

Quanto aos pais, salienta-se a fantasia de aborto mencionada por Marcos, ainda que Vitória estivesse no sétimo mês de gestação. Essa fantasia, relaciona-se ao constante medo de perda do bebê, vivida não só por Vitória, mas também por Marcos. Da mesma forma, percebe-se esse medo presente também em Artur, pois à noite, quando Simone vai ao banheiro, Artur pergunta: “*Tá tudo bem?*”. Conforme Simone, “*Artur tá sempre antenado querendo saber se tá tudo bem, né? E então eu vejo uma preocupação por aí...*”.

O tema *Relacionar-se Primário*, proposto por Stern (1997), refere-se ao envolvimento social e emocional da mãe com o bebê, tendo como questões centrais a dúvida em relação a sua capacidade de amá-lo e por ele ser amada, se o reconhecerá e acreditará que ele é realmente o seu bebê, se conseguirá conectar-se suficientemente a ele a ponto de “ler” os seus desejos e necessidades. Conforme citado anteriormente, é possível pensarmos neste tema já durante a gestação. Essa necessidade de conexão e sintonia com o bebê pode ser observada pela maneira intensa com que Vitória, Raquel e Max expressam seus desejos de dedicação exclusiva ao bebê, tais como: “*parar tudo e só viver a maternidade (Vitória)*”, “*parar de trabalhar e dedicar-se somente ao bebê (desejo de Max em relação à Raquel)*”, “*imaginar-se vivendo só para o filho (Raquel)*” e “*sentir-se realizada como mãe (Vitória)*”. Outro aspecto a ressaltar sobre o envolvimento da mãe com o bebê é o fato de Vitória “*sentir-se consumida emocionalmente*” pelos preparativos que antecedem o nascimento da filha, sendo que o período de “*nove meses é curto*” para dar conta de tantas incertezas e angústias despertadas durante a gestação. O constante medo de que a gestação não fosse a termo, principalmente nos primeiros trimestres, “consumiu” a energia psíquica dessa mãe, tornando-se um obstáculo para que vivesse a gestação de forma plena.

A necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora, a fim de que possa dedicar-se de forma plena aos dois temas anteriores, manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico e afetivo, é o terceiro tema proposto por Stern (1997), chamado de *Matriz de Apoio*.

Portanto, como função primordial essa matriz de apoio deve proteger a mãe fisicamente, prover suas necessidades vitais e distanciá-la das exigências da realidade externa. A mãe precisa sentir-se valorizada, apoiada, acompanhada, ajudada e instruída.

Nesse sentido, é interessante observar que os relatos de Simone, Artur, Raquel e Max corroboram os achados da pesquisa de Repokari et al. (2007), que apontam o fortalecimento do relacionamento do casal e aumento da coesão entre ambos, quando viveram juntos a experiência da infertilidade, o que pode ser percebido no relato das mães. Simone refere “*ter recebido muito apoio*” de Artur, ao mesmo tempo em ele pensa ter “*apoiado na medida do possível...*”, preferindo “*deixar um pouco o serviço braçal, assim para Simone e para as funcionárias*”. Raquel afirma ter recebido apoio “*do marido, em primeiro lugar ele que tá, que tá sempre junto*”, ao mesmo tempo em que Max diz ter “*procurado estar sempre do lado dela*”.

Cabe ressaltar que as gestantes desejam compartilhar com os maridos os cuidados com os seus bebês, embora acreditem que o envolvimento maior no dia-a-dia será delas, uma vez que os mesmos, antes de tudo, são vistos como provedores, aqueles que devem garantir o sustento da família.

Os casais entrevistados sentem-se apoiados também pelos familiares mais próximos:

*A minha mãe, quando eu precisei ficar em repouso ela..., ela vem do interior e fica comigo, me acompanha, né? ...E o Artur tem uma prima... e ela inicialmente não estava trabalhando, então ele fez umas combinações, uns acordos, com ela prá ela ajudar (Simone); ... principalmente a minha mãe, a minha mãe ela tá, tá me dando bastante força...; tem a minha, a sobrinha do Max (Raquel); mais é a mãe dela que vem, ...eventualmente vem algum sobrinho (Max).*

O quarto tema proposto por Stern (1997), a *Reorganização da Identidade*, menciona a necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade, alterando o seu centro de identidade de filha para mãe, de esposa para genitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente (decorrente da identificação com sua própria mãe). Já na gestação, é possível visualizar essa reorganização da identidade da gestante, que requer um novo trabalho mental. Na especificidade da reprodução assistida, essas gestantes necessitam lidar também com as cicatrizes deixadas pelo diagnóstico da infertilidade, como no caso de



Simone e Raquel, havendo a transição de uma identidade de mulher infértil para mulher fértil, “grávida” de esperanças de tornar-se mãe.

Junto à confirmação da gravidez gemelar a partir da visualização das imagens dos fetos por Simone e Artur, a cada nova ecografia, surgiram momentos desorganizadores e repletos de sentimentos ambivalentes e a necessidade de absorver a idéia de que seria gravidez múltipla, com os riscos implícitos. Além disso, a descrença na capacidade de garantir a sobrevivência dos bebês, preocupação dominante durante a gestação nesse contexto, pode ser um obstáculo que dificulta a transformação e a reorganização dessas identidades.

Quanto à Vitória, chama a atenção o fato de demonstrar, de maneira consciente, o medo de perder a sua identidade, como conseqüência das mudanças profundas provocadas pela maternidade, como pode ser verificado ao afirmar: *“...pode ser que venha para uma coisa positiva [mudanças trazidas pela maternidade], pode ser que não, (...) perdi a minha personalidade, minha identidade...Quem sou eu?”*.

Portanto, verifica-se que no presente estudo, a gravidez é marcada por medo e descrença, que tendem a afetar a vivência das diferentes etapas da gestação e as temáticas da constelação da maternidade inerentes a cada uma delas. Acredita-se que as marcas deixadas pela infertilidade, aplacadas pelo sucesso do tratamento, foram intensamente reavivadas no período gestacional, com implicações na maneira como esses casais vivenciaram a gestação. Ribeiro (2004) acrescenta que a experiência da infertilidade pode intensificar as fantasias de que há coisas estragadas no interior do corpo da mulher, tornando-se difícil imaginar ou fantasiar que um bebê possa desenvolver-se em um interior danificado – interior do corpo e do psiquismo. Esse processo, segundo a autora, corre o risco de não ser apenas momentâneo, vindo a “aprisionar” o sujeito nessa situação de sofrimento psíquico, “contaminando” outros campos de realização do sujeito.

Outros aspectos também merecem destaque, além da constelação da maternidade. Ainda em relação à fantasia de fragilidade da mãe e o constante medo de que o bebê não sobreviva, é interessante salientar que, do ponto de vista físico, uma vez constatada a gravidez, espera-se que ela transcorra da mesma forma que uma gravidez sem auxílio dessas técnicas, embora a prematuridade dos bebês e a gestação gemelar sejam frequentes. Nesse sentido, cabe lembrar o

estudo de Sandelowski et al. (1990), no qual traz a idéia de que para os casais inférteis, a concepção pode ser dividida em estágios, passando do estágio de “obter uma gravidez” ao de “estar grávida”. Além disso, engloba 3 aspectos: “forçar” a concepção (através dos procedimentos), mencionado no eixo anterior, resolver a dicotomia da concepção (estar ou não estar grávida) e conciliar a percepção da concepção como uma idéia e como um evento (acreditar que a gravidez existe). O segundo aspecto, estar ou não estar grávida, relaciona-se ao período gestacional e refere-se ao fato de, apesar de ter os óvulos fertilizados, a mulher receia admitir o *status* de grávida, o que pode ser ilustrado pelas falas abaixo:

*Eu estava com uma expectativa e segurando um pouco a minha ansiedade. Daí, tá... vencer aquele período de um certo repouso, cuidado, né? Porque a gente sabia que tinha que grudar, né? [nidação] (Vitória) ; (...) a primeira coisa que eu recordo é que a gente não conseguiu esperar [para fazer o exame no dia marcado]...aí no domingo que antecedeu a quarta a gente foi lá fazer esses testes de farmácia (Artur).*

Já o terceiro aspecto do processo traz a dificuldade dos casais inférteis de acreditar que a gestação está transcorrendo e que há um bebê se desenvolvendo no útero materno, uma constante dentre os participantes, exemplificado aqui por Raquel: “(...) eu não tava acreditando, só na hora da eco mesmo que eu acreditei, né...que eu vi”.

Um outro aspecto importante a ser destacado refere-se ao bebê imaginário, fruto do desejo de gravidez, da interação entre o feto e a mãe, que faz parte de seus devaneios e é composto de impressões e desejos oriundos das experiências anteriores da mãe (Lebovici, 1992). O ventre materno torna-se um abrigo de esperanças, vontades, desejos e ansiedades (Raphael-Leff, 1997), constituindo-se no receptáculo dos sonhos e das expectativas maternas (Lebovici, 1987). Mesmo antes de nascer, são atribuídas características ao bebê, que correspondem a representações do mundo interno de seus progenitores e que servem como pano de fundo para a construção das características do bebê imaginário (Raphael-Leff, 1997), além de contribuir para a percepção da futura criança como um indivíduo (Brazelton & Cramer, 1992).

Algumas características físicas e psicológicas atribuídas aos bebês merecem atenção. Embora Simone esteja no 3o. trimestre de gestação, refere-se aos seus bebês como “fetos”, sendo percebidos de maneira fragmentada (fêmur,

cabeça, nariz, etc.) durante as ecografias, por ela e por Artur. Percebe-se, então, que esses bebês permanecem ainda fetos no psiquismo de Simone, passíveis de serem “abortados” e, portanto, com poucas características de bebês. Do status de “feto”, ainda aos 7 meses de gestação, passam a ser imaginados já como crianças maiores, o que reforça a idéia de que só é possível construir um bebê imaginário, com características próprias, depois que a sua sobrevivência não estiver mais ameaçada, ainda que na fantasia da mãe e do pai.

Conforme Szejer e Stewart (1997), a visualização das imagens da ecografia, aos poucos vai conferindo ao feto uma existência real, deixando de ser apenas imaginária. O relato das mães deste estudo sugere que à medida que os bebês desenvolvem-se no útero materno e as ecografias apresentam imagens mais nítidas, surge também um correspondente psíquico nos genitores: é como se aqueles minúsculos pontos que vão se sobrepondo na tela, formando a cada nova ecografia uma imagem mais nítida também auxiliassem a incrementar a frágil crença dos genitores de que o bebê está se desenvolvendo bem. Mesmo assim, embora a realidade externa, por meio dos exames clínicos e de imagens, aponte que a gravidez está transcorrendo bem, a dúvida em relação à capacidade de produzir “coisas boas” e o medo de gerar um bebê com malformações persistem nos genitores deste estudo (Vitória e Marcos, Simone e Artur, Raquel e Max). Segundo Rodríguez (1996), a malformação fetal é uma possibilidade real, mas a sua ocorrência se dá numa proporção ínfima de casos, sendo essa fantasia “terrorífica” relacionada com a expressão de temores e culpas inconscientes.

É interessante observar, também, a maneira peculiar como Vitória e Raquel referem-se aos seus bebês nesse período. Vitória considera Nicole “*uma Gisele Bündchen*”, atribuindo à filha uma imagem já projetada no futuro, uma posição de destaque, de “super” modelo, uma “super” produção que viria a gratificar o seu narcisismo. Ela teria uma filha especial, logo, também seria especial. Por outro lado, Raquel comenta, em relação ao seu bebê, Ralph, que “*aquilo ali [bebê], foi conseguido*”, revelando que o filho é percebido como algo que veio de fora, foi adquirido. Portanto, novamente os bebês são imaginados com características distantes dessas mães e também como já crescidos. Nicole adulta, com características físicas semelhantes à Gisele Bündchen, com biotipo completamente diferente dos pais (Vitória é morena e possui baixa estatura e Marcos tem cabelos claros, que se aproximam de ruivos, e apresenta sobrepeso) e

Ralph, um bebê fabricado, adquirido. Já Simone, aponta que “*só consegue imaginar aquilo que o médico disse*”, referindo-se aos dados concretos sobre os bebês, tais como número de bebês, sexo, peso aproximado e características físicas da doadora, que são semelhantes às suas.

Szejer e Stewart (1997) apontam que são também atribuídas aos bebês, ainda durante a gestação, características ditas pertinentes ao signo do período do ano em que nascem. Portanto, a linguagem astrológica tem a função de atribuir à criança uma primeira identidade que a marcará. Essa personificação facilita a inserção desse bebê na teia familiar, incorporando-o na história de seus genitores. Neste sentido, destacam-se nuances de identidade atribuídas aos bebês Nicole e Ralph por suas mães, decorrentes do signo ao qual pertencem. A primeira (Nicole), aquariana, herdará as características da mãe e será *espoletinha* e Ralph, as do pai, do signo de escorpião, *bem ativo, brabo e ansioso*. Dessa forma, os bebês são incluídos na linhagem parental, com características que apontam para o seu pertencimento a essa família.

Aos movimentos dos bebês são atribuídos significados e algumas características pessoais de acordo com a interpretação da mãe acerca de seus movimentos, como uma forma de personificá-los e inserí-los no seu psiquismo. O bebê pode ser percebido como “*carinhoso*” ou “*delicado*”, se os movimentos são percebidos como suaves, ou agressivos, se percebidos como “*socos*” ou “*patadas*” (Maldonado, 2002). Simone comenta que por haver pouco espaço intra-útero, “*os bebês giram em torno do próprio eixo (...) e sei onde cada um está*”; Vitória, percebe que a filha “*nada bastante*” em seu ventre e Raquel, interpreta os movimentos do filho como uma maneira de lhe comunicar que não está confortável, pois ele “*é muito ativo (...) chuta até que ela vire de lado prá ele poder... conseguir descansar*”.

Aulagnier (1990) aponta a relevância da inserção do bebê imaginário no psiquismo da mãe, como forma de existência desse bebê em separado, assim como Brazelton e Cramer (1992), que afirmam que essa personificação permite à mãe a percepção de que esse bebê que está em seu ventre não é completamente estranho a ela. As características atribuídas pelas mães entrevistadas aos seus bebês imaginários evidenciam o quanto é difícil para essas mães personificarem seus bebês, uma vez que a proeminência de sentimentos de incapacidade e fragilidade da mãe decorrentes da experiência da infertilidade do casal dificultam

a construção desse bebê imaginário. Sobre o mesmo tema, Ribeiro (2004) afirma que em função da experiência da infertilidade, torna-se difícil imaginar e/ou fantasiar que um bebê possa habitar e desenvolver-se em um interior danificado, tanto no interior do corpo, quanto do psiquismo.

Quanto aos pais, cabe ressaltar a forma como Max e Marcos personificam seus bebês. Max refere-se ao filho durante a gestação como um *João Gasolina*, pois adora passear de carro, dessa forma atribuindo ao bebê características similares às suas; e Marcos, refere-se à filha Nicole como *sacanhinha*, por exemplo, talvez pela surpresa do sucesso do primeiro procedimento, e “*semente*” ao vê-la na primeira ecografia.

Outros aspectos importantes e particularidades podem ser ressaltados na vivência do período gestacional, observados nos relatos das mães e dos pais. Deve-se destacar algumas particularidades dos tipos de tratamento utilizados, como por exemplo, a ovodoação, que conforme referido anteriormente, é ainda um tema pouco pesquisado e apresenta peculiaridades e desdobramentos que necessitam reflexão. Segundo David (2000), na ovodoação, embora não haja laço genético da mãe com o bebê, a existência da gravidez mantém um laço biológico forte. MacCallum (2008) acrescenta que a experiência da gravidez e o nascimento permitem aos pais sentirem que o filho é seu. Refere *estar na condição de mãe*, vivido talvez como algo transitório, momentâneo, que pode ser interrompido. Verifica-se novamente a descrença na sua capacidade de ter “coisas” boas dentro de si, de ser capaz de oferecer a esses bebês um desenvolvimento saudável. Outra associação que chama a atenção é a referência à maternidade como um “lugar”, talvez algo fora dela, que não pode ainda ser vivido como seu.

Dessa forma, pode-se supor que o vínculo biológico por meio da gestação confira à Simone a experiência de sentir os bebês como “produtos” seus, minimizando o sentimento de exclusão decorrente da ausência do vínculo genético. Sentir os movimentos dos bebês, o ventre crescendo, talvez fosse necessário para Simone sentir-se mãe, pois afirma que essa foi “*a condição para estar nesse lugar de mãe nesse momento*. Acrescenta ainda, que a ovodoação “*é uma adoção, com a vantagem de poder vivenciar uma gestação e ter mais controle sobre uma série de fatores...*”. Cabe relacionar aqui essa associação feita por Simone entre a idéia de ovodoação e adoção como similares. Contrapondo-se a essa percepção, MacCallum (2008) afirma que a ovodoação pode ser

“esquecida” pelos genitores, isto é, pode não fazer parte do cotidiano dessa família, diferentemente da adoção, que faz parte da história familiar. Pode-se supor que Simone esteja se referindo à adoção da idéia de receber óvulos de uma doadora, uma “ovoadoção”, conforme referido por ela: “ *...a minha família não tem problema com adoção de óvulos*” .

A gravidez em decorrência da doação de oócitos é especial e ocorre com um embrião imunologicamente estranho à mãe, envolvendo um terceiro na relação, a doadora, o que torna o tratamento ética e psicologicamente mais complicado do que a fertilização *in vitro* convencional, isto é, sem doação de oócitos (Södertröm-Anttilla, 2001). Outra questão importante é a gravidez gemelar e suas implicações, tanto físicas quanto psicológicas, tais como risco de parto prematuro e baixo peso do neonato (Golombok, Olivennes, Ramogida, Rust, Freeman & The Follow-up team, 2007; Södertröm-Anttilla, 2001). Södertröm-Anttilla (2001) acrescenta que a gravidez nesse contexto deve ser sempre considerada de alto-risco, mesmo quando as gestantes são jovens. No caso de Simone, já com idade avançada, esse período foi vivido com ansiedade e apreensão, com medo da perda dos bebês, conforme pode ser verificado em seu relato: “*...teve esse momento inicial desse estresse sobre os riscos e depois os sangramentos (...) tinha que ficar em repouso, deitada o tempo todo...com medo de perder (...) foi muito assustador, porque eu tive sangramento mais de uma vez*”.

As similaridades observadas, independente do tipo de tratamento, se FIV convencional ou com doação de oócitos, apontam que o sentimento de incapacidade de garantir a sobrevivência do bebê e o conseqüente medo de perdê-lo estiveram presentes nos três casos. Salienta-se que os participantes referem que as dolorosas vivências do tratamento perdem a sua importância face ao sucesso obtido com a gestação. Por outro lado, percebem-se marcas dessa identidade de homem/mulher infértil no relato dos participantes, como referido.

Outra questão a ser destacada refere-se ao convite para que nós pesquisadoras conhecêssemos o quarto do bebê ainda durante a gestação, acompanhando os preparativos para o seu acolhimento (Vitória), entendido como a expressão do desejo de que compartilhássemos com ela a preparação desse “quarto-ninho”, um ambiente preparado para suprir as necessidades do bebê. Nesse sentido, Raphael-Leff (1997) propõe que no último trimestre de gravidez há

um incremento das atividades preparatórias para a chegada do bebê, com aumento da ansiedade e forte desejo de preparar um “ninho”, uma espécie de ventre substituto externo para o bebê.

As diversas modificações que se processam no corpo da mulher podem repercutir no marido por meio de um conjunto de sintomas semelhantes aos da gravidez, chamados de Síndrome de Couvade, que expressam simbolicamente a sua participação e envolvimento na gravidez da mulher (Maldonado, 2002). Segundo a autora (Maldonado, 2002), a etiologia da síndrome relaciona-se a fatores psicológicos, sendo considerada uma reação neurótica, com predominância de manifestações somáticas decorrentes de um estado de ansiedade desencadeado pela gravidez. Jessner, Weigert e Foy (1983) acrescentam, ainda, que o marido pode apresentar sintomas somáticos que variam desde perturbações gastrointestinais até a Síndrome de Couvade e experiências psicológicas que refletem ou complementam os estados emocionais da esposa durante a gestação. Em um estudo sobre as expectativas, sentimentos e presença da síndrome de *couvade* realizado com futuros pais ao longo da gestação, De Martini (1999) encontrou uma elevada incidência (53%) de sintomas físicos apresentados pelos futuros pais no período de gestação de suas esposas. Tais sintomas são considerados apenas indicadores da síndrome de *couvade*, uma vez que, em função da subjetividade do tema, não foi possível afirmar a ocorrência desta síndrome. A autora (De Martini, 1999) sugere que em função de pertencerem a uma população de colonização italiana, cuja característica é a presença de um vínculo familiar intenso, os participantes do estudo estavam muito ligados à gestante e à gestação, o que pode ter contribuído para a sua identificação com a esposa.

Em relação a essa temática, é interessante assinalar que Marcos faz alusão à vivência em seu corpo, dos desconfortos físicos da gravidez. Ao invés de atribuir à Vitória a ausência de sintomas de desconforto nesse período da gestação, refere-se a si próprio, o que sugere a presença da Síndrome de Couvade, conforme se observa em seu relato:

*(...) mesmo os médicos dizendo que não tem problema [qualidade de seus espermas], que foi coletado, eu fiquei com essa angústia...fora isso, não teve muitos desejos, quase nada...não teve problema de dormir e sentir dor, aquela coisa de virar pra um lado e pra outro...até agora não teve isso.*

É possível supor que a atribuição dessas vivências como suas são resultantes do forte sentimento de união e cumplicidade partilhado pelos casais durante o tratamento para engravidar. Ao mesmo tempo em que compartilha com Vitória cada momento da gravidez, talvez se sinta deixado de fora e ignorado por amigos e profissionais da saúde, como menciona Raphael-Leff (1997). Para a autora, ao contrário da esposa que expõe uma visível protuberância, o marido pode sentir-se excluído e ciumento da intimidade estabelecida entre ela e o bebê, sentimento que não é incomum. Impedido de viver os desconfortos físicos da gravidez e do parto, tem que renunciar ao prazer de experimentar a vida interior.

Devido à dificuldade de lidar com as intensas demandas psíquicas apresentadas no período antecedente ao parto, Marcos somatiza essas angústias e as vive no corpo, por meio de uma crise renal aguda. Embora já apresentasse pressão arterial elevada mesmo antes da gestação de Vitória, não é possível deixar de registrar a coincidência da manifestação dessa crise justo nos dias que antecederam ao parto. Da mesma forma, ao deparar-se com os possíveis riscos de uma gravidez gemelar, Artur apresenta um episódio de hipertensão arterial, vivendo no corpo as angústias que não puderam ser vividas pela mente. Segundo Marty (1993), a somatização observada em Marcos e Artur, pode constituir-se numa resposta encontrada por eles às condições de vida que enfrentam, na qual o fluxo de excitações instintuais e pulsionais não consegue ser processado pela mente, vindo a transbordar para o corpo. É um “salto psicossomático”, uma passagem do conflito existente no plano simbólico mental para o plano psicossomático.

Observa-se em Marcos e Artur a necessidade de reassegurar sua paternidade. Em tom de brincadeira, Marcos expressa o temor de que os seus espermatozoides tenham sido trocados no laboratório, enquanto Artur preocupa-se demasiadamente com as características físicas dos bebês, desejando que sejam semelhantes às suas. Nesse momento, talvez haja nesses pais a necessidade psíquica de comprovar a paternidade, como uma forma de reassegurar a sua descendência e, quem sabe, a sua masculinidade. Na gravidez espontânea, esse não é um tema que se sobressaia, pois não é colocada em dúvida a procedência e a qualidade do material genético formador dos bebês, isto é, não há interferência de um terceiro nessa relação.



### **4.3 Eixo III - A experiência materna e paterna nos três primeiros meses do bebê**

Como foi referido na seção anterior, a gestação das participantes deste estudo foi marcada pela descrença na capacidade de garantir a sobrevivência do bebê, pela fantasia de não ter coisas boas dentro de si e pelo conseqüente medo de perdê-lo. Após compreender a vivência materna e paterna da gestação neste cenário, esta seção busca compreender como esses aspectos evoluíram ao longo dos três primeiros meses de vida do bebê.

Assim como na seção anterior, serão utilizados os temas da constelação da maternidade propostos por Stern (1997), como eixos norteadores para a compreensão da vivência da maternidade e da paternidade. Com o intuito de enriquecer a compreensão das vivências materna e paterna ao longo dos 3 primeiros meses de vida do bebê, faz-se necessário recorrer às teorizações de outros autores. Portanto, serão utilizadas as contribuições teóricas de Raphael-Leff (1997), cujo enfoque é o período gestacional e de Brazelton e Cramer (1992), Winnicott (1999, 2000), Klaus, Kennel e Klaus (2000), que se dedicaram ao estudo de temas presentes após o nascimento do bebê. Nesta seção, serão destacados, ainda que de maneira retrospectiva, o parto, o período de internação dos bebês e a chegada em casa.

Em primeiro lugar, chama a atenção que os três partos foram prematuros. É como se a realidade confirmasse o que já estava anunciado como um temor durante a gestação: a incapacidade de garantir a sobrevivência desse bebê e a ameaça de perdê-lo, aspectos corroborados pelo estudo de Sandelowski et al. (1990). A simbiose entre a mãe e o bebê é desfeita de forma abrupta e repentina e, segundo Wirth (2000), os dois, mãe e bebê, estão incompletos, porque foram separados precocemente. Portanto, é importante discutir como a constelação da maternidade foi afetada pelo nascimento dos bebês.

O tema Vida-Crescimento (Stern, 1997), cujo ponto fundamental é a preocupação da mãe em manter a sobrevivência de seu bebê e facilitar o seu crescimento e desenvolvimento de forma adequada, apresenta-se neste momento como preocupação dominante, assim como na gestação. Surge permeado pelo medo de que esse bebê não sobreviva, o que confirmaria as fantasias dessas mães de que não são capazes de dar conta desse bebê. Raphael-Leff (1997) afirma que a

mãe de um prematuro inevitavelmente vive um tumulto emocional decorrente da gravidez interrompida, sentindo-se culpada por ter abandonado seu bebê aos profissionais e ao aparato tecnológico. Além disso, apresenta um sentimento irracional de rejeição e fracasso por ter sido incapaz de manter o bebê em seu ventre, considerado incapaz de nutri-lo suficientemente, tendo ele preferido ou sido forçado a deixá-lo.

Para Vitória, Simone e Raquel, que realizaram parto cesáreo aos oito meses de gestação, os momentos antecedentes ao parto prematuro foram vividos como assustadores e angustiantes, vindo a mobilizar intensos sentimentos de medo, desamparo e ruptura brusca com o bebê. Nessa situação, segundo o estudo de Frota, Campos, Pimentel e Esteche (2007) sobre as crenças e sentimentos das mães de recém-nascidos, um parto prematuro ou complicado, ou ainda uma cesariana não programada ou outra intercorrência, em que a mãe e o bebê sejam afastados, contribui para o surgimento de situações de estresse, de trauma para a família e especialmente para a mãe, que pode sentir-se culpada.

A doença e a hospitalização de Marcos contribuíram para que Vitória se sentisse ansiosa e fragilizada, o que pode ser ilustrado quando diz que

*(... ) só que eu fiquei muito angustiada (...) eu estava assim virada numa vara verde (... ) E o Marcos doente...eu fiquei bem abatida (...).Eu disse: Ah, não é a hora dela doutora (... ) Eu não quero que ela nasça agora (... ) Não foi como eu imaginava...foi uma coisa totalmente assim, inesperada (... ) Eu não estava preparada para aquele momento (... ) chorei muito assim, para começar o parto.*

Raquel, por sua vez, refere-se à idéia de uma separação abrupta e prematura do filho: “(...) eu tive que tirar ele às pressas”. Tanto Vitória como Raquel foram surpreendidas com a antecipação do parto, o que pode também ter sido vivido como uma ameaça iminente de perda de bebê, uma possibilidade de concretização da fantasia de não ser capaz de garantir a sobrevivência do filho. Portanto, essa idéia pode ser respaldada por Raphael-Leff (1997), ao afirmar que o parto inesperado pode ser alarmante caso a mulher seja apanhada de surpresa e o percurso emocional da gravidez seja abruptamente encerrado, vindo a confirmar temores da mãe, de não ser suficientemente boa para o bebê, que prefere “escapar” de dentro dela.

Já o parto de Simone, também prematuro, apresentou peculiaridades por ser trigemelar, pois demandou a presença de uma equipe numerosa, composta por

diversos profissionais. Apesar da gravidade da situação, Simone diz ter permanecido tranquila:

*Deu tudo certo na cesárea. Foi tranquilo. Eu fiquei acordada o tempo todo. (...) Foi uma coisa bacana, assim.(...) tinha um anestesista participando (...) Ele ficou sentado atrás de mim e me dizia a hora: “Agora vai ser feito tal e tal coisa. Oh, agora saiu um bebê, agora saiu outro..” Foi assim uma pessoa maravilhosa, que fez toda diferença.*

Talvez essa tranqüilidade, apesar do parto prematuro, se deva ao fato de Simone ter se sentido acompanhada, além de ter obtido muitas informações sobre as condições da gestação e do parto trigemelar, o que pode ter sido um auxílio para lidar com o medo da perda dos bebês.

No momento do parto, os pais também estiveram presentes, mantendo-se ao lado das parturientes durante todo procedimento. Para Artur, a vivência deste momento foi tranqüila, uma vez que refere ter se preparado para enfrentá-lo através de assistência a vídeos sobre gravidez e parto. A intelectualização, utilizada aqui por Artur e também por Simone como defesa, expressa pela incessante busca de informação sobre as possibilidades desse momento, possivelmente teve como resultado a manutenção da integridade do ego desses participantes. A exposição a inúmeras situações difíceis apresentadas nos documentários, talvez tenha ajudado Simone e Artur a terem maior controle sobre o processo, isto é, a não serem surpreendidos com algo inusitado.

Max refere que também vivenciou este momento com tranquilidade, pois não *teve tempo para pensar* sobre o assunto, em função do acúmulo de trabalho, talvez também uma defesa contra as angústias e fantasias que poderiam surgir. Chama a atenção que, no momento do parto, Max estava acompanhado de uma sobrinha, também grávida, que permaneceu com ele todo tempo na sala de parto. Marcos não deixou de assistir ao parto de Simone, apesar de estar doente e hospitalizado, tendo sido medicado para alívio da dor e liberado da internação por algumas horas. Observa-se que esses pais desejaram compartilhar com a esposa a experiência do parto, empenhando-se para estar ao seu lado neste momento, o que é visto como benéfico para o estabelecimento de uma ligação mais próxima com o bebê. É interessante salientar que cada um encontrou uma forma peculiar para superar suas dificuldades naquele momento e enfrentar a situação emergencial em que o parto ocorreu. A participação do pai nesse momento, requerida pelas

esposas, talvez se deva à crença de que o pai é sinônimo de força (De Barros, Menandro & Trindade, 2006).

O período pós-parto é um período crucial para a mulher que está numa condição regressiva, identificada com o bebê, e a hospitalização em UTI Neonatal é um trauma real para os genitores, sendo que a sua reação pode variar conforme as suas características e a especificidade da situação (Wirth, 2000). Em função da prematuridade, os bebês de Simone e Artur e de Vitória e Marcos necessitaram permanecer internados em UTI Neonatal. Nesta seção, será destacada, também, a vivência das mães e dos pais acerca desse período de internação, pois a prematuridade dos bebês, e também dos casais enquanto genitores, provocou o agravamento do medo de perder o bebê e o sentimento de incapacidade de garantir a sua sobrevivência, aspectos presentes desde a gestação.

Diversos estudos sobre o tema apontam a necessidade de se investigar melhor o nascimento de um bebê prematuro e suas repercussões na vida familiar (De Barros, Menandro & Trindade, 2006; Frota et al., 2007; Gaíva & Scochi, 2005; Lamy, Gomes & Carvalho, 1997; Mittaag & Wall, 2004; Wirth, 2000), a fim de que os genitores possam ser atendidos em suas necessidades afetivas nesse período de transição para a parentalidade. De acordo com Geara (2005), a maioria das mães que visitam seu bebê na UTI Neonatal não está preparada física e emocionalmente para o nascimento precoce.

No presente estudo, observou-se que a experiência da internação dos bebês ocupou um espaço significativo no psiquismo das mães, evidenciado pela extensão que ocupou nas entrevistas. Esse longo período de internação dos bebês foi vivido por Vitória e Simone com medo de perdê-los e sentimento de incapacidade exacerbados, talvez por não terem conseguido manter os bebês em seu útero durante o tempo necessário para que o adequado desenvolvimento gestacional se completasse. O ambiente de uma UTI Neonatal, tão familiar aos profissionais da saúde que nela trabalham, é percebido pelos genitores como assustador (Lamy, Gomes & Carvalho, 1997) e representa um misto de esperança e de medo: esperança, em função de ser um local adequado para atender às necessidades de seu filho, aumentando as chances de sobrevivência, e medo, por saberem dos riscos que seu bebê está correndo (Frota et al., 2007).

Nesse sentido, Geara (2005) acrescenta que, em comparação com os momentos eufóricos que esperavam, os genitores de bebês prematuros,

encontram-se num ambiente agitado, com enfermeiras e médicos preocupados, sobrecarregados de trabalho, convivendo com outros pais igualmente sobrecarregados, com seus bebês em situação de risco. Frota et al. (2007) consideram, ainda, que a UTI Neonatal “carrega consigo um estereótipo e uma idéia de sofrimento”, o que pode ser vivido pela mãe como um momento de angústia. Portanto, a primeira visita dos genitores ao bebê na UTI neonatal desperta sentimentos ambivalentes, tais como: tristeza, desespero, choque e alegria por ver o filho vivo e bem cuidado (Mittaag & Wall, 2004).

Os dados da pesquisa realizada por Gaíva e Scochi (2005) sobre a participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal, revelam que enquanto o bebê está internado, a mãe vê o filho, interage com ele, toca, mas participa pouco dos cuidados, sendo nesse momento mais espectadora do que efetivamente participante. Esse aspecto pode também ser observado no comportamento de Simone e Vitória, que encontraram maneiras para estabelecer contato com os bebês e minimizar o sofrimento da separação, além de elaborarem a situação traumática pela qual estavam passando.

Nesse sentido, é possível destacar algumas evidências encontradas nos relatos das mães. Simone conta que abria *a estufinha, tocava e conversava com eles*, mas a partir do 4º. dia, permanecia os três turnos na UTI, mesmo após a sua alta. Face a uma situação de risco, como a doença da filha, talvez tenha sido uma forma encontrada por Simone para lidar com suas angústias e elaborar a situação, assim como fazia na gestação, ao assistir diversos programas sobre gravidez gemelar e seus riscos. Já Vitória, ao receber visitas, dava-se conta de que *as pessoas iam, mas não tinham o bebê*. A partir desse momento, talvez como uma possibilidade de estabelecer contato com a filha, abreviando a distância entre elas, e certificar-se de que Nicole estava bem, dirigia-se com frequência à UTI Neonatal e tirava fotos para poder mostrá-la às visitas. Vitória e Simone enfrentaram, com determinação e esperança, o período de internação de seus filhos em UTI Neonatal, apesar do medo de que não sobrevivessem, criando espaços para estarem conectadas aos filhos. Mantiveram-se próximas e identificadas com os bebês, embora no início das visitas à UTI Neonatal não fosse possível ter contato físico com eles.

A presença física dessas mães, bem como a sua disponibilidade emocional para estarem próximas aos seus bebês, assumem importância fundamental para

amenizar suas possíveis fantasias e ajudá-las a lidar com o seu bebê. Esse momento pode ser compreendido pelo estado especial de sensibilidade e de disponibilidade emocional aumentada, de “preocupação materna primária” (Winnicott, 1982). A mulher utiliza as suas próprias experiências como bebê, a fim de que possa identificar-se com o filho e atender às suas necessidades. A essa mãe, capaz de estar em sintonia com as necessidades do bebê, Winnicott (2000) chama de “mãe devotada comum”.

Quanto aos pais, esse período de internação foi vivido por eles com angústia e estresse. Apesar de continuar sentindo fortes dores, Marcos esteve constantemente presente no hospital, em função de ter tirado alguns dias de licença, dedicando-se integralmente à esposa e filha. Além disso, em um determinado momento, Vitória foi privada de visitar a filha na UTI, pois estava com herpes, o que exigiu maior participação de Marcos. Já Artur apresentou dificuldade em conciliar o trabalho com as idas à UTI, além de considerar o ambiente da UTI Neonatal traumatizante, ao mesmo tempo em que foi uma possibilidade *para aprender muito*. Sentiu-se inundado e paralisado por uma preocupação constante acerca da sobrevivência dos bebês, em especial de Laura, que contraiu doença grave durante a internação e *esteve entre a vida e a morte*. Novamente, Artur refere-se aos benefícios de ter assistido documentários e assim ter tido acesso a algumas informações e possibilidades relativas ao nascimento de prematuros. Em relação a Max, observa-se que, embora não tenha vivido a angústia de ter um filho internado em UTI Neonatal, mostrou-se também envolvido emocionalmente com seu bebê.

Tais achados corroboram o estudo de De Barros, Menandro e Trindade (2006), que aponta as dúvidas dos pais em relação à sobrevivência do bebê e à sua normalidade, somadas ao desconhecimento da UTI Neonatal e à imaginação deste local, como aspectos causadores de sofrimento. Verifica-se, também, que em ambos os casos o medo de perder os bebês, apenas parte da fantasia dos pais durante a gestação, é atualizado nesse período de internação e é real. Sobre esse medo, Klaus, Kennel e Klaus (2000) acreditam que o pai, assim como a mãe, duvida da sua capacidade de gerar uma criança normal e saudável e que conhecer o seu bebê traz alívio. Artur e Marcos revelaram-se pais sensíveis, identificados com as necessidades dos bebês e das esposas, cientes da importância da sua

participação ativa naquele momento e dispostos a enfrentar os medos para estarem próximos aos seus filhos, conforme observado em seus relatos:

*Se eu consegui desviar [a atenção da filha que estava na UTI Neonatal], acho que 30% é pelo que eu tava sentindo de dor e angústia (Marcos); Tava preocupado com a Simone, que tava nervosa (...) essa preocupação tomou conta (...) e agente não conseguia pensar em outra coisa (Artur).*

Dessa forma, mostraram-se pais amorosos e sensibilizados com a situação de prematuridade dos bebês. Pais envolvidos, buscando recursos internos para lidarem também com a sua própria prematuridade enquanto pais. Nesse sentido, os achados deste estudo corroboram os de Coutinho e Morsch (2006) sobre a paternidade em cuidados intensivos neonatais. As autoras apontam que os relatos dos pais sobre o período de internação dos bebês, assim como o tom de voz, os gestos, as expressões verbais ou faciais utilizados, são semelhantes aos relatos e expressões utilizados pelas mães. Observaram, ainda, que desde o momento do parto prematuro o pai demonstra medo de que o bebê morra, além de grande preocupação com o seu desenvolvimento. Portanto, Coutinho e Morsch (2006) propõem que os aspectos relacionados ao tema Vida-Crescimento também estão presentes na experiência paterna.

Com o passar do tempo, os genitores sentem-se mais à vontade e confortáveis no ambiente da UTI Neonatal, à medida que alguns aparelhos podem ser retirados de seu filho, um sinal de progresso (Mittaag & Wall, 2004), o que é observado na fala de Simone: *“Daí, no 4º. dia já me deixaram pegar no colo...então eles tiravam de dentro da estufa, com aquele monte de fios que tava ligado neles e eu botava aqui no corpo e fechava.* Percebe-se em Simone e Vitória um processo de adaptação à medida que os aparelhos eram retirados, no qual o sentimento de medo e a angústia são lentamente aplacados pela crença na capacidade de sobrevivência de seus bebês, confirmada pelos sinais objetivos de melhora. Prescindir desses aparelhos significou para essas mães diminuição de risco de vida dos bebês e, dessa forma, a possibilidade de acreditar na sobrevivência desse bebê incompleto. Esses achados corroboram os de Geara (2005), quando afirma que à medida que os dias passam e sinais de desenvolvimento adequado surgem no bebê, a mãe passa a acreditar que o seu bebê irá sobreviver, bem como os de Mittaag e Wall (2004) e Gaíva e Scochi (2005) que apontam que os genitores sentem-se mais confortados quando seu filho apresenta-se estável e eles podem assumir alguns cuidados básicos. A partir

desse momento, a ênfase dos cuidados da equipe médica passa a ser no processo de crescimento do bebê, o que estimula não só a mãe a cuidar do bebê, mas a equipe a orientá-la nos cuidados com o mesmo (Gaíva & Scochi, 2005).

No momento em que os genitores se sentem familiarizados, algumas atividades já podem ser realizadas por eles, tais como conversar com os bebês e pegá-los no colo (Mittaag & Wall, 2004). Nessa etapa, os genitores tornam-se mais seguros, relacionam-se melhor com o bebê e aumentam o tempo de contato com ele (Gaíva & Scochi, 2005). Esses achados podem também ser verificados no relato de Simone:

*Então eu ficava os turnos, sempre fazendo isso. Amamentando e fazendo bebê canguru...que eu achei importante fazer com eles; e Vitória: Eu ia lá e conversava com ela, dava mão pra ela...ela ouvia a minha voz... (...) Daí se acalmavam [ao ouvirem a voz da mãe].*

Quanto a essa crescente interação dos genitores com seus bebês, Mittaag e Wall (2004) referem que estes se sentem gratificados ao perceberem que seus filhos, um pouco maiores, mas ainda na UTI, interagem e fixam o olhar, demonstrando a percepção de sua presença. Sobre a importância da interação da díade para a construção da maternidade, pode-se lembrar Mathelin (1999), quando aponta a dificuldade experimentada por mães de bebês que não interagem, que não a gratificam e, portanto, não a “fabricam” mães.

Dessa forma, acredita-se que a UTI Neonatal tem o papel de acolher, proteger e cuidar para manter a sobrevivência do bebê, tal qual um útero materno. No contexto da prematuridade, a UTI Neonatal funciona como um intermediário entre a mãe e seu bebê, um útero revestido de aparelhos e equipamentos de alta tecnologia, capacitado para lutar pela sobrevivência desse bebê, enquanto a mãe aprende e prepara-se para os cuidados com ele. Conforme Wirth (2000), na UTI Neonatal os bebês estão entre a vida fetal e a vida exterior. Brazelton, Cramer, Kreisler e Shapi (1987) consideram que durante este período de tensão, os indivíduos buscam desenvolver novos recursos para lidar com o problema, quer recorrendo a suas reservas internas ou à ajuda de outros.

Entende-se, portanto, que o tema Vida-Crescimento foi intensamente afetado pela prematuridade dos bebês e a internação em UTI Neonatal, uma vez que o nascimento antes do tempo previsto e a necessidade de cuidados de um terceiro, a UTI, corroboraram as fantasias dessas mães de serem incapazes de garantir a sobrevivência de seu bebê intra-útero. Além disso, a fragilidade inerente



à condição de prematuro e o entorno que se faz necessário para mantê-lo vivo, impediram que as mães desempenhassem as tarefas iniciais nos cuidados de seus bebês, o que talvez possa ter sido a confirmação de seu temor de não ser suficientemente boa para o bebê.

Outro aspecto importante refere-se à alta hospitalar. Raquel voltou para casa com Ralph nos primeiros dias após o seu nascimento, pois o bebê não necessitou internação na UTI Neonatal. Em casa, teve que se deparar solitariamente com esse bebê real, supostamente frágil por ter nascido prematuro, conforme relata: *Mas em casa também foi difícil. Todo mundo, os que podiam ajudar trabalhavam, daí tinha que ficar junto comigo [o bebê], daí eu não podia me mexer [cesárea]*. Talvez Raquel tenha se desestabilizado emocionalmente nos primeiros dias com o bebê, demonstrando insegurança e angústia nos cuidados com ele:

*(...) daí tudo que eu fazia tava errado [referindo-se aos comentários de sua mãe]. Eu chorei bastante nos primeiros dias, chorei bastante...acho que foi uma semana assim, chorando. (...) só que a gente pensa, com os outros é tão fácil [cuidados com os sobrinhos].*

Conforme Mittaag e Wall (2004), esse momento é muito esperado, mas muito temido, pois, a partir dele, os genitores tornam-se responsáveis pelos cuidados com o seu bebê.

Já para Vitória e Simone, a vinda para casa com os bebês foi vivida com angústia e estresse. Vitória comenta que era *bastante coisa para dar conta*, pois Nicole apresentou dificuldade para mamar no peito, cólicas e refluxo, chorando a maior parte do tempo, sem que ela pudesse contar com o apoio de Marcos, ainda convalescente. Simone necessitou se adaptar a uma rotina especial, com babás, empregada doméstica, planilhas de controle dos cuidados com os bebês, sentindo-se sobrecarregada, com sua privacidade invadida e, talvez, o exercício da maternidade ameaçado, tanto pela doença da filha como pelo fato de ter outras pessoas ajudando a cuidar de seus filhos. Além disso, cada um dos bebês apresentou uma peculiaridade que a preocupou:

*(...) uma intercorrência pela Renata, que tá com refluxo e alergia a leite (...) momentos de muita dor; Foi uma situação muito estressante (...) mas foi um susto terrível [doença da Laura]; O Lucas me preocupou um pouquinho porque teve um período que ele demorava a olhar prá gente...ficava dormindo demais...*

Dados da realidade externa, tais como as doenças e a rotina criada provocaram momentos de estresse intensos, já que Simone estava constantemente

em estado de alerta, mostrando-se disponível, embora exausta e com sinais de depressão, chegando a ser medicada por sua terapeuta.

Quanto aos pais, a volta para casa com os bebês foi vivido também com estresse, angústia e medo, pois, daquele momento em diante, a responsabilidade nos cuidados dos bebês passou a ser do casal. Max, por sua vez, não faz alusão a esse momento.

O tema Relacionar-se Primário (Stern, 1997) contempla o envolvimento social e emocional da mãe com o bebê. No contexto da prematuridade do bebê, e também de seus pais, no que diz respeito a assumir os cuidados e responsabilidades inerentes ao *status* de pai ou mãe, Brazelton e Cramer (1992) consideram que uma imaturidade de duas semanas pode desencadear diferenças comportamentais, que tendem a influenciar as reações dos pais ao seu bebê, caso não sejam instruídos sobre algumas questões acerca da condição dos bebês. Em relação a esse tema, convém ressaltar que, os bebês de dois casais deste estudo haviam permanecido na UTI neonatal por, aproximadamente, 30 dias, sendo que nesse período foi necessário se deparar com a vulnerabilidade desses bebês e a constante ameaça de perdê-los. Essa condição mantinha as mães em estado de alerta e, certamente, influenciou a relação que se estabeleceu entre elas e seus bebês.

Em um levantamento de estudos sobre o relacionamento mãe-bebê no contexto da reprodução assistida, Makuch e Hardy (2002) constataram a escassez de pesquisas sobre o tema. Além disso, os achados das pesquisas sugerem que o relacionamento da díade nesse contexto parece ser semelhante ao relacionamento encontrado na díade mãe-bebê no grupo controle (gravidez espontânea). Outro estudo, que avalia esse relacionamento aos quatro meses do bebê (McMahon et al., 1997), aponta que as mães apresentam índice de autoconfiança reduzido em relação aos cuidados com o bebê, sendo que dentre as mulheres que necessitaram repetir os ciclos de tratamento, essa preocupação foi mais intensa. Esses achados foram atribuídos à alta expectativa dessas mulheres quanto ao seu desempenho como mãe, proveniente da dificuldade para engravidar. Por outro lado, comparadas às mães que engravidaram normalmente, apesar de sua preocupação, as mães FIV não relataram mais problemas no manejo com seus bebês.

No presente estudo, as dificuldades no manejo com os bebês, apontadas pelas participantes, ocorreram no período imediato à chegada em casa, conforme ilustram as falas abaixo:

*Então agora [aos 3 meses] é um outro momento...um momento melhor. Eu diria que agora, nesse período a gente se adaptou um pouco mais. No início foi mais difícil porque é uma rotina nova na casa; (Simone); Mas agora passou essa fase. Agora eu acho que ela tá na melhor fase (Vitória); No início, o primeiro mês foi complicado (...) aí depois de um mês ele ficou mais calmo (Raquel).*

Ao levarem os bebês para casa, Simone e Vitória referem algumas dificuldades no manejo com eles, em decorrência dos problemas de saúde apresentados, conforme comentam:

*E eu cheguei a um ponto que eu não agüentava mais ouvir ela chorar. Era uma coisa difícil assim. (...) eu tava estressada também...não tava aguentando. (...) Houve muito estresse no início (Simone); No início assim foi um pouquinho estressante... Assim, logo que ela veio prá casa foi um período bem difícil prá gente (...) eu não conseguia dormir (...) daí eu não conseguia acordar (...) ... na primeira noite tu não consegue dormir (Vitória).*

Tais dificuldades foram exacerbadas, possivelmente em decorrência dos problemas de saúde apresentados pelos bebês. Quanto à Raquel, sentir-se frágil e sem oportunidade de observar e aprender o manejo com um bebê prematuro, como as demais participantes, talvez tenha influenciado a sua vivência desse momento, conforme ilustra a sua fala: “(...) no início eu até achei que eu não ia ficar apavorada (...) não, mais no início mesmo [sentiu dificuldades]”.

Esses achados encontram apoio em Maldonado (2002), quando afirma que, no início, a relação mãe-bebê é pouco estruturada, não-verbal e intensamente emocional. Como a díade se conhece pouco, ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação, que facilite à mãe identificar as necessidades do bebê.

Apesar do medo, da insegurança, da situação estressante face à doença, das incertezas vividas na gestação e que agora se personificam, as mães deste estudo empenharam-se ao máximo, lutaram com todas as forças para cuidarem de seus bebês da melhor forma possível naquele momento, garantindo, assim, a sobrevivência dos filhos. Simone diz ter se sentido estressada e irritada, possivelmente pela sobrecarga de tarefas e responsabilidades nos cuidados com os bebês e pela mudança da rotina da casa, sempre com muitas pessoas circulando: *Eu me sentia exausta o tempo todo (...) Muito irritada...não com os bebês, mas*

*com as pessoas que estavam em volta (...) A casa cheia de gente o tempo todo.(...) Tu não tem mais privacidade como era antes.*

Os primeiros meses, embora angustiantes, foram também uma oportunidade de provarem para si mesmas que eram capazes de cuidar de seus bebês adequadamente e que tinham “coisas” boas dentro de si.

O medo de errar nos cuidados com os bebês e a insegurança foram temas comuns entre as três mães participantes, conforme pode ser observado em seus relatos:

*(...) porque eu não estou ainda suficientemente segura...porque eu não consegui impor o meu ritmo (Vitória); Eu não via o que tavam fazendo com os bebês (...)Eu tinha muita dificuldade de confiar no pessoal que trabalhava à noite. Fiquei muito desconfiada (Simone);...agora já estou me adaptando mais, antes eu...ficava sempre em cima dele, que daí eu tinha medo[que o bebê vomitasse, engasgasse](Raquel).*

O modo como as mães deste estudo relacionaram-se com seus bebês nesses três meses foi inicialmente permeado pelo temor de que esses bebês não sobrevivessem em decorrência de sua imaturidade orgânica e vulnerabilidade a algumas doenças, conforme pode ser verificado em suas falas:

*...e eu com a Nicole na UTI, eu tinha que ser forte...(...) foi um período bem difícil assim pra gente (Vitória); A menina Laura teve... uma situação...um certo risco (...) e corria o risco de se tu usar muito tempo [antibiótico] (Simone).*

Esses dados da realidade objetiva acabaram por intensificar, nessas participantes, os medos de perder o bebê e as fantasias já presentes durante a gestação, uma espécie de corporificação desse sentimento de incapacidade de manter a sobrevivência e o desenvolvimento de seu bebê. Dessa forma, sentimentos de raiva, culpa e depressão surgiram, como no caso de Simone, e estresse, como mencionado por Vitória e Raquel. Com o passar do tempo, a confiança em si mesmas foi lentamente instaurando-se, pois apesar das intercorrências iniciais, os bebês estavam vivos e desenvolvendo-se adequadamente.

Quanto aos pais, percebem-se também preocupações em relação à saúde do bebê e às possíveis seqüelas da prematuridade, que podem ser ilustradas pelas suas falas. Artur menciona que “*era difícil ver a menina com dificuldade de respiração, entubada (...) claro que tamos vendo se não vai ter nenhuma seqüela neurológica...(...) uma preocupação constante com eles... ocupa constante a tua cabeça*”.

Outra questão importante é a sensibilidade desses pais para captar as necessidades dos bebês, através de suas diversas formas de expressão, conforme encontrado nos relatos:

*(...) ela tem uma visão...é um troço fantástico...tá sempre olhando, espiando(...)  
Muito tranqüilo (...). E muito quietinha, também. (...) e aí ela se tornou muito irritável. (...)a gente se preocupou um pouco com um olhar meio fixo que ele tem...(...) é parecido comigo (Artur); Com o passar do tempo, Nicole tá mais acordada (...), foi fixando mais a visão, tentando enxergar uma coisa, balbuciando...(...) quando ela quer uma coisa, ela chora, ela berra, já desde pequenininha. (...) Aparentemente, bem tranqüila.(...) Parece que tá dando dor de barriga...será que não foi aquilo....(...) não imaginava que ia ser tão parecida comigo (Marcos).*

Quanto a Max, refere-se ao filho como *calminho* (...), e que

*todo dia tem uma coisa nova que está descobrindo, que ele tá descobrindo e a gente descobre junto (...) ele já tá interagindo mais comigo agora (...) De vez em quando ele dá aquelas choradinhas prá mamar, prá dormir...(...) balbuciando palavras...e dá umas risadas...Ele é parecido comigo, né?.*

Esses dados são corroborados pelo estudo de Coutinho e Morsch (2006), no qual os pais mostraram-se muito disponíveis afetivamente para os seus bebês, capazes de identificar suas necessidades físicas e afetivas. Sobre o mesmo tema, Oiberman (1994) resgata o termo “*engrossment*”, proposto por Greenberg e Morris em 1982, para descrever aspectos específicos do vínculo em desenvolvimento do pai com o seu bebê, que contemplam a atração pelo bebê, a percepção de que é “perfeito”, o orgulho e aumento da auto-estima. A autora (Oiberman, 1994) acrescenta que este é um potencial inato que o pai possui e se desenvolve no momento do nascimento de seu bebê. Implica estar totalmente absorvido pela presença do bebê; interessar-se e manifestar preocupação e interesse e emocionar-se por ter se tornado pai.

Essa capacidade dos pais de apaixonar-se pelo bebê, o “*engrossment*”, surge nas falas dos 3 pais:

*Pai bobão (...) o mais bobalhão (...) o cara perde a noção de perigo (Marcos); se tem algum aspecto negativo, eu fico me perguntando...É o dia ter só 24 horas (Artur); ...é muito gratificante...te dá um gás novo (Max).*

Neste momento, Marcos considera-se um excelente pai, o que é confirmado pelo seu envolvimento com a filha. Mostra-se “bobão”, isto é, um pai afetivamente envolvido, embora destaque que, nas tarefas do dia-a-dia, há certos momentos em que sente *preguiça*, mas quando há necessidade, divide as tarefas

com Vitória. Artur descreve-se como *aprendiz de pai*, referindo-se à paternidade como uma construção, com momentos emocionantes, como *fazer uma criança rir do nada*. Considera que a paternidade exige um certo “desprendimento”, que teve que ser aprendido por ele. Max aponta que, antes da gravidez de Raquel, não conseguia imaginar como seria ter um filho e cuidá-lo. Atualmente, avalia a experiência da paternidade como “gratificante”, pois consegue interagir com o filho. Avalia-se como *um bom pai...um não tão ótimo pai, ainda*. Através dos relatos dos pais, constata-se que passado o impacto da prematuridade dos bebês e, em dois casos, a necessidade de internação em UTI Neonatal, começa a surgir um sentimento de competência e confiança na sua capacidade de ser um bom pai. Conforme pode ser verificado, o estereótipo de pai ausente, que não se envolve com os cuidados e responsabilidades em relação ao filho, dá espaço a um novo pai, participativo, disponível emocionalmente e envolvido com o projeto parental. Além disso, a idéia de que não basta ser genitor, nem ser designado como pai para assumir o papel de pai e que a parentalidade é uma construção, conforme aponta Houzel (2004), é encontrada no relato dos pais deste estudo.

O terceiro tema proposto por Stern (1997), a Matriz de Apoio, contempla a rede de apoio capaz de proteger a mãe e garantir que possa dedicar-se ao seu bebê. Nesse período, a mãe necessita sentir-se cercada, apoiada, acompanhada, valorizada, apreciada, instruída e ajudada, de acordo com suas necessidades. A ausência dessa forma de apoio compromete a função materna.

Cada participante deste estudo se organizou de forma diversa para contar com o apoio familiar ou profissional, a fim de que aos bebês fossem assegurados os cuidados necessários naquele momento. Vitória contou com a ajuda da mãe na maior parte do tempo, pois Marcos estava convalescendo da cirurgia, conforme relata: *Eu tinha, não o apoio físico [do marido]...às vezes ele não podia pegar ela porque fez uma cirurgia...mas o apoio moral eu tinha...psicológico (...) Minha mãe também ficou aqui comigo*. Raquel teve o apoio do marido, da mãe e de irmãs, embora considere que a mãe *se atrapalhasse um pouco (...) a deixasse nervosa* e a criticasse. A situação de trigêmeos prematuros e com algumas complicações exigiu de Simone a busca por auxílio profissional, o que a fez contratar babás, conforme assinala: *A gente tem... a de dia [babá], tem de noite, tem plantonista*. Esporadicamente contava também com o apoio de uma tia e do

marido, que necessitava trabalhar para garantir financeiramente a permanência da estrutura preparada para os cuidados com os bebês, chamada por ele de “logística”

Destaca-se, nesse tema, a insegurança de Simone e Vitória em permitir que outras pessoas assumissem os cuidados com os bebês, mesmo que temporariamente, comentando que

*...eu tinha muita dificuldade de confiar no pessoal que trabalhava à noite...talvez, pelo fato que eu tinha que me retirar...(Simone); tem uma pessoa que ajuda aqui em casa, mas eu não deixo com ela. Assim, no máximo, se eu vou tomar um banho ela fica reparando a Nicole (Vitória).*

Pode-se supor que essa insegurança seja decorrente da prematuridade dos bebês e dos riscos de perdê-los vivenciados no período da internação. Além disso, há também a prematuridade dessas mães, isto é, o nascimento dos filhos foi antecipado, ocorreu numa situação emergencial, de risco e por meio de cesareana, necessitando permanecer um tempo longo na UTI Neonatal. Esta condição, como foi referido anteriormente, talvez tenha reforçado nessas mães sentimentos de culpa e de ser incapaz de garantir a sobrevivência desses bebês prematuros e incompletos, além do medo de perdê-los.

O contato dos bebês de Simone com visitas foi proibido pelo médico, em função da sua prematuridade. A ausência de familiares e amigos, uma rede de apoio importante nesse momento, foi vivida por ela como isolamento, pois seu *envolvimento era apenas com os trigêmeos*, necessitando outros contatos e trocas afetivas, o que é ilustrado em sua fala:

*Pela prematuridade dos bebês, o pediatra proibiu visitação, até completarem em torno de 2 meses, então a gente não teve assim essa oportunidade imediata, que nem a maioria dos casais tem, de um retorno social, né? Das pessoas virem, visitarem...aquela coisa que é boa também, que faz parte, né?...eu fiquei muito ilhada...*

Percebe-se que o tema Matriz de Apoio apresentou como características a insegurança frente à possibilidade de os bebês serem cuidados por outras pessoas, talvez vivido por Simone e Vitória como uma ameaça à sua condição de mãe, tão difícil de ser conquistada. Cabe questionar quais temores e fantasias habitam o interior dessas mães: não ser uma mãe “suficientemente boa”, vindo a ser substituída; não ser suficientemente encantadora para esses bebês, a ponto de ser trocada; ou que esses bebês não sejam bem cuidados, vindo a morrer.

Nesse momento, aos três meses do bebê, a questão de colocá-los na creche quando retornarem às suas atividades, ainda é assunto polêmico para as

mães. Embora Simone planeje levá-los para creche quando completarem oito meses, teme pelos riscos de doenças que podem ser adquiridas no convívio com outros bebês, demonstrando, ainda, perceber os filhos com frágeis, uma cicatriz deixada pela experiência da reprodução assistida e pela a prematuridade dos bebês. Além disso, há dificuldade em delegar a outros os cuidados com os bebês, o que já foi evidenciado nas constantes desavenças com as babás. Vitória pensa em levar Nicole para a creche apenas meio turno, pois no outro ficará em casa com ela. Raquel diz que preferiria deixar Ralph com sua mãe, mas por razões de doença de sua mãe, não será possível, então talvez o deixe em uma creche, embora acredite que a adaptação do filho será muito difícil para ela. Observa-se nas três participantes o receio de afastar-se dos filhos, talvez intensificado em decorrência do parto prematuro, vivido como abrupto, bem como das primeiras experiências com um bebê prematuro e vulnerável.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Bellini (2008), que aponta que aos três meses de vida dos bebês pesquisados, as quatro mães participantes do estudo não planejavam colocá-los na creche, manifestando diferentes motivos para tal. Aos oito meses, a ida do bebê para a creche fazia parte dos planos de apenas uma mãe, sendo que aos doze meses, duas mães manifestavam desejo de colocar o bebê na creche. Segundo a autora, até o final do primeiro ano de vida do bebê, as mães manifestaram com maior clareza seu desejo de retomar seu espaço e ser mais independente. Essa crescente individuação do bebê, de acordo com a autora, parece ter provocado o resgate da individualidade da mãe.

Assim como as mães, os pais ainda não possuem uma posição definida quanto à ida dos bebês para a creche. Artur pensa em colocar os bebês na creche apenas por volta dos dois anos, quando a imunidade já estará mais alta. Para Marcos, a creche no momento não seria a melhor alternativa. Sua opção seria deixar Nicole na casa de sua mãe, junto com uma babá, com o que Vitória não concorda. Deixar a filha sendo cuidada por uma babá em casa pode não ser seguro, pois não teriam controle sobre o que acontece nesse período, sendo o seu medo os maus-tratos com o bebê. Max planeja colocar Ralph na creche em torno dos 8 meses, mas não ainda não se decidiu, pois Raquel deseja ficar em casa cuidando do filho por bastante tempo.



Segundo Coutinho e Morsch (2006), o nascimento prematuro de um bebê desperta no pai novos medos e emoções. Além disso, necessita assumir novas tarefas e responsabilidades, proteger a díade mãe-bebê, continuar provendo a família e manter seus compromissos profissionais. Nesse sentido, Artur comenta sobre a sua necessidade de desempenhar diversas tarefas sem, no entanto, abandonar os compromissos de trabalho, que são o sustento da família, conforme ilustra sua fala:

*Pára criança, agora trabalho. Pára trabalho, agora é criança. Senão, tu não consegues fazer nada direito. (...) eu que tinha problema de me concentrar no trabalho (...) então, esse aspecto de provedor, tá indo bem...que é o papel masculino e da paternidade...e tem a parte afetiva...Eu não pretendo e nem posso fazer isso [trocar fraldas, dar banho todos os dias], senão cai o outro lado [financeiro] eu não conseguia ir... (...) me assustava.(...) Eu voltei prá minha terapia...(...) Tem mais gente na minha volta, mas mais solitário.*

Max mostra-se disponível, também, para garantir que a esposa possa cuidar adequadamente do filho, ao expressar “(...) daí ela me chama e pede para eu segurar ele, dar uma voltinha com ele...(...) Todo apoio no que eu posso. Se tiver que largar o trabalho prá levar ela ao centro, levar ele... acompanho tudo sempre”. Entretanto, por ser um momento em que se encontrava doente, Marcos necessitou ser cuidado, mas procurou manter-se sempre próximo à filha: *...eu fiquei muito perto, né?Mesmo com problema, mesmo com dreno... Era ruim porque eu não podia pegar ela no colo.*

No caso de Artur e Marcos é interessante observar que ambos necessitaram também de uma matriz de apoio que os ajudasse a enfrentar as dificuldades e tarefas inerentes ao momento. Artur buscou ajuda por meio de terapia e Marcos permaneceu em casa, convalescendo e sendo cuidado também pela esposa, o que demonstra a necessidade de se prestar mais atenção aos pais, já que eles também se sentem fragilizados, compartilham o mesmo sofrimento e angústias com as esposas, mas sentem que devem ser fortes para apoiá-las. Esses achados encontram respaldo no estudo de Coutinho e Morsch (2006), quando afirmam que os pais necessitam da existência de uma matriz de apoio a fim de que possam enfrentar as demandas do momento. Sobre esse tema, Brazelton e Cramer (1992) ressaltam que com a chegada do bebê, os pais têm de aceitar a transição de uma relação dual para triangular, o que os faz sentir-se abandonado, deixado de lado. Entretanto, essa necessidade de contar com apoio para poder então apoiar a esposa, não foi evidenciado em relação a Max. Cabe questionar se esse fato

ocorreu em função de Max não ter passado pela dolorosa experiência de internação em UTI Neonatal, o que o ajudou confiar mais na sua capacidade (e da esposa) de cuidar do filho. Nos outros casos, as cicatrizes deixadas pela reprodução assistida, prematuridade, nascimento abrupto, permanência do bebê na UTI Neonatal e a própria doença, que por si só, causa regressão, podem ter incrementado essa fragilidade.

O quarto tema proposto por Stern (1987) contempla a Reorganização da Identidade, que aborda a necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade, passando de filha para mãe, de esposa para mãe do filho do casal e de profissional para mãe de família. O processo de realinhamento psíquico desencadeado pelo nascimento dos bebês, conforme propõe Stern (1997), pode ser verificado nas mães deste estudo. O contexto em que essas mudanças de identidade e de *status* aconteceram foi permeado, também, pelo impacto do tratamento e da prematuridade, influenciando a reorganização da identidade de filha para identidade de mãe. Vitória, Simone e Raquel viveram essa mudança de status mantendo-se em estado de alerta, certificando-se sempre que os bebês estavam bem. Este fato chama a atenção neste estudo, uma vez que o medo de não conseguir garantir a sobrevivência do feto e depois do bebê e, assim, inviabilizar a maternidade, foi uma constante desde o tratamento.

Em relação aos pais, Coutinho e Morsch (2006) apontam que o nascimento de um filho demanda também ao homem a reorganização de sua identidade, o que ocorre por meio de um intenso trabalho mental. O homem passa ao lugar de pai, redirecionando seus investimentos afetivos e priorizando outras atividades. Neste estudo, os pais também assumiram o novo papel parental dedicando-se aos cuidados com os bebês, empenhando-se para que houvesse condições favoráveis para o seu desenvolvimento, conforme ilustram seus relatos:

*Coisa que eu faço muito bem e faço todos os dias é dar mamadeira... Aí forma aquela ligação...um outro tipo de ligação (Artur); Mas já troquei fralda, já fiquei sozinho com ela (Marcos); Porque é minha primeira vez de ter um filho, né? (...) A coisa agora é que tu tens uma pessoa a mais para cuidar e tudo. Tu tens mais responsabilidades (Max).*

Pode-se supor que, em relação a esses pais, a reorganização da identidade de filho para a de pai possa ter sido facilitada pelo “*engrossment*” (Oberman, 1994), a capacidade de apaixonar-se pelo bebê, de orgulhar-se, sentir-se atraído por ele, que são considerados aspectos importantes no desenvolvimento do

vínculo pai-bebê. Além da identidade de pai, há também que ser preservada a de marido. Em relação a isso, Artur conta que *Ainda com alguma dificuldade (...) a gente sai prá jantar uma vez por semana*. Já em relação a Marcos e Max, a identidade de marido não se apresenta de forma evidente.

Tendo em vista a análise dos relatos dos participantes deste estudo, constata-se que a vivência da constelação da maternidade ao longo dos três primeiros meses de vida do bebê foi marcada pelo impacto da prematuridade, reforçando medos relacionados ao contexto da reprodução assistida, já presentes desde a gestação. Assim como na discussão do eixo anterior (Eixo II), o tema Vida-Crescimento ocupou um espaço significativo na fala dos participantes e teve como questão primordial a ameaça de concretização da fantasia de perder o bebê, já presente no imaginário desses participantes desde a gestação.

O intenso medo de perder o bebê, expresso pelos participantes deste estudo durante a gestação, corre o risco de ser confirmado pela realidade externa, algo temido, mas já anunciado na gestação, o que pode ser associado à idéia trazida por Freud (1919) sobre a presença de algo reprimido, presente no inconsciente e que retorna, o qual vivenciamos como “estranho”. A experiência traumática da prematuridade dos bebês impõe uma nova realidade, na qual bebês e seus genitores são prematuros em decorrência de uma gestação interrompida precocemente, e que afeta a maneira como esses genitores vivem a constelação da maternidade e da paternidade com descrença na sua capacidade de produzir “coisas boas”, de ser incapaz de garantir a sobrevivência do bebê podem ser corroboradas pela realidade.

Além da constelação da maternidade, outras particularidades como o encontro entre o bebê imaginário e o bebê real, podem ser destacadas. Com o nascimento do bebê, os genitores tem que se enfrentar com diversas perdas e incertezas, tais como a perda de uma parte de si mesmos, confronto com um vazio súbito, nem sempre preenchido pela presença do bebê, perda do sentimento de plenitude da gravidez, perda dos pais da infância, perda da condição de filho (Behs, 1998), bem como necessitam elaborar a perda da criança idealizada (Mittaag & Wall, 2004). É preciso renunciar ao bebê imaginário para dar lugar ao que é real, cujo aspecto, impressão e, algumas vezes, sexo não são como havia sido antecipado (Raphael-Leff, 1997; Maldonado, 1997). Segundo Behs (1998), mesmo na situação de reprodução assistida, o bebê imaginário dará lugar ao

aparecimento do bebê real, na medida em que for aceito em sua originalidade e individualidade como parceiro na construção desse encontro.

Em relação às participantes deste estudo, percebe-se que Vitória e Simone necessitaram se deparar com seus bebês reais repentinamente, em função do cenário que se estabeleceu. O bebê imaginário sonhado por cada uma delas foi confrontado repentinamente com o bebê real, prematuro, com necessidade de cuidados especiais em função de prematuridade e de doença, como no caso de Laura, bebê de Simone e Artur. Quando o bebê é prematuro, esse ajuste ao bebê real é ainda maior (Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). Pode-se inferir que esse confronto ocorreu de forma adequada com as participantes deste estudo, tomando-se como base a maneira como lidaram com aspectos da realidade externa, tanto nos dias em que os bebês permaneceram na UTI, quanto após a sua alta, sem permitir que a angústia, o medo e as incertezas as paralisassem ou interferissem no estabelecimento do vínculo com seus bebês. Já Raquel, que foi para casa com seu bebê prematuro, sem ter tido a experiência da UTI Neonatal, parece ter enfrentado os primeiros desafios da maternidade com ansiedade, insegurança, sentimento de incompetência e tristeza, conforme relata: “(...) *daí tudo que eu fazia tava errado [crítica de sua mãe]; (...) acho que foi assim, uma semana chorando*”.

Confrontar o bebê real, prematuro, com o bebê imaginário foi também difícil para os pais. Max refere que “*Dentro da barriga é uma coisa...depois que tu tens ele nas mãos é uma coisa bem diferente*”. O susto de Artur é identificado ao dizer que “*Quando a Laura nasceu, um...um pouco pálida (...) depois eu fiquei muito nervoso*”, enquanto Marcos “*não imaginava que a filha fosse tão parecida, branca, transparente*”.

O relacionamento do bebê com seus genitores é permeado por uma rede de significados. Ao menor gesto ou vocalização é atribuído um enorme significado e dessa forma o bebê é introduzido no mundo simbólico dos adultos, o que acaba por rotular seu comportamento (Brazelton & Cramer, 1992). Neste estudo percebe-se que as mães atribuem significados aos comportamentos e expressões faciais dos bebês, revelando o quanto estão em sintonia com seus filhos, tais como:

*Adora passear de carro, né filha? (...) muito mimosa, tranqüila, muito doce*  
(Vitória); *A Laura tem um olhar muito interessante...(...) ela é muito delicada(...)*  
*toda mimosa e tem um sorriso muito lindo; O Lucas é dengoso...muito dengoso (...)*

*É uma coisa de sorriso, assim, que linda, iluminada; Porque não era um choro qualquer...eram 2, 3 horas urrando e arranhando e tu tentava e não havia posição; A Renata, me chama a atenção a personalidade...personalidade super forte, né? Ela deixa bem claro as coisas que ela não gosta. Se ela não gosta, ela berra...se posiciona (Simone); (...) ele é um pouco irritado... se ele quer fazer alguma coisa que eu não quero, ele já se estressa, ele briga, ele reclama...já tem a autoridade dele.*

Em relação aos pais, atribuições ao comportamento do bebê são também realizadas, conforme ilustram as falas a seguir: “*Bah, filha... já quer mandar em mim? (Marcos); Já o nosso furacão... [Renata]; ...o outro irmão chora, ela chora junto pra ajudar...(Artur)*”. Já Max, comenta que gosta de “*ver as reações dele*” enquanto brincam, sugerindo que atribui a elas um significado, que lhe permite levar adiante a comunicação.

Examinando o processo de tornar-se pai e mãe, sob a perspectiva da constelação da maternidade e da paternidade, conforme proposto anteriormente, observa-se que o medo de perder o bebê e o sentimento de não ter/gerar “coisas boas” dentro de si, permeou a experiência desses casais em cada um dos quatro temas da constelação.

Considera-se que a experiência da infertilidade tenha afetado a crença não só das mães, mas também dos pais, na sua capacidade de gerar e manter vivo um bebê. Inicialmente, aceitar a identidade de casal “grávido”, fértil, foi difícil, pois caso a gestação não se confirmasse, poderia transformar-se em mais desilusão e frustração. O constante medo de perda desse bebê, e, em contrapartida, estar atenta e monitorar qualquer “sinal” de perigo durante a gestação de, tornou-se o fio condutor dessa trajetória. A permanência na UTI Neonatal corroborou esse medo. Talvez o sentimento de amar esse bebê e ser amado por ele, tenha sido abalado após o nascimento desse bebê, em função da prematuridade e, em dois casos, da internação. Portanto, a vivência desse período provocou uma demanda psíquica imensa nesses casais.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos ocorridos na área da medicina reprodutiva propiciaram aos casais a possibilidade de realizar o projeto parental. Entretanto, a maneira de alcançar esse projeto, por meio de reprodução assistida, diferencia-se da gravidez espontânea, que ocorre por meio de relações sexuais. No contexto da reprodução assistida, a procriação está dissociada do sexo. Na verdade, prescinde dele. Sendo assim, a busca pelo projeto parental tem seu início de forma diferenciada, com a inclusão de um terceiro na relação, o médico, além do estigma da infertilidade, que deixa marcas na trajetória desses indivíduos rumo à parentalidade.

Tornar-se pai e tornar-se mãe por meio de tratamentos de reprodução assistida exige um certo desnudamento do homem e da mulher. Dele, ao coletar sêmen em um banheiro público, por exemplo, com o único objetivo de ser pai. Dela, ao expor-se a inúmeros exames invasivos e seguir prescrições rigorosas, além de receber dosagens hormonais elevadas. O sucesso do tratamento os torna “grávidos” não só de um bebê, mas também de esperança. Esperança e medo de acreditar que possam levar adiante o tão desejado projeto de vida: ser pai, ser mãe. Portanto, em função da relevância do cenário em que os indivíduos se tornam pais e mães, a transição para a parentalidade neste contexto foi o objetivo central deste estudo.

A gestação neste contexto foi vivida pelos futuros genitores com temor de que o bebê não sobrevivesse nesse útero sentido como frágil ou de que nascesse com alguma deficiência. Uma forte identificação com esta situação de urgência me invadiu. O medo de que a segunda parte da entrevista na gestação não pudesse ser realizada pela iminência de parto prematuro, mobilizava angústias frente à possibilidade de não conseguir todas as entrevistas com os casais antes do parto, equivalente, talvez, ao medo experienciado pelas participantes de que o quarto do bebê, o enxoval e os demais preparativos não estivessem prontos no momento do nascimento do bebê. Sentimentos contratransferenciais como sono, cansaço e sensação de estar invadindo a privacidade desses casais foram, por vezes,

mobilizados.

Cabe aqui lembrar que este estudo faz parte de um estudo maior, intitulado *Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida*, no qual diversos pacientes foram entrevistados e, posteriormente, selecionados, sendo que raros foram os pacientes que se recusaram a participar do estudo. A grande maioria expressou um forte sentimento de gratidão pela equipe médica, sendo que alguns apontaram que participar de uma pesquisa sobre o tema seria uma forma de colaborar para que outros participantes pudessem ser beneficiados com as suas vivências. Diversas foram as situações surgidas durante o período de coleta de dados. Houve um caso em que os bebês nasceram prematuramente na véspera da entrevista a ser realizada em outra cidade; outro, em que o encontro foi interrompido em função de fortes dores e sangramento relatados pela gestante; outro, em que a necessidade de repouso absoluto impediu a continuidade do processo, dentre outras intercorrências. Entretanto, os casais que permaneceram no estudo mostraram-se disponíveis e interessados em colaborar.

Em relação a esse aspecto, o momento das entrevistas foi descrito por um dos casais como uma possibilidade de escuta de si mesmos, uma oportunidade de reflexão sobre a trajetória percorrida, surgindo questões até então não pensadas por eles. O agradecimento desse casal pelos momentos de reflexão reforça a importância de um acompanhamento a esses pacientes com histórias de vida às vezes difíceis, que se somam à sofrida experiência da infertilidade, dos procedimentos, das incertezas quanto à gravidez, assim como ao seu desempenho enquanto progenitores. Dispor-se a compartilhar sua história com alguém desconhecido, revivendo na memória situações dolorosas, requer coragem, desprendimento e a minha gratidão.

Foi possível testemunhar o esforço feito por eles para poderem manter os custos financeiros, físicos e emocionais necessários, desde o tratamento e mesmo após o nascimento do bebê, além do freqüente desgaste no relacionamento conjugal. Reservas financeiras, empréstimos, venda de bens, foco exclusivo no projeto parental em detrimento de qualquer outro investimento afetivo, são fragmentos dos relatos desses participantes, que configuram a determinação para realizar o desejo de tornar-se pai e mãe. Apesar das dificuldades enfrentadas, cabe questionar o motivo desses participantes descartarem outras possibilidades de

exercício da parentalidade, como a adoção, ou então optarem por seguir a vida sem filhos.

Essas questões apontam para a importância dada por esses casais ao vínculo genético com os filhos, mesmo que apenas com um deles, o pai ou a mãe, como no caso de ovodoação. Neste caso, é interessante lembrar que a aceitação da família do pai foi positiva porque a doação foi de óvulos e não de espermatozoides, segundo comenta o casal. Outro aspecto interessante foi o fato de poder compartilhar as expectativas, os sentimentos desses progenitores e alguns aspectos do bebê imaginário durante a gestação e mais tarde poder ser apresentada a esse bebê como alguém “que já me conhece desde a barriga”. O sentimento é de cumplicidade, alegria e uma certa estranheza pela sensação de já conhecer parte da história desse bebê .

Houve necessidade de organizar e processar as diversas informações provenientes da literatura médica, conhecer a rotina do Setor de Reprodução Assistida do Hospital, bem como os profissionais envolvidos nesse setor. Quem eram os profissionais envolvidos? Em especial a Mary, a auxiliar com “mãos quentinhas”, uma espécie de anjo da guarda, que segura as mãos das pacientes, as tranquiliza e permanece ao seu lado na hora da coleta dos óvulos ou da “transferência”. Como ocorre essa transferência? E o laboratório que acolhe e manipula os gametas? Questionamentos como esses me levaram a assistir alguns procedimentos, conversar com as profissionais envolvidas, observar óvulos fertilizados no microscópio, além das pacientes durante o tratamento, na tentativa de dar um sentido ao que a literatura trazia e aos relatos, muitas vezes detalhados, dos participantes.

A partir da produção científica disponível nos bancos de dados acessados, verifica-se que a literatura aborda predominantemente os temas infertilidade, seu tratamento e, principalmente, o insucesso das técnicas de reprodução assistida, sendo que estudos sobre a parentalidade nesse contexto são escassos. Além disso, privilegiam métodos quantitativos, com grandes amostras e utilização de escalas, que apontam a presença ou ausência de fatores que influenciam a parentalidade. Dessa forma, aspectos da experiência subjetiva desses indivíduos não são apontados para que possam ser compreendidos e significados.

Foi possível perceber também, que as cicatrizes deixadas pela infertilidade e seu tratamento permaneceram como pano de fundo da gestação e dos primeiros



meses de vida do bebê. Sentimento de incapacidade e descrença na possibilidade de gerar “coisas boas” dentro de si, tanto do homem como da mulher, foram constantes. Portanto, os achados deste estudo corroboram a literatura (Balmaceda et al., 2001), quando apontam que as participantes vivem o período gestacional com intenso medo de perder o bebê, o que demonstra ser a gestação para essas mulheres uma transição entre a experiência da infertilidade e a experiência da maternidade em potencial. Em relação aos dados analisados, chama a atenção que nos três casos deste estudo houve parto prematuro, fato bastante frequente nas gestações decorrentes de reprodução assistida, principalmente nas gestações múltiplas (Söderström-Anttila, 2001; Colpin et al., 1999), mas não obrigatório (Balmaceda et al., 2001). A interrupção abrupta da gestação impede a mãe que se prepare psicologicamente para o término da gestação, despertando sentimentos de incapacidade e frustração de suas expectativas. No contexto da reprodução assistida, esses sentimentos, associados ao medo de não ser capaz de garantir a sobrevivência ou a saúde do bebê, se fizeram presentes desde o início da gestação.

Entretanto, percebe-se que o tema da prematuridade não tem sido investigado nos estudos, o que talvez ocorra em função do método priorizado, quantitativo, que não permite o acesso à vivência subjetiva desses progenitores. Quanto às mães deste estudo, observa-se que a prematuridade é vivida por elas de forma antecipada, isto é, o medo de não conseguir garantir a sobrevivência do bebê intra-útero e o medo de perdê-lo são temores já anunciados desde a gestação.

A realização deste estudo em dois momentos, no último trimestre da gestação e após o nascimento do bebê, possibilitou acompanhar, de forma longitudinal, etapas importantes relativas ao processo de tornar-se pai e mãe nesses genitores. O método escolhido, qualitativo, possibilitou a expressão e a compreensão das vivências subjetivas desses casais, conferindo amplitude à discussão dos achados. Entretanto, acredita-se que um acompanhamento longitudinal mais prolongado, que acompanhe o desenvolvimento do bebê e o exercício da parentalidade, nos moldes do Estudo Longitudinal Europeu (Golombok et al., 1996; Golombok et al., 2002), seria enriquecedor.

A apresentação e a discussão dos resultados organizadas em eixos temáticos buscou compreender a vivência dos participantes deste estudo a partir de questões teóricas, possibilitando uma reflexão que aproximasse o leitor da riqueza desses dados. Esta investigação aponta que a transição para a

parentalidade no contexto da reprodução assistida apresenta peculiaridades. Dentre elas, encontra-se o medo de perder o bebê, presente ainda no último trimestre de gestação, período em que as mães, em especial, preocupam-se com o parto e com os preparativos para a chegada desse bebê. É interessante observar, também, que esse medo é o anúncio da interrupção abrupta da gestação e a chegada de um bebê prematuro, que demanda cuidados especiais. É a fantasia de não ser capaz de manter esse bebê em seu útero.

Entende-se que tornar-se pai e mãe é uma construção. O indivíduo não nasce pai ou mãe, nem mesmo se torna com o nascimento de um bebê geneticamente relacionado a ele. É preciso construir a parentalidade, na relação com o bebê. Nos casos de infertilidade, acredita-se que, desde a sua constatação, tanto o homem quanto a mulher sofrem com a impossibilidade de não poder ter filhos. Essa constatação possui desdobramentos que invadem outras áreas da vida do sujeito e que permanecem, ainda que de forma sutil, mesmo após o sucesso do tratamento. O longo percurso dos genitores até o nascimento do bebê nesse contexto é permeado de medos, ansiedades e dúvidas em relação à sua capacidade de cuidar desse bebê adequadamente, o que se apresentou neste estudo como uma particularidade desses genitores ao longo desse processo. Espera-se, portanto, que este trabalho tenha contribuído para a compreensão do processo de tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida e, dessa forma, para auxiliar outros profissionais que lidam com essa temática a compreenderem a complexidade desse momento.

Entende-se que este estudo apresenta limitações. Embora tenha sido possível acessar as vivências desses genitores através das entrevistas, acredita-se que poderia ser enriquecedor o acompanhamento dessa tríade também por observação.

Apesar da vasta literatura sobre infertilidade, privilegiando casos de insucesso, nos quais as técnicas de reprodução assistida não puderam auxiliar esses casais a obterem a gestação tão desejada, estudos sobre o processo de construir-se pai e mãe após o tratamento são escassos. Ressalta-se que a inclusão do pai em alguns estudos, demonstra a importância da presença da figura paterna junto à díade, não como um papel secundário, mas complementar, sugerindo que a vivência do pai acerca desse período possa ser compreendida como uma “constelação da paternidade”.

Constatada a relevância desse contexto e suas prováveis implicações para a construção da parentalidade, sugere-se que os casais que se submetem a tratamentos por reprodução assistida possam ter um espaço de escuta que privilegie o acolhimento, a compreensão e a instrução, e assim, dar sentido ao que vivem e sentem. Dessa forma, pode-se sugerir estudos longitudinais de intervenção com casais que obtiveram sucesso no tratamento com técnicas de reprodução assistida, que visem acompanhá-los da gestação ao primeiro ano de vida do bebê, no qual o psicoterapeuta seja um aliado na formação de sentidos ao longo dessa trajetória de construção da parentalidade.

## REFERÊNCIAS

- Aldape, D. L. C. (2006). La depresión materna: una interferencia para la construcción de la parentalidad. In L. T. L. Solis-Ponton, Becerra & M. Maldonado-Durán (Eds.), *La cultura de la parentalidad: antídoto contra la violencia y la barbarie* (pp. 221-240). México: Manual Moderno.
- Andreani, G., Custódio, Z. & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. & La Sala, G. B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in vitro fertilization: Exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14(12), 3126-3132.
- Balmaceda, R., Fernández, O., Fernández, E., Fabres, V., Huidobro, A., Sepúlveda, J., & Zegers, F. (2001). *Tener un hijo: Conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla*. Santiago: Publicações Técnicas Mediterrâneo.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliot, R. (1994). *Research Methods in Clinical Counselling Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Behs, B. S. (1998). Bebê Real x Bebê Imaginário. *Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana*. Porto Alegre: 61-65.
- Bellini, L. (2008). *A vivência materna do processo de separação-individação mãe-bebê no primeiro ano de vida até a entrada na educação infantil*. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Bittelbrunn, A. (2000). *Indivíduos férteis e inférteis frente aos tratamentos para a infertilidade*. Unpublished master thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A. & Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in vitro fertilization: Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13(11), 3262-3267.

- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 63-70.
- Brasileiro, R., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2002). Papéis de gênero, transição para a paternalidade e a questão da tradicionalização. *Psico*, 33(2), 289-310.
- Brazelton, T. B. (1987). O bebê: parceiro na interação. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schäppi & M. A. Soulé. (Orgs), *A dinâmica do bebê* (pp. 9-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações* (M. B. Cipolla Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Brazelton, T. , Cramer, B., Kreisler, L. & Shäppi, R. (1987). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burns, L. (2005). Psychological changes in infertility patients. In A. Rosen & J. Rosen (Eds.), *London Frozen Dreams: Psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction* (pp. 3-29). Nova York: The Analytic Press.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In Correa, L. (Org.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* . (pp. 205-214). Brasília, L. G. E Editora.
- Colarusso, C. A. (1990). The third individuation: The effect of biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 179-194.
- Colpin, H., De Munter, A. & Vandemeulebroecke, L. (1998). Parenthood motives in IVF-mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19(1), 19-27.
- Costa, T. (2008). *E por que não a adoção ou ficar se filhos? O desejo da maternidade no contexto da reprodução assistida*. In M. D. de Moura (Ed.), *Vivências em tempo de reprodução assistida – O dito e o não-dito*. (pp. 109-120). Rio de Janeiro: Revinter.
- Coutinho, H. R. B. & Morsch, D. S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(1), 55-69.

- Cox, S. J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G. & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after succesful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 85(1), 84-89.
- David, G. (2000). La filiation dans les procréations assistées avec don de gamètes. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 29(3), 323-325.
- De Barros, S. M., Menandro, P. R. M. & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTI Neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18.
- Debray, R. (1988). *Bebês-mães em revolta* (2ª. Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- De Martini, T. A. D. (1999). *A transição para a paternidade: expectativas, sentimentos e síndrome de couvade dos futuros pais ao longo da gestação*. Unpublished master dissertation. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Edelmann, R. J. & Connoly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 365-375.
- Farinati, D. (2005). *Qualidade de vida, estresse e estratégias de coping em homens e mulheres submetidos a tratamentos de reprodução assistida*. Unpublished masther's thesis, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Ro Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Ferriani, R. & Navarro, P. (2004). *Protocolos de Conduta em Infertilidade Conjugal*. São Paulo: Conexão Brasileira de Computação Gráfica Ltda.
- Filetto, J. N. (2004). *Vivências de homens e mulheres após o fracasso da fertilização in vitro*. Campinas. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, Brasil.
- Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, G. H. W. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 89(5), 1103-1112.
- Freud, S. (1979). Sobre o Narcisismo. A História do Movimento Psicanalítico. Artigos sobre Metapsicologia e outros trabalhos. In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol.14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1914)

- Frota, M. A., Campos, A. C. S., Pimentel, Z. B. & Esteche, C. M. G. C. E. (2007). Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enfermagem*, 12(3): 323-329.
- Furman, I., Devoto, L., Ramos, A., Urmeneta, L., Vantman, B. & Fuentes, A. (1997). Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 9-14.
- Gaíva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448.
- Geara, F. T. (2005). Aspectos comportamentais da família e do recém-nascido de alto risco. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 1(2), 35-43.
- Gerrity, D. A. (2001). Five Medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors. *The Family Journal*, 9(2), 140-150.
- Gibson, F., Ungerer, J., Tennant, C., & Saunders, D. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after *in vitro* fertilization. *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-574.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M., Guerra, D., Mantovani, A., Van Hall, E., Crosignani, P., & Dexeus, S. (1996). The European Study of Assisted Reproduction Families: Family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11(10), 2324-2331.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M., Guerra, D., MacCallum F., & Rust, J. (2002). The European Study of Assisted Reproduction Families: The transition to adolescence. *Human Reproduction*, 17(3), 830-840.
- Golombok, S., Olivennes, F., Ramogida, C., Rust, J., Freeman, T. & The Follow-up team (2007). Parenting and the psychological development of a representative sample of triplets conceived by assisted reproduction. *Human Reproduction*, 22(11), 2896-2902.
- Greenfeld, D. & Klock, S. (2001). Transition to parenthood among *in vitro* fertilization patients at 2 and 9 months postpartum. *Fertility Sterility*, 73(3), 626-627.

- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W. & Rowe, H. J. (2008). Women's experiences of childbirth and post-natal healthcare after assisted conception. *Human Reproduction*, 23(7), 1567-1573.
- Hjelmsted, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(1), 42-48.
- Hjelmstedt, A., Widström, A., Wramsby, H., & Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 153-162.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful *in vitro* fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254-1264.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. & Möller, A. (2006). First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295-3302.
- Houaiss (2008). *Míni Houaiss: dicionário da Língua Portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In M. C. P. Silva & L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jessner, L., Weigert, E. & Foy, J. L. (1983). El desarrollo de las actitudes parentales durante el embarazo. pp.213-250. In E. J. Anthony & T. Benedek (Orgs.), *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Johansson, M. & Berg, M. (2005). Women's experiences of childness 2 years after the end of *in vitro* fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58-63.
- Kee, B. S., Jung, B. J. & Lee, S. H. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(8), 445-448.
- Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Klerk, C., Macklon, N.S., Heijnen, E.M.E.W., Eijkemans, M.J.C., Fauser, B.C.J.M., Passchier, J. & Hunfeld, J.A.M. (2007). The psychological impact



of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Human Reproduction*, 20(9), 2554–2558.

Klock, S., & Greenfeld, D. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patient during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility Sterility*, 73(6), 1159-1164.

Lamy, Z. C., Gomes, R. & Carvalho, M. (1997). A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Jornal de Pediatria*, 73(5), 293-298.

Laredo, I. G. & Dresdner, R. C. W. (2003). *Porque deseamos ser padres: Reproducción asistida*. Buenos Aires: Ed. Irojo.

Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia em ciências humanas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista* (F. Vidal, Trans). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1983)

Lebovici, S. (1992). Maternidade. In G. Costa & G. Katz (Eds). *Dinâmica das relações conjugais* (pp. 41-61). Porto Alegre: Artes Médicas.

Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In M. C. P. Silva & L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 21-27). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

MacCallum, F. (2008). *Embryo donation parent's attitudes towards donors: Comparison with adoption*. *Human Reproduction Advance Access*, 13, 1-7.

Makuch, M. Y. (2001). *Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP*. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, Brasil.

Makuch, M. Y. & Hardy, E. (2002). Mother-child relationship after in vitro fertilisation. *Gynaecology Forum*, 7(4).

Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Ed. Saraiva.

Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Cia. De Freud.

Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto* (P. C. Ramos, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four-months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 68(3), 492-500.
- McMahon, C., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., & Tennant, C. (2003). Parents of 5-year-old in vitro fertilization children: Psychological adjustment, parenting stress, and the influence of subsequent in vitro fertilization treatment. *Journal of Family Psychology*, 17, 361-369.
- Melamed, R. M. M. (2006). *Infertilidade: sentimentos que decorrem*. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Eds.). *Psicologia em Reprodução Assistida: Experiências brasileiras* (pp.71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Melamedoff, S. G. (2005). *Esterilidad - aspectos médicos, psicológicos y vivenciales*. Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.
- Michelon, J., Farinati, D., Crestani, A., Polanczyc, A., Uratani, F. & Crossetti, T. (2004). O impacto emocional da infertilidade conjugal. *Scientia Médica*, 14(1), 67-70.
- Mittaag, B. F. & Wall, M. L. (2004). Pais com filhos internados na UTI Neonatal – sentimentos e percepções. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 6(2), 134-145.
- Morales, A. (2004). Os predicados da parentalidade adotiva. In M. C. P. Silva & L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 195-201). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Moreira, N. T., Melo, C. O. M., Tomaz, G. & Dantas de Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 358-364.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF. (1998a). *Entrevista de Dados Demográficos do Casal*. Unpublished Instrument, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF. (1998b). *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante*. Unpublished Instrument, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF. (1998c). *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai*. Unpublished Instrument, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

- Núcleo de Infância e Família – NUDIF. (1999a). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Unpublished Instrument, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF. (1999b). *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade*. Unpublished Instrument, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Oiberman, A. (1994). La relación padre-bebe: una revisión bibliográfica. *Ver. Hosp. Materno Infantil Ramón Sarda*, XIII(2), 66-72.
- Palácios, E., Jadresic, E. M., Palácios F., Miranda, C. & Dominguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 67(1), 19-24.
- Passos, E. P., Almeida, I. C. A. de & Fagundes, P., A. P. (2007). *Quando a gravidez não acontece*. Porto Alegre: Artmed.
- Piccinini, C. A., Gomes, A., Lopes, R. C. S. & Moreira, I. (2004a). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. C. S. & Tudge, J. (2004b). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22(1), 295-304.
- Repokari, L., Punamäki, P., Poikkeus, S., Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, F., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction*, 20(11), 3238-3247.
- Repokari, I., Punamäki, R. I., Unkila-Kallio, I., Vilksa, S., Poikkeus, P. P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, A. (2007). Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.

- Rodríguez, B. M. (1996). *El hijo inconcebible*. Buenos Aires: Editorial Tekné.
- Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: Desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sandelowski, M., Harris, B. G. & Holditch-Davis, D. (1990). Pregnant moments: The process of conception in infertile couples. *Research in nursing & Health*, 13(5), 273-282.
- Stanton, F. & Golombok, S. (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 14, 153-158.
- Seger-Jacob, L. (2000). Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida. Unpublished doctoral dissertation. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Seger-Jacob, L. (2006). Estresse na gênese e no tratamento da infertilidade. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Eds.), *Psicologia em reprodução assistida: Experiências brasileiras* (pp. 121-153). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seibel, D. (2006). Pensando a ovulação – dilemas e desafios. In R. Melamed, Quayle, J. (Eds.), *Psicologia em Reprodução Assistida: Experiências Brasileiras*. (pp.155-166). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Serafini, P. & Motta, E. (2004) *Grávidos: A realização do sonho de ter um filho*. São Paulo: Editora Gente.
- Serafini, P., White, J., Petracco, A. & Motta, E. (1998). *O bê a ba da infertilidade*. São Paulo: Organon.
- Serra, A. & Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização *in vitro*. *Análise Psicológica*, 24(2), 149-154.
- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 561-573.
- Slade, P., Emery, J. & Lieberman, B.A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12(1), 183-190.
- Södertröm-Anttilla, V. (2001). Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human Reproduction Update*, 7(1), 28-32.
- Souza, M. C. B, de. (2008). Infertilidade e Reprodução Assistida: “Este tal desejo de ter um filho”. In Souza, M. C. B., de Moura, M. D. & Grynszpan, D.

- (Eds.), *Vivências em tempo de reprodução assistida – O dito e o não-dito*. (pp. 1-6). Rio de Janeiro: Revinter.
- Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In M. C. P. Silva & L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 29-40). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Stake, R. E. (1995). *The art of the case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Sydsjö, G, Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: A prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17(12), 3342-3250.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento* (M. N. B. Benetti, Trans.). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Tamanini, M. (2003). *Do sexo cronometrado ao casal infértil*. In M. Grossi, R. Porto & M. Tamanini (Eds.), *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. (pp. 123-136). Brasília: Letras Livres.
- Ulrich, D., Gagel, D. E., Hemmerling, A, Pastor V.-S. & Kentenich, H. (2004). Couples becoming parents: something special after IVF? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 99-113.
- Urdapilleta, L. (1998). Duelos en infertilidad. *Journal of Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas*, 56(1), 47-54.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat F. W. & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. (Original Published in 1987)
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise - obras escolhidas* (D. Borgomoletz, Trans.). RJ: Imago. (Original Published in 1958)

- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In N. A. Caron (Org.), *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weiss, T. K. (2006). O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In R. Melamed, Quayle, J. (Eds.), *Psicologia em Reprodução Assistida: Experiências Brasileiras*. (pp.105-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.

## ANEXO A

**Entrevista de Dados Demográficos do Casal**  
(NUDIF, 1998b)

**Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você e seu marido:**

Esposa:

- Nome:.....
- Data de Nascimento..... Idade:.....
- Escolaridade (ano concluído):.....
- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não
- Estado civil: ( ) casada ( ) separada ( ) solteira ( ) viúva ( ) com companheiro
- Mora com o pai do bebê? ( ) sim ( ) não Desde quando:.....
- Quem mais mora na casa?.....
- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada Desde quando?.....
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:.....
- Grupo étnico:.....
- É a tua primeira gravidez?.....(se não for) tens outros filhos?.....
- Como foram as outras gravidezes? ..... Alguma delas foi por TRA? .....
- Com quantos meses tu estás?.....
- Como está a tua saúde durante a gravidez?.....

Marido

- Nome:.....
- Data de Nascimento..... Idade:.....
- Escolaridade (ano concluído):.....
- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não
- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregado. Desde quando?.....
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:.....
- Grupo étnico:.....
- É a primeira vez que a tua esposa/companheira esta grávida de ti?.....
- (Se não for) Como foram as outras gravidezes? ..... Alguma delas foi por TRA? .....
- Tens outros filhos?.....

Endereço para contato:.....

Cidade:.....CEP:..... Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa: ..... Marido: .....

## ANEXO B

### Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante

(Adaptado de NUDIF, 1998c)

**1. Eu gostaria que tu me falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora.**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Esta   a tua primeira gravidez?
- Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
- Como te sentiste no início e agora no final da gravidez? Em termos físicos e emocionais.
- Quais as tuas preocupa es em rela o   gravidez e ao bebê?
- Como te sentes em rela o ao parto?
- Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?
- Tu tens ido ao médico para acompanhar a gravidez? Quantas vezes tu já foste?
- Já fizeste alguma ecografia? Como te sentiste ao ver o bebê?
- Como estás te sentindo em rela o às mudanças do teu corpo?

**2. Tu poderias me contar como tem sido para o teu marido, desde que soube da gravidez até agora?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como ele reagiu   notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nele?
- E no relacionamento de vocês?
- Quais as preocupa es dele em rela o   gravidez e ao beb ?
- Que tipo de apoio você tem esperado dele durante este período?
- Que tipo de apoio ele tem te oferecido?

**3. Tu poderias me contar um pouco sobre a rea o da tua família e a família do teu marido em rela o   gravidez?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como a tua família reagiu em rela o   tua gravidez? (ex.: tua mãe e teu pai)
- Como reagiu a família do teu marido? (ex.: tua sogra e teu sogro)
- E os teus amigos? Como eles reagiram   tua gravidez?
- Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez?
- Quem tu esperas que v  te ajudar?
- Tu estás pensando em colocar o beb  na creche ou deixar com alguém para cuidar? Por que esta escolha? Quanto tu pensas fazer isto?

**4. Agora eu gostaria que tu me falasses sobre o teu bebê.**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- O que tu já sabes sobre o bebê?
- Tu já sabes o sexo do bebê?
- Como te sentiste quando soubeste que era menina/menino? E como o teu marido se sentiu?
- Se não sabes o sexo, o que tu gostarias que fosse, menina ou menino? Por quê? E o teu marido?
- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?
- Tu sentes o bebé se mexer? Desde quando? Como   que foi?
- Vocês costumam tocar a barriga ou falar com o bebê?



**5. Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Que características físicas imaginas que o bebê vai ter?
- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?
- Com quem tu achas que o bebê vai ser parecido? Por quê?

**6. Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu te imaginas como mãe?
- Quando tu te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ela é/era como mãe?
- E tem alguém que tu não gostarias de ter como modelo de mãe?
- E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo?
- Como tu descreverias uma boa mãe?
- Como tu te imaginas atendendo o teu bebê? (alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir)
- O que mais tu te imaginas fazendo com o bebê?
- Como tu te imaginas lidando com o bebê quando ele chorar?
- Como tu te imaginas lidando com o bebê quando ele não quiser comer/mamar?
- Como tu te imaginas lidando com o bebê quando ele não quiser dormir?

**7. Como tu imaginas o relacionamento do teu marido com o bebê?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu achas que ele vai ser como pai?
- Como tu achas que vai ser o jeito de ele lidar com o bebê?
- Tu achas que tu vais pedir ajuda ao teu marido nos cuidados com o bebê?
- Em que tu achas que ele vai te ajudar?
- Quando tu imaginas o teu marido como pai, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ele é/era como pai?
- E tem alguém que tu não gostarias que ele tivesse como modelo de pai?
- E o teu pai, como tu imaginas que ele era contigo?
- Como tu descreverias um bom pai?

**8. O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a do teu marido?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Em que aspectos pensas que ocorrerão mudanças?
- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?
- E quanto ao relacionamento de vocês dois? O quanto será afetado pelo nascimento do bebê? Em que aspectos?
- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

**9. Como tu achas que teu filho/a vai ser quando crescer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu imaginas que vais criar o teu filho/a)?
- O que tu esperas para teu/tua filho (a) quando ele (a) crescer?
- O que mais tu esperas para ele (a)?
- O que tu não gostarias para ele (a)?

**10. Tu achas que a experiência de reprodução assistida afetou a vivência da gestação ou o período da gestação?**

*(Se sim) - Em que aspectos tu achas que afetou?*

- Que aspectos positivos poderiam ser destacados?
- Que aspectos negativos poderiam ser destacados?

**11. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre estes pontos que a gente conversou?**

## ANEXO C

### Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai

(Adaptado de NUDIF, 1998d)

**1. Eu gostaria que tu me falasses sobre a gravidez da tua mulher, desde que tu ficaste sabendo, até agora.**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-   o teu primeiro filho?
- Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
- Como te sentiste no início e agora, no final da gravidez?
- Quais as tuas preocupa es em rela ao   gravidez e ao bebê?
- Como te sentes em rela ao ao nascimento do bebê?
- Como está a saúde da tua mulher?
- Tu tens ido ao médico junto com a tua mulher para acompanhar a gravidez? Quantas vezes tu já foste?
- Ela já fez alguma ecografia? Tu estavas junto? Como te sentiste ao ver o bebê?
- Como estás te sentindo em rela ao às mudanças do corpo da tua mulher?

**2. Tu poderias me contar como tem sido para a tua mulher, desde que ela soube da gravidez até agora?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como ela reagiu   notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nela?
- E no relacionamento de vocês?
- Quais as preocupa es dela em rela ao   gravidez e ao beb ?
- Que tipo de apoio tu tens oferecido a ela durante a gravidez?
- Que tipo de apoio ela tem te solicitado?

**3. Tu poderias me contar um pouco sobre a rea ao da tua família e a família da tua mulher em rela ao   notícia da gravidez?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como a tua família? (ex.: tua mãe e teu pai)
- Como reagiu a família da tua mulher? (ex.: tua sogra e teu sogro)
- Como reagiram os teus amigos   notícia da gravidez?
- Tem alguma pessoa ajudando vocês durante a gravidez?
- Quem tu esperas que v  ajudar vocês quando o bebê nascer?
- Tu estás pensando em colocar o beb  na creche ou deixar com alguém para cuidar? Por que esta escolha? Quanto tu pensas fazer isto?

**4. Agora eu gostaria que tu me falasses sobre o teu bebê.**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- O que tu já sabes sobre o bebê?
- Tu já sabes o sexo do bebê? Como te sentiu quando soube?
- *(Se não sabe o sexo)* Gostaria que fosse menina ou menino? Por quê? E a tua esposa?
- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?
- Tu já sentiste o bebé se mexendo ou reagindo   tua voz? Como   que foi?
- Vocês costumam tocar a barriga ou falar com o bebê?

**5. Como tu imaginas que vai ser o bebé quando nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Que características físicas tu imaginas que o bebê vai ter?
- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?
- Com quem tu achas que o bebê vai ser parecido? Por quê?

**6. Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu te imaginas como pai?
- Quando tu te imaginas como pai, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ele é/era como pai?
- E tem alguém que tu não gostaria de ter como modelo de pai?
- E o teu pai, como tu imaginas que ele era contigo?
- Como tu descreverias um bom pai?
- O que mais tu te imaginas fazendo com o bebê?
- Como tu te imaginas atendendo o bebê? (alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir) - E quando ele não quiser dormir ou comer ou quando chorar?

**7. Como tu imaginas o relacionamento da tua mulher com o bebê?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu imaginas que ela vai ser como mãe?
- Quando a imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ela é/era como mãe?
- E tem alguém que tu não gostarias que ela tivesse como modelo de mãe?
- E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo?
- Como tu descreverias uma boa mãe?
- Como tu imaginas que ela vai atender o bebê?
- Tu achas que ela vai pedir a tua ajuda nos cuidados com o bebê?
- Em que tu achas que vais poder ajudá-la?

**8. O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a da tua esposa?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Em que aspectos pensas que ocorrerão mudanças?
- E o relacionamento de vocês? Tu achas que vai ser afetado pelo nascimento do bebê?
- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

**9. Como tu achas que teu filho/a vai ser quando crescer?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Como tu imaginas que vais criar o teu filho (a)?
- O que tu esperas para teu/tua filho (a) quando ele (a) crescer?
- O que tu não gostarias para ele (a)?

**10. Em que medida a experiência de reprodução assistida afetou a vivência da gestação ou o período da gestação?**

*(Se sim) - Em que aspectos tu achas que afetou?*

- Que aspectos positivos poderiam ser destacados?
- Que aspectos negativos poderiam ser destacados?

**11. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre estes pontos que a gente conversou?**

## ANEXO D

**Entrevista sobre a Experiência da Maternidade**  
(NUDIF, 1999a)

**1. Eu gostaria que tu me falasses sobre o bebê nestes primeiros três meses.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como está o desenvolvimento/crescimento do bebê?

-O que ele já é capaz de fazer que te chama mais a atenção (quais as suas habilidades)?

-Como tu descreverias o jeito do teu bebê?

-Era como tu imaginavas? (Se não era) O que está diferente?

-Com quem tu achas que ele é parecido? (física e emocionalmente) Era como tu imaginavas? Como tu te sentes com isto?

-O bebê teve cólica neste período? Como foi? O que tu fazias para acalmá-lo?

**2. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como foi o parto? E os primeiros dias depois? Foi como tu imaginavas?

-Como tens te sentido desde o nascimento do bebê? Em termos físicos e emocionais.

-Como tu estás te sentindo como mãe?

-Que dificuldades tu tens sentido?

- Tu imaginavas que seria assim?

-Como tu te descreverias como mãe?

**3. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do bebê? Como tu te sentes?

-Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?

-Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê? - Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência?

-Que tipo de brincadeira vocês costumam fazer?

-Como ele reage a estas brincadeiras?

-Onde o bebê passa a maior parte do tempo?

**4. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo o teu marido/companheiro como pai.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como é o jeito dele lidar com o bebê?

-Como tu achas que ele está sendo como pai?

-Era como tu imaginavas?

-Que tipo de apoio ele tem te dado neste período? Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê? Como ele reage?

**5. Tem outras pessoas te ajudando a cuidar do bebê?***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Quantas horas esta pessoa fica?

-Como tu te sentes com outras pessoas cuidando do bebê?  
-O que te agrada? O que te incomoda?  
-Como o teu bebê reagiu no início quando outra(s) pessoa(s) ficava(m) com ele? E hoje, como ele reage? Como esta pessoa é com ele?  
(*Caso o bebê fique mais de 5 horas semanais aos cuidados de outra pessoa*) - Por que vocês escolheram esta forma de cuidado para o bebê? (o que levaram em conta:  
proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.)

#### **6. O bebê foi para a creche?**

(*Caso não tenha mencionado*) (*Se o bebê foi para a creche*) - Com que idade?  
-Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?  
-Como foi a adaptação dele? Como ele está hoje em relação à creche?  
-Como tu te sentiste? Como tu te sentes hoje em relação à creche?  
-Por que escolheram colocar na creche? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.) - Por que escolheram a creche que ele está?  
(*Se não foi para a creche*) Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche? Quando? Por que escolheram colocar na creche?  
-Como tu achas que ele vai reagir?  
-Como tu achas que tu vais te sentir?

#### **7. Tu achas que a experiência de reprodução assistida afetou a forma como tu tens vivenciado este período desde o nascimento do bebê?**

(*Se sim*) – Em que aspectos tu acha que afetou?  
- Que aspectos positivos poderiam ser destacados?  
- Que aspectos negativos poderiam ser destacados?

**ANEXO E****Entrevista sobre a Experiência da Paternidade**

(NUDIF, 1999b)

**1. Eu gostaria que tu me falasses sobre o bebê nestes primeiros três meses.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como está o desenvolvimento/crescimento do bebê?

-O que ele já é capaz de fazer que te chama mais a atenção (quais as suas habilidades)?

-Como tu descreverias o jeito do teu bebê?

-Era como tu imaginavas? (Se não era) O que está diferente?

-Com quem tu achas que ele é parecido? (física e emocionalmente) Era como tu imaginavas? Como tu te sentes com isto?

-O bebê teve cólica neste período? Como foi? O que vocês faziam para acalmá-lo?

**2. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser pai pela primeira vez.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como foi o nascimento do bebê? Qual foi a tua participação? Como tu te sentiste?

-Como tens te sentido desde o nascimento do bebê? Em termos físicos e emocionais.

-Como tu estás te sentindo como pai?

-Que dificuldades tu tens sentido?

- Tu imaginavas que seria assim?

-Como tu te descreverias como pai?

**3. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do bebê? Como tu te sentes?

-Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?

-Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê? - Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência?

-Que tipo de brincadeira vocês costumam fazer?

-Como ele reage a estas brincadeiras?

-Onde o bebê passa a maior parte do tempo?

**4. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo o tua esposa/companheira como mãe.***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

-Como é o jeito dela lidar com o bebê?

-Como tu achas que ela está sendo como mãe?

-Era como tu imaginavas?

-Que tipo de apoio tu ofereces para ela? Ela solicita a tua ajuda? Como tu te sentes?

**5. Tem outras pessoas te ajudando a cuidar do bebê?**

*(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Quantas horas esta pessoa fica?
  - Como tu te sentes com outras pessoas cuidando do bebê?
  - O que te agrada? O que te incomoda?
  - Como o teu bebê reagiu no início quando outra(s) pessoa(s) ficava(m) com ele? E hoje, como ele reage? Como esta pessoa é com ele?
- (Caso o bebê fique mais de 5 horas semanais aos cuidados de outra pessoa) - Por que vocês escolheram esta forma de cuidado para o bebê? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.)*

**6. O bebê foi para a creche?**

*(Caso não tenha mencionado) (Se o bebê foi para a creche) - Com que idade?*

- Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
- Como foi a adaptação dele? Como ele está hoje em relação à creche?
- Como tu te sentiste? Como tu te sentes hoje em relação à creche?
- Por que escolheram colocar na creche? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.) - Por que escolheram a creche que ele está?

*(Se não foi para a creche) Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche? Quando? Por que escolheram colocá-lo na creche?*

- Como tu achas que ele vai reagir?
- Como tu achas que tu vais te sentir?

**7. Tu achas que a experiência de reprodução assistida afetou a forma como tu tens vivenciado este período desde o nascimento do bebê?**

*(Se sim) – Em que aspectos tu acha que afetou?*

- Que aspectos positivos poderiam ser destacados?
- Que aspectos negativos poderiam ser destacados?



**ANEXO F****Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre****Consentimento Livre e Esclarecido**

O objetivo deste estudo é investigar como casais que se submeteram a técnicas de reprodução assistida percebem a transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida. Esses casais serão acompanhados desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê, em 3 momentos de coleta de dados: no 3º trimestre de gestação e no 3º e 12º. mês de vida do bebê. Em cada um desses momentos, os membros do casal responderão a entrevistas sobre os temas investigados e realizarão testagem psicológica. O número de encontros e a sua duração serão questões combinadas entre pesquisadores e participantes, levando em consideração o melhor interesse dos mesmos. Estima-se que, em cada momento, serão necessários por volta de dois encontros com uma duração aproximada de 1h30m cada um. Esses procedimentos poderão ser realizados tanto no Instituto de Psicologia – situado à Rua Ramiro Barcelos, 2600 – como na própria residência dos participantes se assim o preferirem.

Acredita-se que as entrevistas permitirão aos participantes refletirem acerca de suas vivências e sentimentos e que isso poderá trazer algum benefício para eles. No entanto, visto que serão abordadas questões íntimas que podem gerar algum desconforto, caso seja necessário, os participantes poderão ser encaminhados à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, se assim o desejarem.

Os dados coletados serão gravados em áudio, transcritos e arquivados no Instituto de Psicologia da UFRGS por um período de 5 anos após a conclusão das coletas de dados, quando serão destruídos. A identificação dos participantes será preservada em todos os momentos deste estudo.

Ressalta-se que os casais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem no Hospital de Clínicas. Colocamo-nos à disposição para responder a todas as dúvidas referentes a este estudo.

Os pesquisadores responsáveis por esse projeto são a Profa. Rita de Cássia Sobreira Lopes, o Prof. Cesar Augusto Piccinini, a doutoranda Lia Mara Netto Dornelles, a mestranda Isabela Machado da Silva e o Dr. Eduardo Pandolfi Passos. Os pesquisadores poderão ser contatados pelo fone (51) 3308-5145.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pesquisador)

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo e autorizo a utilização dos dados para fins dessa pesquisa e das publicações dela derivada.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: / /

**ANEXO G**  
**Aprovação do Comitê de Ética**