



**DESAFIOS NOS PERCURSOS SINGULARES RUMO À PATERNIDADE NO
CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO
ANO DE VIDA DO BEBÊ**

Joice Cadore Sonogo

Tese de doutorado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Abril de 2015

**DESAFIOS NOS PERCURSOS SINGULARES RUMO À PATERNIDADE NO
CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA: DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO
ANO DE VIDA DO BEBÊ**

Joice Cadore Sonogo

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Psicologia sob
orientação da Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Abril de 2015

À querida mestre, Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Furtado Kahl (*in memorian*), por ter me contagiado,
desde o início da graduação, com seu amor pela psicanálise.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que tornaram possível essa tese e que contribuíram, de uma forma ou de outra, para a realização deste doutorado.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes, por sua orientação sempre sensível e empática, por ter respeitado o meu ritmo de elaboração e escrita desta tese, pela dedicação à leitura e orientação do trabalho, e também pelos inúmeros cafés. Este trabalho certamente não existiria sem sua sensibilidade e cuidado.

Às professoras componentes da banca, Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo e Dr^a. Maria Yolanda Makuch, por suas importantes e atentas contribuições ao projeto desta tese, imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Giana Bitencourt Frizzo, pela relatoria da tese e por sua leitura sempre atenta, cuidadosa e sensível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. Em especial, ao Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini, coordenador do NUDIF, pelo empenho constante com a pesquisa em Psicologia.

Aos amigos e colegas do NUDIF, alguns já amigos desde o mestrado e outros que tive o prazer de conhecer no doutorado, especialmente Ana Paula Freitas, Camila Henn, Carolina Marocco, Evandro Cherer, Livia Leão, Paula Mousquer, Suélen Cruz e Tatiele Bossi. Vocês todos contribuíram muito para que este processo fosse mais leve.

Às queridas amigas do REPASSI, especialmente Isabela Machado da Silva e Lia Mara Netto Dornelles. Sinto-me muito feliz em fazer parte deste projeto. É muito bom trabalhar e aprender com vocês! À querida amiga e bolsista Francine Barbisan D'E Palma, por ter me auxiliado, entre outras tantas coisas, a me organizar para que esta tese fosse escrita.

Aos demais amigos do PPG, especialmente Jana Gonçalves Zappe, amiga de longa data, com quem compartilhei a moradia em Porto Alegre, bem como muitas risadas e aprendizados ao longo do doutorado. Aos queridos Mônia Silva e Sérgio Oliveira, os quais tive o prazer de conhecer ao final desta jornada e que sempre me apoiaram.

À minha orientadora no Curso de Especialização em Atendimento Clínico, na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, Prof^a. Dr^a. Liliane Seide Froemming, por sua generosa orientação e seu olhar sempre atento à minha escrita.

Aos amigos que acompanham há muito tempo minha trajetória e compreendem minhas ausências, Carolina de Souza, Gisela Flores, Marcio Alexandre Minetto, Maria Luiza

Oliveira e Rúbia Wehr Baldez. Às amigas queridas do Curso de Especialização, Camila Webster, Lucila da Rosa e Márcia Ataíde, pelo apoio constante nesta dupla jornada.

À minha família, especialmente à minha mãe, Eliane, e à minha irmã, Cristina, que há muitos anos convivem com a minha ausência, mas que sempre me apoiam frente aos novos desafios. Ao meu pai, Josémar (*in memoriam*), que certamente ficaria feliz se pudesse estar aqui para acompanhar este momento importante da minha trajetória.

À CAPES, pelo auxílio financeiro durante o doutorado.

Por fim, um agradecimento especial aos homens participantes deste estudo, por me ensinarem a respeitar, cada vez mais, as singularidades do ser humano.

Escrever é traduzir. Sempre o será. Mesmo quando estivermos a utilizar a nossa própria língua. Transportamos o que vemos e o que sentimos (supondo que o ver e o sentir, como em geral os entendemos, sejam algo mais que as palavras com o que nos vem sendo relativamente possível expressar o visto e o sentido...) para um código convencional de signos, a escrita, e deixamos às circunstâncias e aos acasos da comunicação a responsabilidade de fazer chegar à inteligência do leitor, não a integridade da experiência que nos propusemos transmitir (inevitavelmente parcelar em relação à realidade de que se havia alimentado), mas ao menos uma sombra do que no fundo do nosso espírito sabemos ser intraduzível, por exemplo, a emoção pura de um encontro, o deslumbramento de uma descoberta, esse instante fugaz de silêncio anterior à palavra que vai ficar na memória como o resto de um sonho que o tempo não apagará por completo. (...) Para o tradutor, o instante do silêncio anterior à palavra é, pois, como o limiar de uma passagem “alquímica” em que o que é precisa de se transformar noutra coisa para continuar a ser o que havia sido.

José Saramago

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	
1.1 Apresentação.....	11
1.2 Paternidade.....	13
1.3 Paternidade no contexto da reprodução assistida.....	19
1.3.1 Infertilidade masculina: diagnóstico e tratamento.....	19
1.3.2 Tornar-se pai após o tratamento com TRA.....	25
1.4 Justificativa e Objetivo do Estudo.....	30
CAPÍTULO II	
MÉTODO	
2.1 Participantes.....	33
2.2 Delineamento e Procedimentos.....	33
2.3 Instrumentos.....	34
2.4 Considerações Éticas.....	35
2.5 Análise dos Dados.....	35
CAPÍTULO III	
PERCURSOS SINGULARES RUMO À PATERNIDADE NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA	
3.1 Caso 1: Daniel.....	37
3.1.1 Impressões gerais.....	37
3.1.2 Breve apresentação da história do pai.....	38
3.1.3 Descoberta da infertilidade e tratamento.....	38
3.1.4 Paternidade no contexto da reprodução assistida.....	40
a) Gestação.....	40
b) Terceiro mês dos bebês.....	43
c) Um ano dos bebês.....	47

3.1.5 Síntese e considerações sobre o caso.....	50
3.2 Caso 2: Luis.....	52
3.2.1 Impressões gerais.....	52
3.2.2 Breve apresentação da história do pai.....	53
3.2.3 Descoberta da infertilidade e tratamento.....	53
3.2.4 Paternidade no contexto da reprodução assistida.....	55
a) Gestação.....	55
b) Terceiro mês do bebê.....	59
c) Um ano do bebê.....	61
3.2.5 Síntese e considerações sobre o caso.....	64
3.3 Caso 3: Claudio.....	65
3.3.1 Impressões gerais.....	65
3.3.2 Breve apresentação da história do pai.....	67
3.3.3 Descoberta da infertilidade e tratamento.....	67
3.3.4 Paternidade no contexto da reprodução assistida.....	68
a) Gestação.....	68
b) Terceiro mês dos bebês.....	77
c) Um ano dos bebês.....	81
3.3.5 Síntese e considerações sobre o caso.....	84

CAPÍTULO IV

DESAFIOS NOS PERCURSOS DE ELABORAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA PATERNIDADE NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	86
---	----

CAPÍTULO V

DESAFIOS NO PERCURSO DE ELABORAÇÃO DAS VIVÊNCIAS JUNTO AOS PAIS.....	96
---	----

REFERÊNCIAS.....	99
------------------	----

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
--	-----

Anexo B: Entrevista de Dados Demográficos do Casal.....	109
Anexo C: Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai.....	110
Anexo D: Entrevista com o Marido sobre a Relação Conjugal na Gestação.....	113
Anexo E: Entrevista sobre a Experiência da Paternidade.....	115
Anexo F: Entrevista sobre a Experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê aos Doze Meses.....	117
Anexo G: Aprovação pelo Comitê de Ética.....	119

RESUMO

O presente estudo buscou compreender os percursos singulares rumo à paternidade no contexto da reprodução assistida, desde a gestação até o primeiro ano de vida do(s) bebê(s). Foi realizado um estudo de caso coletivo longitudinal. Participaram três homens que se submeteram, junto com as esposas, à fertilização *in vitro*, sendo a causa da infertilidade masculina ou mista. Os pais responderam entrevistas semiestruturadas em três momentos: a) terceiro trimestre de gestação; b) terceiro mês de vida do(s) bebê(s); e c) final do primeiro ano de vida do(s) bebê(s). Os percursos singulares foram relatados e analisados a partir da metodologia do relato clínico. Buscou-se, a partir daí, (re)construir esses três percursos, com seus desafios singulares de elaboração e integração da experiência da paternidade, bem como os desafios no percurso da pesquisadora. Pode-se perceber a solidão dos homens que passaram pela experiência da infertilidade e do tratamento, especialmente por eles terem referido que cuidaram mais do que se sentiram cuidados. Destaca-se a importância de se oferecer um espaço de escuta para esses homens, não só em uma situação de pesquisa, mas também na prática do profissional de saúde mental que trabalha nesse contexto.

Palavras-chave: Paternidade; infertilidade; técnicas de reprodução assistida.

ABSTRACT

This study investigated the unique pathways toward fatherhood in the context of assisted reproduction, from pregnancy to the first year of the babies' lives. A collective longitudinal case study was conducted. Participants were three men who had undergone, along with their wives, in vitro fertilization. The cause of their infertility was male or mixed. Fathers answered semi-structured interviews in three moments: a) third trimester of pregnancy; b) their babies' third month of life; c) their babies' first year of life. The unique pathways have been reported and analyzed based on the clinical report methodology. These three pathways were (re)constructed, with their unique challenges concerning elaboration and integration of fatherhood experience, as well as the researcher's challenges. Loneliness could be felt in the reports of men who have experienced infertility and treatment. They said they cared more than were cared for. The importance of providing a space for listening to these men is emphasized, not only in a research situation, but also in the practice of mental health professionals who work in this context.

Keywords: Fatherhood; infertility; assisted reproductive techniques.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O percurso de elaboração desta tese se inicia, muito provavelmente, desde a minha escolha em cursar Psicologia, já que eu gostava de ouvir as pessoas. Este ouvir foi, durante a graduação, se transformando em escutar, escuta que vem sendo construída desde então pelo viés da psicanálise. No último ano da graduação realizei um estágio no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no setor de gineco-obstetrícia. Nesse estágio desenvolvi, entre outras atividades, um grupo, em parceria com uma colega, em que acompanhávamos mulheres que estavam fazendo tratamento para engravidar. Já na época o tema da parentalidade e do desejo de ter filhos me interessou, e acabei buscando o mestrado na UFRGS com o intuito de fazer parte do Núcleo de Infância e Família (NUDIF), grupo de pesquisa ao qual estou vinculada até hoje. No mestrado, estudei a experiência da maternidade em mães adotivas, visto que o tema da adoção era recorrente no grupo do HUSM e eu queria entender um pouco mais essa outra forma de parentalidade. Após o mestrado, optei por voltar a Santa Maria para trabalhar como docente em uma faculdade particular da cidade. Contudo, após alguns anos, o desejo de continuar pesquisando o tema da parentalidade fez com que eu buscasse, novamente, o NUDIF e a orientação da Prof^ª. Rita de Cássia Sobreira Lopes. Desta vez, o meu interesse se voltou para a infertilidade e as técnicas de reprodução assistida, e assim nasceu o projeto desta tese. Concomitante ao doutorado, retomei meus estudos na Especialização em Atendimento Clínico: Ênfase em Psicanálise, nesta mesma instituição. Esta especialização, que eu havia iniciado logo após a graduação e trancado devido ao mestrado, talvez tenha contribuído para a escolha do método utilizado nessa pesquisa, o relato clínico, especialmente pelo fato de voltar a atender pacientes e a “escutar”. Neste momento, ainda desejante de tentar entender outras formas de se tornar pais que não a “natural”, optei pelo estudo da paternidade no contexto da reprodução assistida, visto ser a paternidade de fundamental importância tanto para a clínica quanto para a teoria psicanalítica e, também, para a constituição psíquica de cada um de nós. Além da relevância do estudo da paternidade, as técnicas de reprodução assistida e seus desdobramentos para os homens e mulheres que se tornam pais desta forma constituem, especialmente devido à sua atualidade, um importante campo de estudo para a Psicologia.

A transição para a paternidade é um fenômeno complexo, que envolve tanto aspectos conscientes quanto inconscientes. Tornar-se pai, além de ser uma tarefa desenvolvimental da vida adulta, mobiliza aspectos psíquicos importantes, especialmente os que dizem respeito ao desejo por um filho e à reatualização das questões edípicas. Para tornar-se pai, não basta ter um filho, e, neste sentido, cabe destacar, dentre os eixos da parentalidade propostos por Houzel (2004), o eixo da experiência, que engloba tanto o desejo por um filho quanto o processo de parentalização.

O desejo de ter filhos engloba diversos aspectos, como o desejo de imortalidade do ego (Freud, 1914/1996), ou seja, a possibilidade de ver um pouco de si no filho, o que se relaciona com questões referentes ao narcisismo. Outros aspectos que podem ser acrescentados ao desejo de ter filhos são a possibilidade de reeditar a identificação primária com a mãe e de sentir-se completo e onipotente. No caso do homem, este desejo está permeado pela rivalidade edípica, isto é, ao ter um filho, o homem tem a possibilidade de igualar-se e superar o próprio pai (Brazelton & Cramer, 1992). A gravidez é um momento importante na transição para a paternidade, visto que é um período de ansiedade, ambivalência, questionamentos e, de certo modo, de reorganização da identidade frente à possibilidade de se tornar pai. Após o nascimento do bebê, o pai pode sentir-se bastante atraído por aquele, percebendo-o como perfeito, o que favorece o estabelecimento do vínculo entre eles (Greenberg & Morris, 1974). Porém, pode também sentir-se excluído ou esquecido, além de precisar aceitar a passagem de uma relação dual (com a esposa) para uma triangular (Brazelton & Cramer, 1992).

Contudo, quando o desejo de ter filhos sofre algum impedimento, como o diagnóstico de infertilidade, uma opção para os casais que querem se tornar pais é a realização de um tratamento com as técnicas de reprodução assistida (TRA). Dentre as TRA disponíveis, há procedimentos que apresentam diferentes graus de complexidade, dependendo do diagnóstico clínico. Uma das técnicas de baixa complexidade mais utilizadas é a inseminação artificial, que consiste em introduzir espermatozoides no interior do útero (Gratão et al., 2003a). Em alguns casos, entretanto, é necessário o uso de técnicas mais complexas, especialmente a fertilização in vitro (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). Na FIV, os óvulos são removidos dos ovários e então fertilizados em laboratório, sendo que os embriões assim constituídos serão posteriormente implantados na mulher. Contudo, se a FIV não alcançar seu objetivo em determinado caso, ou se durante o diagnóstico de infertilidade for constatado a ineficácia desta técnica, devido a infertilidade masculina, por exemplo, pode-

se utilizar a ICSI. Nesta técnica, um embrião é formado a partir da injeção de um único espermatozoide em um único ócito feminino. Se ainda assim o tratamento não obtiver sucesso, existe a possibilidade da concepção através da doação de gametas ou da gestação de substituição (Gratão et al., 2003b). O Conselho Federal de Medicina, em 2010, após 18 anos de vigência de uma resolução sobre o tema, modificou as normativas frente às TRA, especialmente no que diz respeito ao número de embriões implantados, gestação de substituição, doação e criopreservação de gametas ou embriões e reprodução assistida *post mortem* (CFM, 2010). Em 2013, nova resolução entra em vigor (CFM, 2013), revogando a anterior, especialmente devido às mudanças sociais e à rápida evolução tecnológica da área.

A experiência da paternidade no contexto da reprodução assistida é permeada pela questão da infertilidade, que pode ser masculina, feminina ou mista. A infertilidade masculina é vista, ainda, segundo Alkolombre (2008) como um “continente negro”, pois é, segundo a autora, pouco investigada e bastante obscura. Cabe discutir como – e se – a infertilidade masculina pode interferir na transição para a paternidade. Além disso, as novas formas de concepção, possíveis graças à evolução das TRA, demandam que se investiguem as possíveis peculiaridades da parentalidade neste contexto e, em especial, no presente estudo, a experiência da paternidade.

1.2 Paternidade

Tornar-se pai é um processo complexo e envolve diversos desejos, sentimentos e motivações, além de ser uma das tarefas desenvolvimentais cruciais do adulto, bem como um referencial identificatório para o homem (Calero & Santana, 2006; Farinati, Rigoni & Müller, 2006; Gannon, Glover & Abel, 2004; Ribeiro, 2004). De acordo com Lebovici, para se tornar pai ou mãe não basta ter um filho, é preciso também realizar um trabalho interno de aceitação do que é herdado de nossos pais, do ponto de vista intergeracional, e que vai para além da genética. (Lebovici, 1993; Solis-Ponton, 2004). Neste sentido, diversos autores utilizam o termo parentalidade para tratar destas questões, sendo que esta é definida por Lebovici como “o produto do parentesco biológico e da parentalização do pai e da mãe” (Solis-Ponton, 2004, p.22).

O conceito de parentalidade, de acordo com Houzel (2004), é mais do que ser genitor ou ser designado como pai (ou mãe). Segundo o autor, “é necessário ‘*tornar-se pais*’, o que se faz por meio de um processo complexo implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental” (pg.47). Houzel apontou que a parentalidade é composta por três

eixos: exercício, prática e experiência. Resumidamente, o exercício refere-se à questão jurídica, aos laços de parentesco que se estabelecem e aos direitos e deveres que se agregam a eles. Já a prática diz respeito às atividades cotidianas dos genitores com seu bebê e aos cuidados parentais para com a criança, cuidados tanto físicos quanto psíquicos.

O eixo da experiência diz respeito à experiência subjetiva tanto consciente quanto inconsciente decorrente do fato de ser pai e mãe. Dentre diversos aspectos da experiência, dois são destacados por Houzel (2004): o desejo de ter filhos e o processo de transição para a parentalidade (ou parentificação). O desejo pela criança estaria cada vez mais destacado do ato sexual, seja devido a técnicas de controle de natalidade ou então à infertilidade, à busca pelas TRA ou a um processo de adoção. Este desejo supõe, para o autor, uma maturidade psíquica do sujeito, em que a vida recebida deve ser transmitida. Isto relaciona-se, especialmente, ao fim do processo edípico, que envolve o ser fecundado e fecundar, a partir de uma identificação do sujeito com o genitor do mesmo sexo, além de um desejo de reparação das figuras parentais, as quais teriam sido danificadas na fantasia. Já o processo de parentificação, segundo aspecto destacado por Houzel (2004) no que diz respeito à experiência da parentalidade, refere-se às modificações psíquicas que se dão no sujeito durante a gravidez e o pós-parto. De acordo com o autor, este aspecto é mais conhecido no que diz respeito à maternidade (pode-se usar como exemplo os seguintes conceitos: a *preocupação materna primária* de Winnicott, a *transparência psíquica*, de Bydlowski e a *constelação da maternidade*, de Stern). No que diz respeito à paternidade, Houzel (2004) destacou que ainda se está iniciando a exploração das modificações psíquicas que acontecem no homem durante a parentalização. Contudo, cita como exemplo destas modificações a síndrome de *couvade*.

A síndrome de *couvade*, provavelmente de origem psíquica, se caracteriza por um conjunto de sintomas físicos apresentados pelo homem durante a gravidez da esposa, tais como náuseas, vômito, aumento de peso, entre outros (Maldonado, 1990). O estudo de De Martini, Piccinini e Gonçalves (2010) investigou indicadores da síndrome de *couvade* entre 30 pais primíparos, cujas esposas estavam em diferentes trimestres da gestação. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada e os resultados apontaram que vários dos participantes apresentavam algum indicador da síndrome, tanto em relação a sintomas físicos quanto a sintomas emocionais. De acordo com os autores, estes resultados evidenciaram a complexidade da transição para a paternidade, bem como a relevância de se investigar as vivências e sentimentos do pai durante a gravidez da esposa.

Retomando os três eixos da parentalidade propostos por Houzel (2004), no presente estudo especial atenção foi dada ao eixo da experiência da parentalidade. Contudo, como o termo parentalidade é utilizado tanto para se referir ao processo de se tornar pai quanto ao processo de se tornar mãe, optou-se por utilizar o termo paternidade ao longo deste trabalho, visto que o foco de estudo é o tornar-se pai. Ainda, só foi possível pensar na experiência desses pais a partir de suas vivências, as quais, ao serem contadas por eles e relatadas pela pesquisadora, acabam se “transformando” em experiências (Gurski, 2012).

A paternidade e o desejo de ter filhos começam a ser construídos e internalizados na infância, especialmente no que diz respeito aos processos identificatórios e aos desdobramentos do complexo de Édipo (Freud, 1925/1996), sendo que, no menino, a dissolução do complexo de Édipo se dá pelo temor da castração. De acordo com Freud (1925/1996), o complexo de castração “inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade” (p. 285). Cabe destacar que, para o autor, “a proporção em que masculino e feminino se misturam num indivíduo está sujeita a flutuações muito amplas” (Freud, 1933[1932]/1996, p. 115), e que a masculinidade e a feminilidade estão para além da anatomia. Pode-se pensar, então, que se tornar homem, assim como desejar ter filhos, é algo complexo e permeado, inclusive, por aspectos da feminilidade.

A mãe é o primeiro objeto de amor do menino (e também da menina, no período pré-édipico) e sua primeira figura de identificação. Assim, ao longo da constituição de sua identidade, há uma “aproximação” com a feminilidade e com os aspectos femininos presentes em si. Essa aproximação parece diminuir quando o menino volta-se, de forma inconsciente, ao pai enquanto modelo identificatório. Contudo, esses aspectos femininos, que possivelmente serão recalçados até a dissolução do complexo de Édipo, tendem a “reaparecer” quando o homem se torna pai. A identificação saudável do homem com os aspectos femininos parece depender de como se deu a resolução da fase da feminilidade na sua infância. Pode-se pensar que o menino teria uma atitude feminina ao desejar tomar o lugar da mãe como objeto de amor do pai, sendo que essa atitude seria fruto da constituição bissexual. (Alkolombre, 2008; Freud, 1924/1996, 1925/1996; Ribeiro, 2004; Zornig, 2010).

Quando se tem um filho, tanto homens quanto mulheres tenderiam a viver e reproduzir seu próprio narcisismo na criança. A supervalorização narcisista presente nas escolhas objetais retornaria na atitude emocional dos pais (e mães) em relação a seus filhos. Isto contribuiria para que eles atribuíssem “todas as perfeições ao filho”, além de “ocultar e esquecer todas as deficiências dele” (Freud, 1914/1996, p. 97). “Sua Majestade o Bebê” (p.

98), assim, teria todos os privilégios que os pais abandonaram em relação a si mesmos, mais divertimentos e menos necessidades, ou seja, “será mais uma vez o centro e o âmago da criação” (p. 98), assim como seus pais imaginaram ser um dia para seus próprios pais. Deste modo, a imortalidade do ego, que é oprimida pela realidade, seria, de certa forma, alcançada pelo nascimento de um filho.

Além dos motivos citados, o desejo do homem por um filho também é influenciado pelo desejo do menino de ser igual à mãe, bem como de ser completo e onipotente e de espelhar-se no bebê (Brazelton & Cramer, 1992). Os autores destacaram também a rivalidade edípica no desejo do homem de ter um filho, pois gerar uma criança possibilitaria a ele igualar-se e superar o próprio pai. Quanto ao desejo de reproduzir a própria imagem, Brazelton e Cramer (1992) salientaram que o homem deseja um filho do mesmo sexo, o que reafirmaria a sua identidade enquanto homem, além de estar ligado também ao desejo de assegurar a continuidade da linhagem. Cabe destacar que ter um filho elimina as dúvidas do homem quanto a sua potência e capacidade de engravidar sua mulher. Ribeiro (2004) complementou esta ideia ao salientar que, para o homem, o filho é um símbolo de masculinidade e potência sexual.

A gravidez da esposa é um momento importante para a consolidação da identidade do homem, visto que este costuma ser um período de ansiedades e de autoquestionamento (Brazelton & Cramer, 1992). Coutinho e Morsch (2006), neste sentido, propuseram que se poderia pensar em uma *constelação da paternidade*, pois o homem passaria por processos psíquicos semelhantes à mulher, tanto na gestação quanto após o nascimento do bebê.

No período da gravidez, a mulher teria cinco tipos de representação psíquica do seu bebê, de acordo com Lebovici: bebê imaginário, que é o bebê das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe; bebê fantasmático, que é o bebê das fantasias inconscientes da mãe; bebê narcísico, ou seja, o bebê do narcisismo da mãe; bebê cultural, que se relaciona com a cultura da mãe; e bebê real, que é o bebê na sua corporalidade real (Solis-Ponton, 2004). Pode-se pensar que, no processo de tornar-se pai, essas cinco representações se fazem presentes também. Golse (2002) propôs um modo semelhante de pensar essa questão, mas apresentou quatro tipos de representação que estariam presentes na mente dos genitores: criança imaginada ou fantasmática, que é a que pai e mãe têm em mente a partir de sua história individual e que envolve aspectos inconscientes; criança imaginária, que diz respeito às representações construídas pelo casal, sendo bem menos inconsciente; criança narcísica, que

se refere ao narcisismo dos genitores; e criança mítica, que é formada pelas representações coletivas de determinada sociedade em determinado momento.

Embora os homens estejam, atualmente, mais envolvidos com a gestação e o bebê, há aqueles que vivenciam este período com certo isolamento. Brazelton e Cramer (1992) apontaram que o homem costuma ser “esquecido” durante a gravidez, além de ter que dar suporte à esposa. Com a chegada do bebê, o homem necessita aceitar a passagem de um relacionamento dual para um triangular. Esta situação pode fazer com que ele sinta-se abandonado ou deixado de lado pela esposa, o que pode reativar sentimentos infantis, como o ciúme frente ao nascimento de um irmão, por exemplo.

No final da gestação, o homem faria uma reavaliação de si mesmo com seu próprio pai. Aquele se voltaria a este, tanto na realidade quanto na fantasia, para poder sustentar seu novo papel. Cabe destacar a importância da transmissão intergeracional, proposta por Lebovici (1993), e de que o pai do pai é um forte modelo identificatório no processo de tornar-se pai (Brazelton & Cramer, 1992).

Klaus, Kennell e Klaus (2000), em seus estudos sobre o vínculo entre pais e bebê, destacaram o conceito de *engrossment*, inicialmente proposto por Greenberg e Morris (1974). O *engrossment* diz respeito a uma poderosa resposta que os pais costumam sentir em relação ao seu bebê recém-nascido, incluindo também diversos aspectos específicos do vínculo que se estabelece entre pais e bebês, desde a atração pelo bebê, à percepção deste como perfeito, ao orgulho e aumento da autoestima. Por outro lado, Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997) destacaram que as reações do pai frente ao bebê, já desde a gestação, podem variar, desde os que se mostram participativos desde o início até aqueles que demonstram certo alheamento às questões da gestação e do bebê. Estes autores ressaltaram, entretanto, a importância do pai participar desde o início dos cuidados com o filho, o que facilitaria a construção do vínculo pai-bebê. Se aprende a ser pai aos poucos, e isso vai depender tanto da história deste pai quanto do momento de vida em que o filho nasce (Brazelton e Cramer, 1992)

Outro aspecto da paternidade que merece destaque diz respeito a um aspecto da contemporaneidade, em que os casais muitas vezes não possuem uma rede de apoio extensa. Nessas situações, pode-se pensar que o pai acabaria tendo uma maior importância para o desenvolvimento e conservação das capacidades maternas. Neste sentido, cabe ressaltar as teorizações de Winnicott (1965/1985), em que o pai seria um suporte para a mãe poder dedicar-se ao bebê sem ter que se preocupar com questões do mundo externo.

Dentre os estudos nacionais sobre a paternidade, Silva e Piccinini (2007) buscaram compreender, a partir da realização de entrevistas, o envolvimento paterno e os sentimentos em relação à paternidade de três homens que tinham um filho em idade escolar. Os resultados apontaram que os participantes dividiam com as esposas os cuidados com os filhos, além de mostrarem-se satisfeitos com a paternidade. Contudo, os autores ressaltaram que houve diferenças entre os casos no que dizia respeito ao envolvimento paterno, especialmente ao tempo disponível com a criança e às responsabilidades financeiras. Já Henn e Piccinini (2010) investigaram o envolvimento paterno e a experiência da paternidade no contexto da Síndrome de Down. Foram entrevistados seis pais cujos filhos tinham entre nove meses e três anos e três meses. Os autores destacaram que os pais participavam ativamente tanto das atividades quanto dos cuidados com os filhos, mas ficavam menos tempo com eles do que gostariam, devido ao trabalho. O estudo de Prado, Piovanotti & Vieira (2007), cujo objetivo foi identificar características da concepção que mães e pais tinham sobre comportamento paterno real e ideal, destacou que os pais consideravam sua participação como mais efetiva do que percebido pelas mães. O estudo foi realizado com 30 casais que tinham pelo menos um filho com idade entre três e seis anos, sendo os dados obtidos por meio da aplicação de uma escala de estilo paterno.

Mesmo havendo esta maior participação do pai na vida do filho, o estudo de Krob, Piccinini e Silva (2009), que investigou a transição para a paternidade em 20 homens primíparos, durante a gestação de suas esposas e aos dois meses de vida do bebê, encontrou a presença de sentimentos de exclusão dos pais, tanto na gestação quanto após o nascimento dos filhos. Para a coleta de dados, nos dois momentos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes e estes dados foram analisados por meio de análise de conteúdo qualitativa. Os pais do estudo, ao mesmo tempo em que se sentiam satisfeitos e felizes, demonstravam se sentir excluídos, ainda que este sentimento fosse menor após o nascimento da criança. Um estudo que encontrou resultados semelhantes foi o realizado por Piccinini et al. (2004). O objetivo era investigar o envolvimento paterno de pais primíparos durante o terceiro semestre de gestação de suas esposas, e, para tal, foram realizadas entrevistas com 35 homens, sendo posteriormente realizada uma análise de conteúdo. Dentre os resultados, destacou-se que, embora muitos pais fossem participativos e presentes durante este período, outros não conseguiam se ligar emocionalmente à gestação e, por consequência, ao bebê.

O estudo de Bornholdt, Wagner e Staudt (2007) investigou a vivência da gestação do primeiro filho em cinco pais que estavam passando por esta experiência. Os dados foram coletados com a realização de entrevistas semiestruturadas, sendo que as esposas de quatro participantes estavam no terceiro trimestre gestacional e a de um participante estava no segundo. Dentre os achados, destacou-se a coexistência dos modelos tradicional de pai e do “novo pai”. Ao mesmo tempo em que os homens viam a gravidez como um período de transição para a paternidade, se envolvendo nos cuidados à esposa e à formação do vínculo com o bebê, percebeu-se a questão financeira como a principal preocupação destes pais no que se refere ao exercício da paternidade, ficando o desejo de participar do desenvolvimento dos filhos em segundo plano.

Pode-se pensar, a partir da literatura e dos estudos encontrados, que o tornar-se pai é algo complexo, que exige uma série de adaptações e mudanças por parte do homem. Contudo, apesar de os estudos apontarem para algumas transformações no modo de ser pai e da experiência da paternidade, é preciso pensar sobre as consequências psíquicas para o homem quando a procriação sofre algum impedimento.

1.3 Paternidade no contexto da reprodução assistida

Nas situações em que a procriação sofre impedimentos, frente a um diagnóstico de infertilidade feminina, masculina ou mista, podem surgir sentimentos de inferioridade, perda, frustração, medo, vergonha, culpa, ansiedade, depressão, estigmatização, entre outros (Bernauer, 2009; Borlot & Trindade, 2004; Braga, 2005; Calero & Santana, 2006; Costa, 2008; Farinati, Rigoni & Müller, 2006; Muramatsu et al., 1997; Straube, 2007). Ribeiro (2004) retoma Freud (1914/1996) ao apontar a infertilidade como uma ferida narcísica, tanto para homens quanto para mulheres.

Para investigar a experiência da paternidade neste contexto é necessário abordar, primeiramente, a questão da infertilidade, visto que o homem só consegue se tornar pai após a confirmação do diagnóstico e o tratamento com uma ou mais TRA.

1.3.1 Infertilidade masculina: diagnóstico e tratamento

Por determinado tempo, a infertilidade masculina não era admissível e pode-se pensar que esta crença reflete-se até os dias atuais, visto que, de acordo com Szejer e Stewart (2002), a possibilidade da infertilidade masculina só existe após a não confirmação da feminina. As autoras apontaram, ainda, que, na grande maioria dos casos em que um casal tenta engravidar

sem sucesso, é a mulher que busca primeiro investigar a possibilidade de infertilidade dela própria.

Ainda neste sentido, Alkolombre (2008) destacou que, embora atualmente se pense a infertilidade enquanto do casal e não necessariamente do homem ou da mulher, a infertilidade masculina seria ainda um “continente negro”, ou seja, uma zona obscura e ainda pouco investigada. A autora propõe, inclusive, que haveria, na nossa cultura, um “vazio de representações” a respeito da infertilidade masculina (Alkolombre, 2008, p. 48-49). Ainda, que a infertilidade masculina ainda mantém-se em silêncio e é vivida com vergonha pelo homem infértil. Do ponto de vista do imaginário social, virilidade, potência sexual e fertilidade estão associadas ao ser homem e, por consequência, ao narcisismo. Quando o homem descobre a infertilidade, a impossibilidade de engravidar sua companheira faria com que ele se sentisse ameaçado na sua identidade masculina, além de romper com a cadeia geracional (Alkolombre, 2008).

Pode-se pensar também que o imaginário social do ser homem, bem como os valores referentes à masculinidade, acabam por encobrir ou tornar invisível o sofrimento do homem frente ao diagnóstico de infertilidade. Esta desestabilização da imagem de si, da masculinidade, afetaria o narcisismo do homem infértil, o qual se depararia com uma reatualização da angústia de castração, podendo confrontar-se com ansiedades primitivas remanescentes do complexo de Édipo (Alkolombre, 2008). Ainda neste sentido, Rodríguez (1996) apontou que as TRA atuariam, de certo modo, essa castração, especialmente ao transformar a sexualidade ativa do homem em masturbação.

A seguir, são apresentados alguns estudos referentes à infertilidade. A maioria dos estudos encontrados prioriza as mulheres ou então o casal ou, ainda, realiza comparações entre casais férteis e inférteis. Além disso, há uma prevalência de estudos quantitativos e transversais.

Estudos brasileiros, realizados tanto durante o tratamento (Calixto, 2000) quanto após a concepção (Tamanini, 2003) ou em situações de fracasso (Borlot & Trindade, 2004), apontaram que os homens teriam dificuldade em aceitar o diagnóstico de infertilidade, o que pode estar relacionado a sentimentos de impotência e ao que caracterizaria a masculinidade. Percebeu-se também uma exclusão dos homens do processo de reprodução assistida, visto que, culturalmente, a procriação está mais associada à mulher do que ao homem. Ainda neste contexto, outro estudo brasileiro, realizado com casais que estavam realizando uma TRA,

apontou que os homens tendem a responsabilizar as mulheres pela infertilidade, mesmo quando eles são inférteis, sendo que as mulheres assumem este papel (Costa, 2008).

Outro estudo brasileiro analisou entrevistas previamente realizadas com casais inférteis que estavam iniciando a FIV e com casais que tinham realizado estes procedimentos de quatro a seis anos antes da pesquisa, sem ter obtido sucesso (Makuch & Filletto, 2010). Dentre os resultados encontrados, destacou-se o fato de que a decisão por realizar a FIV partiu mais das mulheres do que dos homens, sendo que, durante a realização do tratamento, percebeu-se uma minimização dos questionamentos e dificuldades ocorridos durante o processo da FIV, porém após o fracasso estes questionamentos retornaram. No caso específico dos homens, muitos dos que foram entrevistados após anos da realização da FIV, salientaram que a coleta de sêmen foi uma experiência constrangedora e desconfortável. Cabe destacar que as mulheres não tinham essa visão sobre a coleta de sêmen, pois acreditavam que os homens não tinham se sentido desconfortáveis, assim como a maioria dos homens que estavam iniciando o tratamento (talvez, justamente, devido à minimização dos questionamentos e dificuldades, conforme citado acima). Ainda em relação à coleta de esperma, cabe apontar o estudo de Giami e Vasconcellos-Bernstein (2013), realizado na França, embora segunda autora seja brasileira. Nesse estudo, investigou-se como homens e mulheres vivenciavam a questão da coleta de esperma estéril, ou seja, o esperma utilizado para a realização de exames de fertilidade. Para tanto, os autores realizaram a coleta de dados em dois hospitais universitários, tanto por meio de observação das consultas de três médicos, do ambiente e de conversas informais com as equipes quanto pela realização de entrevistas com casais que estavam se submetendo a uma TRA pela primeira vez. Assim como no estudo de Makuch e Filletto (2010), os homens participantes da pesquisa se sentiram constrangidos e envergonhados com a prática da masturbação. Os autores discutiram a confusão existente entre os registros médico e sexual, bem como a dificuldade dos homens e das mulheres em dessexualizar essa prática, já que o esperma é produzido no contexto médico.

Os estudos internacionais que abordam a questão do diagnóstico e do tratamento da infertilidade, em sua maioria, são realizados com casais inférteis ou então comparando casais férteis e inférteis, sendo que não deixam claro se a infertilidade é masculina ou feminina, a não ser que sejam estudos bastante específicos. O estudo de Peterson et al. (2006) investigou possíveis diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas por homens e mulheres para lidar com o estresse associado à infertilidade. Questionários e escalas foram aplicados em 520 mulheres e 506 homens antes de iniciarem o tratamento. Os resultados apontaram para

diferentes estratégias utilizadas por homens e mulheres. As mulheres utilizariam mais a confrontação, a aceitação da responsabilidade, busca por apoio social e fuga/evitação. Já os homens utilizariam mais o distanciamento, o autocontrole e a resolução de problemas. Os autores apontaram que o distanciamento utilizado pelos homens pode ser efetivo para reduzir o nível de estresse, porém esta estratégia de *coping* poderia também fazer com que eles se sentissem menos conectados com suas parceiras. Galhardo et al. (2011) realizaram uma pesquisa em Portugal a fim de investigar o impacto da vergonha e do autojulgamento em pacientes inférteis. Participaram deste estudo 100 casais inférteis que buscaram algum tipo de tratamento, 100 casais sem problemas de fertilidade e 40 casais inférteis que optaram por realizar uma adoção. Após a aplicação de diversas escalas, os resultados apontaram que os casais inférteis apresentaram medidas mais altas de depressão, ansiedade, vergonha e autojulgamento, sendo as mulheres deste grupo as que tiveram os escores mais altos. Segundo os autores, a infertilidade pode causar mais vergonha e autocrítica nas mulheres que nos homens, devido a fatores culturais e questões de gênero. Pode-se pensar que o tipo de coleta de dados impossibilitou que os homens do estudo expressassem melhor seus sentimentos frente à questão da infertilidade.

Um dos raros estudos qualitativos encontrados sobre o tema da infertilidade é a pesquisa feita por Throsby e Gill (2004) na Inglaterra. As autoras realizaram entrevistas semiestruturadas com 13 casais e 15 mulheres que haviam realizado algum tratamento para engravidar, sem sucesso, pelo menos nos últimos cinco anos. Este estudo destacou a reduzida literatura sobre como os homens vivenciam as questões referentes à infertilidade, o que, segundo as autoras, poderia ser reflexo tanto da escassez de estudos sobre a paternidade em geral quanto do fato de que, no caso das TRA, é geralmente no corpo da mulher que as intervenções são realizadas. Dentre os resultados, um dos temas centrais foi a relação que os entrevistados estabeleceram entre infertilidade masculina, potência e masculinidade, sendo que o fato de não conseguir engravidar a companheira fez com que muitos se sentissem questionados enquanto homens. Assim como nos estudos brasileiros anteriormente citados, alguns homens colocaram a infertilidade como um problema feminino, sendo que as companheiras acabaram assumindo a culpa ou responsabilidade pela infertilidade. Destacou-se também que os participantes da pesquisa se consideraram como passivos durante a realização do tratamento, o que foi apontado também por suas companheiras, como se só estivessem fazendo o que aquelas desejavam. Ainda assim, os homens apontaram que forneceram suporte emocional às suas companheiras, mesmo que estas tenham dito que o

suporte não teria sido suficiente. De acordo com as autoras, isto poderia deixar os homens mais isolados e sem nenhum tipo de suporte para eles, já que a “obrigação” deles é dar suporte à companheira neste momento de fragilidade. Quanto ao fato de as intervenções serem realizadas no corpo da mulher, Tort (2001) salienta que a infertilidade não tem a ver apenas com um corpo biológico, mas também com um dizer, ainda que seja um dizer sobre o próprio corpo, o corpo do outro e a incapacidade de conceber.

Dentre os poucos estudos encontrados com foco específico em como a infertilidade é vivenciada pelos homens, destaca-se a pesquisa cubana de Calero e Santana (2006), que teve um caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 14 homens que estavam realizando tratamentos para infertilidade com suas companheiras. Segundo os autores, a paternidade é uma construção social e cultural, mas é vista também, por muitos homens inférteis, como algo natural e inerente a eles. Deste modo, quando se descobre a infertilidade, a mesma é vivenciada como um sentimento de perda e de frustração pessoal, influenciando nos processos identificatórios do ser homem. Ter um filho representa, no universo masculino, sentimentos de poder, proteção e constituição de uma família. Ser infértil, por outro lado, diminuiria seu valor como homem, pois o mesmo não seria capaz de constituir a família desejada (individual e socialmente). Ainda, ao engravidar sua mulher, o homem atestaria sua virilidade e capacidade reprodutiva perante a sociedade, o que parece estar relacionado aos estereótipos sociais de gênero e também a questões psíquicas anteriormente discutidas no presente projeto.

Outro estudo, realizado na Inglaterra, investigou as representações sociais sobre infertilidade masculina veiculadas na mídia (Gannon, Glover & Abel, 2004). Os autores analisaram como a infertilidade e a masculinidade são construídas e representadas pela mídia, sendo que o homem infértil é visto como vulnerável e tomado por forças fora do seu controle. Perceberam-se também fortes estereótipos sobre o que é masculinidade. Homens inférteis, por exemplo, são estigmatizados porque falharam em algo fundamental no que diz respeito à masculinidade. Neste sentido, Hammarberg, Baker e Fisher (2010), em um estudo com 112 homens australianos, realizado cinco anos após o diagnóstico de infertilidade, encontraram que a experiência masculina da infertilidade afeta negativamente as relações íntimas e a satisfação sexual. Contudo, muitos dos participantes relataram um efeito positivo tanto na relação afetiva com a parceira quanto na satisfação sexual. Os autores sugeriram que possa estar havendo uma diminuição do estigma da infertilidade, bem como da relação que se faz entre infertilidade e masculinidade. Porém, cabe discutir se está realmente havendo uma

mudança social ou se a metodologia do estudo foi adequada, visto que já haviam passado alguns anos do diagnóstico de infertilidade e foram utilizados questionários autoaplicáveis para a coleta dos dados.

Uma pesquisa sueca realizada com 65 homens com diagnóstico de infertilidade masculina e 101 homens com diagnóstico de infertilidade feminina, mista ou não explicada, concluiu que a infertilidade masculina não influenciou os homens negativamente na sua experiência de infertilidade, nos seus relacionamentos ou no seu bem-estar (Holter et al., 2007). Estes achados são contrários aos encontrados por Calero e Santana (2006), e podem se dever ao modo como os dados foram coletados, já que na pesquisa de Holter et al. (2007), foram utilizados questionários para a coleta de dados. Os próprios autores discutem essa questão de dois modos: ou o diagnóstico da infertilidade não é mais tão ameaçador aos homens, como apontado também por Hammarberg, Baker e Fisher (2010), ou então as respostas dadas pelos homens seriam as socialmente esperadas neste contexto.

Outro ponto a ser discutido é a questão da doação de esperma nos casos de infertilidade masculina. Indekeu et al. (2012) aplicaram questionários em 151 casais que iam realizar inseminação intrauterina com o próprio esperma e 46 casais que iam utilizar o esperma de um doador, na Bélgica. Foram realizadas comparações entre os homens nestes dois grupos e nos que havia doação de esperma foi percebido que os participantes esperavam efeitos mais positivos em relação à parentalidade e a um sentimento de completude, além de relatar menos efeitos negativos da infertilidade na questão sexual. Porém, apresentaram menos autoestima e mais culpa que os participantes que usariam o próprio esperma. Ainda, que os participantes que iam passar pela doação de esperma planejavam falar sobre o método de concepção para outras pessoas com menos frequência do que os que utilizariam o próprio esperma. Para os autores, homens que utilizam o esperma de um doador vivenciam a paternidade e a infertilidade de modo diferente dos que utilizam o próprio esperma e isto deve ser levado em conta pelos profissionais de saúde mental que atuam neste contexto. Estes apontamentos vão ao encontro do estudo de Gameiro, Silva e Canavarro (2008), as quais utilizaram um caso único realizado em Portugal para ilustrar como o homem vivencia a questão da infertilidade e da doação de esperma. Assim como o estudo anteriormente citado, as autoras salientaram a importância da intervenção psicológica nestas situações e o quanto a ausência de um espaço de escuta pode influenciar tanto nas questões individuais quanto no relacionamento do casal.

Destaca-se que os estudos encontrados apresentam inconsistência nos resultados no que diz respeito a como o homem vivencia a questão da infertilidade. Os estudos quantitativos apontam, de modo geral, que o homem se afetaria menos que a mulher, mas pode-se pensar, conforme apontado anteriormente, que esses resultados podem ser, também, decorrentes dos instrumentos utilizados na coleta de dados. Já os estudos qualitativos, como o de Calero e Santana (2006), que proporcionam ao homem um espaço para falar sobre a questão da infertilidade, apontam para as peculiaridades desta vivência, bem como ao fato de o homem ser afetado por isso. Ribeiro (2004) destaca que o diagnóstico de infertilidade exige um trabalho de elaboração psíquica para dar conta da alteração no projeto de parentalidade, e os estudos qualitativos, devido ao tipo de coleta e análise dos dados, parecem ser mais sensíveis a isto. Ainda assim, esses estudos são ainda bastante escassos.

1.3.2 Tornar-se pai após o tratamento com TRA

Conforme apontado por Alkolombre (2008), as famílias com dificuldades para engravidar têm tido cada vez mais possibilidades de ter um filho por meio de uma TRA, mas têm também um trabalho psíquico adicional na transição para a parentalidade, que é o de serem pais de outra maneira. Pode-se questionar qual o impacto psíquico de se tornar pai de outro modo, que não por meio de uma concepção e gestação naturais. Com as TRA, as representações de procriação e de família começam a se modificar, o que faz com que os marcos identificatórios também se modifiquem e, conseqüentemente, o tornar-se pai e a experiência da paternidade.

Foi encontrado um menor número de estudos cuja coleta de dados ocorreu durante a gestação ou após o nascimento do bebê. Não foram encontrados estudos específicos sobre como o homem torna-se pai neste contexto ou sobre a experiência da paternidade sem que houvesse algum tipo de comparação, seja com a mulher ou com homens férteis que não passaram por uma TRA.

Quando a gestação acontece, seja por meio de uma TRA ou de forma natural, percebem-se pontos em comum no que diz respeito à experiência da paternidade, especificamente em relação ao apego. Um estudo sueco (Hjelmstedt, Widström & Collins, 2007) investigou os padrões de apego pré-natal em homens cujas mulheres engravidaram por meio de uma TRA e em homens cuja gravidez da companheira foi natural. Esta pesquisa, de caráter longitudinal, investigou o apego às 26 e às 36 semanas de gestação, e percebeu-se um aumento no apego com o passar do tempo tanto nos homens cujas companheiras foram

submetidas a uma TRA quanto nos controle. Os autores concluíram, portanto, que não havia diferenças nos padrões de apego dos dois grupos estudados. Um estudo posterior do mesmo grupo de pesquisa (Hjelmstedt & Collins, 2008) avaliou aspectos da paternidade e do relacionamento pai-bebê na vigésima sexta semana gestacional e aos dois meses de vida do bebê. Este estudo confirmou que o apego iniciado durante a gestação se manteve após o nascimento do bebê, e que tanto homens inférteis quanto homens do grupo controle eram fortemente apegados a seus bebês. Outro estudo longitudinal do mesmo grupo (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2004), diferentemente dos citados acima, investigou casais que passaram ou não por uma TRA, em relação ao estresse parental e o relacionamento conjugal durante a transição para a parentalidade, na gestação, aos dois e aos seis meses do bebê. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas sobre a percepção da infertilidade e escalas que mediam o estresse parental e o relacionamento conjugal. Os resultados mostraram que os homens e mulheres que se submeteram às TRA para terem filhos ainda não haviam superado os sentimentos negativos referentes à infertilidade. Já os níveis de estresse foram semelhantes entre os grupos e foi percebido um decréscimo da satisfação conjugal na transição para a parentalidade tanto nos casais que conceberam via TRA quanto nos que conceberam naturalmente.

Ainda comparando aspectos da vivência da gestação em casais férteis e casais que se submeteram a alguma TRA, Gameiro et al. (2011) investigaram o investimento parental nestas duas situações. O investimento parental é definido pelos autores como o desejo de proteger e fortalecer os laços com o filho, bem como a formação de uma identidade parental. Este estudo longitudinal, realizado com 39 casais que engravidaram por meio de uma TRA e 34 casais que engravidaram naturalmente, teve dois momentos de coleta de dados: na vigésima quarta semana de gravidez e quatro meses após o parto. Os participantes responderam questionários sobre depressão, satisfação conjugal e apoio social. Após a análise dos dados, os autores concluíram que o método de concepção e o gênero não foram preditores do investimento parental. O investimento na criança teria uma maior relação com o relacionamento conjugal e o suporte percebido tanto da família quanto dos amigos do que com o método de concepção ou o gênero dos participantes. Neste sentido, os autores sugeriram que homens e mulheres parecem se dedicar do mesmo modo ao bebê e ao seu bem estar, independente de o bebê ter sido gerado a partir de uma TRA ou de uma gravidez espontânea. Cabe destacar que a coleta de dados foi realizada por meio de questionários

autoaplicáveis, com questões fechadas, o que pode ter influenciado nos resultados encontrados.

Outro estudo longitudinal teve por objetivo investigar a resposta emocional de casais que se submeteram a uma FIV, desde o início do tratamento até seis meses pós-tratamento (Verhaak et al., 2005), sem realizar comparações com casais férteis. Foram aplicados diversos questionários em 148 mulheres e 71 homens, tanto em casos de sucesso quanto de insucesso do tratamento. De acordo com os resultados obtidos, os homens não apresentaram diferenças nos níveis de ansiedade e depressão, tanto nos casos de sucesso quanto nos de insucesso, enquanto as mulheres sim. Além disso, os autores destacaram que há diversos fatores que determinam a resposta emocional à infertilidade, como características de personalidade, fatores cognitivos e apoio social.

Um estudo brasileiro, realizado com três casais que obtiveram sucesso no tratamento com TRA, investigou o processo de se tornar pai e mãe neste contexto, tendo sido coletados dados no terceiro trimestre de gestação e nos três meses de vida do bebê (Dornelles, 2009). Este é um dos poucos estudos que possuem uma abordagem qualitativa e que buscou investigar aspectos subjetivos do processo de se tornar pai e mãe. Foram realizadas entrevistas em profundidade com os casais nas duas etapas de coleta de dados. Os resultados apontaram que, durante a gestação, as mulheres tinham um medo constante de perder o bebê, mesmo já estando no terceiro trimestre de gestação. O fato de os bebês terem nascido prematuros tornou a vivência desta etapa do processo de se tornar pai e mãe um desafio. Contudo, estes casais conseguiram garantir a sobrevivência de seus bebês e, aos três meses de vida destes, estavam se adaptando a seus papéis de pai e mãe. Não foram encontrados resultados específicos no que se refere ao tornar-se pai neste contexto.

Ainda na mesma linha do estudo citado acima, Silva (2013) realizou um estudo longitudinal a fim de investigar o desenvolvimento da relação coparental e conjugal em três casais que haviam se submetido às TRA. Para isso, os casais foram entrevistados, separadamente, durante a gestação, após o terceiro mês de vida do bebê, e após o primeiro ano de vida do bebê. A autora aponta que, nesse contexto, o período de tratamento pode ser considerado o marco inicial da coparentalidade. Destaca, ainda, que para se compreender esse processo, é preciso considerar diversos aspectos, como a história do casal, as relações com as famílias de origem, a configuração familiar e a experiência de infertilidade e posterior tratamento.

Outro estudo que investigou a transição para a parentalidade no contexto da TRA, realizado na Finlândia, foi o de Repokari et al. (2005), porém com foco no impacto que o tratamento poderia ter na saúde mental de mulheres e homens durante esta transição. Este estudo foi realizado com 367 casais que conceberam via TRA e 379 casais que conceberam naturalmente, a fim de investigar se havia diferenças na saúde mental dos casais que realizaram uma TRA e dos que engravidaram naturalmente. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários, aplicados nas 18-20 semanas de gestação, dois meses após o parto e quando o bebê completou um ano. No que diz respeito aos homens, os participantes que passaram por uma TRA apresentaram menos sintomas relacionados à saúde mental que o grupo controle. Contudo, embora a realização de uma TRA pareça não predizer problemas de saúde mental durante a transição para a parentalidade, os casais deste grupo foram mais resistentes ao estresse relacionado ao bebê durante esta transição. Entretanto, os próprios autores apontam que seria necessário a utilização de outros instrumentos para a coleta de dados, como entrevistas e observação, pois o uso de questionários autoaplicáveis pode fazer com que os participantes dêem respostas socialmente aceitas, especialmente após ter obtido sucesso no tratamento para infertilidade. Resultados semelhantes são apresentados em outro estudo do mesmo grupo de pesquisa (Repokari et al., 2006), porém, no que diz respeito à paternidade, os autores sugeriram que a experiência da paternidade melhorou durante o primeiro ano de vida do bebê, ao passo que a experiência da maternidade se manteve positiva desde o pós-parto, sem mudanças significativas neste primeiro ano. Estes resultados estão de acordo com Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), os quais destacaram que a formação do vínculo pai-bebê pode se dar de forma mais lenta que o vínculo mãe-bebê e que este vínculo tende a consolidar-se com o crescimento e o desenvolvimento da criança. Brazelton e Cramer (1992) salientaram também que se aprende a ser pai aos poucos.

Um estudo transversal investigou as características e atitudes dos genitores de crianças nascidas por meio de uma TRA, quando estas tinham em torno de 4,5 anos (Braverman et al., 1998). Participaram da pesquisa 127 homens e 246 mulheres norte-americanos, os quais responderam a um inventário sobre o relacionamento pais-criança e os resultados apontaram que as maiores preocupações dos genitores durante a gravidez eram com o medo de um aborto e com a saúde do bebê. Os genitores não se viam como superprotetores e acreditavam que seus filhos eram mais apreciados e não eram emocionalmente diferentes de outras crianças. Este estudo abordou também a questão da revelação da forma de concepção à criança, sendo que os genitores se mostraram ambivalentes em relação a isso. Embora muitos tenham

contado aos filhos sobre a TRA, a pouca idade das crianças pode ter influenciado no modo como estas entenderam – ou não – o significado disto. A questão da revelação parece ser um aspecto relevante no contexto da reprodução assistida, mas ainda recebe pouca atenção nos estudos realizados sobre este tema.

Em outro estudo transversal, realizado aos dois anos de vida da criança, na Inglaterra, foi aplicado um inventário sobre comportamento infantil em 140 casais que conceberam via ICSI e 101 casais que conceberam naturalmente (Sutcliffe et al., 2004). O objetivo do estudo foi investigar se o tipo de concepção afetaria a percepção dos genitores sobre o comportamento de seus filhos. Os resultados apontaram que os genitores das crianças concebidas via ICSI percebiam as mesmas como apresentando menos problemas de comportamento do que os do grupo controle. Para os autores, genitores de crianças concebidas por meio de uma TRA podem ser mais tolerantes com o comportamento dos filhos, inclusive pelas dificuldades enfrentadas até conseguir engravidar e ter o seu bebê. Pode-se pensar, conforme apontou Rodríguez (1996), que o bebê de proveta seja um bebê narcísico, no sentido que ele, de algum modo, desmentiria a infertilidade dos pais. O fato de os genitores cujos bebês foram concebidos via TRA serem mais tolerantes com seus filhos pode ser reflexo destas questões inconscientes.

Por fim, um estudo longitudinal realizado apenas com homens, ainda que comparando o ajustamento psicossocial de pais de crianças concebidas via FIV com um grupo controle, realizado na Austrália, acompanhou esses homens na 30ª semana de gestação, aos quatro e aos doze meses do bebê (Cohen, McMahon, Tennant, Saunders & Leslie, 2001). Participaram do estudo 62 homens que se utilizaram da FIV para terem seus filhos e 56 homens no grupo controle. Os dados foram coletados através de questionários, escalas e inventários. Foram notadas diferenças entre os grupos apenas no período da gestação, quando os pais de crianças concebidas via FIV apresentaram mais ansiedade, menos autoestima, satisfação conjugal e uma relação menos carinhosa com a companheira do que os pais do grupo controle. Após o nascimento dos bebês, não houve diferenças entre os grupos, mesmo quando os pais foram divididos pela causa da infertilidade e comparados com o controle. Os autores discutem os resultados apontando que, embora tenha havido essa diferença entre os grupos, os homens que passaram por uma TRA pareciam estar vivenciando bem a transição para a paternidade. Contudo, sugerem que os profissionais que trabalham com esse público estejam atentos a alguns sintomas durante o tratamento, especialmente baixa autoestima e conflitos conjugais. Cabe destacar, também, a reflexão que os autores fizeram sobre o tipo de coleta de dados,

propondo que outros estudos sejam realizados utilizando também entrevistas, a fim de detectar questões mais específicas da infertilidade, o que não seria conseguido via instrumentos fechados. Esta sugestão parece ter sido feita também porque foi percebido, ainda que com o uso de metodologia quantitativa, que pode haver vulnerabilidades e vivências individuais nesse contexto, as quais precisam de atenção.

Assim como nos estudos sobre infertilidade, os estudos com foco nas TRA e no sucesso do tratamento são quantitativos ou então abordam aspectos específicos da parentalidade. Há uma lacuna em relação a estudos qualitativos sobre a experiência da paternidade neste contexto. Percebe-se também uma tendência dos estudos em comparar, seja homens e mulheres ou casais férteis e inférteis. Parece haver uma falta de interesse intrínseco no homem neste contexto e em como se dá a transição para a paternidade.

1.4 Justificativa e objetivo do estudo

A transição para a paternidade é um fenômeno complexo e ainda pouco estudado, se comparado à transição para a maternidade. No contexto da reprodução assistida, percebe-se uma escassez de estudos com foco específico na paternidade, especialmente estudos qualitativos. Os estudos quantitativos, em sua grande maioria, priorizam o uso de escalas e questionários como método de coleta de dados, o que dificulta uma apreensão do fenômeno em profundidade, visto que o foco não está na experiência dos sujeitos. Conforme apontado por Dornelles, Silva e Lopes (2011), muitos destes estudos buscam dados quantitativos sobre como homens e mulheres se sentem neste contexto (depressão, ansiedade e estresse, por exemplo, no caso do diagnóstico e tratamento da infertilidade), o que acaba por reduzir um pouco o entendimento da experiência desses casais. Fica claro que esta forma de coleta e análise de dados, embora importante, se mostra insuficiente, inclusive por haver inconsistências entre os estudos.

Percebe-se, ainda, um número bastante reduzido de estudos longitudinais, que se estendam até após o nascimento do bebê e que tenham um caráter qualitativo. Entende-se que, para se compreender a experiência da paternidade neste contexto, estudos longitudinais qualitativos, que utilizem entrevistas em profundidade, mostram-se necessários, visto que o tornar-se pai é um processo que envolve aspectos conscientes e inconscientes que nem sempre podem ser apreendidos por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados.

Estima-se que mais de cinco milhões de bebês tenham nascido em todo o mundo, via TRA, desde 1978, quando Louise Brown (o primeiro bebê gerado por uma FIV) nasceu

(ESHRE, 2014). Esse avanço tecnológico demarca uma mudança importante dentro das perspectivas de procriação, no sentido de trazer a possibilidade do filho biológico a casais que não conseguiriam concebê-lo naturalmente (Vilksa et al., 2009). Porém, parece ser necessário investigar as possíveis repercussões deste modo de concepção para a experiência da paternidade, visto que, de acordo com Alkolombre (2011), isto implica em uma revolução na parentalidade. Neste sentido, Parke (2004) destacou que as novas tecnologias estão expandindo cada vez mais os modos como as pessoas podem se tornar pai e mãe e que, no caso específico da paternidade, há ainda muitas questões a serem investigadas. Se a questão da paternidade ainda é pouco estudada em contextos tradicionais, quando comparada a estudos sobre maternidade, no caso das TRA há ainda menos estudos sobre o tema. Cabe ressaltar que esta escassez de estudos pode ser decorrência também da atualidade do campo da reprodução assistida. Além disso, os estudos encontrados não parecem conseguir responder às questões levantadas neste projeto, especialmente pelo fato de serem, em sua maioria, transversais e quantitativos.

Neste sentido, o número reduzido de estudos qualitativos aponta para uma lacuna importante no contexto da reprodução assistida, especialmente no que diz respeito a questões teóricas que envolvam o tornar-se pai nesse contexto. Parece importante, a partir da revisão dos estudos encontrados, buscar as especificidades da experiência da paternidade, mas sem fazer comparações com a experiência da maternidade ou entre homens férteis e inférteis, como comumente tem sido feito nos estudos. Faz-se necessário estudar o tema em profundidade, tendo como material de pesquisa a fala dos pais, a fim de se poder entender melhor como eles vivenciam esta experiência. Ainda, é relevante destacar que o processo de subjetivação masculino não é menos complexo que o feminino e que, por isso, estes processos não devem ser comparados, mas pensados nas suas especificidades (Silva & Macedo, 2012). Assim, destaca-se a utilização da teoria psicanalítica enquanto referencial teórico do presente estudo, a fim de se poder aprofundar as questões anteriormente discutidas. Além disso, é uma teoria ainda pouco utilizada nos estudos sobre reprodução assistida, especialmente nos internacionais. Com a utilização desta teoria, bem como do relato clínico, foi possível trabalhar com as vivências singulares no processo de tornar-se pai nesse contexto e perceber a diversidade existente dentro do campo da infertilidade e da reprodução assistida.

Outra questão a ser discutida refere-se a como homens e mulheres exercem a parentalidade frente a novas formas de concepção. Não fica claro, a partir da literatura encontrada, como o homem vivencia a transição para a paternidade no contexto da reprodução

assistida, especialmente nos casos de infertilidade masculina. Conforme aponta Alkolombre (2008), este é um “continente negro” que precisa ser melhor investigado.

Deste modo, o objetivo do presente estudo é compreender os percursos singulares rumo à paternidade no contexto da reprodução assistida, desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo três homens que se submeteram, junto com suas esposas, à FIV para poderem ter seu filho, cuja infertilidade era masculina ou mista. As idades dos participantes variaram entre 33 e 37 anos e todos tinham ensino superior completo. Estes três homens faziam parte de um estudo maior que investigou a transição para a parentalidade e o relacionamento conjugal no contexto da reprodução assistida. Este estudo maior é denominado *Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê* – REPASSI (Lopes, Piccinini, Dornelles, Silva & Passos, 2007), tendo sido desenvolvido pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF) do Instituto de Psicologia da UFRGS. O REPASSI acompanhou 35 casais que engravidaram por meio das técnicas de reprodução assistida, sendo composto por três fases de coleta de dados: durante o terceiro trimestre de gestação, aos três meses de vida do(s) bebê(s) e aos doze meses de vida do(s) bebê(s). Os participantes do estudo eram provenientes de um hospital público e de uma clínica particular da cidade de Porto Alegre. Neste estudo foram incluídos apenas os pais que participaram das três fases de coleta de dados e cuja causa da infertilidade era masculina ou mista.

2.2 Delineamento e Procedimentos

Os participantes foram convidados a participar do estudo a partir de levantamento realizado pelo hospital acima mencionado. Este levantamento apontou quais casais haviam tido sucesso no tratamento, e foi encaminhada às pesquisadoras uma lista com nomes e telefones dos pacientes para posterior contato. Após o contato telefônico, em que o estudo foi explicado aos pacientes, foi agendado um encontro no local de preferência dos mesmos, a fim de ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) pelo casal, bem como para a realização das entrevistas da fase I. Cada membro do casal foi entrevistado separadamente e convidado a participar das fases posteriores de coleta de dados.

Deste modo, o presente estudo tem um caráter longitudinal, composto de três fases, sendo que a coleta de dados de cada fase foi composta pelos seguintes instrumentos: Fase I: 1) *Entrevista de Dados Demográficos do Casal*, 2) *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai* e 3) *Entrevista com o Marido sobre a Relação Conjugal na Gestação*. Fase II: *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade* (três meses do bebê). Fase

III: *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê aos Doze Meses*. Cabe ressaltar, ainda, que este estudo configura-se como um estudo de caso coletivo (Stake, 1994), em que se buscou compreender a dinâmica de cada caso, bem como as semelhanças e particularidades entre eles.

2.3 Instrumentos

Os instrumentos que foram utilizados neste estudo encontram-se em anexo, sendo brevemente apresentados a seguir:

- *Entrevista de Dados Demográficos do Casal* (NUDIF, 1998a): esta entrevista tinha o objetivo de obter informações sociodemográficas a respeito dos participantes, sendo composta por questões que enfocavam estado civil, pessoas que viviam na mesma residência, ocupação, escolaridade, religião e etnia, além de informações para contato. (Anexo B).

- *Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai* (NUDIF, 1998b): esta entrevista era composta por diversos blocos de questões e buscava investigar como o pai estava vivenciando a gravidez da esposa e suas expectativas em relação ao futuro. (Anexo C).

- *Entrevista com o Marido sobre a Relação Conjugal na Gestação* (Lopes, Silva, Dornelles, & Piccinini, 2007, adaptado de Lopes & Menezes, 2003): investigou a forma como o homem vivenciava a relação conjugal durante a gestação e a visão apresentada por ele a respeito da história da relação conjugal, da pré-história da gravidez, da relação com as famílias de origem e do futuro da relação. Para este estudo, foi utilizado apenas o bloco que tratava das percepções e sentimentos do marido quanto ao surgimento, no casal, da idéia de terem um filho, a decisão pela utilização das TRA e suas repercussões. (Anexo D).

- *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade* (NUDIF, 1999): buscava investigar a experiência da paternidade durante os três primeiros meses de vida do bebê. A entrevista era composta por blocos de questões que enfocavam como o pai percebia o desenvolvimento do bebê, as percepções e sentimentos quanto à paternidade, as mudanças percebidas, a visão da esposa como mãe, a rotina após o nascimento do bebê, entre outras. (Anexo E).

- *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê aos Doze Meses* (NUDIF, 2000): esta entrevista enfocava percepções e sentimentos do pai quanto ao desenvolvimento do bebê e à experiência da paternidade aos doze meses de vida do filho(a). (Anexo F).

2.4 Considerações éticas

O REPASSI seguiu as diretrizes definidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e também 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 (Anexo G). Deste modo, este estudo seguiu as questões éticas propostas no estudo maior.

Conforme dito anteriormente, os participantes deste estudo foram informados a respeito dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, o que permitiu que pudessem decidir livremente sobre sua participação na mesma. Deste modo, ficou garantida a autonomia dos pais quanto a participar ou não, bem como a possibilidade de desistir de participar de qualquer das etapas da pesquisa, sem qualquer prejuízo no atendimento que recebiam. Ainda, como foram tratadas questões íntimas, que poderiam gerar algum tipo de desconforto, os participantes poderiam ser encaminhados à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, se assim o desejassem. A privacidade e a confidencialidade das informações obtidas neste estudo foram asseguradas, visto que os dados coletados foram arquivados de forma adequada no Instituto de Psicologia da UFRGS.

2.5 Análise dos dados

Em cada um dos três casos do presente estudo, os dados obtidos por meio das entrevistas foram organizados e descritos longitudinalmente, na forma de relato clínico, o qual tem sido utilizado por pesquisadores do NUDIF. Encontramos no relato clínico uma alternativa importante à análise de conteúdo, a qual era frequentemente utilizada em nossos estudos. O relato clínico tem se mostrado uma ferramenta mais interessante para as questões que trabalhamos, especialmente por se aproximar mais da psicanálise e permitir que a singularidade de cada caso apareça mais do que em outras formas de análise. Para tanto, as entrevistas, que haviam sido gravadas e transcritas, foram lidas e ouvidas exaustivamente. Os relatos foram sendo escritos concomitantemente às orientações, onde a doutoranda e a orientadora discutiam cada caso, levando em conta, também, os atos falhos, as resistências da doutoranda e as questões contratransferenciais. De acordo com Millonschik (2011), o relato clínico, além de permitir reescrever a história (ou o percurso em determinado momento da vida) do paciente (ou do participante, no caso) tem o diferencial de deixar em aberto a possibilidade de sua ampliação, visto que nunca termina de dizer o que poderia vir dizer. Assim, pode-se pensar que as considerações feitas no relato não se esgotam aqui, podendo ser

tecidas outras considerações, por outros leitores. Contudo, Gitaroff (2011, p. 155) aponta que o relato não deve ser construído com base apenas na própria experiência do clínico (ou do pesquisador), visto que Freud, ao construir sua clínica, escutava os relatos de seus pacientes e, a partir daí, buscava construir um “relato de investigação”, utilizando-se também de elementos da teoria para poder compreendê-los.

Deste modo, o relato dos casos contém o percurso singular de cada homem na transição para a paternidade, contendo os seguintes eixos: impressões gerais; breve apresentação da história do pai; descoberta da infertilidade e tratamento; paternidade no contexto da reprodução assistida (gestação; terceiro mês do(s) bebê(s); um ano do(s) bebê(s)); síntese e considerações sobre o caso. Cabe ressaltar que esses eixos são cronológicos. O relato foi ilustrado pelas verbalizações dos pais e também pelas impressões da pesquisadora ao longo de todo o processo. A partir destes relatos foi realizada a discussão dos dados, a fim de se conhecer melhor o fenômeno pesquisado.

CAPÍTULO IV

DESAFIOS NOS PERCURSOS DE ELABORAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

O fato de esses homens terem passado pelo diagnóstico de infertilidade e posterior tratamento não quer dizer que eles tenham vivenciado isso de modo semelhante. Cada homem, a partir de seu percurso, experienciou a paternidade nesse contexto de forma bastante singular. Assim, nessa discussão, se falará das possíveis semelhanças entre os casos, mas, também, e principalmente, das particularidades. Inicialmente, será feita uma breve retomada dos principais aspectos de cada caso, especialmente no que diz respeito aos percursos singulares de Daniel, Luis e Claudio.

O percurso de Daniel foi fortemente atravessado por uma repetição de sua história. Ele, que tinha uma irmã gêmea, se tornou pai de um casal de gêmeos. Isso parece tê-lo aproximado da experiência da paternidade de gêmeos de forma mais confortável e gratificante. Pode-se pensar, a partir das falas de Daniel, que essa repetição colaborou para a elaboração e a integração da paternidade.

A realização da FIV permitiu que Daniel e a esposa pudessem ter filhos – e filhos gêmeos. Alguns aspectos da infertilidade e do modo como ele vivenciou o tratamento merecem destaque. Seus espermatozoides “vagabundos” não foram capazes de engravidar sua esposa de modo natural mas, pela via da tecnologia, os “melhorzinhos” foram selecionados, ainda que por um terceiro. O fato de ele valorizar essa questão da seleção dos espermatozoides poderia ser em decorrência, talvez, de uma tentativa inconsciente de reparar a ferida narcísica da infertilidade. Ter tido dois filhos, que foram especialmente “selecionados”, não faria de Daniel alguém especial? Apesar disso, ele achava que o fato de ter passado por isso não influenciava na experiência da paternidade, pois o desejo de ser pai já existia.

Ainda que Daniel fosse bastante atento e cuidasse da esposa e dos filhos, parece que ele próprio não foi cuidado no seu percurso rumo à paternidade, já que disse ter se sentido deprimido em alguns momentos após o nascimento dos bebês e que isso foi simplesmente passando com o tempo, sem ter chamado a atenção de alguém.

Luis, por sua vez, teve desafios distintos de Daniel. Seu principal desafio parece ter sido a dificuldade em se reconhecer como pai de sua filha. Ao mesmo tempo, essa

dificuldade, de certo modo, possibilitou um constante encantamento pela experiência de ser pai. Luis, que pareceu ter passado por tantas tentativas frustradas mais pelo desejo da esposa do que pelo seu, chegou ao fim da coleta de dados dizendo que queria ser pai novamente.

O fato de ter se tornado pai de uma menina também parece ter marcado profundamente a experiência de Luis. Talvez por ter sido uma menina e por estar tão distante, inicialmente, de seus aspectos femininos, não era possível para ele, nos primeiros meses da filha, perceber-se como pai. O destaque que ele deu ao fato de a filha não reconhecê-lo parece apontar para a sua própria dificuldade em se reconhecer como pai.

Luis teve a peculiaridade, enquanto casal, de doar os óvulos excedentes. Há muitas questões nas TRA que ainda precisam ser melhor entendidas do ponto de vista da Psicologia, e essa é uma delas. Luis parecia fantasiar uma traição da esposa, já que seus óvulos provavelmente seriam utilizados para que outros casais pudessem se tornar pais. Talvez por isso ele dissesse que não lhe importava o modo como a filha foi gerada, para não se deparar mais com questões que, assim como para a Psicologia, não eram suficientemente entendidas e elaboradas por ele.

Claudio, assim como Daniel e Luis, enfrentou desafios na sua transição para a paternidade. Pode-se pensar em duas singularidades que marcaram o percurso de Claudio: ser pai de quadrigêmeos e os conflitos familiares e conjugais.

Ter tido quatro filhos após se descobrir infértil, parece ter repercutido, ainda que inconscientemente, no narcisismo de Claudio. Seus espermatozoides, apesar de “fraquinhos”, possibilitaram que sua esposa engravidasse de quatro bebês e, se “sobrasse” esperma após a FIV, Claudio poderia também engravidar outras mulheres, segundo ele. Ainda que falasse sobre isso em tom de brincadeira – ou talvez justamente por isso –, Claudio parece ter “cicatrizado” a ferida narcísica da infertilidade. Contudo, ter quatro bebês parecia, em alguns momentos, ser difícil para ele, o que pareceu estar intimamente relacionado ao outro desafio enfrentado por Claudio.

As questões familiares, especialmente os conflitos com a esposa e a sogra, foram bastante recorrentes na fala de Claudio. Ele parecia necessitar de um reconhecimento que não vinha de nenhum lugar – e muito menos da esposa, que era o que ele mais desejava. O fato de ter sempre outras pessoas ajudando a cuidar dos bebês também parece ter dificultado a Claudio se reconhecer e ser reconhecido como pai, ao menos nos primeiros meses após o nascimento dos filhos. O crescimento dos bebês – o que implicava em menos cuidados de

outras pessoas – parece ter contribuído para uma maior satisfação de Claudio com a paternidade.

Assim como o percurso de elaboração e integração da paternidade desses três homens foi bastante singular e apresentou desafios específicos, alguns aspectos foram percebidos em mais de um caso. A seguir se falará desses aspectos, mas sempre respeitando o modo como cada um dos três vivenciou essas situações.

O fato de o estudo ter um caráter longitudinal merece destaque, visto que, além de permitir a mim, enquanto pesquisadora, acompanhar diferentes momentos da experiência desses homens, permitiu também que eles pudessem pensar sobre suas vivências e, até, elaborá-las a partir da participação na pesquisa. Com isso, foi possível perceber que o tempo de elaboração de cada sujeito é bastante singular, e que é relevante respeitar esse tempo ao trabalhar com o contexto aqui pesquisado. Nesse sentido, cabe ressaltar também que foi possível dar voz a esses homens, os quais, muitas vezes, parecem ter enfrentado especialmente o diagnóstico e o tratamento de modo bastante solitário.

Ao se descobrirem inférteis, Daniel, Luis e Claudio reagiram de modos diversos. Daniel, ao mesmo tempo que ficou chateado, sentiu alívio por ele ser infértil e não a mulher, já que achava que seria mais complicado se fosse com ela. Ainda assim, disse se sentir impotente, embora dizendo que *“não tem nada a ver, não tem problema de impotência”*. Já Luis não falou diretamente sobre como se sentiu quando recebeu o diagnóstico. Contudo, cabe destacar a peculiaridade da situação de Luis e Renata, que optaram por doar os óvulos não utilizados por eles, aparecendo na fala de Luis como uma possível fantasia de que sua esposa tivesse filhos com outros homens (ainda que essa fantasia tenha aparecido por meio da negação). Claudio disse ter ficado *“louco”* quando um médico falou que ele poderia ser estéril, e que só seguiu no tratamento por incentivo da mulher.

A descoberta da infertilidade parece ter *“mexido”* com a masculinidade desses homens, especialmente no que diz respeito à virilidade e à potência sexual. Embora infertilidade e impotência não estejam fisicamente relacionadas, socialmente há um imaginário de que o homem que não consegue engravidar sua companheira é impotente, não é viril, é *“menos”* homem (Calero & Santana, 2006; Throsby & Gill, 2004). Ainda que Daniel, Luis e Claudio não tenham falado diretamente sobre isso, algumas falas deles remetem a essa questão: espermatozoides *“vagabundos”*, *“fracos”*, *“a doutora botou um fraquinho mas eram quatro”*. Pode-se pensar, a partir das ideias de Alkolombre (2008), que a descoberta da infertilidade tenha feito com que esses homens revivessem, ainda que inconscientemente, o

temor da castração. Contudo, o fato de terem conseguido engravidar suas esposas, ainda que via TRA, parece ter feito esse temor se “diluir” ou diminuir, já que eles conseguiram mostrar que eram capazes de fecundar suas esposas – às vezes até com mais de um bebê (Rodríguez, 1996). Seria uma “vitória” narcísica frente à natureza, após vivenciarem a ferida narcísica da infertilidade?

Outro aspecto a ser destacado é a solidão desses homens durante todo o processo. Diferente das mulheres, que costumam buscar outras pessoas com quem conversar, incluindo os próprios companheiros, os participantes da pesquisa parecem ter realizado uma trajetória bastante solitária. Além de todos os três falarem do quanto estavam presentes e apoiando as esposas, falaram também de não terem com quem conversar. Às vezes conversavam com um amigo, como no caso de Daniel, que tinha um colega de trabalho que também era infértil, ou com as esposas. Contudo, no caso das esposas, parecia haver certo cuidado com elas, o que implicava em falarem pouco com as mesmas sobre como estavam se sentindo. Cláudio estava fazendo terapia, o que lhe proporcionava um lugar para ser escutado. O fato de esses homens terem concordado em participar da pesquisa em todas as suas etapas pode ter sido, também, por uma necessidade de serem escutados. Cabe destacar que vários casais participantes do projeto maior – o REPASSI – não tiveram disponibilidade em participar de todas as fases de coleta de dados, sendo que algumas mulheres seguiram sozinhas, especialmente após o nascimento dos bebês. Ainda em relação à solidão, e também a um possível desamparo, é importante destacar que Daniel e Luis falaram sobre o sofrimento quando o tratamento não deu certo. Daniel e Marta obtiveram sucesso na segunda tentativa, enquanto Luis e Renata apenas na quinta. Embora neste estudo a coleta de dados tenha iniciado após a descoberta do diagnóstico e a realização do tratamento, é visível a marca deixada quando a técnica falha (Straube, 2007).

Além da solidão e da possível ferida narcísica deixada pela descoberta da infertilidade, outro tema que perpassou a vivência desses homens refere-se à possibilidade de adotar uma criança. Em um estudo anterior realizado pela pesquisadora (Sonego, 2007), percebeu-se o quanto a adoção é uma “última opção”, a ser realizada quando todas as esperanças de um filho biológico se esgotam. Esse desejo pelo filho “de sangue” poderia ser um reflexo daquilo que Freud (1914/1996), ao tratar do narcisismo, chamou de desejo de imortalidade do ego, ou seja, de continuar existindo nos filhos mesmo após a nossa morte. Os três pais, ao serem questionados sobre se haviam pensado em alternativas quando receberam o diagnóstico, disseram ter pensado em adoção, mas que primeiro tentariam ter um filho biológico. Luis e

Claudio disseram estar bastante inclinados a adotar uma criança, mas que as esposas não queriam pensar nessa possibilidade naquele momento. Outra possível aproximação das TRA com a adoção, ambas formas de se tornar pais de outro modo que não o natural, é o uso da expressão “como se fosse”. No estudo citado acima, a pesquisadora percebeu que, para algumas mães, seus filhos adotivos eram “como se fossem” seus filhos. No caso do presente estudo, Claudio destacou, ao falar que não importava para ele ter conseguido realizar o desejo de ter filhos via TRA, que “*vai ser tratado igual como se fosse, né, não importa*”. Embora apenas Claudio tenha usado essa expressão, nem ele nem os outros dois pais pareciam tratar seus filhos “como se fossem” gerados de forma natural. Ainda assim, parece ser importante pensar sobre essa questão em estudos futuros, visto que ainda se sabe pouco sobre as implicações das TRA para a parentalidade.

Durante o período gestacional, alguns aspectos da experiência merecem ser destacados. Assim como no tratamento, esses homens demonstraram bastante cuidado com suas esposas durante esse período, fato que também costuma acontecer em uma gestação natural (Krob, Piccinini & Silva, 2009; Piccinini et al., 2004). Pode-se pensar que, nesse contexto, muito do cuidado tem a ver também com o sofrimento vivenciado até alcançar a gestação (Dornelles, 2009). Claudio destacou que não dava para comparar com uma gestação natural, especialmente devido ao fato de ser uma gestação múltipla (Ribeiro, 2012). Havia sempre uma preocupação com a saúde da esposa e dos bebês. Essa preocupação apareceu também, nas falas dos três pais, ao optarem por parar de ter relações sexuais com as esposas, tanto no tratamento quanto na gestação. Além da preocupação em não machucar o bebê ou causar desconforto à esposa, a ausência de relações sexuais não poderia também refletir algo da especificidade das TRA, no sentido de que, para gerar esses bebês, não foi necessário que o casal tivesse relações? Perelson (2009) destaca que, assim como a contracepção possibilitou o sexo sem reprodução, as TRA possibilitaram a reprodução sem sexo. Tort (2001) salienta, também, que a relação do sexo com a paternidade pode ficar comprometida em função da entrada do médico para poder gerar um filho.

Ainda em relação ao cuidado, ficou visível que Daniel, Luis e Claudio cuidaram muito mais do que foram cuidados. Em alguns momentos, suas falas deixaram claro o quanto estava sendo difícil para eles apoiarem as esposas ou suportarem determinadas situações familiares, quando também precisavam de apoio e de cuidado. Essa questão do cuidado remete ao que Winnicott (1999) sugere sobre as pessoas que cuidam de bebês. Segundo ele, talvez essas pessoas sejam “tão desamparadas e, relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez

haja até mesmo um confronto de desamparos” (p.91). Esses homens, ao cuidarem tanto de suas esposas, não estariam tão desamparados quanto elas? O fato de haver tão poucos estudos sobre a paternidade nesse contexto também não estaria refletindo uma falta de cuidado dos pesquisadores com os homens que vivenciam a infertilidade?

Os pais também pareceram estar se aproximando de seus aspectos femininos, ainda que de modos distintos. Daniel parecia estar bastante confortável com isso, desde a gestação até após o nascimento dos bebês. Já Luis dava a impressão de temer se deparar com esses aspectos e com tudo o que envolvia essa transição para a paternidade, já que dizia, entre outras coisas, “*não querer atrapalhar*” a esposa nos preparativos para a chegada do bebê, pois “*esse momento é dela*”. Esse pai foi o que mais claramente “lutou” contra seus aspectos femininos, bem como o que mais pareceu se surpreender com a paternidade. Voltando à questão do cuidado, Loparic (2013) destaca as ideias de Winnicott de que a capacidade de cuidar tem relação com o elemento feminino puro, mais do que com o gênero. No caso dos bebês, os cuidados maternos baseiam-se neste elemento, o qual está presente tanto nos homens quanto nas mulheres. Como geralmente é a mãe a que mais cuida do bebê no início da sua vida, geralmente se pensa que o cuidar é “mérito” das mulheres. Contudo, conforme aponta Loparic (2013), a ética do cuidado de Winnicott não faz distinção entre homens e mulheres, ainda que o modo como o cuidado seja realizado, ou seja, a execução do cuidado, muitas vezes aponte diferenças entre os gêneros.

Uma situação que perpassou a experiência de dois dos três pais durante a gestação refere-se a alguns sintomas físicos. Luis teve labirintite e Claudio teve catapora. Após o nascimento da filha, Luis ainda “rompeu os ligamentos” (com os aspectos masculinos?). Já Daniel não referiu sintomas físicos durante a gestação da esposa, mas após o nascimento dos filhos sentiu um “*impacto muito grande, uma tristeza*”. Chegou a dizer que talvez fosse depressão. Como se poderia tentar entender esses sintomas dos três pais? Seria possível pensar em manifestações psicossomáticas ou em alguma aproximação com a síndrome de *couvade*, assim como acontece quando a gestação acontece de modo natural? (De Martini, Piccinini & Gonçalves (2010)

Quando questionados diretamente, os participantes destacam mais os aspectos positivos das TRA do que os negativos. Entretanto, fica evidente a repetição de alguns termos em suas falas, especialmente da palavra “não”, por todos os três. Poderia ser uma tentativa inconsciente de negar a infertilidade e o tratamento, já que tinham conseguido se tornar pais? Luis chegou a dizer que não se importava nem era afetado pelo modo como a filha foi gerada.

Como apontado por Freud (1925/1996), o fato de usar a negativa pode indicar que a ideia está reprimida no inconsciente, mas pode vir à consciência desde que seja negada. Parece haver também um agradecimento muito significativo à tecnologia e às equipes profissionais que realizaram os procedimentos. Agradecimentos a Deus também se fizeram presentes nas falas desses homens. Poderia se fazer uma analogia entre as tecnologias e Deus, já que “nada é impossível” para ambos? Aquilo que, por vias naturais seria impossível, tornou-se possível graças à “obra divina da tecnologia”. Como questionado anteriormente, seria essa uma “vitória” frente à natureza? Cabe refletir sobre o papel do médico nesse contexto, assim como da equipe e das próprias TRA, que permitem a esses homens se tornarem pais, mas de um outro modo, por uma via pública e não privada, como se daria em uma gestação natural (Alkolombre, 2008; Rodríguez, 1996).

O que os pais destacaram enquanto aspectos negativos do processo parecem ser importantes para se pensar nas intervenções que são realizadas nesse contexto. Daniel disse que para ele o negativo era haver tantos procedimentos dolorosos no corpo da mulher. Claudio também falou algo nesse sentido, mas mais em relação ao casal ter de fazer “tudo certo” durante o tratamento, ou seja, seguir as orientações médicas. Já Luis, que só teve sucesso na quinta tentativa, destacou como negativo justamente a solidão e o sofrimento do casal quando a técnica falha (Straube, 2007). Parece importante se pensar em formas de trabalhar esse sofrimento com os casais que não obtêm sucesso na primeira tentativa.

Após o nascimento dos filhos, os pais deste estudo, de modo geral, apontaram as mudanças na rotina e as adaptações do casal frente a isso. O nascimento de um bebê demanda do casal uma reorganização, sendo que, além da conjugalidade, eles precisam agora assumir sua parentalidade, o que pode, por vezes, gerar conflitos. O estudo de Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro, Santos e Dattilio (2011), realizado com casais que fizeram uso das TRA e que engravidaram naturalmente, apontou um decréscimo no relacionamento conjugal, nos dois grupos, desde a gestação até após os primeiros meses de vida do bebê. Claudio estava passando por alguns conflitos familiares que ficaram bastante visíveis em todas as fases da pesquisa. Esses conflitos pareciam estar influenciando muito tanto a conjugalidade quanto a parentalidade. Menezes e Lopes (2007), ao tratarem da relação conjugal na transição para a parentalidade salientam a influência das famílias de origem no relacionamento do casal.

As vivências singulares e as peculiaridades do percurso de cada um desses homens se fizeram muitos presentes nos seus discursos, conforme explicitado anteriormente, especialmente nos primeiros meses após o nascimento dos filhos. Cada um dos pais se

aproximou dos filhos a seu modo: Daniel parecia estar revivendo com os filhos sua própria gemelaridade; Luis, ao dizer que a filha não o reconhecia, talvez não estivesse se reconhecendo como pai e como alguém que estava deixando de ser “*frio*” para virar uma “*moça*”; Claudio, por sua vez, parecia estar bastante envolvido em provar às pessoas com quem convivia que podia ser um bom pai. As peculiaridades de cada pai estão relacionadas também, muito provavelmente, às suas vivências enquanto filhos, bem como às suas representações psíquicas em relação aos próprios filhos (Golse, 2002; Lebovici, 1993; Solis-Ponton, 2004).

Assim como um homem que se torna pai de modo natural, Daniel, Luis e Claudio mostraram estar bastante envolvidos com os filhos e com os cuidados que eles necessitavam (Krob, Piccinini & Silva, 2009; Silva & Piccinini, 2007). Todos os três participavam tanto dos cuidados com os bebês quanto com as tarefas da casa. A ajuda de outras pessoas, especialmente as avós, parecia ser muito importante para Daniel e Luis, enquanto Claudio se incomodava profundamente com isso – e era também o que mais necessitava da ajuda de outras pessoas, devido ao número de bebês. A gemelaridade é uma importante complicação das TRA, principalmente devido aos riscos envolvidos (Leonard & Denton, 2006). No caso de Claudio, diferentemente do que aconteceu com Daniel, que também foi pai de gêmeos, o número de bebês parece ter influenciado tanto a vivência da gestação quanto a experiência da paternidade após o seu nascimento.

Essa proximidade com os bebês parece ter permitido a esses homens irem se descobrindo como pais enquanto descobriam seus filhos. Daniel achava o menino mais parecido com ele do que a menina. Luis achava a filha mais parecida com uma sobrinha da esposa, ainda que achasse que ela tinha os olhos parecidos com os seus. Claudio achava dois filhos mais parecidos com ele e dois com a esposa. Nos casos de Daniel e Luis se percebe, talvez por uma questão identificatória e narcísica, o sexo dos filhos tendo certa influência nas semelhanças percebidas por eles. Já Claudio “dividiu” os filhos com a esposa. Seria mais fácil, psicologicamente, se identificar com dois filhos do que com quatro? Poderia se pensar em uma cisão?

Conforme os bebês foram crescendo e se desenvolvendo, a interação deles com seus pais também se desenvolveu. Os pais conseguiam entender melhor as necessidades dos filhos e também o temperamento de cada bebê. De modo geral, os casais, ao final do primeiro ano de vida dos filhos, estavam com suas rotinas mais organizadas. Até mesmo Claudio, que vinha sofrendo com conflitos familiares, parecia estar experienciando a paternidade de modo

bastante gratificante, “*tomando a frente da situação*” e conseguindo, cada vez mais, integrar a experiência da paternidade. Percebeu-se uma satisfação de Daniel, Luis e Claudio com a paternidade. Luis, que antes da realização do tratamento não tinha tanto desejo de ser pai, disse que já estava pensando em ter mais filhos. Daniel, que desde a primeira entrevista parecia estar bastante feliz em ser pai, estava cada vez mais próximo dos filhos, demonstrando bastante conhecimento sobre tudo que dizia respeito aos bebês. Claudio disse estar cada vez mais fácil entender as necessidades dos filhos, inclusive por eles estarem maiores (Repokari et al., 2006). Ele também parecia estar feliz, já que os filhos estavam menos dependentes, não precisar tanto da ajuda de outras pessoas nos cuidados com os bebês.

A questão da infertilidade e do tratamento pareceu ocupar cada vez menos espaço na experiência desses homens, conforme os bebês cresciam, pelo menos conscientemente (Sydsjö, Wadsby, Kjellberg & Sydsjö, 2002). Talvez, se fossem perguntados diretamente, os pais poderiam ter falado mais sobre se percebiam essa vivência influenciando ou não a experiência da paternidade. Contudo, pode-se pensar que, assim como a história de vida de cada pai se fez presente no modo como exerciam a paternidade, a infertilidade e o tratamento, por fazerem parte dessa história, também estão presentes nessa experiência, ainda que inconscientemente (Straube, 2007).

Foram percebidas significativas mudanças psíquicas na experiência desses pais, mas talvez Daniel e Luis tenham conseguido se aproximar mais das questões emocionais que permearam a experiência da paternidade. Claudio pareceu ter mais dificuldade de se aproximar disso, o que refletiu inclusive na resistência da pesquisadora em trabalhar esse caso. Embora saiba que a conjugalidade também é permeada pelas questões emocionais e esteja bastante relacionada à parentalidade, foi difícil conseguir “escutar” esse pai e tentar compreender como se deu sua experiência de paternidade. Houve, inclusive, um desejo de se descartar esse caso da tese, como se faz com um embrião que não é utilizado. De qualquer modo, cada um desses homens, no seu ritmo, parece ter passado por um processo de evolução, de integração e elaboração dessa experiência.

O fato de dar voz a esses homens mostrou a importância de se levar em conta a singularidade do percurso de cada sujeito, especialmente ao se pensar em intervenções com homens que passam por essa experiência. Ainda que os estudos quantitativos tenham a sua relevância ao destacar o quanto esses casais sofrem com a infertilidade e o tratamento, esse olhar mais individualizado pode ajudar os profissionais a compreenderem a necessidade de se respeitar a individualidade das pessoas que buscam a ajuda da medicina para realizarem o

desejo de ter filhos. Alkolombre (2008) destaca que a psicanálise só pode tentar responder as tantas questões referentes à infertilidade e à reprodução assistida a partir da singularidade de cada sujeito, sendo impossível generalizar as problemáticas psíquicas decorrentes deste contexto.

Nesse sentido, destaca-se também o papel do relato clínico enquanto metodologia de análise de dados, já que permitiu à pesquisadora se aproximar dos dados de forma mais livre, mas nem por isso com menos rigor científico, visto que cada caso foi exaustivamente discutido com a orientadora. Pode-se pensar que o relato clínico permitiu que fosse possível “traduzir” a experiência emocional desses pais. Essa aproximação, que levou em conta aspectos transferenciais e contratransferenciais, bem como os atos falhos, tanto da pesquisadora quanto dos participantes, permitiu olhar para esses homens de forma a traduzir, de algum modo, suas vivências em experiências, as quais puderam ser aqui compartilhadas e pensadas. Conforme Gurski (2012), “a possibilidade de transmitir o vivido é o que pode fazer da vivência uma experiência” (p.83). Pode-se dizer que a pesquisadora “ajudou” os pais a transformarem essa vivência em experiência e, conforme foi fazendo cada relato, pôde também transformar sua vivência, enquanto pesquisadora, em uma experiência a ser compartilhada. Espera-se que, com esse estudo, tenha sido possível, ainda que de forma inicial, deixar o “continente negro” (Alkolombre, 2008) da infertilidade masculina um pouco menos obscuro.

CAPÍTULO V

DESAFIOS NO PERCURSO DE ELABORAÇÃO DAS VIVÊNCIAS JUNTO AOS PAIS

Este estudo buscou compreender os percursos singulares rumo à paternidade no contexto da reprodução assistida, desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê. Para isso, foi realizado um estudo de caso coletivo, por meio de entrevistas com três participantes em três momentos diferentes, o que permitiu que se pudesse pensar no processo de se tornar pai nesse contexto.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se que o mesmo, embora tenha acompanhado os casais em diferentes momentos desde a gestação, não acompanhou a confirmação do diagnóstico e o tratamento, tendo esses aspectos sido apreendidos de forma retrospectiva. Contudo, mesmo assim, a solidão e o desamparo vivenciados por esses homens ficaram bastante visíveis, ou seja, essas vivências ainda pareciam estar muito presentes na vida desses pais. Devido a isso, sugere-se que estudos futuros possam incluir também este momento da vida do casal.

Os participantes da pesquisa foram os que, dentro do projeto maior, eram inférteis e responderam a todas as fases de coleta de dados. O fato de o estudo ter sido longitudinal me permitiu acompanhar as vivências de cada um desses homens, durante um período específico de suas vidas. Ressalta-se que o estudo pode vir a ser útil para os profissionais que trabalham no contexto da reprodução assistida, já que buscou compreender como esses homens elaboraram a experiência da paternidade após um diagnóstico e posterior tratamento da infertilidade. Espera-se poder contribuir, de algum modo, para uma melhor compreensão das vivências e do sofrimento de homens que passam por essa situação na sua busca por realizar o desejo de ter filhos.

O método escolhido para realizar a análise dos dados, o relato clínico, foi bastante adequado para atender o objetivo da pesquisa. O relato clínico permitiu a mim, enquanto pesquisadora, trabalhar também com os aspectos transferenciais e contratransferenciais, os quais são inerentes à pesquisa com seres humanos, mas costumam não ser levados em consideração por boa parte dos pesquisadores. A escuta também permitiu que se pudesse compreender as vivências destes homens e ajuda-los a transforma-las em experiências. Pode-se pensar que, assim como acontece na clínica, a escuta possibilitou a integração de fragmentos, de pedaços soltos da vivência desses homens.

Ainda em relação ao relato clínico, percebe-se que ele proporciona uma maior liberdade ao pesquisador. Contudo, essa liberdade é no sentido de poder se debruçar sobre os dados de forma a não precisar encaixá-los em categorias. Deste modo, frente a um tema ainda pouco estudado e com pouca literatura disponível, pude fazer, também, uma elaboração do meu percurso com esses pais, a partir do que eles vivenciaram e do que eu, ao escutá-los, pude transferencialmente sentir. Assim como os pais precisaram de tempo para integrar a experiência da paternidade, cada um no seu próprio ritmo, eu também precisei de tempo nesse percurso de escuta, tradução e escrita. Pode-se pensar que a escuta permitiu a esses três homens transformarem as suas vivências enquanto a escrita me permitiu a elaboração e compartilhamento dessa experiência. A questão do tempo e do ritmo remete às ideias de Kupermann (2008) sobre a “presença sensível” do analista, ou seja, que o processo analítico não é algo padronizado, mas que cada analisando indica ao analista o ritmo e os rumos a serem seguidos. O autor destaca, também, que o analista precisa estar disponível para o encontro com o outro e para se adaptar aos modos de subjetivação do analisando. No caso da escuta, no contexto específico da reprodução assistida, parece ser fundamental que os profissionais da saúde mental também respeitem o ritmo e os rumos dos homens que passam por essa experiência.

Esse percurso, assim como o percurso dos participantes da pesquisa, não foi isento de desafios. Um dos maiores desafios foi ter tido pouco contato com Daniel, Luis e Claudio. Talvez, se eu tivesse tido mais contato com cada um deles, o meu processo de escrita fosse diferente. Dos três pais, tive um encontro com Daniel e um com Luis para realizar as entrevistas da terceira fase da pesquisa; já com Claudio não tive nenhum contato, pois todas as entrevistas foram realizadas por outras pesquisadoras, sendo que esse caso foi justamente o que causou mais resistência ao processo de escuta e de escrita. Ainda assim, ter podido ler as transcrições e, principalmente, ouvir os áudios das entrevistas foi fundamental para a realização do trabalho, pois os áudios parecem ter, de algum modo, me deixado mais próxima desses pais para poder escutá-los. O fato de me permitir despir-me temporariamente das teorias e me surpreender com o novo, com o diferente, também deve ser destacado, pois isso me permitiu aprender com os casos e respeitar o percurso de cada sujeito, sem tentar encaixar as falas dos pais em categorias ou teorias *a priori*. Foi necessário, assim como acontece na clínica, olhar para o percurso singular de cada um desses homens, os quais merecem que alguém os escute sem preconceitos e pré-julgamentos. Não foi fácil passar por esse processo, pois comecei a analisar os casos pensando em teorias e em hipóteses que não necessariamente

se confirmaram. A supervisão, como na clínica, foi de fundamental importância para poder pensar essas questões e trabalha-las durante o processo de escrita. Assim como em um processo analítico, é importante se permitir a possibilidade de se surpreender com o que surge, bem como se permitir olhar para as coisas de uma forma diferente da que se olhava antes.

A partir disto, cabe destacar a importância da escuta, tanto para os homens quanto para as mulheres que se deparam com a impossibilidade de ter filhos. No caso do presente estudo, foi possível perceber, a partir da escuta, alguns aspectos que certamente não ficariam visíveis em uma pesquisa quantitativa, um dos quais diz respeito, conforme já citado, ao sofrimento vivenciado até conseguir alcançar a gravidez. Esse sofrimento, no caso dos homens, esteve acompanhado de desamparo. Pode-se pensar que os homens sentiam que deviam cuidar e proteger suas esposas, o que fez com que seu próprio sofrimento ficasse em segundo plano. Parece importante, assim, que as clínicas e serviços públicos possam contar com um profissional da saúde mental em suas equipes (ou então um profissional de referência vinculado de algum modo a essas equipes), a fim de dar um espaço de escuta e acompanhamento aos casais, mas também aos homens. Esse estudo me proporcionou diversas reflexões e questões que gostaria de dar seguimento como, por exemplo, a possibilidade de realizar grupos – ou outro dispositivo de escuta – com homens que estão passando pelo processo de descoberta e tratamento da infertilidade.

Os três participantes da pesquisa eram inférteis (sendo um caso de infertilidade mista), e este foi um dos pontos de partida do estudo. O fato de se descobrirem inférteis fez com que fizessem piada sobre isso, tivessem fantasias sobre a paternidade, ou ficassem irritados. A infertilidade pode ser entendida como uma ferida narcísica e, para estes pais, parece ter sido assim. Com o passar do tempo, o nascimento e o desenvolvimento dos bebês, parece ter havido uma elaboração dessa questão, com a infertilidade não mais aparecendo em primeiro plano. Daniel, Luis e Claudio já não falavam mais dessa questão, a não ser quando perguntados diretamente.

Por fim, reitera-se a necessidade de ser levar em conta as vivências singulares para se pensar em intervenções com homens que passaram por essa experiência. Embora estudos quantitativos dêem conta de aspectos importantes da infertilidade e das técnicas de reprodução assistida, acredita-se que mais estudos qualitativos possam contribuir muito para o trabalho do psicólogo nesse contexto, especialmente pela via da escuta e acompanhamento do percurso singular de cada sujeito que tem esse atravessamento em sua vida.

REFERÊNCIAS

- Alkolombre, P. (2008). Desejo de hijo. Pasión de hijo: Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis. Buenos Aires: Letra Viva.
- Alkolombre, P. (2011, novembro). Las nuevas narrativas: De la cigüeña a la probeta. *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Associação Psicoanalítica de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Bernauer, M. C. (2009). *Nascendo pais: A transição para a parentalidade em reprodução assistida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. São Paulo, Brasil.
- 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. doi: 10.1590/S1413-294X2004000100008
- Bornholdt, E. A., Wagner, A., & Staudt, A. C. P. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, 19(1), 75-92. doi: 10.1590/S0103-56652007000100006
- Braga, M. G. R. (2005). *Maternidade e tecnologias de procriação: o feminino na contemporaneidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação Em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco. Recife, Brasil.
- Braverman, A. M., Boxer, A. S., Corson, S. L., Coutifaris, C., & Hendrix, A. (1998). Characteristics and attitudes of parents of children born with the use of assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 70(5), 860-865. doi: 10.1016/S0015-0282(98)00287-8
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Calero, J. L., & Santana, F. (2006). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Revista Cubana de Endocrinología*, 17(1), Ciudad de la Habana. Jan.-Apr.
- Calixto, R.A.B. (2000). *O desejo de ter filhos na reprodução assistida: Novas configurações familiares*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, Brasil.
- Cohen, J., McMahon, C., Tennant, C., Saunders, D., & Leslie, G. (2001). Psychosocial outcomes for fathers after IVF conception: A controlled prospective investigation

- from pregnancy to four months postpartum. *Reproductive Technologies*, 10(3), 126-130.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64. doi: 10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x.
- Conselho Federal de Medicina (2010). Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 1.358/92. *Resolução CFM nº 1.957/2010*, de 06 de janeiro de 2011.
- Conselho Federal de Medicina (2013). Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. *Resolução CFM nº 2.013/2013*, de 09 de maio de 2013.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução CFP nº. 016/2000*.
- Costa, T. (2008). *Infertilidade e reprodução humana: Um estudo sobre a percepção social dos riscos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.
- 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.
- De Martini, T. A. D., Piccinini, C. A., & Gonçalves, T. R. (2010). Indicadores de síndrome de *couvade* em pais primíparos durante a gestação. *Aletheia*, 31, 121-136.
- Dornelles, L. M. N. (2009). *Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2011). Gestação com o auxílio das técnicas de reprodução assistida: Uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 15(1), 89-100.
- Farinati, D. M, Rigoni, M. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 23(4), 433-439. doi: 10.1590/S0103-166X2006000400011
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1914.

- Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 189-200). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1924.
- Freud, S. (1996). A negativa. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 263-269). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1925.
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 271-286). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1925.
- Freud, S. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIII: Feminilidade. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1933[1932].
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408-2414. doi: 10.1093/humrep/der209
- Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253-270.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, T. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*, 26(5), 1128-1137. doi: 10.1093/humrep/der031
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., Santos, T. A., & Dattilio, F. M. (2011). Congruence of the marital relationship during transition to parenthood: A study with couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Contemporary Family Therapy*, 33, 91-106.
- Gannon, K., Glover, L., & Abel, P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1169-1175. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.01.015
- Giami, A. & Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Coleta de esperma infértil em laboratório: Prática médica ou sexual? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1317-1338. doi: 10.1590/S0103-73312013000400015

- Gitaroff, G. (2011, novembro). La clínica y sus relatos. *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Associação Psicoanalítica de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Golse, B. (2002). O que temos aprendido com os bebês. Em L. Corrêa Filho, M. E. G. Corrêa e P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 116-134). Brasília, L.G.E. Editora.
- Gratão, A. A., Facin, A. C., Cunha-Filho, J. S. L., Freitas, F. & Passos, E. P. (2003a). Inseminação Artificial. In E. P. Passos, F. Freitas e J. S. L. Cunha-Filho (Orgs.), *Rotinas em infertilidade e Contracepção* (pp. 152-158). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gratão, A. A., Facin, A. C., Faller, M. S., Cunha-Filho, J. S. L., Freitas, F. & Passos, E. P. (2003b). Fertilização *in vitro*. In E. P. Passos, F. Freitas e J. S. L. Cunha-Filho (Orgs.), *Rotinas em infertilidade e Contracepção* (pp. 159-171). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Greenberg, M., & Morris, N. (1974). Engrossment: The newborn's impact upon the father. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 520-531.
- Gurski, R. (2012). Aos treze: Uma crônica da adolescência contemporânea. In R. Gurski, *Três ensaios sobre juventude e violência* (pp. 37-86). São Paulo: Escuta.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70.
- Hammarberg, K., Baker, H. W. G., & Fisher, J. R. W. (2010). Men's experience of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: A retrospective cohort study. *Human Reproduction*, 25(11), 2815-2820. doi: 10.1093/humrep/deq259
- Henn, C. G., & Piccinini, C. A. (2010). A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 623-631. doi: 10.1590/S0102-37722010000400006
- Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254-1264. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.09.061
- Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., & Collins, A. (2007). Prenatal attachment in Swedish IVF fathers and controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(4), 296-307. doi: 10.1080/02646830701668911

- Hjelmstedt, A., & Collins, A. (2008). Psychological functioning and predictors of father-infant relationship in IVF fathers and controls. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 72-78. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00537.x
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human Reproduction*, 22(9), 2559-2565. doi: 10.1093/humrep/dem189
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. Em L. Solis-Ponton (Org.). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici* (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Indekeu, A., Hooghe, T. D., De Sutter, P., Demyttenaere, K., Vanderschueren, D., Vanderschot, B., Welkenhuysen, M., Rober, P., & Colpin, H. (2012). Parenthood motives, well-being and disclosure among men from couples ready to start treatment with intrauterine insemination using their own sperm or donor sperm. *Human Reproduction*, 27(1), 159-166. doi: 10.1093/humrep/der366
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: Da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269-291. doi: 10.1590/S0103-65642009000200008
- Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: From filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272. doi: 10.1002/1097-0355(199324)
- Leonard, L. G., & Denton, J. (2006). Preparation for parenting multiple birth children. *Early Human Development*, 82(6), 371-378. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2006.03.009
- Loparic, Z. (2013). A ética da lei e a ética do cuidado. In Z. Loparic (Org.). *Winnicott e a ética do cuidado* (pp. 19-53). São Paulo: DWW Editorial.
- Lopes, R. C. S., & Menezes, C. C. (2003). *Entrevista com cada Cônjuge no Primeiro Ano de Casamento*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Passos, E. P. (2007). *“Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução*

- assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê – REPASSI*”. Projeto de pesquisa não publicado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Lopes, R. C. S., Silva, I. M., Dornelles, L. M. N., & Piccinini, C. A. (2007). *Entrevista com o Marido sobre a Relação Conjugal na Gestação*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Makuch, M. Y., & Filletto, J. N. (2010). Procedimentos de fertilização *in vitro*: Experiências de mulheres e homens. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 771-779. doi: 10.1590/S1413-73722010000400013
- Maldonado, M. T. (1990). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. Rio de Janeiro, Vozes.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J., & Nahoum, J. C. (1997). *Nós estamos grávidos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93. doi: 10.1590/S1413-82712007000100010
- Millonschik, J. F. (2011, novembro). La clínica de un relato. *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Associação Psicoanalítica de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Muramatsu, C. H., Capelossi, P. F., Gouvêa, M. B., Merigui, M. A. B., & Sanchez, I. M. D. (1997). Experiências de casais que procuram o centro de reprodução humana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(2), 274-286. doi: 10.1590/S0080-62341997000200009
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (1998a). *Entrevista de Dados Demográficos do Casal*. Instrumento não publicado. 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 do Futuro Pai*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (1999). *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2000). *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê aos Doze Meses*. Instrumento não

- publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Parke, R. D. (2004). Fathers, Families, and the future: A plethora of plausible predictions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 456-470. doi: 10.1353/mpq.2004.0033
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449. doi: 10.1093/humrep/del145
- Perelson, S. (2009). Os embriões congelados: Da falta ao excesso. *Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 815-837.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S. & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314. doi: 10.1590/S0102-79722004000300003
- Prado, A. B., Piovanotti, M. R. A., & Prado, M. L. (2007). Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(1), 41-50. doi: 10.1590/S1413-73722007000100006
- Premberg, A., Hellström, A.-L., & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 56-63. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00584.x
- Repokari, L., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., 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. doi: 10.1093/humrep/dei214
- Repokari, L., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Tiitinen, A., Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., Almqvist, F. & Tulppala, M. (2006). Ante- and perinatal factors and child characteristics predicting parenting experience among formerly infertile couples during the child's first year: A controlled study. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 670-679. doi: 10.1037/0893-3200.20.4.670
- Ribeiro, F. S. (2012). *A experiência da maternidade na gravidez múltipla concebida com auxílio de técnicas de reprodução assistida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

- Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rodríguez, B. M. (1996). *El hijo inconcebible: Premisas para um abordaje de la esterilidad y la reproducción assistida*. Buenos Aires: Editorial Tekné.
- Silva, F. C. F., & Macedo, M. M. K. (2012). A escuta do masculino na clínica psicanalítica contemporânea: Singularidades de um padecer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(2), 205-217. doi: 10.1590/S0102-37722012000200009
- Silva, I. M. (2013). *O desenvolvimento da relação do casal durante a transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida: Um estudo longitudinal da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- 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. doi: 10.1590/S0103-166X2007000400015
- Solis-Ponton, L. (2004). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sonego, J. C. (2007). *A experiência da maternidade em mães adotivas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Staudt, A. C. P., & Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 174-185.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). New York: Sage Publications.
- Straube, K.M. (2007). *Da família pensada à família vivida: Estigma, infertilidade e as tecnologias conceptivas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil.
- Sutcliffe, A. G., Edwards, P. R., Beeson, C., & Barnes, J. (2004). Comparing parents' perceptions of IVF conceived children's behavior with naturally conceived children. *Infant Mental Health Journal*, 25(2), 163-170. doi: 10.1002/imhj.10093
- 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), 3242-3250. doi: 10.1093/humrep/17.12.3242
- Szejer, M. & Stewart, R. (2002). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamanini, M. (2003). *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: Casais e médicos no sul do Brasil*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, Brasil.
- Throsby, K., & Gill, R. (2004). “It’s different for men”: Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6(4), 330-348. doi: 10.1177/1097184X03260958
- Tort, M. (2001). *O desejo frio: Procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaimaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260. doi: 10.1093/humrep/dei015
- Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2009). Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Human Reproduction*, 24(2), 367-377. doi: 10.1093/humrep/den427
- Winnicott, D. W. (1985). E o pai? In D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo* (pp. 127-133). Rio de Janeiro: Zahar. Originalmente publicado em 1965.
- Winnicott, D. W. (1999). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: Convergências e divergências. In D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes.
- Zornig, S. M. A.-J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 453-470.

ANEXO A

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Termo de 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 projeto.

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 mestrande 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 B

Entrevista de Dados Demográficos do Casal (NUDIF, 1998a)

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?.....
- 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:.....
- Tens outros filhos?.....

Endereço para contato:.....

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

Telefone do emprego/contato: Esposa: Marido:

ANEXO C

Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai (NUDIF, 1998b)

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 o   gravidez e ao bebê?
- Como te sentes em rela o 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 o 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 o   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 o da tua família e a família da tua mulher em rela o   notícia da gravidez?

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

- Como reagiu 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 beb  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 bebê 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 com o Marido sobre a Relação Conjugal na Gestação (Lopes, Silva, Dornelles, & Piccinini, 2007, adaptado de Lopes & Menezes, 2003)

1. História da Relação

- Como você descreve a história da relação de casal de vocês?
- Como vocês se conheceram?
- O que o atraiu nela?
- Descreva a relação na época do namoro? Por quanto tempo vocês namoraram?
- Como foi a decisão de se casarem (morarem juntos)?
- Como cada uma das famílias de origem reagiu à notícia?
- O que você esperava da vida conjunta de vocês?
- A relação de vocês depois que passaram a viver juntos satisfaz suas expectativas? Por quê?
- Quais os pontos fortes e fracos da relação nessa época?
- O que vocês faziam juntos como um casal nessa época? Como você se sentia em relação a isso?
- O que faziam separados? Como você se sentia em relação a isso?

2. A Pré-História da Gravidez

- Quando vocês começaram a pensar em ter filhos? Como foi esse processo para o casal?
- Como foi a decisão de ter um filho e a busca pelo tratamento de reprodução assistida?
- De quem partiu a idéia?
- Vocês conversaram com alguém a esse respeito? Como foi?
- Você pensou em outras alternativas para ter um filho/a? Se sim, no que pensou? Como se sentiu?
- E a sua esposa o que pensava disto? Como se sentia?
- Como foi para você decidir sobre o TRA? Como se sentiu?
- E para sua esposa, como foi para ela decidir sobre o TRA? Como ela se sentiu?
- Quanto tempo levou desde o diagnóstico até a procura pelo tratamento?
- Quantas tentativas para engravidar foram feitas? A sua esposa teve outras gravidezes neste período?
- (*Se sim*) Como foi?
- Como foi vivido esse período de tratamento e espera pela gravidez?
- Você percebeu alguma mudança na relação de casal de vocês desde que optaram pela TRA? Qual(is)?
- E no relacionamento sexual de vocês, houve alguma mudança em função do tratamento?
- Que atividades vocês faziam juntos como um casal durante o tratamento? Como você se sentia?
- Que atividades faziam separados? Como você se sentia?
- Você sentiu alguma mudança em si mesmo em função do tratamento?
- Você sentiu alguma mudança na sua esposa em função do tratamento?
- A sua família ficou sabendo do tratamento?
- (*Se sim*) Como foi a reação deles? (*Se não*) Você pensa em contar para alguém? Quem?
- E os seus amigos? Eles souberam do tratamento? (*Se sim*) Como foi a reação deles?

3. E atualmente...

- Com a gravidez, como está a relação de casal de vocês?
- Era o que você imaginava? Se sim, como é que você a descreveria. Se não, o que esta diferente?
- Você percebeu alguma mudança na relação de casal de vocês desde o início da gravidez? Quais?
- O que vocês têm feito juntos como um casal? Como são esses momentos para você?
- O que vocês têm feito separados? Como são esses momentos para você?
- Como vocês têm demonstrado seu carinho um pelo outro? Como você se sente em relação a isso?
- Como está vida sexual de vocês?
- Como está a comunicação entre vocês? Isso mudou com o passar do tempo?
- Sobre que assuntos vocês têm conversado? Como são essas conversas?
- Sobre quais temas vocês costumam ter conflitos? Como tem feito para resolvê-los?
- Como tem sido, para você, expor seus sentimentos e ideias para sua esposa? Isso mudou com o passar do tempo?
- Vocês têm conseguido compreender as ideias e sentimentos um do outro? Em que situações você percebe isso?
- A quem você costuma recorrer quando apresenta alguma dificuldade? Que tipo de auxílio você busca nessas ocasiões?
- Como você descreveria a imagem que faz de sua esposa neste momento?
- Quais os pontos fortes da relação de vocês?
- Quais os pontos fracos da relação de vocês? O que você acha que ajudaria a superá-los?
- Esses pontos (fortes e fracos) sempre foram os que mais chamaram sua atenção ou você sentiu alguma diferença em relação a isso com o passar do tempo?
- Em sua opinião, o que caracteriza um bom casamento?
- E o que caracteriza um mau casamento?

4. E as famílias de origem...

- Como está a relação de vocês com suas famílias de origem?
- Como eram os seus pais como casal? Eles são um modelo de casal para ti? Por quê?

5. E o futuro...

- Como você imagina a relação de vocês no futuro? Quais são os planos que você tem?
- O que vocês pretendem fazer juntos como um casal?
- O que vocês pretendem fazer separados?
- Como você vê o seu filho/a na vida de vocês?

6. Você gostaria de acrescentar algo a isso que conversamos?

ANEXO E

Entrevista sobre a Experiência da Paternidade

(NUDIF, 1999)

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 a 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

Entrevista sobre a experiência da Paternidade e o Desenvolvimento do Bebê aos Doze Meses (NUDIF, 2000)

1. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o desenvolvimento do bebê neste primeiro ano.

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

- Como está o desenvolvimento/crescimento do teu bebê?
- O bebê apresentou algum problema de saúde neste período? Que cuidados exigiu?
- O que ele é capaz de fazer que te chama mais a atenção (quais as suas habilidades)?
- O bebê já está caminhando? Quando foi o início? Como foi? Como te sentes com isso?
- Como tu descreverias o jeito do teu bebê, agora, com 1 ano?
- 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?

2. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a tua experiência de ser pai?

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

- Como tens te sentido 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 falasse um pouco 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 ele? Com que frequência?
- Que tipo de brincadeiras 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 um pouco sobre algum objeto preferido do bebê.

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

- Qual é este objeto e como ele é?
- (*Caso não seja um objeto*): Seria uma parte do corpo (da criança/mãe), uma música, um movimento, afagar o corpo, uma palavra?
- Em que momentos o bebê procura este objeto?
- O que o bebê faz (Com o objeto ou parte do corpo)?
- Você lembra quando isto apareceu?

5. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo a tua esposa 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?
- Ela solicita a tua ajuda? Como tu te sentes?
- Como ela vê a tua participação?

6. 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 outra(s) pessoa(s) 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) como 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.)

7. 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 vai te sentir?

8. Pensando um pouco nos cuidados do bebê ao longo do primeiro ano de vida do bebê...

- Ao longo deste primeiro ano de vida, tu vivenciaste situações estressantes? Quais?
- Tu solicitavas mais ajuda nestas situações/períodos?
- Houve mudança de pessoas\creches que cuidaram do teu bebê? Por quê? Com que frequência?

ANEXO G



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

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

Projeto: 07-153

Versão do Projeto: 06/07/2007

Versão do TCLE: 06/07/2007

Pesquisadores:

RITA DE CASSIA SOBREIRA LOPES

EDUARDO PANDOLFI PASSOS

CESAR AUGUSTO PICCININI

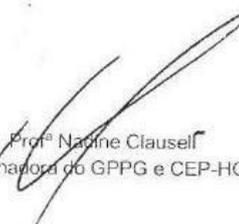
LIA MARA NETTO DORNELLES

ISABELA MACHADO DA SILVA

Título: TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E A RELAÇÃO CONJUGAL NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

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

Porto Alegre, 06 de julho de 2007.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA