

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**DEPTO. DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E PERSONALIDADE**

**DA INFERTILIDADE AO BEBÊ: ANSIEDADES E MECANISMOS DE DEFESA  
DA MÃE NO CONTEXTO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Luciane Maria Baddo

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre, julho de 2012

**DA INFERTILIDADE AO BEBÊ: ANSIEDADES E MECANISMOS DE DEFESA  
DA MÃE NO CONTEXTO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Luciane Maria Baddo

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Porto Alegre, Julho de 2012

## AGRADECIMENTOS

Este foi o primeiro capítulo da dissertação a ser pensado, antes mesmo da minha aprovação no Mestrado da UFRGS. Quando decidi fazer a prova de seleção, contei com o apoio fundamental da minha amiga e ex-colega de trabalho, Fernanda Martins Marques, que além do “apoio moral”, me emprestou material para que eu me preparasse para a prova. Na época brinquei com ela que, caso passasse na seleção, seu nome constaria nos agradecimentos da minha dissertação. Pois aqui está. Obrigada, Fernanda.

No decorrer da minha caminhada como mestranda, várias outras pessoas foram importantes e contribuíram para que eu concluísse essa etapa, e a elas agradeço.

À minha orientadora, Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes, pela acolhida, pelas trocas de ideias, pelo aprendizado, pelas risadas, e por acreditar no meu potencial.

Às professoras da banca examinadora, Dra. Denise Bandeira, Dra. Silvia Benetti e Dra. Monica Macedo pelas contribuições que oportunizaram o aprimoramento deste trabalho.

À equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, representada pela pessoa do Dr. Eduardo Pandolfi Passos, pela parceria na realização deste projeto.

Aos participantes, que com tanta disponibilidade compartilharam suas experiências e possibilitaram a realização deste estudo e de tantos outros derivados do REPASSI.

Aos membros do Núcleo de Infância e Família – NUDIF – por todos os momentos de aprendizado. À colega Andrea Gabriela Ferrari, pela revisão e pelas contribuições finais à minha dissertação. Em especial às minhas colegas de grupo Isabela Machado, pelas boas-vindas, disponibilidade e participação ativa na minha aventura acadêmica, e Fernanda Schmitt, por compartilhar comigo inquietações, dúvidas e descobertas a respeito do universo da maternidade e da reprodução assistida.

Aos amigos e colegas Lívia Leão, Marília Gabriel, Sheila Becker, Gabriela Martins, Sérgio Oliveira, Aline Reis e Greici Macúglia, pelas conversas, pela parceria, e fundamentalmente pelos momentos de diversão, essenciais para manter a motivação durante o percurso.

Àquelas pessoas que me abriram as portas para que me experimentasse como “professora”, antes mesmo de pensar em fazer mestrado, particularmente as professoras do ESIPP Ana Cláudia Meira e Suzana Notti.

À minha colega e amiga desde o início da graduação na PUCRS, Adriana Jung Serafini, pelo auxílio de sempre.

Àquelas pessoas que foram e são importantes na minha trajetória profissional, em especial a psicóloga Maria Cristina Paiva Duarte, minha chefe no Ambulatório de Saúde Mental de Guaíba, pelo exemplo, pelo incentivo e por acreditar e confiar no meu trabalho. Às colegas Ana Cláudia Müller, Márcia Guimarães, Letícia Fetter, Diovana Trzeciak e Fabiana Guilhermano pela convivência agradável no dia-a-dia de trabalho e pela constante possibilidade de continuar aprendendo.

Àquela que durante muitos anos ouviu meus conflitos, compartilhou minhas reflexões, me ajudou e acompanhou meus progressos pessoais e profissionais, e que até hoje tem papel fundamental no meu crescimento e está lá sempre que eu precisar, minha analista Maisa dos Santos Rigoni.

À minha família, mãe, Roberto, pai, Karine e Roberta, que desde sempre tiveram grande importância participando e permitindo meu constante desenvolvimento.

Ao Alexandre, que foi a melhor conquista que o Mestrado trouxe para a minha vida.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I</b> .....	8
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1. Gestação e maternidade .....	9
1.2. Ansiedade .....	13
1.3. Mecanismos de defesa .....	17
1.4. Ansiedade e defesas no contexto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) .....	23
1.5. Ansiedade e defesas no contexto da gestação e maternidade decorrentes do tratamento com TRA .....	33
1.6. Justificativa e objetivo do estudo .....	41
<b>CAPÍTULO II</b> .....	43
<b>MÉTODO</b> .....	43
2.1. Participantes .....	43
2.2. Delineamento e procedimentos .....	43
2.3. Instrumentos .....	44
2.4. Considerações éticas .....	45
<b>CAPÍTULO III</b> .....	47
<b>RESULTADOS</b> .....	47
3.1. CASO 1 – Magda .....	48
3.1.1. Breve histórico do caso .....	48
3.1.2. Gestação .....	49
3.1.3. Terceiro mês .....	58
3.1.4. Síntese do caso .....	64
3.2. CASO 2 – Patrícia .....	66
3.2.1. Breve histórico do caso .....	66
3.2.2. Gestação .....	67
3.2.3. Terceiro mês .....	73
3.2.4. Síntese do caso .....	79
3.3. CASO 3 – Aline .....	81
3.3.1. Breve histórico do caso .....	81
3.3.2. Gestação .....	82
3.3.3. Terceiro mês .....	88
3.3.4. Síntese do caso .....	93
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	96
<b>DISCUSSÃO</b> .....	96
4.1. Ansiedades em relação ao tratamento .....	96
4.2. Ansiedades em relação à confirmação da gestação .....	99
4.3. Ansiedades em relação ao andamento da gestação .....	100
4.4. Ansiedades em relação ao parto e nascimento do bebê .....	103
4.5. Ansiedades em relação ao bebê .....	104
4.6. Ansiedades em relação à maternidade .....	106
4.7. Mecanismos de defesa no contexto da reprodução assistida .....	109
<b>CAPÍTULO V</b> .....	115
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	115
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119

<b>ANEXOS</b> .....	130
Anexo A.....	130
Anexo B.....	132
Anexo C.....	133
Anexo D.....	137
Anexo E.....	139

## RESUMO

Este estudo investigou o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto. Realizou-se um estudo de caso coletivo, de caráter longitudinal, com 3 mulheres que engravidaram com o auxílio de *fertilização in vitro* (FIV) e esperavam seu primeiro filho. Os dados foram obtidos através de entrevistas semidirigidas, e foram submetidos a uma análise qualitativa dos conteúdos manifestos e latentes, com base no referencial psicanalítico. Foi constatada a presença de diversas ansiedades, especialmente em relação à consolidação e ao andamento da gestação, capacidade de amamentar e de cuidar adequadamente do bebê. Diferentes mecanismos de defesa foram utilizados para lidar com essas ansiedades, destacando-se o uso da negação, projeção, racionalização, supressão e idealização. Sendo a infertilidade uma situação potencialmente traumática, o uso destes mecanismos de defesa pode ser considerado adaptativo na transição para a maternidade.

Palavras-chave: Infertilidade; Reprodução Assistida; Ansiedade; Mecanismos de Defesa.

## **ABSTRACT**

This study investigated the impact of infertility and its treatment with ART on the experience of pregnancy and at 3 months postpartum, particularly the aroused anxieties and the defense mechanisms employed in this context. A longitudinal collective case study was carried out, in which 3 primiparous mothers who got pregnant through in vitro fertilization (IVF) took part. The data were collected from semi-directed interviews, and were submitted to qualitative analysis of manifest and latent contents, based on a psychoanalytic approach. The presence of various anxieties has been found, particularly in relation to consolidation and progress of pregnancy, ability to breastfeed and care of the baby. Different defense mechanisms were employed to deal with these anxieties, mainly denial, projection, rationalization, suppression and idealization. Since infertility is a potentially traumatic situation, the use of these defense mechanisms can be considered adaptive on the transition to motherhood.

Key-words: Infertility; Assisted Reproduction; Anxiety; Defense Mechanisms.



## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

O desejo de maternidade não inicia no momento em que a mulher decide ter um filho, pois os processos identificatórios da menina com sua mãe, que contribuem para este desejo, têm início nas primitivas interações afetivas da mãe com seu bebê (Lebovici, 1987, 1988). Aproximadamente aos dois anos e meio de idade, momento no qual as crianças já definiram sua identidade de gênero, as meninas começam a ter ideias e fantasias sobre si mesmas como possíveis mães no futuro (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1998). A maternidade, portanto, tem uma história pregressa na vida das mulheres, sendo um processo que envolve uma série de tarefas desenvolvimentais e psíquicas.

Winnicott propõe que na preparação para a maternidade, especialmente no final da gravidez, a mulher desenvolve gradualmente um estado especial, atingindo um grau aumentado de sensibilidade. Ele chama de *preocupação materna primária* essa condição que facilita à mãe responder as necessidades do bebê através de uma identificação com ele (Winnicott, 1956/1978). Quando tem um bebê, a mulher revive sentimentos primitivos que se conectam com seus recursos internos e com os recursos externos de apoio disponíveis. No período pós-parto, são revividos elementos infantis no estado mental da mãe, e algumas ansiedades primitivas são compartilhadas pela mãe e pelo bebê (Rustin, 1989).

Parece natural que, quando um casal decide ter filhos, a gravidez será o próximo passo, e a maternidade virá em seguida. Entretanto, para alguns casais, esse processo não ocorre dessa forma, eles se deparam com a constatação de uma incapacidade de engravidar, a infertilidade. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, uma em cada quatro mulheres casadas em idade reprodutiva apresenta infertilidade primária ou secundária (OMS <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en/index.html>).

A infertilidade é considerada uma situação potencialmente estressante, que pode estimular ou reativar conflitos pré-existentes, tendo um impacto considerável no mundo psíquico dos indivíduos que se deparam com a impossibilidade de ter filhos de maneira natural (Makuch, 2001). Sentimentos de angústia e falta de controle sobre os acontecimentos encontram-se presentes (Weiss, 2006), e diante do diagnóstico, será necessário um importante trabalho de elaboração psíquica, pois a capacidade de procriação está inevitavelmente relacionada à identidade de gênero, aspecto essencial na identidade do sujeito (Ribeiro, 2004).

Atualmente, com os progressos da medicina reprodutiva, várias técnicas estão disponíveis para ajudar as pessoas que desejam gerar um filho. Entretanto, estes avanços na ciência não vêm sozinhos, pois os tratamentos oferecidos para que as mulheres consigam engravidar não são procedimentos que afetam apenas o corpo. Valores e ideais arraigados no psiquismo são colocados em jogo, acompanhados de diversos sentimentos, como desejos e medos (Weiss, 2006).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto. Este estudo faz parte do projeto intitulado “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).

Para compreender o tema a ser estudado, será apresentada a seguir uma revisão da literatura, que contemplará os tópicos *Gestação e maternidade*, *Ansiedades*, *Mecanismos de defesa*, *Ansiedade e defesas no contexto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)*, e *Ansiedade e defesas no contexto da gestação e maternidade decorrentes do tratamento com TRA*.

### 1.1. Gestação e maternidade

O desejo de maternidade aparece desde cedo na vida da menina, através de sua identificação com a mãe (Lebovici, 1988). No texto sobre a feminilidade, Freud ([1933/1932]1969/1996) propõe a ideia de que o desejo de ser mãe e o desejo de ter um filho não se constroem ao mesmo tempo. O desejo de ser mãe tem início ainda na fase pré-edípica, como consequência do processo de identificação com a mãe originária, movido por um amor obstinado, em um período anterior à castração. O desejo de ter um filho, por outro lado, é construído como parte da dissolução do Complexo de Édipo, quando a menina aceita a castração como um fato consumado, entretanto, a renúncia ao pênis é tolerada na medida em que há uma tentativa de compensação através do desejo, mantido por muito tempo, de receber um bebê do pai. Como este desejo não se realiza, o Complexo de Édipo é gradativamente abandonado; entretanto, o desejo de possuir um pênis e um filho mantém-se intensamente catexizados no inconsciente e contribui na preparação da menina para seu papel posterior (Freud, [1924]1969/1996). Lebovici (1988) acrescenta que

este desejo de maternidade que se inscreve precocemente e pode ser observado durante a infância, relacionado aos conflitos pré-edípicos e edípicos, é diferente daquele que mais tarde aparecerá como o desejo de um filho.

Na visão de Melanie Klein, a menina, em suas fantasias inconscientes, imagina que o corpo da mãe está cheio de bebês, e que eles foram colocados lá pelo pênis do pai, que para ela simboliza toda a criatividade, poder e bondade. Sua atitude de admiração em relação ao pai acompanha o intenso desejo da menina de ter seus próprios filhos e de possuir bebês dentro dela, vistos como o mais precioso de todos os bens (Klein, 1975/1996). No desejo de ter um filho a mulher identifica-se ao mesmo tempo com sua mãe e com seu feto e, conseqüentemente, desempenha e elabora os papéis e atributos da mãe e do bebê, baseando-se, para isso, nas experiências que teve com a própria mãe quando ela própria era bebê. Equipara-se então à mãe todo-poderosa, revertendo sua posição submissa e seus sentimentos de inferioridade no conflito edípico (Brazelton & Cramer, 1992).

Brazelton e Cramer (1992) referem que o desejo da mulher de ter um bebê está relacionado à tentativa de tirar suas dúvidas com respeito à própria fertilidade e capacidade reprodutiva, e que a decisão de ter um filho é resultante da interação de vários motivos, conscientes e inconscientes, como aprofundar a relação conjugal, concretizar o desejo de transcendência e continuidade, esperança da imortalidade, manter o casamento já desfeito, dar um filho para a própria mãe, preencher desejos e lacunas da vida dos pais, preencher um vazio interno, entre outros. O desejo de gerar um filho contém em si a ideia de imortalidade, pois a criança será uma realidade através da qual será garantida a continuidade da existência da mãe. O desejo de manter uma imagem idealizada de si mesma como completa e onipotente, de duplicar a si mesma ou o desejo de realizar os próprios ideais não realizados, podem ser considerados como motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho.

Percebe-se que o desejo de maternidade e o desejo de ter um filho trazem consigo uma série de fantasias, sentimentos e desejos, tanto conscientes quanto inconscientes. Quando o casal decide então concretizar estes desejos, o próximo passo naturalmente será a gestação. Em algum momento, a solidão normal dos adultos jovens leva a maior parte dos indivíduos a preencher os vazios reais e intrapsíquicos deixados pela separação dos objetos infantis através do estabelecimento de uma família de procriação. A experiência da concepção adiciona uma nova dimensão para a identidade sexual através da confirmação de que o aparato sexual é capaz de desempenhar a função primordial para o qual foi

destinado, e a habilidade para criar uma nova vida é sentida pelo indivíduo como narcisicamente gratificadora (Colarusso, 1990). Ribeiro (2004) e Aulagnier (1990) concordam que o narcisismo da mulher durante a gestação torna-se aumentado por ter um bebê dentro de seu ventre. Raphael-Leff (1997) acrescenta que na gestação, o corpo acusa uma nova condição, e à medida que o ciclo gravídico avança, a mudança corporal impõe visualmente essa realidade.

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, e como tal, é um marco importante na vida da mulher. Envolve mudanças significativas, reorganização e reajustamento em várias dimensões, verificando-se nova definição de papéis e mudanças na identidade (Maldonado, 1997). As experiências da mulher com os próprios pais, suas vivências edípicas, as forças que a levaram a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e a finalmente separar-se dos seus pais, são aspectos que terão influência na adaptação da mulher ao novo papel. Algumas necessidades não satisfeitas na infância e na adolescência contribuem para o desejo de ficar grávida e para adaptar-se às condições da gravidez (Brazelton & Cramer, 1992).

Mesmo quando uma gravidez é desejada, é normal que alguma ambivalência esteja presente. Durante a gestação, as mulheres geralmente sentem-se realizadas, com a autoestima e senso de feminilidade aumentados, ao mesmo tempo em que podem experimentar ressentimentos e até mesmo hostilidade em relação às mudanças físicas e psíquicas que estão ocorrendo e escapam ao seu controle (Covington & Burns, 2006). Diante das mudanças e revivências psíquicas envolvidas na gestação, pode ocorrer uma exacerbação da sensibilidade da mulher, aumentando sua suscetibilidade a vários distúrbios emocionais (Raphael-Leff, 2000).

Além de algumas questões inerentes ao andamento da gestação, como exposto anteriormente, a mãe tem nove meses para alimentar dúvidas, receios e ambivalências em relação à criança que está esperando, ao mesmo tempo em que existe a importante fantasia do filho perfeito. Quando o bebê nascer, ele dará à mãe a certeza de que ela é capaz de criar, de que seu corpo funciona corretamente e de que seus ideais e esperanças não realizados serão finalmente satisfeitos (Brazelton & Cramer, 1992).

Winnicott (1966/1987) coloca que quando seu bebê nasce, a mãe não pode aprender nada nos livros. Se ela está adequadamente amparada por seu companheiro, pela Previdência Social ou por ambos, ela está preparada para a experiência de saber muitíssimo bem quais são as necessidades do bebê. Colarusso (1990) propõe que a possibilidade de criar uma nova vida é narcisicamente gratificadora, e ela produz na mãe uma prontidão

psicológica para se envolver com a criança. As interações com o bebê aumentam narcisicamente o recém realizado senso de completude sexual adulta e estimula o desejo de cuidar amorosamente dele. Klein (1975/1996) acrescenta que a gratificação de ter um filho alivia a dor pela frustração experimentada na infância quando a menina queria ter um bebê do pai e não pôde, e que a realização adiada deste desejo tende a aumentar a capacidade da mãe de amar o filho.

Observando estas mudanças que ocorrem na mulher, Winnicott propõe a existência de um fenômeno que ele denominou *preocupação materna primária*, caracterizada como uma condição psiquiátrica especial da mãe que se desenvolve gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez. Esta condição continua por algumas semanas depois do nascimento da criança, e é necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver este estado quanto para se recuperar dele quando o bebê a libera (Winnicott, 1956/1978). Como a mãe já foi um bebê e traz consigo as lembranças de tê-lo sido, bem como tem recordações de que alguém cuidou dela, estas lembranças tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria vivência como mãe (Winnicott, 1966/1987).

Housel (2004) refere que a preocupação materna primária descrita por Winnicott é justamente o estado de maternidade, no qual a mãe centraliza todos os seus investimentos no bebê e nas tarefas maternas, em detrimento dos investimentos exteriores. De acordo com Winnicott (1960/1990), geralmente a orientação especial da mãe para com o bebê vai além do processo de nascimento, mas se ela for saudável, estará pronta para deixar ir sua identificação com o filho à medida que ele começa a precisar ficar separado. É possível que no início a mãe ofereça um cuidado bom, mas fracasse em completar o processo, de modo que tende a permanecer fundida com seu lactente e adiar a separação. De qualquer modo, não é uma tarefa fácil para a mãe se separar do bebê com a mesma rapidez com que ele precisa separar-se dela.

Além dos olhares, dos sorrisos e das trocas entre a mãe e o bebê, as atitudes diante do método de alimentação do bebê também refletem diferentes sentimentos, expectativas e interpretações fantasiosas da mãe em relação a si própria e ao bebê. As vivências da mãe em relação ao próprio leite frequentemente estão associadas a sua autoimagem: o temor ou a crença de ter o leite “fraco” ou em quantidade insuficiente é uma maneira de expressar o temor de ser uma mãe inadequada, que não vai conseguir cuidar bem do bebê. Mais raramente há o temor de que o leite seja muito “forte” e faça mal ao bebê causando-lhe diarreias ou cólicas; em geral isto pode estar relacionado a fantasias de envenenamento, de

que as coisas ruins que crê existir dentro de si sejam transmitidas ao bebê e lhe sejam nocivas. Na medida em que o bebê se desenvolve de forma saudável, a autoconfiança dos pais é aumentada, pois sentem que ao ajudar a criança a desenvolver-se bem, estão revivendo e reconstruindo seu próprio desenvolvimento e podem atingir um novo nível de integração (Maldonado, 1997). Entretanto, muitas vezes a dependência e a fragilidade da criança são vivenciadas pela mãe como assustadoras, e ela pode sentir-se desamparada e com medo de não saber como cuidar do filho (Maldonado, Dickstein, & Nahoum, 1997).

Tendo em vista o exposto, percebe-se a importância de considerar influências diversas – a própria experiência da mãe como bebê, sua história de vida, além das experiências reais e fantasiadas que terá com seu bebê – no desejo de ter um filho, na gravidez e na maternidade. Antes da revisão da literatura específica ao contexto da reprodução assistida, foco do presente estudo, será apresentada uma revisão teórica sobre os temas da ansiedade e dos mecanismos de defesa, que serão os conceitos teóricos utilizados na compreensão e discussão dos resultados.

## 1.2. Ansiedade

Ansiedade é definida, no DSM-IV TR, como “a antecipação apreensiva de um futuro perigo ou infortúnio acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo” (APA, 2002, p. 766). O tópico da ansiedade está presente em diversos escritos de Freud, e suas teorizações sofreram modificações ao longo de sua obra. Inicialmente Freud considerava a ansiedade como libido transformada, ou seja, a excitação acumulada escapava sob a forma transformada de ansiedade. Sua segunda teoria da ansiedade foi apresentada em 1926, em *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, quando considerou a ansiedade como a consequência do conflito, e que o ego, para responder à ansiedade, passa a lançar mão de defesas (Almeida, 1996; Blanck & Blanck, 1983). Para Freud, o ego é a sede da ansiedade, a qual ele definiu como um estado afetivo, algo que o indivíduo sente e que tem um caráter muito acentuado de desprazer. Entretanto, pontua que nem todo o desprazer pode ser chamado de ansiedade, pois sentimentos como tensão, dor ou luto também estão ligados ao desprazer (Freud, [1926]1969/1996).

O ato do nascimento, que é uma separação objetiva da mãe, é para Freud a origem e o protótipo da ansiedade. Entretanto, o nascimento não é experimentado subjetivamente pelo indivíduo como uma separação da mãe, pois o feto não a reconhece como objeto, pois ainda é completamente narcísico. Desde o seu ponto de vista, a ansiedade surge como uma

reação a um estado de perigo, e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete (Freud, [1926]1969/1996).

Em qualquer situação de perigo, incluindo o nascimento, um estado de excitação intensa é produzido na experiência mental, o qual é sentido como desprazer e que não é passível de domínio pela descarga. Esse estado, diante do qual o empenho do princípio do prazer fracassa, é denominado de momento traumático. De acordo com Freud, o objeto da ansiedade, portanto, o que é temido, é o surgimento de um momento traumático, que não possa ser enfrentado adequadamente pelo princípio de prazer. Quando este cumpre sua função, são evitados não os danos objetivos, mas sim determinado dano à economia psíquica. O que transforma uma impressão em um momento traumático, neutraliza a função do princípio de prazer e atribui à situação de perigo a sua importância, é a magnitude da soma de excitação. Freud propõe, portanto, que a ansiedade se origina como consequência direta do momento traumático, e como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento (Freud, [1933/1932]1969/1996).

Pode-se perceber que há diferentes formas de compreender a origem da ansiedade, dependendo do ponto de vista teórico adotado. Melanie Klein, psicanalista da escola britânica, pressupõe que desde o início o bebê se depara com um conflito entre as pulsões de vida e morte, e que a ansiedade é despertada pelo perigo proveniente da pulsão de morte que ameaça o organismo. O medo de ser aniquilado entra como um fator permanente em todas as situações de ansiedade (Klein, 1975/1991). A autora considera que o desenvolvimento do ego e a relação com a realidade externa dependem da capacidade do indivíduo de tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade, já num período muito inicial, e que certa quantidade de ansiedade é a base necessária para a formação de símbolos e a fantasia (Klein, 1975/1996).

Klein (1975/1996) considera que desde o início a criança possui um ego rudimentar, e como a criança forma imagens fantásticas e monstruosas dos pais, ela percebe a ansiedade originária de suas pulsões agressivas como medo de um objeto externo, porque projetou nele essas pulsões. Assim, ela desloca a fonte de sua ansiedade para fora e converte seus objetos em seres perigosos, porém, esse perigo pertence a suas próprias pulsões agressivas. Outras situações que dão origem à ansiedade são as frustrações orais (desmame) e anais (controle dos esfíncteres), que formam o protótipo de todas as frustrações posteriores para o resto da vida. Em relação ao desenvolvimento da menina, afirma que ansiedades depressivas acerca da morte da mãe estão ligadas a medos persecutórios envolvendo ataques contra seu próprio corpo, realizados por uma mãe

retaliadora. A ansiedade mais fundamental das meninas está relacionada à ameaça a tudo de precioso que acredita conter em seu “interior”: seus filhos em potencial, e a mãe boa e o pai bom.

Os dois autores fazem algumas caracterizações sobre diferentes tipos de ansiedade, mas têm abordagens distintas sobre o assunto. Freud fala em ansiedade realística e ansiedade neurótica; já Klein propõe a existência de uma ansiedade do tipo paranoide em contraposição à ansiedade depressiva. A ansiedade realística ocorre em reação a um perigo conhecido, sendo racional e inteligível. Ela é uma reação à percepção de um perigo externo, ou seja, de um dano que é esperado e previsto. A ansiedade neurótica, por sua vez, é a ansiedade por um perigo desconhecido (Freud, [1926]1969/1996; Freud, [1917]1969/1996). Freud refere, entretanto, que algumas vezes os dois tipos de ansiedade se encontram superpostos. O perigo é conhecido e real, mas a ansiedade referente a ele é muito intensa, maior do que nos parece apropriado, ocorrendo então que ao perigo real e conhecido, está ligado um perigo instintual desconhecido (Freud [1926]1969/1996).

Klein considera que existem duas modalidades básicas de ansiedade: a persecutória, que se relaciona predominantemente ao medo de aniquilamento do ego, e a depressiva, que está vinculada predominantemente ao receio pelo dano feito aos objetos amados, internos e externos, pelos impulsos destrutivos do sujeito. Quando o bebê está mais ou menos com quatro ou cinco meses, ocorre uma mudança nas relações de objeto, que de parciais passam a ser totais, e o ego consegue se identificar com o objeto. Antes as ansiedades do bebê eram do tipo paranóico e envolviam a preservação de seu ego, e agora ele passa a ter medo de perder o objeto amado bom. Junto com ansiedades persecutórias, começa a sentir culpa pela sua agressividade contra o objeto, tendo o ímpeto de repará-lo por amor (Klein, 1975/1991; Klein, 1975/1996).

Para Freud, a ansiedade também se modifica no decorrer do desenvolvimento. A criança pequena sente ansiedade como uma reação à perda sentida da mãe. Uma criança de colo deseja perceber a presença da mãe porque sabe que esta satisfaz suas necessidades. A situação que ela considera um ‘perigo’ e da qual deseja ser protegida, é a de não satisfação. A ansiedade pela perda do objeto transforma-se, na fase fálica, em ansiedade de castração, que constitui também medo da separação; no caso, o perigo é de se separar de seus órgãos genitais. A mudança seguinte é causada pelo poder do superego, quando o ego reage com ansiedade por medo da punição ou da retirada do amor pelo superego. A transformação final pela qual passa o medo do superego é o medo da morte, que é um medo do superego projetado nos poderes do destino. (Freud, [1926]1969/1996).



Freud entende que, com o desenvolvimento do ego, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e a ser postas de lado, de modo que cada período da vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de ansiedade. Assim o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao período de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo de perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Entretanto, essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem existir lado a lado. À medida que o indivíduo amadurece, certos determinantes da ansiedade acabam por ser abandonados, e certas situações de perigo perdem seu significado (Freud, [1926]1969/1996).

Fenichel (1981) coloca que a primeira ideia de que os instintos podem ser perigosos ocorre em função das situações traumáticas que o bebê enfrenta por ser incapaz de obter satisfações por seus próprios esforços. A angústia caracteriza-se pelo medo de experimentar um estado traumático, e pelo medo da possibilidade de que a organização do ego seja esmagada pela excitação. Quando o ego se desenvolveu suficientemente para controlar atos instintivos e gerar gratificações, já não deveria temer os impulsos instintivos. Se esse medo permanece, é porque os temores da perda de amor ou de castração induziram o ego ao bloqueio do curso normal de suas excitações.

Cada um a seu modo, mas tanto Freud quanto Klein dão importância à relação entre o mundo interno e o mundo externo para o sentimento de ansiedade. O significado de uma situação de perigo vai depender da estimativa do indivíduo quanto à sua própria força em comparação com a magnitude do perigo. Mesmo quando adulto, não há uma proteção absoluta contra um retorno da situação traumática original. Todo indivíduo tem um limite além do qual seu aparelho mental falha em dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas. Um perigo externo e real será significativo para o ego se tiver sido reconhecido como relacionado com alguma situação de desamparo que foi experimentada (Freud, [1926]1969/1996).

Para Klein (1975/1996), impulsos e fantasias destrutivas, medo e falta de confiança, sempre ativos na criança pequena mesmo nas circunstâncias mais favoráveis, são necessariamente intensificados por condições e experiências desfavoráveis. Além disso, os perigos externos são vivenciados à luz dos perigos internos, e há crianças que, por motivos internos, desde o início são bem mais capazes de suportar frustrações, sem serem dominadas por seus próprios impulsos de ódio e desconfiança. Ao ter mais confiança nos

seus próprios sentimentos amistosos, elas se sentem mais seguras e são menos perturbadas por aquilo que vem do mundo externo.

As experiências externas que despertam ansiedade ativam ansiedade proveniente de fontes intrapsíquicas, mesmo em pessoas normais. A ansiedade oriunda de fontes internas está vinculada à capacidade do ego para desenvolver defesas adequadas contra a ansiedade, ou seja, o que está em jogo é a proporção da força da ansiedade em comparação com a força do ego. Em certa medida, a interação de situações externas e internas de perigo persiste a vida inteira. Se uma pessoa normal for submetida à grave tensão interna ou externa, ou se ficar doente, pode-se observar nela o funcionamento pleno e direto de suas mais profundas situações de ansiedade. Entretanto, se a pessoa estabeleceu objetos bons internamente, consegue superar essa intrusão do inconsciente mais profundo em seu ego e recuperar sua estabilidade (Klein, 1975/1991).

### **1.3. Mecanismos de defesa**

O estudo dos mecanismos de defesa do ego tem sido utilizado como parâmetro para indicar como se organiza a personalidade e de que modo o indivíduo lida com conflitos. Sua importância foi reconhecida pelos manuais de diagnóstico, sendo o primeiro conceito psicanalítico a ser usado pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) com a proposta de um eixo para futuros estudos (Skodol & Perry, 1993).

A palavra “defesa” surgiu pela primeira vez em 1894, no estudo de Freud intitulado *As neuropsicoses de defesa*, sendo empregada aí e em muitos de seus trabalhos subsequentes, para descrever a luta do ego contra ideias ou afetos dolorosos ou insuportáveis. Com o decorrer do tempo, a palavra “defesa” foi abandonada e substituída por “repressão”. Num apêndice a *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud voltou a utilizar o conceito de defesa, considerando, entretanto, que este termo deveria ser empregado como uma designação geral para todos os processos que tenham a mesma finalidade, ou seja, a proteção do ego contra as exigências instintuais, e nele classificar a repressão como um caso especial (Freud, A., 1946/1996).

O termo “mecanismo” é utilizado desde o início por Freud para exprimir o fato de que os fenômenos psíquicos apresentam articulações suscetíveis de uma observação e uma análise científica. Este termo está presente de forma esporádica ao longo de sua obra, e a expressão “mecanismos de defesa” aparece em duas acepções diferentes: quer para designar o conjunto do processo defensivo característico de determinada neurose, quer para exprimir a utilização defensiva deste ou daquele “destino pulsional”: recalque, retorno

sobre a própria pessoa, inversão em seu contrário (Laplanche & Pontalis, 1992). A palavra “defesa”, no sentido que hoje lhe é atribuído pela comunidade psicanalítica, refere-se ao conjunto de operações realizadas pelo ego diante dos perigos que procedem do id, do superego e da realidade exterior (Kusnetzoff, 1982).

Embora até 1923 Freud não tenha elaborado a teoria do ego quanto a seu aspecto inconsciente, já em 1896 ele observou que as defesas podem ser inconscientes. Em *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, publicado pela primeira vez em 1909, descreveu as defesas de regressão, anulação, isolamento e deslocamento. Em *O ego e o id* (1923), apresentou sua nova definição de ego, postulando que ele possui elementos conscientes e inconscientes, bem como as funções de defesa. A tensão entre o ego e o id, por exemplo, produz angústia e obriga o ego a lançar mão de medidas defensivas contra este afeto intolerável (Blanck & Blanck, 1983). De acordo com Freud, os mecanismos de defesa têm como objetivo manter os perigos afastados (Freud, [1937]1969/1996).

Em 1937, no artigo *Análise terminável e interminável*, Freud menciona que desde o início o ego tem a tarefa de fazer a mediação entre o id e o mundo externo, aprendendo a adotar uma atitude defensiva em relação à satisfação dos instintos, pois compreende que isso acarretaria em conflitos com a realidade externa. Mais tarde, sob a influência da educação, o ego traz a luta para dentro, dominando o perigo interno antes que este tenha se tornado externo. O ego faz uso dos mecanismos de defesa para evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer (Freud, [1937]1969/1996).

Anna Freud (1946/1996) refere que o ego não se defende somente contra impulsos instintivos e seus derivados, mas também contra os afetos associados a tais impulsos. Fenichel (1981) aponta que os mecanismos de defesa têm o objetivo de se opor aos impulsos instintivos, que são rejeitados devido à ansiedade ou ao sentimento de culpa que suscitam. Como o objetivo da defesa é evitar o sofrimento do pânico traumático ou da perda da autoestima, em última análise, toda defesa é defesa contra afetos.

Klein propõe que o ego funciona desde o início da vida, e que entre suas primeiras atividades estão a defesa contra a ansiedade e o uso de processos de introjeção e projeção. A cisão, junto com a introjeção e a projeção, também é colocada a serviço da defesa sob a influência da pulsão de vida, logo depois do nascimento. Os métodos arcaicos de cisão influenciam o modo como, em um estágio posterior, a repressão é levada a cabo, o que por sua vez determina o grau de interação entre o consciente e o inconsciente. Enfatiza, porém, que junto com a necessidade de cindir, existe desde o início da vida uma tendência à integração, que aumenta com o crescimento do ego. A presença de fortes impulsos sádico-

orais, excesso de culpa e ansiedade e baixa capacidade do ego de tolerar tensões, somadas à interação com circunstâncias externas, impedem que o ego construa gradualmente defesas adequadas contra a ansiedade. Assim, a elaboração das ansiedades arcaicas se torna mais difícil, prejudicando o desenvolvimento emocional e libidinal da criança, assim como o do seu ego (Klein, 1975/1991; Klein, 1975/1996).

Sempre que há uma luta entre impulsos conflitantes, os mecanismos de defesa são colocados em movimento (Freud, A., 1946/1996). Almeida (1996) define o conflito psicológico como todos os acontecimentos, internos ou externos, que caracterizariam um momento crítico para o ego, de ameaças, oposições afetivas, incompatibilidade com os valores culturais, dúvidas nas atribuições dos papéis psicológicos e sociais do indivíduo, divergências de ordem moral e ética. No ajustamento dos conflitos o ego utilizar-se-á dos mecanismos de defesa ou no seu fracasso, dos sintomas e das doenças.

De acordo com Anna Freud (1946/1996), os adultos procuram evitar seus desejos sexuais e agressivos a fim de não entrarem em conflito com o superego, que fixa um padrão ideal de comportamento. As crianças de tenra idade tratam seus impulsos instintivos da mesma maneira, mas com o objetivo de não transgredir as proibições de seus pais. Sua defesa contra os instintos é motivada pelo medo do mundo exterior, isto é, pela ansiedade objetiva. De qualquer forma, sendo o medo do mundo exterior ou medo do superego, a ansiedade é que desencadeia o processo defensivo.

Tendo em vista o exposto até aqui, percebe-se que Freud enfocou seus estudos principalmente no mecanismo de repressão. Melanie Klein estudou os mecanismos de cisão, introjeção, projeção, identificação projetiva, além das defesas maníacas, que seriam parte do desenvolvimento emocional de todos os indivíduos. A onipotência, a negação e a idealização, intimamente ligadas à ambivalência, permitem que o ego primitivo se levante até certo ponto contra seus perseguidores internos e contra uma dependência submissa e perigosa em relação aos objetos amados, o que traz novos avanços em seu desenvolvimento (Klein, 1975/1996). Fenichel (1968) propõe que a repetição ativa do que foi sofrido passivamente, ou mais tarde, a antecipação ativa de algo que pode ser experimentado de forma passiva no futuro, são os principais mecanismos na luta contra a angústia.

Em 1936, com a publicação de *O ego e os mecanismos de defesa*, Anna Freud demonstrou que o ego tem à disposição não apenas a repressão, mas também outros nove mecanismos de defesa: regressão, formação reativa, anulação, introjeção, identificação, voltar contra o si-mesmo (*self*), transformação do contrário e sublimação. Esses

mecanismos podem ser empregados sozinhos ou em combinação, e não devem ser vistos como exaustivos (Blanck & Blanck, 1983). Anna Freud (1946/1996) acrescentou um décimo método de defesa, que seria mais característico da normalidade do que da neurose, a sublimação. Fenichel (1981) propõe que as defesas bem sucedidas sejam chamadas de sublimação, expressão que não designa um mecanismo específico. Vários mecanismos podem usar-se nas defesas bem sucedidas, por exemplo, a transformação da passividade em atividade, o rodeio em volta do assunto, a inversão de certo objetivo no objetivo oposto.

De acordo com Bergeret (2006), há mecanismos encarregados de defender as diferentes instâncias da personalidade (id, ideal de si-mesmo, ideal do ego, superego) de um conflito que pode surgir entre elas, assim como conflitos que podem opor o conjunto de todas as instâncias contra algumas pressões oriundas da realidade exterior. Cramer (2008) coloca que as defesas podem ser caracterizadas segundo sua maturidade, ou seja, em termos do período do desenvolvimento no qual a defesa é predominante e/ou pela complexidade cognitiva das operações mentais envolvidas na defesa.

Kusnetzoff (1982) aponta que cada indivíduo tem uma historicidade e uma evolução nas suas estruturas defensivas, e que as condutas defensivas não são exclusivas da patologia, pois as defesas servem ao propósito de ajustar, adaptar e equilibrar a personalidade. O estudo das estruturas defensivas típicas de determinados estilos ou estruturas psicopatológicas tem relação com certa constância e regularidade que se tem constatado entre o aparecimento desses quadros e as ditas estruturas defensivas, porém, a diferença entre o normal e o patológico é uma questão de grau. Bergeret (2006) acrescenta que o indivíduo adoece porque as defesas que utilizava habitualmente se mostram ou ineficazes, ou rígidas demais, ou mal-adaptadas às realidades internas e externas, ou ainda exclusiva e excessivamente de um mesmo tipo, pois assim o funcionamento mental fica impossibilitado de ter flexibilidade e adaptação. O sujeito “normal” é aquele que possui “boas” defesas, ou seja, utiliza defesas bastante diversificadas e flexíveis, permitindo um jogo pulsional suficiente, não oprimindo o id e levando em conta a realidade e o superego, e ao mesmo tempo permitindo ao ego se enriquecer constantemente em uma relação madura com os outros.

Diversos autores (Almeida, 1996; Fenichel, 1981; Kusnetzoff, 1982) afirmam que os limites entre os vários mecanismos de defesa não são nítidos, e que o ego costuma se defender com mecanismos mistos. As defesas podem se traduzir ou se manifestar como condutas, incluindo a ideia de um sujeito em uma situação determinada (Kusnetzoff,

1982). Atitudes corporais como rigidez, sorriso fixo, comportamento hostil, irônico e arrogante, por exemplo, são resíduos de processos defensivos muito vigorosos, no passado, que acabaram por dissociar-se de suas situações originais e evoluíram para traços caracterológicos permanentes. Os mecanismos de defesa do ego contra o id são empregados de forma silenciosa e invisível, inconsciente. Por esse motivo, não é possível testemunhar realmente a sua ação, pode-se apenas ter acesso a uma reconstituição das medidas defensivas utilizadas. Quando se percebe em um indivíduo a ausência de certos impulsos do id, cujo aparecimento no ego seria de esperar, pode-se então partir do princípio de que lhes foi negado o acesso ao ego, ou seja, que existe aí uma repressão (Freud, A., 1946/1996).

Algumas modificações na compreensão psicanalítica dos mecanismos de defesa e seus objetivos têm sido apontadas na literatura. Na teoria psicanalítica clássica, considera-se que os mecanismos de defesa operam para manter os pensamentos inaceitáveis, impulsos e desejos fora da consciência, ou seja, esta teoria concentrou-se mais na questão da manutenção do equilíbrio interno, enfocando a maneira como os mecanismos de defesa intrapsíquicos auxiliam na redução e controle do conflito (Cooper, 1998; Davidson & MacGregor, 1998). Na visão psicodinâmica mais contemporânea, muitas defesas são vistas como protegendo a autoestima do indivíduo mais do que o protegendo de se tornar consciente de pensamentos ou ideias que poderiam causar ansiedade se fossem lembrados ou reconhecidos (Cooper, 1998). Atualmente, considera-se que os mecanismos de defesa operam para proteger a autoestima e, em casos mais extremos, para proteger a integração do *self*. De qualquer maneira, há sempre um evento que é percebido como uma ameaça, sendo que antes se considerava que essa ameaça era originada intrapsiquicamente, e hoje pode se originar a partir de dentro ou de fora da psique (Davidson & MacGregor, 1998). Cooper (1998) afirma que as defesas têm sido cada vez mais entendidas como uma forma de adaptação ao conflito, perda e trauma. Nos últimos 20 anos, a teoria psicanalítica passou a considerar as necessidades, afetos e desejos de forma mais proeminente no contexto interpessoal.

Em relação à identificação do uso dos mecanismos de defesa, a avaliação clínica é o método mais confiável (Blaya, 2005), entretanto, o uso da entrevista clínica para identificar mecanismos de defesa requer treinamento contínuo e pressupõe a habilidade de identificar e trabalhar com defesas no ambiente clínico (Perry & Ianni, 1998). Freud propôs que um observador pode razoavelmente inferir operações defensivas em um indivíduo, das quais ele próprio não tem consciência, sendo possível ao observador

perspicaz identificar ou intuir as atividades defensivas no comportamento de uma pessoa, em suas atitudes, no seu modo de falar, no seu estilo de vida, na maneira de relacionar-se com o outro (Almeida, 1996). Entretanto, deve-se considerar que a avaliação clínica está sujeita ao viés do avaliador, além de variar de acordo com seu referencial teórico (Blaya, 2005), e deve-se estar atento para não cometer interpretações selvagens (Almeida, 1996).

No estudo das defesas pode-se, por exemplo, utilizar um registro clínico antigo do paciente, um fato biográfico, e compará-lo com a sua narrativa sobre essa doença passada, e com seu estado mental atual, para verificar possíveis distorções. Estudos longitudinais de indivíduos submetidos a trauma que foram posteriormente reavaliados por observadores independentes oferecem exemplos claros de como a representação mental do trauma é sistematicamente distorcida (Vaillant, 1998). Os mecanismos de defesa são definidos como operações mentais ou cognitivas que funcionam fora da consciência, portanto, medidas de autorrelato não avaliam adequadamente os elementos que caracterizam o conceito de mecanismos de defesa, especialmente essa condição indispensável de inconsciência (Davidson & MacGregor, 1998).

A pesquisa na área dos mecanismos de defesa, além de ser dificultada pela questão do método de avaliação, também apresenta problemas pela existência de diferentes sistemas classificatórios. Anna Freud (1946/1996) ordena a classificação conforme os perigos sejam internos ou externos. Kusnetzoff (1982) prefere seguir um ordenamento serial, segundo o nível do “neurotismo” ou do “psicotismo”. As defesas da série “neurotismo” incluem projeção, repressão (recalque), deslocamento, regressão parcial, introjeção, isolamento, inibição, formação reativa, sublimação, negação (denegação). Já a série “psicotismo” inclui defesas como identificação projetiva, divisão, renegação (forclusão), regressão total, identificação projetiva. Bergeret (1998) considera que entre as defesas ditas “neuróticas” estão o recalque, o deslocamento, a condensação, a simbolização, e entre as defesas ditas “psicóticas” estão a projeção, a recusa da realidade, a duplicação do ego, a identificação projetiva etc. Fenichel (1981) propõe que as defesas podem dividir-se em bem sucedidas, quando promovem a extinção daquilo que se rejeita, e ineficazes, quando exigem repetição ou perpetuação do processo de rejeição para impedir a irrupção dos impulsos rejeitados. Os autores (Bergeret, 1998; Fenichel, 1981; Kusnetzoff, 1982) alertam, entretanto, que essa classificação não pode ser tomada rigidamente, pois nem sempre se definem com nitidez as fronteiras entre as categorias propostas.

Com o objetivo de sistematizar a identificação dos mecanismos de defesa para auxiliar a prática clínica, a pesquisa e a comunicação entre profissionais, o DSM-IV-TR

apresenta uma Escala de Funcionamento Defensivo, que contém um Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo. Neste glossário, são apresentados e caracterizados diversos mecanismos de defesa. Além disso, o manual propõe que o funcionamento defensivo do sujeito pode ser avaliado de acordo com diferentes níveis: alto nível adaptativo, nível das inibições mentais (formação de compromisso), nível de leve distorção da imagem, nível da negação, nível de importante distorção da imagem, nível da ação e nível da desregulação defensiva (APA, 2002).

Embora existam críticas e questionamentos sobre a existência dos mecanismos de defesa, pesquisas recentes têm apoiado sete princípios básicos em relação às defesas, quais sejam: (1) as defesas funcionam de forma inconsciente; (2) há uma cronologia no desenvolvimento das defesas; (3) as defesas estão presentes na personalidade normal; (4) o uso de defesas aumenta sob condições de estresse; (5) o uso de defesas reduz a experiência consciente de emoções negativas; (6) a função defensiva está conectada ao sistema nervoso autônomo; (7) o uso excessivo de defesas está associado à psicopatologia (Cramer, 2008).

Uma questão importante a ser apontada é a diferença entre os conceitos de mecanismo de defesa e *coping*, que algumas vezes são utilizados de forma intercambiável na literatura e na pesquisa. Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1988) esclarecem essa diferença, baseando-se nas definições de Folkamn e Lazarus: os comportamentos associados aos mecanismos de defesa são rígidos, inadequados em relação à realidade externa, e derivam de elementos inconscientes ligados a questões passadas, já os comportamentos associados ao *coping* são mais flexíveis e propositais, adequados à realidade e são conscientes, orientando-se para o futuro. *Coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, empregado pelo indivíduo com a finalidade de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

#### **1.4. Ansiedade e defesas no contexto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)**

Nas últimas décadas, mais especificamente a partir da década de 60, o exercício da sexualidade e a gravidez passaram a não ser sinônimos, pois o surgimento da pílula anticoncepcional proporcionou um grande avanço na questão do planejamento familiar. Entretanto, enquanto alguns casais utilizam métodos contraceptivos porque não desejam ter filhos ou querem adiar este plano, outros vivem uma situação completamente oposta:



lutam durante anos para conseguir o filho que não vem. Para estes casais, a medicina, a partir da década de 80, começou a apresentar novos horizontes com a possibilidade da fecundação *in vitro*, que permitiu o surgimento do “bebê fabricado” – o bebê de proveta (Maldonado et al., 1997).

A Organização Mundial da Saúde define infertilidade como a incapacidade de conceber uma criança. Um casal pode ser considerado infértil se, depois de dois anos de vida sexual ativa, sem uso de métodos anticoncepcionais, a mulher não fica grávida. A infertilidade primária é quando o casal nunca teve filhos, e a infertilidade secundária é a incapacidade de conceber que ocorre depois de uma gestação anterior (<http://www.who.int/topics/infertility/en/>).

Sigal (2003) pondera que na atualidade a mulher tem outras realizações além da maternidade, o que lhe proporciona investir em novos objetos e abre caminho para novos destinos pulsionais. Nesse contexto, muitas vezes o desejo de maternidade demora a aparecer, e em função da idade avançada da mulher, pode haver como consequência dificuldades para engravidar, o que não significa necessariamente que haja conflitos com a maternidade ou a feminilidade. Não se descarta, entretanto, que em alguns casos as dificuldades de engravidar estejam relacionadas a conflitos com a sexualidade, transtornos identificatórios, problemas narcísicos, entre outros.

Freud ([1926]1969/1996), apesar de não ter feito referência direta à infertilidade, mencionou que a função sexual está sujeita a um grande número de perturbações, que podem ser consideradas como impotência psíquica. Entende que estas inibições certamente têm relação com ansiedade, entretanto, as causas para estas inibições podem ser diversas. Moreira, Lima, Sousa e Azevedo (2005) referem que, historicamente, os estudos psicológicos sobre infertilidade sustentavam que a mulher infértil tinha muitos conflitos e era ambivalente acerca da maternidade, o que resultava na sua incapacidade de conceber. Esse modelo psicogênico foi dominante na década de 80, período em que a maioria dos estudos voltou-se mais para a abordagem dos fatores psicológicos na etiologia da infertilidade do que para as consequências psicológicas decorrentes deste diagnóstico

Estudos recentes (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan, & Sieber, 2001; Moreira et al., 2005) têm encontrado que a infertilidade pode ser origem de significativo sofrimento psicológico, em virtude de esse problema ser considerado por muitas mulheres como o acontecimento mais estressante de suas vidas. De acordo com Ribeiro (2004), atualmente busca-se compreender as consequências psicológicas da infertilidade e ajudar os sujeitos a significar essa experiência, não obstante, do ponto de vista psicanalítico, a influência do

inconsciente, da sexualidade e do desejo na questão da infertilidade não possa ser ignorada. Apesar disso, não se pode apenas estabelecer relações causais: “Ao compreendermos a psicanálise como ciência do sentido e não da causalidade, o termo infertilidade psicogênica passa a não se enquadrar nessa referência” (Ribeiro, 2004, p.76).

Em se tratando de infertilidade, muito frequentemente os problemas psicológicos e somáticos se sobrepõem, e as questões psicológicas muitas vezes são derivadas do próprio processo de tratamento com TRA (Magdalena, & Mariola, 2011). Uma ampla gama de fatores deve ser considerada na compreensão psicológica dos pacientes tratados para infertilidade, incluindo a influência da família e das relações, a reação ao diagnóstico e ao tratamento sugerido, influências da religião, questões do relacionamento sexual, além do senso de autoestima e autoaceitação da mulher. O relacionamento conjugal pode ser desestabilizado quando um casal recebe a notícia de que um dos dois é infértil. Além da constatação de que têm que lidar com seu desejo e sua dificuldade de ter filhos e constituir família, têm que se deparar com sua rede relacional, como família e amigos, que esperam que o casal gere filhos (Weiss, 2006). Algumas vezes, portanto, não é possível distinguir se o que causa maior sofrimento é a ausência do filho desejado ou são os sentimentos de fracasso, de perda e de insegurança que invadem o indivíduo nessa situação (Klonoff-Cohen et al., 2001; Raphael-Leff, 1997).

Diante do diagnóstico de infertilidade será necessário um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade, pois a capacidade de procriação é um referencial significativo da identidade de gênero. A feminilidade primária é constituída através de uma fusão com a mãe e em uma identificação especular com a mãe onipotente da primeira dependência. Quando sobrevém a descoberta da castração materna, a menina sente uma dupla decepção: com sua mãe e consigo mesma, decorrendo daí um colapso narcisista que acomete o núcleo de sua autoestima (Bleichmar, 1988). A vivência da infertilidade, portanto, gera considerável abalo na economia narcísica do sujeito e do casal, pois ambos se veem em posição infantil diante de sua comunidade e de seus familiares – aqueles que não podem conceber, como as crianças. Além disso, por não conseguirem ter um filho sem ajuda de terceiros e sem intervenções médicas, a ferida narcísica à qual o desejo por um filho está vinculado desde a infância é mais uma vez reaberta e intensificada (Ribeiro, 2004).

A infertilidade é uma crise de proporções físicas e psicológicas que afeta o corpo, o senso de *self*, e os relacionamentos com outros. Ela provoca uma série de emoções e respostas intensas, incluindo questões de apego e luto, conflitos internos e externos,

preocupações sociais, aspectos das relações de objeto, e vicissitudes emocionais. As primeiras reações à infertilidade são tipicamente choque, descrença, raiva, culpa e vergonha. Ao longo do tempo, sentimentos de perda de controle, autoestima diminuída, perda, ansiedade e depressão são comuns. Os pacientes reclamam da dor de ser incapaz de planejar ou prever o futuro. Eles sentem que alguém tem o controle de suas vidas, corpos, ou emoções, sejam os médicos, Deus, ou alguém que não eles próprios. Para a maioria das pessoas, a infertilidade é uma crise e um trauma psicológico (Burns, 2005).

Em virtude dos sentimentos de dor e impotência que vivencia quando recebe o diagnóstico de infertilidade, a pessoa fica vulnerável à ansiedade e a manifestações diversas (Seger-Jacob, 2006), e diante das dificuldades em lidar com os sentimentos mobilizados, os pacientes podem recorrer aos mecanismos de defesa para enfrentar tais situações ameaçadoras (Melamed, 2006). Gondim (2002) considera que a infertilidade é uma situação que provoca intensa pressão sobre o psiquismo, podendo fazer ruir o equilíbrio e interferindo nas defesas que o sujeito utiliza para lidar com a situação. Nesse sentido, Ribeiro (2004) acrescenta que, sendo uma situação potencialmente traumática, e que mobiliza uma quantidade excessiva de angústia, capaz de estimular ou reativar conflitos psíquicos, as defesas utilizadas na situação de infertilidade podem ser menos efetivas.

Sequelas em relação à autoimagem, expressas através do receio de não enfrentar adequadamente a gestação, o parto e os primeiros cuidados com o bebê, podem advir em decorrência da infertilidade (Makuch, 2001). Além disso, outros campos de realização da vida do sujeito podem sofrer consequências em função dos sentimentos suscitados por essa condição (Ribeiro, 2004). As reações psicológicas dos sujeitos, entretanto, não podem ser generalizadas, pois são complexas e sofrem influência de vários fatores, como causa e duração da infertilidade, estágio da investigação e do tratamento, bem como da capacidade do indivíduo de se adaptar ao problema e da sua motivação para ter filhos (Gerrity, 2001; Ozkan & Baysal, 2006).

Quando um casal decide ter filhos e opta pelo tratamento com TRA, isso não significa a interrupção do sofrimento ligado ao diagnóstico. A vivência da infertilidade e a luta por um filho fazem com que a pessoa se depare com a angústia de uma situação extrema, diante da qual não tem controle exato sobre o que vai acontecer (Weiss, 2006). E apesar da disponibilidade de opções, a escolha pela realização de um tratamento com TRA pode significar anos de tratamento, sofrimento psíquico, estresse prolongado, resoluções adiadas, continuação do estigma e sentimento de perda de identidade (Seger-Jacob, 2006).

Nesse contexto, torna-se difícil distinguir o impacto da infertilidade das reações ao tratamento (Eugster & Vingerhoets, 1999).

É importante esclarecer que a tecnologia de reprodução assistida (TRA) consiste e define-se por todos os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação *in vitro* de oócitos (óvulos) e esperma, ou embriões, com a finalidade de estabelecer uma gravidez. Isso inclui, mas não se limita a, *fertilização in vitro* (FIV) e transferência de embriões, transferência intrafalopiana de gametas, transferência intrafalopiana de zigoto, transferência tubária de embriões, criopreservação de gametas e embriões, doação de óvulos e embriões, e gestação por mãe substituta (barriga de aluguel) (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Além do desconforto relacionado aos procedimentos médicos necessários, como injeções diárias, ultrassonografias frequentes, biópsias, exames de sangue, exames invasivos, inseminações, cirurgias e medicamentos, há a possibilidade de insucesso em alguma das diversas fases do tratamento, e sentimentos intensos são despertados, incluindo humilhação, raiva, depressão, culpa, desvalorização, anormalidade, incompletude, incapacidade, ansiedade e medo (Kusnetzoff, 1997; Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki, & Makino, 2001; Melamed, 2006; Seger-Jacob, 2006; Weiss, 2006). Submeter-se ao tratamento não significa apenas seguir todos os passos, cumprir as regras e as receitas médicas, pois não há garantia de um resultado positivo e desejado. Essas experiências colocam o sujeito numa posição de fragilidade porque o resultado, a realização do seu desejo não está em suas mãos (Weiss, 2006).

Diante dos aspectos referidos pela literatura, diversas pesquisas têm se dedicado a estudar a infertilidade, o tratamento com TRA e suas consequências para as pessoas que se deparam com esse diagnóstico. A discussão teórica apresentada anteriormente a respeito da ansiedade como causa ou consequência da infertilidade tem recebido atenção dos pesquisadores, e os resultados não são unânimes. Alguns estudos (Anderheim, Holter, Bergh, & Moller, 2005; Lintsen, Verhaak, Eijkemans, Smeenk, & Braat, 2009; Lovely, Meyer, Ekstrom, & Golden, 2003) apontaram que a presença da ansiedade antes e durante o tratamento não estava associada com o resultado do teste de gravidez nos procedimentos de TRA. Diferente destes resultados, Volgsten, Ekselius, Poromaa e Svanberg (2010) encontraram que um teste de gravidez negativo após FIV foi associado com depressão e/ou transtornos de ansiedade entre as mulheres. Os resultados do estudo de Gurhan, Akyuz, Atici e Kisa (2009) também indicaram que mulheres com escore elevado de ansiedade-estado no dia da coleta de oócitos tiveram taxas significativamente menores de gravidez.

De acordo com Boivin e Schmidt (2005), o estresse relacionado à infertilidade foi associado com um resultado pior do tratamento.

Grande parte dos estudos tem se preocupado prioritariamente em avaliar a questão da ansiedade relacionada à infertilidade, e os resultados são controversos. Karlidere et al. (2007) aplicaram o STAI (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) em 103 casais com infertilidade primária, e encontraram que a ansiedade-estado estava dentro dos limites normais, e a ansiedade-traço estava elevada de acordo com as escalas. Em outro estudo, 564 casais responderam questionários que abordavam os motivos para querer uma criança, queixas físicas e psíquicas, e um inventário de personalidade, e verificou-se que não houve diferenças significativas nas variáveis psicológicas entre os casais inférteis e uma amostra representativa, exceto que as mulheres inférteis apresentaram escores mais elevados nas escalas de ansiedade (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001). No estudo de van Balen e Trimboskemper (1993) também foi constatado, a partir de um questionário estruturado que mediu sete dimensões de bem-estar negativo em uma amostra de 108 casais sem filhos com infertilidade de longa duração, que as mulheres inférteis estavam mais ansiosas, apresentavam mais hostilidade e relataram mais queixas de saúde. Além disso, um terço das mulheres relatou uma baixa autoestima relacionada à sua feminilidade como consequência da infertilidade.

A ansiedade em relação ao tratamento da infertilidade também vem recebendo atenção dos pesquisadores. Em uma amostra de 862 pessoas que frequentavam uma clínica de fertilidade na Suécia constatou-se, através do uso do PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), baseado no DSM IV, que 30,8% das mulheres apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico, 26,2% tinham algum distúrbio de humor, e 14,8% das mulheres apresentavam algum distúrbio de ansiedade (Volgsten, Skoog Svanberg, Ekselius, Lundkvist, & Poromaa, 2008). Em outro estudo, 112 mulheres que buscaram uma clínica de reprodução assistida de um centro médico universitário com o objetivo de começar um tratamento de reprodução assistida, responderam a uma entrevista estruturada - MINI (*Mini – International Neuropsychiatric*). De acordo com os resultados, 40,2% apresentavam algum transtorno psiquiátrico, e o diagnóstico mais comum foi Transtorno de Ansiedade Generalizada (23,2%). Não foram encontradas diferenças em ansiedade nas mulheres com ou sem história de tratamentos anteriores de reprodução assistida (Chen, Chang, Tsai, & Juang, 2004).

Foi realizado o monitoramento dos níveis de ansiedade de 200 pacientes italianas durante a hospitalização para a realização dos estágios finais da FIV (coleta de oócitos e

transferência de embriões), através do STAI-Y e do ASQ (*Anxiety Scale Questionnaire*), aplicados nos três dias de hospitalização. Foram encontradas diferenças significativas em relação aos valores de ansiedade-estado e ansiedade geral, mas não em relação à ansiedade-traço. Os níveis de ansiedade-estado das mulheres com diagnóstico de infertilidade foram significativamente mais baixos. Não houve diferenças significativas nos valores de ansiedade com relação ao número de ciclos de tratamento, e as mulheres que sofreram de infertilidade de média a longa duração apresentaram um valor de ansiedade-estado significativamente mais baixo. A falha na fertilização dos oócitos determinou um aumento significativo no nível da ansiedade-estado. (Ardenti, Campari, Agazzi, & La Sala, 1999). Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer e Braat (2007) aplicaram questionários estandardizados antes de começar o tratamento, logo depois do último ciclo de tratamento, e seis meses, três e cinco anos depois do último ciclo de tratamento em 298 mulheres iniciando seu primeiro ciclo de tratamento com FIV. Os resultados apontaram que a ansiedade no *follow up* retornou aos níveis iniciais quando o tratamento não resultou em nascimento, após um aumento inicial durante o tratamento. Quando o tratamento resultou em nascimento, foi encontrado um estado emocional positivo a longo prazo, e as mulheres que focaram em novas metas de vida como uma forma de adaptação 3 e 5 anos depois da FIV sem nascimento demonstraram menores níveis de ansiedade comparadas com aquelas que persistiram em suas tentativas de engravidar.

A ansiedade em diferentes fases do tratamento também foi abordada por Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders, e Tennant (1994), que avaliaram 330 casais, dos quais 113 estavam realizando o tratamento pela primeira vez e 217 eram casais repetindo o ciclo de tratamento. Os resultados indicaram que 30% dos maridos e esposas experimentaram ansiedade clinicamente significativa independente do estágio do tratamento. Em outros dois estudos, houve diferenças na ansiedade relacionadas à fase do tratamento. Slade, Emery e Lieberman (1997) utilizaram avaliações emocionais de 144 casais no início da FIV e seis meses depois da identificação da gestação ou da descontinuação do tratamento após três ciclos sem sucesso, e verificaram que no início, as mulheres eram mais ansiosas do que seus parceiros e as normas comparativas, e que o primeiro e o último ciclo de tratamento foram associados à maior ansiedade. Kee, Jung, e Lee (2000) aplicaram o STAI em 138 mulheres que estavam recebendo tratamento médico para infertilidade, e os resultados apontaram que as mulheres inférteis mostraram aumentos significativos na ansiedade-traço em relação às mulheres férteis, e que a ansiedade nas mulheres que não obtiveram sucesso na FIV foi significativamente mais elevada do que as

que foram bem-sucedidas. De acordo com a duração da infertilidade, os escores do STAI foram moderadamente elevados no primeiro estágio, e houve uma tendência de diminuição do estresse psicológico com um período de infertilidade avançado.

Também com o objetivo de verificar a ansiedade em diferentes fases do tratamento, 113 casais que sofriam de infertilidade inexplicada responderam questionários, o STAI, e tiveram os níveis de cortisol e prolactina estimados por radioimunoensaio. Os resultados dos testes psicológicos e níveis hormonais mostraram um padrão semelhante de mudança, aumentando no dia de coleta dos oócitos, diminuindo no dia da transferência dos embriões, e subindo novamente no dia do teste de gravidez. As diferenças entre as fases foram em geral significativas, mas as diferenças nas médias das mulheres que conceberam e que não conceberam foram em geral não significativas. Entretanto, as correlações entre as medidas psicológicas e os níveis hormonais mostraram uma clara disparidade entre as mulheres que conceberam e as que não conceberam na última fase, sendo que correlações negativas significativas foram encontradas nas pacientes que conceberam, e nenhuma relação foi encontrada nas pacientes que não conceberam (Merari, Feldberg, Elizur, Goldman, & Modan, 1992).

Um estudo realizado com casais que estavam se submetendo a diferentes tratamentos de reprodução assistida em uma clínica na Grécia utilizou uma entrevista semiestruturada, e três questionários estruturados (*Life Events Scale, Marlowe-Crowne/Taylor Scale and Side Effect Checklist*). As mulheres demonstraram uma elevada ansiedade defensiva e também relataram vários sintomas psicossomáticos, parecendo ter medos e necessidades especiais, tanto gerais como específicos ao tratamento. Sentimentos de culpa, especialmente relacionados a abortos anteriores estiveram bastante presentes. Os problemas psicológicos apresentados não pareciam estar relacionados à etiologia da infertilidade, se masculina ou feminina (Tarlatzis et al., 1993). Resultados diferentes foram encontrados por Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis e Vaslamatzis (2009), que aplicaram três questionários autoadministrados a 404 mulheres que estavam em tratamento em uma clínica pública em Atenas, e verificaram que nos casos em que o fator da infertilidade era masculino, as mulheres tiveram maiores níveis de ansiedade-estado do que as mulheres com infertilidade feminina, mista ou desconhecida.

O fator etiológico da infertilidade também tem sido abordado em outros estudos. Cento e vinte casais inférteis (30 com infertilidade inexplicada, 30 com anovulação ou fator tubário, e 30 com fator masculino) foram comparados com 30 casais férteis como controles através de diferentes testes psicológicos. Nos casos de infertilidade orgânica, os

parceiros demonstraram preocupação com a reação do outro, e a ansiedade foi significativamente mais alta no parceiro com o problema de fertilidade. A infertilidade por anovulação e fator tubário apresentou um efeito psicológico significativo nas mulheres no final do acompanhamento, e a ansiedade nas mulheres já estava evidente logo após o início da investigação (Dhaliwal, Gupta, Gopalan, & Kulhara, 2004).

Diversas pesquisas têm como objetivo avaliar a questão da ansiedade em mulheres inférteis utilizando controles nas amostras. Um estudo incluiu 149 mulheres inférteis, 136 com dor crônica, 22 em reabilitação cardíaca, 93 com câncer, 77 com hipertensão, e 11 com HIV, que completaram o SCL-90R (*Symptom Checklist-90 Revised*). Os escores de ansiedade das mulheres inférteis foram significativamente mais baixos do que os das pacientes com dor crônica, mas não foram estatisticamente diferentes dos outros grupos, sugerindo que os sintomas psicológicos associados com a infertilidade são similares àqueles associados com outras condições médicas graves (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993). A maioria dos estudos encontrados, entretanto, realiza comparações entre mulheres inférteis e controles saudáveis.

Moreira, Melo, Tomaz e Azevedo (2006) aplicaram o STAI em 152 mulheres inférteis e 150 controles saudáveis, e não encontraram diferenças significativas entre os grupos em ansiedade estado e traço. No grupo infertilidade, os fatores de risco associados significativamente com ansiedade incluíram desconhecimento do fator causal, fase de investigação diagnóstica e ausência de filhos advindos de outros casamentos. Outro estudo utilizou o *Hospital Anxiety Depression Scale* em 107 mulheres turcas com infertilidade primária e 63 controles saudáveis, e também não verificou diferença significativa no nível de ansiedade dos dois grupos. A severidade dos sintomas psicológicos foi maior nas mulheres inférteis que buscaram soluções não-médicas, que estavam sob pressão das famílias dos maridos em função da sua infertilidade, e que relataram relações ruins com os maridos. Depois de três meses, o grupo de pacientes que conseguiu engravidar demonstrou níveis significativamente mais baixos de ansiedade do que o grupo que não conseguiu (Gulseren et al., 2006).

Resultados diferentes foram encontrados em outros estudos. Na Nigéria, 112 mulheres inférteis que iniciavam tratamento na clínica de fertilidade de um centro de referência foram comparadas com 96 mulheres que estavam na clínica de planejamento familiar na mesma instituição, através da aplicação do GHQ-30 (*General Health Questionnaire*) e da subescala Ansiedade do HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Os resultados indicaram que a prevalência de distúrbios psiquiátricos foi de 46,4%



nas mulheres inférteis, sendo 37,5% casos de ansiedade (Upkong & Orji, 2006). Matsubayashi et al. (2001) aplicaram o HADS e o POMS (*Profile of Mood States*) em 101 mulheres inférteis e 81 mulheres grávidas saudáveis, e observaram que os escores das mulheres inférteis nas escalas, incluindo ansiedade, foi significativamente maior do que os das mulheres grávidas, com exceção do escore de fadiga. Uma versão árabe do HADS foi aplicada em 120 mulheres inférteis do Kuwait e em uma amostra da mesma idade de 125 gestantes saudáveis, e comparadas com o grupo controle, as mulheres inférteis apresentaram maior psicopatologia em todos os parâmetros HADS na forma de tensão, hostilidade, ansiedade, depressão, culpa e ideação suicida. O estudo apontou ainda que o grupo de analfabetas atribuiu a causa de sua infertilidade a causas sobrenaturais, como espíritos malignos, bruxaria e retribuição de Deus, enquanto o grupo com educação relacionou a fatores nutricionais, conjugais e psicossociais à sua infertilidade. Fé e curandeiros tradicionais foram a primeira escolha de tratamento entre as mulheres analfabetas, enquanto as com educação optaram por clínicas de infertilidade (Fido & Zahid, 2004).

Outro estudo utilizou questionários autoadministrados com 281 pacientes que aguardavam tratamento com TRA em cinco centros, em três países, e 289 controles, e encontrou que as mulheres com problemas de fertilidade relataram maior prevalência de emoções negativas do que as controles com referência aos períodos em que elas estavam tentando engravidar. No momento da consulta, as pacientes tiveram escores menos favoráveis do que as controles nas escalas de ansiedade e medos. Tanto antes da consulta quanto durante o diagnóstico e o tratamento, as mulheres com problemas de fertilidade apresentaram maior prevalência de relatos de experiências emocionais negativas do que as mulheres sem problemas de fertilidade (Oddens, den Tonkelaar, & Nieuwenhuys, 1999). Drosdzol e Skrzypulec (2009) aplicaram o Inventário Beck de Ansiedade em 206 mulheres inférteis e 190 casais férteis, e verificaram que na avaliação da ansiedade houve uma prevalência significativa entre as mulheres inférteis (15.53%), sendo que os fatores de risco para ansiedade relacionada à infertilidade incluem sexo feminino, idade acima dos 30 anos, menor nível de instrução, falta de atividade profissional, infertilidade masculina identificada e duração da infertilidade entre três e seis anos.

Tendo em vista os estudos encontrados na revisão de literatura e apresentados anteriormente, pode-se perceber que a ansiedade é avaliada principalmente como traço ou estado, de maneira quantificável, e não como experiência ou vivência. Nesse sentido, seria interessante haver contribuições de estudos qualitativos que investiguem a questão da

ansiedade no contexto da reprodução assistida, entretanto, estes ainda são escassos. Um estudo qualitativo realizado em Porto Alegre, do qual participaram seis mulheres com idades entre 22 e 37 anos que realizavam tratamento para engravidar (FIV), investigou as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. De maneira geral, os dados revelaram que a infertilidade é uma experiência extremamente dolorosa, envolvendo sentimentos de incapacidade, frustração, vergonha, baixa autoestima, ansiedade e tristeza. Além disso, a maioria das participantes demonstrou solidão frente ao longo percurso do tratamento, pois frequentemente o cônjuge manteve-se afastado do processo (Spotorno, 2005).

A partir da revisão teórica realizada, observou-se a falta de estudos que investigassem a questão dos mecanismos de defesa utilizados para lidar com o diagnóstico e tratamento da infertilidade. Abordando especificamente os mecanismos de defesa, foi encontrado apenas um estudo, realizado com homens inférteis (Bellone, Cottencin, Rigot, & Goudemand, 2005). Alguns autores propõem que existe uma relação entre alexitimia, condição caracterizada por uma inabilidade de identificar e expressar afetos e sentimentos, e o uso de mecanismos de defesa psicológicos (Helmes, McNeill, Holden, & Jackson, 2008). Comparando um grupo de 73 mulheres inférteis com um grupo de 32 mulheres férteis em relação à questão da alexitimia, Lamas et al. (2006) verificaram que as mulheres inférteis apresentaram graus maiores de alexitimia do que as mulheres férteis, o que levanta a hipótese de uma alexitimia secundária como estratégia de *coping* no ajustamento ao trauma físico ou psíquico em mulheres com problemas de fertilidade. A alexitimia também pode ser considerada uma forma sintomática de depressão ou constituir uma estratégia defensiva empregada contra o surgimento de afetos depressivos e ansiosos relacionados à dor psíquica envolvida no diagnóstico e tratamento da infertilidade

Tendo em vista o exposto, pode-se perceber que o diagnóstico e a vivência da infertilidade despertam uma ampla diversidade de sentimentos, e que o tratamento apresenta desafios no que se refere a aspectos físicos e emocionais. Quando o tratamento é bem sucedido e a gestação é alcançada, torna-se importante pensar na forma como esse processo é vivenciado pelas mulheres previamente inférteis.

### **1.5. Ansiedade e defesas no contexto da gestação e maternidade decorrentes do tratamento com TRA**

A gestação, quando decorrente da utilização de TRA, apresenta algumas especificidades indiscutíveis. O processo é vivido em etapas, e as mulheres têm uma

intensa consciência dos acontecimentos que estão ocorrendo dentro e fora do seu corpo (Seger-Jacob, 2006). Quando há um histórico de infertilidade e a mulher consegue engravidar após o tratamento com TRA, essa gestação tende a ser considerada como um prêmio, como algo precioso e de valor inestimável. Ao mesmo tempo, é uma gestação que requer um considerável investimento de tempo, emoções, energia, dinheiro, e tratamento médico. A gravidez depois da infertilidade não é apenas uma gravidez planejada, ela é uma gravidez deliberada, que quando alcançada, pode trazer angústias e uma série de novos desafios e consideráveis ajustamentos físicos e psicológicos (Covington & Burns, 2006).

A concepção, a gravidez e a aquisição de uma identidade materna são vistas como parte do desenvolvimento para a maioria das mulheres, entretanto, para as mulheres inférteis que concebem através das tecnologias da reprodução assistida, o processo de se tornar mãe é muito mais prolongado e difícil (McMahon, Tennant, Ungerer, & Saunders, 1999). É importante ponderar, entretanto, que a constituição da maternidade não tem relação apenas com questões biológicas, estando na dependência de como esse processo é significado na vida da mulher: “Assim como não se nasce mulher para o inconsciente, não se nasce mãe. Seja através do coito, da fertilização assistida ou da adoção, a mulher alcança sua condição de mãe a partir das inscrições simbólicas que pode realizar” (Sigal, 2003, p. 11).

A gestação, quando ocorre naturalmente e sem intercorrências, pode ser um período narcisicamente gratificante, mas se há algum problema, pode significar uma ferida narcísica, trazendo ansiedade sobre a capacidade do corpo para a gestação e o parto. Sentimentos de ambivalência, ansiedade ou medo podem aumentar a insegurança e diminuir a autoconfiança, trazendo complicações para a gestação e a parentalidade (Covington & Burns, 2006). A gestação, nesse contexto, não é apenas uma crise normativa do desenvolvimento, mas constitui-se numa fase de transição entre a experiência de infertilidade e a experiência da maternidade (Balmaceda et al., 2001).

A mudança de identidade experimentada pelas mulheres anteriormente inférteis durante a gestação pode ser descrita como um estado de confusão psicológica, no qual a gestante simultaneamente atravessa tanto o mundo da infertilidade quanto o mundo da gestação. Ela pode ter dificuldade de ver a si mesma como uma gestante normal e sente que suas experiências com a infertilidade, tratamento médico e ausência de filhos a diferencia das outras mulheres grávidas. Ela pode achar que não tem o direito de reclamar sobre as exigências físicas da gestação porque pensa que deve sentir apenas gratidão por ter conseguido o que queria, bem como pelo medo de que os outros sejam críticos com ela

(Olshansky, 1995). É importante considerar, entretanto, que o significado de uma gestação depois da infertilidade é variável e altamente individual, podendo representar esperanças, sonhos, milagre, despesa, sucesso, realização ou mesmo um fardo ou um obstáculo (Covington & Burns, 2006; Ribeiro, 2004).

Depois de anos de infertilidade, a transição para a parentalidade pode ser difícil e estressante. Após um extenso período de preparação para tornar-se pais, pode haver expectativas irreais ou idealizadas de si mesmos como pais e/ou dos seus filhos, bem como sentimentos de medo ou angústia, com dúvidas em relação à parentalidade, a si mesmos como pais, ou à criança. Durante a infertilidade, muitas pessoas fazem um acordo consigo mesmas de que serão pais perfeitos se tiverem a oportunidade de se tornar pais, e mais tarde, quando alcançam esta condição, percebem que é impossível cumprir esse acordo (Burns, 2006). Eles muitas vezes pressionam a si mesmos para serem pais perfeitos, e não apenas suficientemente bons, e para isso podem excluir outros papéis de sua vida (de esposo/a, amigo/a, filho/a). Questões de separação-indivuaçãoção, superproteção parental, e sistemas familiares enredados ou centrados na criança são problemas potenciais nesse contexto (Golombok & MacCallum, 2003).

Alguns pais podem sentir e querer que a chegada da tão esperada criança seja capaz de remover toda angústia prévia, especificamente aquela relacionada à infertilidade. Quando há uma falha em acessar sentimentos residuais ou conflitos intrapsíquicos em relação à infertilidade, o filho pode ser visto como uma cura para as feridas psicológicas causadas pela infertilidade, ou pode se esperar que a criança forneça compensações ou retorno, mesmo que emocional, em função dos investimentos e do sofrimento passados (Golombok & MacCallum, 2003). Nesse sentido, uma das tarefas que pais previamente inférteis devem enfrentar na transição para a parentalidade consiste em renunciar à criança que eles imaginavam ou achavam que mereciam para aceitar a criança que realmente têm, sendo que o luto pela criança geralmente idealizada e perfeita que desejavam ter é uma forma de renunciar à infertilidade (Burns, 2006).

Apesar das possíveis dificuldades na gestação e na maternidade nesse contexto apontadas por alguns autores, muitos deles atuantes na clínica, Dornelles, Silva e Lopes (2010) realizaram uma revisão de literatura sobre a gestação com o auxílio das TRA e encontraram que de maneira geral os estudos revisados tenderam a não encontrar diferenças na resposta emocional à gestação nesse grupo em relação à concepção natural. Foi observada uma melhora nos níveis de ansiedade quando ocorre a gravidez, entretanto, algumas especificidades foram ressaltadas no grupo TRA, com destaque para as

preocupações e ansiedades em relação à gravidez e ao bem-estar do bebê. Alguns achados indicam a possibilidade de uma tendência de idealização da gestação nesse contexto, vinculada a uma tendência a negar as dificuldades experimentadas anteriormente.

A questão da ansiedade, assim como em relação à infertilidade e ao tratamento, vem sendo investigada empiricamente nas gestações decorrentes do uso de TRA. Os estudos geralmente utilizam grupos controles nas amostras, e alguns achados apontam para a ausência de diferenças significativas nas gestações TRA e espontâneas. Trinta mulheres que conceberam através de FIV e 30 que conceberam naturalmente responderam a uma entrevista e questionários padronizados, e não foram encontradas diferenças entre os grupos nas medidas de ansiedade (Harf-Kashdaei & Kaitz, 2007). Klock e Greenfeld (2000) aplicaram questionários de autorrelato em 74 mulheres que engravidaram via FIV e 40 que conceberam sem intervenção médica na 12<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semanas de gestação, e os resultados também indicaram que não houve diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das medidas que avaliaram o estado psicológico nos dois momentos, inclusive em ansiedade. Mudanças intragrupo ao longo do tempo indicaram que as mulheres que se submeteram à FIV demonstraram um aumento na autoestima e uma diminuição na ansiedade durante a gestação, quando comparadas com as controles.

Outro estudo (McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant, & Saunders, 1997) igualmente não encontrou diferenças quando comparou 70 casais que conceberam através de FIV com 63 controles pareados através de uma medida global de ansiedade (STAI). Entretanto, quando analisou os resultados de medidas específicas à gestação, foram identificados níveis de ansiedade significativamente maiores nas mulheres que conceberam com o auxílio da FIV sobre a sobrevivência e a normalidade dos seus bebês durante a gestação, sobre os danos a seus bebês durante o parto e uma tendência a maior ansiedade sobre a perspectiva de se separar dos seus bebês após o nascimento. A ansiedade sobre o bem-estar do bebê foi expresso pela demora das mães em contar aos outros sobre a gestação e pelo persistente medo da perda fetal. Quando as mulheres do grupo que realizou FIV foram diferenciadas de acordo com o número de ciclos de tratamento, mais diferenças apareceram em relação à ansiedade, havendo maior ansiedade em mães que passaram por dois ou mais ciclos de tratamento. Os autores consideraram que medidas de ansiedade traço e estado podem falhar em capturar aspectos únicos da experiência gestacional para esse grupo, e que os baixos níveis de ansiedade relatados pelo grupo de mulheres que engravidaram com TRA pode não ser uma representação acurada da sua experiência na gestação.

O medo do parto e a ansiedade foram avaliados na 20ª semana de gestação em 367 mulheres que se submeteram à FIV, sendo 260 nulíparas (que nunca tiveram filhos), de cinco clínicas de infertilidade finlandesas, e em um grupo controle de 379 mulheres, sendo 135 nulíparas. Foi utilizada no estudo a *Pregnancy Anxiety Scale* e uma versão revisada do *Fear-of-Childbirth Questionnaire*, e não foram encontradas diferenças entre os grupos. Apenas no grupo controle a nuliparidade foi associada com maior frequência de ansiedade grave, e no grupo de nulíparas que se submeteu à FIV, uma longa duração da infertilidade (7 anos ou mais) aumentou o risco de medo intenso do parto (Poikkeus et al., 2006).

A influência da idade materna na ansiedade foi investigada em um estudo que avaliou 297 mulheres que conceberam através de TRA e 295 que conceberam naturalmente através de questionários e de uma entrevista estruturada que avaliaram ansiedade traço e estado e ansiedade focada na gestação (*pregnancy-focused anxiety*). A amostra foi dividida em três grupos etários: mais novas ( $\leq 20-30$  anos), intermediárias (31-36 anos) e mais velhas ( $\geq 37$  anos), e os resultados apontaram que a idade materna mais avançada foi associada a menores sintomas de ansiedade, menor apego materno-fetal e maior resiliência. O estudo indicou que a concepção através de TRA, mas não a idade materna avançada, foi associada com mais ansiedade focada na gestação (McMahon et al., 2011). No estudo de van Balen, Naaktgeboren e TrimbosKemper (1996) observou-se que as mulheres previamente inférteis relataram mais complicações durante a gestação do que as mulheres férteis, e que avaliaram a gestação como menos próspera. Entretanto, quando as diferenças de idade entre os grupos foram consideradas, a avaliação do desenvolvimento da gestação não mostrou diferenças significativas, o que se deve ao fato de que a maior frequência de complicações durante a gravidez também está associada com a idade avançada da mulher.

Resultados distintos foram apontados por outros estudos, que sugeriram uma tendência de maior ansiedade na gestação de mulheres que se submeteram a tratamento para engravidar. Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby, Matthiesen e Collins (2003) compararam 57 mulheres que engravidaram após FIV e 43 que conceberam naturalmente em Estocolmo, aplicando diversas escalas na 13ª semana de gravidez, e os resultados indicaram que as mulheres que engravidaram com o auxílio de FIV tiveram mais tensão muscular e estavam mais ansiosas em perder a gravidez do que as controles. Os achados de Ramos-Fuentes et al. (2009) apontam na mesma direção. Eles utilizaram o SCL-90-R (*the Symptom Checklist-90-Revised*) na 20ª semana de gestação em 41 mulheres, das quais 28 conceberam através de FIV e 13 engravidaram naturalmente, em um hospital universitário em Badajoz, Espanha. As mulheres que se submeteram à FIV se caracterizaram por

maiores escores na escala de ansiedade do que as mulheres que conceberam naturalmente, não havendo diferenças nas outras escalas.

Em um estudo qualitativo e longitudinal que investigou o processo de tornar-se pai e mãe no contexto das TRA desde a gestação, foi verificado que a infertilidade e seu tratamento influenciaram na maneira como as mulheres vivenciaram este período. O medo de que o bebê não sobrevivesse, além de sentimentos de incapacidade de levar a gestação a termo, estiveram presentes durante toda a gestação, mesmo que a realidade externa, por meio de exames clínicos e de imagens, apontasse que a gravidez estava transcorrendo bem (Dornelles, 2009). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Hjelmstedt (2003), que observou que a ansiedade em relação à perda do bebê foi mais intensa do início ao fim da gestação nas mulheres que engravidaram com o auxílio de FIV comparadas com controles. Covington & Burns (2006) afirmam que a ansiedade na gestação decorrente do uso de TRA tem sido descrita como um período de “esperando perder” (*waiting to lose period*), quando as mulheres previamente inférteis estão constantemente alertas a sinais de aborto iminente e têm pouca confiança de que um bebê realmente vá nascer.

Hjelmstedt (2003) também observou que as mulheres que engravidaram com o uso da FIV experienciaram sua gestação de uma maneira menos negativa, estavam menos preocupadas com o sexo da criança e com a possibilidade de perder a liberdade na sua vida futura como mães. Na discussão dos seus achados, a autora considera que talvez as mulheres que se submeteram à FIV estivessem mais preparadas para aceitar e lidar com os problemas durante a gestação após um histórico de infertilidade e um longo período desejando ter filhos, mas também é possível que elas estivessem idealizando a gestação e negando problemas existentes. Nesse sentido, Glaser e Strauss (citado por Covington & Burns, 2006) encontraram que mulheres previamente inférteis, durante a gestação, acreditavam que toda sua energia e esforços deveriam ser devotados e dirigidos ao bebê, não tinham o direito de reclamar ou esperar mais porque conseguiram o que queriam, e ao mesmo tempo tinham um sentimento de estar mais medicamente em risco do que sempre estiveram e de que seus bebês também estavam em maior risco.

Outras pesquisas também se reportaram à questão da preocupação com o bem-estar do bebê após gestação decorrente de tratamento com TRA. Setenta mulheres que engravidaram após realizar FIV foram comparadas com 63 mulheres que estavam esperando seu primeiro filho na trigésima semana de gestação, e os resultados sugeriram que havia diferenças na experiência da gestação entre os dois grupos. Apesar de maiores

níveis de ansiedade sobre o bem-estar do bebê nas mães que engravidaram com FIV, aquelas que já tinham passado por mais de um ciclo de tratamento estavam mais propensas a relatar atitudes positivas e idealizadas em relação à gestação do que as controles. O estudo verificou também que as mães que realizaram um ciclo de FIV estavam menos engajadas na preparação para o nascimento e a parentalidade do que as que conceberam naturalmente. Essas diferenças foram interpretadas como estratégias de *coping* de esquiva adotadas pelas mulheres que realizaram FIV para se protegerem contra uma possível decepção no contexto da sua ansiedade sobre o resultado da gestação (McMahon et al., 1999).

Estudos também têm contemplado a questão da ansiedade ao longo do tempo, com o objetivo de avaliar se há mudanças nesse aspecto entre a gestação e a maternidade após o uso das TRA. Uma pesquisa realizada com 367 casais que engravidaram com o uso de TRA e um grupo controle de 379 casais com uma gestação espontânea utilizou questionários entre a 18ª e a 20ª semana de gestação, e dois meses e um ano após o parto. Os achados indicaram que os sintomas de ansiedade aumentaram entre os controles, mas não entre as mulheres que realizaram tratamento com TRA no processo de transição para a parentalidade, ou seja, o tratamento bem-sucedido com TRA não foi preditor de problemas de saúde mental nesse período (Repokari et al., 2005). Os resultados de outro estudo, realizado com 70 mulheres que conceberam através de TRA e 11 mulheres que conceberam naturalmente, apontaram na mesma direção. As mulheres que conceberam através de FIV não apresentaram diferenças em termos de autoestima durante a gestação em relação àquelas que conceberam naturalmente, e estavam dentro da normalidade. À medida que a gestação progrediu, a autoestima aumentou, estando negativamente correlacionada com a ansiedade, que diminuiu durante a gestação (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe, & Oates, 2006).

Ao contrário desses resultados, outras pesquisas apontaram uma maior tendência das mulheres que conceberam com o auxílio de TRA a apresentar dificuldades no processo de transição para a parentalidade. Assim como a experiência prévia com a infertilidade, a ansiedade sobre o resultado da gestação também pode influenciar a aquisição de uma identidade materna nas mulheres que concebem através das TRA. No pós-natal, embora não haja evidência empírica de prejuízos na parentalidade, parece haver algum impacto residual da infertilidade prévia na identidade materna, expresso através de um senso de competência e autoestima diminuídos, pelo menos até os quatro meses pós-parto (McMahon et al., 1999). Em um estudo realizado em Estocolmo, Suécia, foi verificado que



sentimentos negativos relacionados à infertilidade não foram facilmente superados entre pais e mães que se submeteram à FIV, apesar de os níveis de estresse relacionados à parentalidade terem sido similares àqueles que não se submeteram à FIV. Embora o tratamento seja bem-sucedido e a parentalidade seja alcançada, a impossibilidade de conceber naturalmente parece continuar a afetar a vida de uma parcela de pais que se submeteram à FIV (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2003).

Sessenta e cinco mulheres que se submeteram à FIV e 62 controles com idades pareadas e sem história de infertilidade responderam questionários, entrevistas, e tiveram interações filmadas. As mães que conceberam através de FIV não diferiram dos controles em medidas de ansiedade, entretanto, elas relatam menor autoestima e menor autoeficácia materna, e elas classificaram seus filhos como tendo mais dificuldades de temperamento (McMahon et al., 1997). Outro estudo teve como objetivo investigar se a concepção assistida estava associada com risco aumentado de ingresso em um programa de tratamento para distúrbios de humor maternos ou distúrbios de sono ou alimentação nos bebês no primeiro ano pós-parto. Foram examinados, durante dois anos, os registros médicos das díades mãe-bebê que ingressaram em um hospital em Melbourne, Austrália, e os resultados sugeriram que a concepção assistida parece estar associada com uma proporção significativamente aumentada de dificuldades parentais iniciais (Fisher, Hammarberg, & Baker, 2005). No estudo de Dornelles (2009), no terceiro mês de vida do bebê foram observados nas mães sentimentos de insegurança e medo de errar nos cuidados com os filhos.

Através dos estudos apresentados, percebe-se que a transição para a maternidade no contexto das TRA é um tema complexo, e que o processo desde a constatação da infertilidade apresenta diversas especificidades. Também é possível observar que os resultados dos estudos são bastante contraditórios, levantando questões para discussão. Alguns estudos não apontam diferenças nas gestações decorrentes de TRA quando comparadas com controles que conceberam naturalmente, e uma das explicações possíveis para a ausência de sintomas nas mulheres que engravidaram com o auxílio de TRA é o fato de que ter um bebê poderia mitigar os efeitos negativos da infertilidade, e o fato de tornar-se mãe nesse contexto estaria associado ao bem-estar psicológico (Abbey, Andrews, & Halman, 1994). Entretanto, alguns autores (Repokari, et al., 2005; Sydsjö, Wadsby, Kjellberg & Sydsjö, 2002) alertam para o fato de que, sendo a infertilidade uma experiência profundamente aflitiva, seu impacto pode ser minimizado pela maioria das mulheres quando elas finalmente ficam grávidas, e a ausência de sintomas poderia ser

decorrente da mobilização de mecanismos de defesa do ego para lidar com o estresse resultante do tratamento da infertilidade. Entretanto, na revisão de literatura realizada, não foram encontrados estudos que investigassem os mecanismos de defesa nesse contexto.

### **1.6. Justificativa e objetivo do estudo**

Tendo em vista a revisão da literatura realizada, pôde-se perceber que em sua grande maioria os estudos são internacionais e utilizam grandes amostras, coletando dados através do uso de questionários, inventários e escalas para avaliar a ansiedade. Dornelles et al. (2010) realizaram uma revisão de literatura e verificaram que a maior parte dos estudos sobre gestação no contexto das TRA baseia-se em escalas padronizadas e avalia temas pontuais, geralmente indicando a presença ou ausência de sintomas através de análises quantitativas e comparativas, sem abarcar a experiência dos indivíduos. De acordo com Repokari et al. (2005), autorrelatos de saúde mental, baseados em questionários, podem ser vulneráveis à desejabilidade social, especialmente entre casais em tratamento com TRA, que podem sentir que seu dever é estar feliz e bem depois do tratamento bem-sucedido.

Braverman (2008) propõe que homens e mulheres que experienciaram infertilidade antes de conseguir engravidar, podem trazer para a gestação e a maternidade sentimentos relacionados a esta experiência prévia, apesar de a literatura sugerir que não há diferenças psicopatológicas entre aqueles que engravidaram através de TRA e os que conceberam espontaneamente. Sugere que é fundamental compreender as experiências qualitativas envolvidas nas questões específicas da jornada desses casais até a parentalidade. McMahon et al. (1997) também salientam a necessidade de que os pesquisadores empreguem medidas diferenciadas e específicas para identificar preocupações que podem ser ímpares aos casais que utilizam as TRA.

Alguns dos estudos apresentados na revisão teórica avaliam que os mecanismos de defesa poderiam ser uma das justificativas para a inconsistência dos resultados encontrados, entretanto, o acesso a sentimentos, ansiedades e mecanismos de defesa utilizados nesse contexto não estão sendo foco de atenção dos estudos, pois não é possível avaliar estas questões de forma descritiva e quantitativa. Percebeu-se então a necessidade de ampliar o conhecimento na área da infertilidade e maternidade no contexto da reprodução assistida, incluindo análises qualitativas que possam compreender e acessar as experiências subjetivas, sentimentos e conflitos intrapsíquicos envolvidos nesse processo.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências

da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto.

Este estudo visa contribuir para ampliar o conhecimento sobre a infertilidade, TRA e maternidade, complementando os resultados obtidos por estudos anteriores e colaborando com as discussões sobre as divergências encontradas. A utilização de uma abordagem longitudinal permite investigar como o impacto da infertilidade e de seu tratamento tende a se apresentar com o passar do tempo, e com o sucesso da gestação. A pesquisa empírica e qualitativa nessa área tem importantes implicações para a prática clínica e para possíveis propostas de intervenção.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1. Participantes

Participaram deste estudo três mulheres que realizaram tratamento para infertilidade e engravidaram com o auxílio de FIV. Elas estavam esperando seu primeiro filho, e na primeira fase do estudo, encontravam-se no último trimestre de gestação. As três participantes eram moradoras da grande Porto Alegre e todas trabalhavam.

Magda tinha 34 anos, ensino superior e pós-graduação. Morava com Carlos há seis anos e meio. A causa da infertilidade era masculina, e Magda engravidou na primeira tentativa de FIV. Esperava uma menina.

Patrícia tinha 40 anos, ensino superior. Morava com Bruno há 12 anos. A causa da infertilidade não foi identificada. Patrícia fez inicialmente uma tentativa de inseminação, que não deu certo, e engravidou quando fez a primeira FIV. Esperava uma menina.

Aline tinha 34 anos, ensino superior incompleto. Era casada com Gustavo há 5 anos. A causa da infertilidade era mista: feminina e masculina. Engravidou na quinta tentativa de FIV. Esperava uma menina.

Os nomes das participantes são fictícios para preservar suas identidades. As participantes fazem parte do projeto maior “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê – REPASSI” (Lopes et al., 2007), do qual este estudo derivou.

#### 2.2. Delineamento e procedimentos

Foi realizado um estudo de caso coletivo (Stake, 1994) de caráter longitudinal, com o objetivo de investigar o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto.

Os dados foram coletados em duas fases distintas, gestação e terceiro mês de vida do bebê, sendo que a questão da infertilidade e do tratamento foi investigada retrospectivamente durante a gestação. O critério de seleção das participantes ocorreu em função da participação nas duas fases de coleta de dados. Através deste delineamento busca-se conhecer cada caso em profundidade, examinando as particularidades e semelhanças encontradas entre eles.

Tendo em vista as atividades realizadas pelo projeto REPASSI no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, a equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia deste hospital indica pacientes que obtiveram sucesso no tratamento, passando suas informações de contato para as pesquisadoras. No terceiro trimestre da gestação, os participantes são contatados por telefone para a explicação dos objetivos e da forma de realização do estudo.

O REPASSI prevê a realização de entrevistas individuais com cada um dos membros do casal, entretanto, para este estudo, foram utilizadas somente as entrevistas com a mãe. As mulheres que preencheram os critérios estipulados para a participação neste estudo e que aceitaram participar assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Anexo A). Foi agendado um encontro para a realização da **Entrevista de Dados Demográficos do Casal** (NUDIF,1998a), da **Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante** (NUDIF,1998b) e da **Entrevista sobre a Relação Conjugal durante a Gestação** (Lopes & Silva, 2007). Quando o bebê completou três meses de vida, as participantes foram novamente contatadas e foi agendado um horário para a realização da **Entrevista sobre a Experiência da Maternidade**, (NUDIF,1999). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise.

### **2.3. Instrumentos**

Durante a coleta de dados, foram aplicados todos os instrumentos previstos no projeto do REPASSI. Para fins deste estudo, foram selecionados apenas alguns dos instrumentos que fazem parte das fases I e II do referido projeto, cuja descrição é apresentada a seguir.

#### **Fase I (Gestação)**

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

**Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante** (NUDIF, 1998b): essa entrevista foi utilizada para investigar como a gestante vem vivenciando o período desde que soube da notícia da gravidez e quais são suas expectativas em relação ao futuro. A entrevista é composta por diversos blocos de questões. Os primeiros abrangem suas percepções e sentimentos quanto à gestação e ao feto. Os blocos seguintes enfocam as expectativas da gestante sobre como será o bebê após o nascimento, sobre a relação pais-bebê e sobre as repercussões que o nascimento trará à vida da mãe. Cópia no Anexo C.

**Entrevista sobre a Relação Conjugal na Gestação** (Lopes & Silva, 2007): essa entrevista, adaptada de Lopes e Menezes, foi utilizada para investigar a forma como cada cônjuge vivenciou a relação conjugal durante a gestação e a visão apresentada por cada um a respeito da história da relação conjugal, da pré-história da gravidez, da relação com as famílias de origem e do futuro da relação. A primeira parte da entrevista refere-se à história da relação, incluindo questões relativas ao início do relacionamento e a seu desenvolvimento posterior. A segunda parte é composta por questões que enfocam as percepções e sentimentos dos cônjuges quanto ao surgimento da ideia de terem um filho, a decisão pela utilização das TRA e suas repercussões. A terceira parte abrange questões voltadas a como cada cônjuge se sente quanto a sua relação atual, enfocando a imagem do cônjuge, os pontos positivos e negativos da relação, a comunicação do casal, a vida sexual, as manifestações de afeto, os ideais de relacionamento, as relações com as redes de apoio e as atividades a que costumam se dedicar. A quarta parte investiga a visão dos cônjuges quanto a suas famílias de origem, enquanto a parte final volta-se à visão de futuro apresentada por eles. Cópia no Anexo D.

**Fase II** (3º. mês de vida do bebê)

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

#### **2.4. Considerações éticas**

O presente estudo faz parte do projeto maior “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê – REPASSI”, que foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CPPG/HCPA) em 06 de julho de 2007, sob o número 07/153 (Cópia no Anexo F). Dessa forma, este estudo seguiu rigorosamente as questões éticas propostas no projeto maior.

Foram atendidas todas as questões éticas envolvendo seres humanos conforme destacado na resolução da Comissão Nacional de Pesquisa (CNS, 1996) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo ressaltado seu caráter confidencial, e os pesquisadores colocaram-se à

disposição para responder dúvidas em qualquer momento. Tendo em vista que os participantes foram contatados a partir de um serviço de TRA, cabe destacar que a participação no presente projeto foi totalmente voluntária e que as eventuais recusas não trouxeram quaisquer prejuízos quanto à continuidade do seu atendimento no serviço em questão.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

A partir da leitura das entrevistas foi realizada uma análise qualitativa dos conteúdos manifestos e latentes presentes nas verbalizações maternas, com base no referencial psicanalítico (Gomes, 2007). Tendo em vista a formação psicanalítica da autora, as entrevistas, realizadas de forma semidirigida, foram consideradas em sua totalidade, e considerou-se que, deixando as participantes falarem livremente sobre os temas propostos, conteúdos latentes puderam ser apreendidos de suas falas. O objetivo da análise foi investigar o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto.

Os procedimentos de análise foram realizados da seguinte forma: 1) leitura de todas as entrevistas de cada caso, momento no qual a autora ia fazendo comentários em pontos em que aparecia alguma ansiedade e/ou defesa; 2) leitura buscando separar as ansiedades em categorias; 3) agrupamento de trechos de acordo com categorias; 4) relato do caso. Com base na leitura exaustiva das entrevistas, na experiência clínica da pesquisadora e na literatura, para análise das entrevistas da gestação foram criados 5 eixos temáticos denominados: *Ansiedades e defesas em relação ao tratamento*, *Ansiedades e defesas em relação à confirmação da gestação*, *Ansiedades e defesas em relação ao andamento da gestação*, *Ansiedades e defesas em relação ao bebê*, e *Ansiedades e defesas em relação à maternidade*. Para análise das entrevistas referentes ao 3º mês de vida do bebê, foram criados 4 eixos temáticos denominados: *Ansiedades e defesas em relação ao parto e nascimento do bebê*, *Ansiedades e defesas em relação ao bebê*, *Ansiedades e defesas em relação à maternidade*, e *Ansiedades e defesas em relação ao tratamento*.

Para a identificação da presença de ansiedades nas falas das participantes, foram principalmente utilizadas as ideias de Freud, de que o objeto da ansiedade é o surgimento de um momento traumático, que não possa ser enfrentado adequadamente pelo princípio de prazer. Para ele, o que transforma uma impressão em um momento traumático e atribui à situação de perigo a sua importância é a magnitude da soma de excitação, e a ansiedade se origina tanto como consequência direta do momento traumático, como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento (Freud, [1933/1932]1969/1996).

Os mecanismos de defesa foram identificados ao longo da leitura das entrevistas, e para sua identificação foi utilizado o *Glossário de mecanismos específicos de defesa e*



*formas de manejo* apresentado na *Escala de Funcionamento Defensivo* do DSM-IV TR (APA, 2002).

No presente capítulo, cada um dos três casos será apresentado com um breve histórico contemplando aspectos relevantes da história do casal desde que surgiu a ideia de terem filhos. A seguir, serão analisadas as falas que indicam a presença de ansiedades nas diferentes categorias, nos dois momentos de coleta de dados, e os mecanismos de defesa serão identificados a partir de sua relação com as ansiedades, dentro das categorias.

### **3.1. CASO 1 – Magda**

#### **3.1.1. Breve histórico do caso**

Magda tem 34 anos, ensino superior e pós-graduação. Mora com Carlos há seis anos e meio. A causa da infertilidade era masculina, e Magda engravidou na primeira tentativa de FIV. Esperava uma menina.

Magda e Carlos namoraram durante três anos até irem morar juntos, e ela relatou que começaram a pensar em ter filhos há cerca de quatro ou cinco anos: *“Ah, eu queria... Sempre quis ter filho e eu também sempre fui muito independente.”*. Contou em seguida que na realidade já teve uma gravidez, quando teve seu primeiro namorado, aos 19 anos, que ela interrompeu: *“Para mim, foi muito, foi muito traumatizante. Eu fiquei, eu fiquei, assim, uns 2 anos ou mais elaborando essa história (...) Eu fui covarde, aquela situação, enfim, que eu estava....(...) Não é que eu não quisesse ter filho, eu queria, mas não era naquele momento (...) Eu queria fazer faculdade, trabalhar, enfim. Eu sabia que o filho ia me tomar um tempo, ia me cobrar.”*. Magda pareceu utilizar a racionalização como forma de Magda encontrar uma explicação para o fato de ter feito este aborto e lidar com o conflito. Ainda sobre a experiência de ter feito um aborto, comentou: *“Foi uma coisa bem sofrida, foi o momento que eu mais sofri na minha vida (...) mas sempre fui assim, sempre quis ser mãe, um dia eu iria querer ser mãe. Eu iria ter que estar pronta para isso”*.

Na entrevista sobre a gestação, Magda respondeu que esta é sua primeira gravidez. Foi na segunda entrevista, que aborda o relacionamento conjugal e a história do desejo de ter filhos, que contou que já fez um aborto. Ela disse que sempre foi muito independente, o que aparece em um momento da entrevista como medo da responsabilidade e de ter alguém dependendo dela. Quando tinha 19 anos, este medo provavelmente foi tão intenso que acabou por fazer o aborto. E o aspecto traumático da experiência, referido por Magda, pode ser observado no momento em que ela não fez menção ao aborto quando perguntada

se esta era sua primeira gravidez, sugerindo o uso da negação. Aparece que “sempre quis ser mãe”, ao mesmo tempo em que, quando deparou com essa possibilidade, não se sentiu preparada.

O desejo de ter um filho como projeto em comum não aparece de forma clara no casal: “*E foi indo, foi indo, assim, né, tempo e nada. Aí comecei a “ta, isso está estranho, se ele não quer, se ele não quer, se a gente não pode, tem alguma coisa”*. Neste trecho, percebe-se uma confusão entre o querer e o poder, o que acaba sendo vinculado ao que aconteceu anteriormente: “*E achei que fosse meu problema “Claro, foi o aborto que causou algum problema na minha... nas trompas ou no útero, enfim...”*. Aí, fui investigar. Não, daí, nesse meio tempo, ele disse para mim... Aí não demorou muito, depois dessa conversa, não demorou muito, ele disse assim: “*Eu quero ter um filho! Vamos ver o que está acontecendo!*” (...) Aí eu fui atrás para investigar o que eu tinha, se era alguma coisa comigo. Sempre é na mulher que começa. Daí foi, aí elas fizeram um monte de exame, aí estava tudo bem comigo”.

Pode-se perceber que Magda atribuiu a dificuldade de engravidar a fatores como o marido não querer, ou ela ter feito um aborto. Ficou com a fantasia de que o aborto possa ter danificado seu útero ou suas trompas, o que pode estar relacionado ao seu sentimento de culpa em relação ao ato. Referiu que o processo todo até conseguir engravidar foi muito lento, que deve ter durado uns quatro anos. Apesar do desejo verbalizado de sempre querer ser mãe e de estar procurando ajuda para descobrir se poderia engravidar, assumiu uma posição de chefia no seu trabalho: “*então já tinha o desejo de ter, mas daí eu segurei para poder fazer a coisa na hora mais certa*”. A ambivalência em relação ao desejo de ter filho pode ser depreendida a partir de seu relato.

Quando perguntada sobre a decisão de realizar tratamento para engravidar, Magda referiu que “*Foi, assim, uma razão e a emoção... Mais a razão, assim, como se estivesse resolvendo um processo para, lá no final, poder usar a emoção, deixar aflorar. Mas foi, assim, tudo muito racional, tudo muito planejado, tudo muito organizado para isso, porque, na verdade, é uma coisa que exige, né. Se tu vai te deixar levar pela emoção, assim, por toda a situação, que tu investe o teu tempo, a tua expectativa, tu começa... Na primeira, tu já desiste*”. Nessa fala, aparece a necessidade de utilizar a razão como forma de proteger-se de um possível sofrimento caso a emoção estivesse presente.

### **3.1.2. Gestação**

### **Ansiedades e defesas em relação ao tratamento**

Na entrevista sobre as expectativas da mãe na gestação, a questão do tratamento é abordada retrospectivamente. No relato de Magda, percebe-se a presença de sentimentos diversos a respeito do tratamento. Novamente a questão do desejo de ter um filho aparece de forma ambivalente: *“Uns 4 anos, que a gente viu que não tinha... que estava alguma coisa fora do lugar assim. Aí a gente não tinha vontade na época de ter um nenê assim, tinha outros planos e tudo e aí: “Bom, Carlos, a gente tem que começar a investigar porque quando vier a vontade talvez a gente já tenha perdido muito tempo”, não sabia o que é, e aí a gente foi buscar tratamento, foi atrás, né?! (...) Há bastante tempo, a gente tem uns exames de quase 5 anos atrás, que a gente foi amadurecendo, foi fazendo devagarzinho”*. Anteriormente disse que sempre quis ter filho, o que aqui é anulado, pois afirmou que na época que viu que tinha algo fora do lugar não tinha vontade de ter nenê, tinha outros planos. Ao mesmo tempo, mesmo sem vontade de ter filho, começou a investigar e buscou tratamento.

O fato de adiar o tratamento pode ser pensado tanto pelo medo de não conseguir engravidar, que precisou ser negado, como também pela ambivalência em relação ao desejo de ter um filho: *“Mas, assim, deu tudo tão certinho, a gente tentou... aí na praia não “Carlos, eu não vou fazer no verão, porque daí a gente vai perder as nossas férias, porque eu só tenho 1 mês de férias, vamos fazer depois que nós terminar as férias, depois que terminar o carnaval, voltar a trabalhar, dá aquele início de mês ali, aí depois a gente volta, retoma. Aí ele disse: “Também se não for agora não vai mais”, por causa da questão de eu estar adiando, mas foi o melhor momento”*.

Sobre o período do tratamento, Magda falou que *“Foi um período de insegurança, de não saber se iria dar ou não, e de tentativa, pelo menos, porque a gente também nunca tinha tentado. Então, como foi aquilo tudo muito rápido a gente nem teve tempo de sofrer muitas frustrações. Só a frustração de não ser, assim, natural”*. Aqui pode-se pensar que necessitou utilizar o mecanismo de anulação, pois anteriormente disse que todo o processo foi muito demorado, e agora disse que foi tudo muito rápido. Além disso, aparece que nem teve tempo de sofrer muitas frustrações, só a frustração de não ser natural. É possível pensar se foi a questão do pouco tempo que impediu o sofrimento, ou a necessidade de negar sentimentos ligados a qualquer sofrimento, o qual aparece projetado no marido *“A única coisa que eu acho, assim, mais constrangedor é esse monte de exame, espermograma. Eu acho que isso aí é uma coisa invasiva. E, para a mulher, assim, como a mulher já é mais aberta e já está sempre na ginecologista, é mais fácil, para o homem, não é tão fácil assim”*. Percebe-se a necessidade de naturalizar a experiência, negando a

diferença entre uma consulta regular na ginecologista e o processo de buscar tratamento para engravidar, que fica assim intelectualizado.

Ao mesmo tempo em que colocou o tratamento como algo que foi rápido e, portanto, sem tempo para sofrer, em outro momento apareceu seu incômodo: *“É, uma impessoalidade, assim, sabe? Parece que tu já sabia de tudo, não precisava ninguém te explicar, uma coisa bem formal, assim, bem distante”*. Logo em seguida, a negação parece ter sido necessária novamente: *“Mas o resto foi, assim, tranquilo, assim, acho. Não tive nenhuma mudança brusca de ficar imaginando alguma coisa ou de ficar chateada, ou de ficar em euforia, nada”*.

Magda contou que no período do tratamento ela e o marido não conversavam muito a respeito: *“não foi muito falado entre nós. Acho que foi uma coisa, assim, que estava ali, batendo na nossa cabeça todos os dias, mas que ele tinha medo mesmo de criar uma expectativa, de repente, acima daquilo que dava para fazer. Eu falava para todo mundo, todo mundo sabia, todo mundo compartilhava do processo, assim”*. Demonstrou, assim, uma tentativa de não criar expectativas por medo de não conseguir alcançar a gestação, mas em outro momento, conseguiu falar sobre sua ansiedade: *“Tu não sabe como é, o que vai dar, quanto tempo, o que tem que tomar, como é que tu vai te sentir. Então, tu lida com muita ansiedade, acho que esse é um período de bastante ansiedade”*. Aqui pôde falar da ansiedade que sentia por não ter controle da situação e dos próprios sentimentos, e talvez por esse motivo precisou muitas vezes utilizar-se de mecanismos de defesa para lidar com os estressores externos e internos.

Ao ser perguntada se a experiência da reprodução assistida afetou sua vivência da gestação, a primeira resposta de Magda é: *“Não”*. Logo em seguida, continuou: *“eu acho que a única coisa assim da... na gestação, assim, do início é aquela coisa muito robotizada, que tu vai no hospital, toma remédio e volta, tu cria tudo muito mecânico, realmente, não é uma coisa nada romântica (...) É uma coisa, assim, tu vê tem uma certa distância para tu não te grudar na primeira enfermeira e dizer assim “Pelo amor de Deus, será que eu estou grávida, não?”. E é assim, estou grávida, né? Então, atingi o objetivo, então, assim, a emoção não corre junto com a razão... não é a mesma coisa, eu não sei como seria, mas eu imagino, assim, que é uma coisa bem robotizada”*. Na sequência do relato de Magda, primeiro vê-se a necessidade de negar o impacto do tratamento na sua vivência da gestação, sendo que depois ela conseguiu verbalizar seus sentimentos de ansiedade e da diferença entre uma gestação natural daquela conseguida por meio da reprodução assistida. O isolamento do afeto parece ter sido necessário para que conseguisse se submeter ao tratamento.

Após falar sobre seus sentimentos, a defesa é necessária novamente, indicando uma negação do sofrimento envolvido no tratamento: *“mas agora isso foi o jeito que a gente conseguiu e daqui para frente, para mim é tudo igual, ali, até ali, realmente, mas não foi doloroso, não foi assim pesado, não! Assim como eu e o Carlos, tem vários casais nessa situação e que bom que a gente tem essa oportunidade, Então, realmente, agora era o que era possível fazer para se ter um e o resto é normal assim...”*. Talvez tenha precisado convencer-se, através do uso da racionalização, de que tem vários casais nessa situação e de que não foi doloroso pelo fato de não ter tido escolha, afinal, esse era o jeito que conseguiu engravidar, era o único possível.

### **Ansiedades e defesas em relação à confirmação da gestação**

O período entre a implantação dos embriões e o resultado do teste de gravidez, parece ter sido um momento de ansiedade para Magda: *“E qual não foi a minha surpresa que depois de 15 dias a gente teve o resultado positivo, assim, né?! Só que até não deveria falar sobre isso, mas é uma coisa que me chamou que eu estava com uma expectativa e segurando um pouco a minha ansiedade”*. Ela só conseguiu relatar ou mesmo perceber sua ansiedade depois que teve a confirmação, afirmando que a expectativa estava sendo “segurada”, ou seja, suprimida. Em outro momento, apontou novamente a dúvida sobre o resultado do exame, talvez por medo de se frustrar caso acreditasse no resultado positivo: *“aí no exame médico “Tu está super grávida, não te preocupa, tu está...”*, *aí eu disse: “Mas eu estou mesmo? Doutora, a senhora está falando a verdade?”*.

Quando perguntada sobre a primeira coisa que lhe ocorreu quando veio a confirmação da gestação, Magda primeiro disse que não lembrava, depois seguiu: *“Ah, o sentimento foi algo assim... vou ser mãe, não é uma... é forte, uma coisa assim que bate lá dentro, a responsabilidade, um outro ser, um outro objetivo de vida que a gente começa a criar na mente da gente”*. A questão da responsabilidade de ser mãe apareceu aqui quando recebe a notícia de que está grávida, e pode-se pensar que o medo de assumir essa responsabilidade estivesse presente no adiamento da gestação, sendo um dos fatores que pode ter influenciado sua decisão de fazer um aborto aos 19 anos.

Sua ambivalência em relação a engravidar, sua necessidade de dizer que sempre quis e depois dizer que não era o momento, pode também ter sido influenciada pela internalização de aspectos da sua própria mãe: *“no fundo a minha mãe, eu vejo assim, custou um pouquinho cair a ficha e curtir assim (...) ela ama os filhos, mas ela tem uma coisa, assim, de “ah vocês tem que tocar a vida, que não sei o quê, vocês os dois têm o seu trabalho, podem sair e viajar, filho para mim dá problema, não sei o quê...”*(...) *No início*

*sempre ouvi muito da minha mãe assim: “Que filho nada, filho dá problema, filho dá preocupação, filho dá isso, filho envelhece a gente, não sei quê...”. Eu ouvi muito isso desde a minha infância”. Magda sentia que a mãe não queria que ela engravidasse, via isso com um problema, e talvez tenha internalizado e se identificado com esse aspecto da mãe.*

*Avaliando a experiência de ter conseguido engravidar com o auxílio da FIV, Magda relatou: “eu acho que até foi uma dádiva a gente ter conseguido, apesar de ter sido, assim, colocado ali e tal, mas poderia não ter dado certo. Então, assim, isso é uma coisa que no frigir dos ovos foi legal, assim, então a gente teve essa dificuldade inicial, mas foi recompensado pela... pela agilidade que tudo aconteceu, entendeu? Então, a gente também se sentiu recompensado mesmo”.*

*Além da confirmação da gestação, outras ansiedades e expectativas mostraram-se presentes, como em relação ao número de embriões implantados: “Daí foi, aí depois desde então, assim, foi sempre uma alegria assim, a gente poder contar com isso de verdade. Aí é aquela expectativa de ser um ou dois, será que vai ser gêmeos? Será que não vai ser? (...) porque claro, aquela coisa, já foi difícil, de repente se viesse dois já ia fechar assim. Mas bah, assim, bom, foi tudo super bem assim”.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao andamento da gestação**

*Ao ser perguntada sobre como estava se sentindo desde o início da gestação, Magda disse: “nos primeiros 3 meses eu tive muito enjoo, tive bastante enjoo, mas era assim, eu me senti muito disposta, aquilo ali fez muito bem pra mim, todo mundo diz, até hoje, “Ai como tu ficou bonita depois que tu engravidou”. Pode-se pensar que houve a necessidade de negar sentimentos desagradáveis (enjoo) e transformá-los em idealizados, afirmando que aquilo ali lhe fez muito bem. Mais adiante na entrevista, fica claro o motivo de ter considerado os enjoos como algo idealizado: “Uma coisa também que confirmava o meu estado grávidico era a coisa do enjoo, isso é uma coisa que me mostrava “Tu está grávida mesmo”. Porque eu sentia muita diferença, vomitava bastante, enjoava”. O enjoo passou a ser algo idealizado por ser uma prova concreta de que estava mesmo grávida.*

*A preocupação com o andamento e a consolidação da gestação pôde diminuir à medida que foi tendo outras evidências concretas: “O Carlos, bem no início, estava bem mais preocupado que hoje. Acho que depois que ele viu que vingou, que passou 3 meses, ele deu uma descansada. E eu... Eu também, assim, acho que não, como é que eu vou te dizer, de vez em quando, eu faço umas manhas, assim, mas, na verdade, eu comecei já a me sentir mais grávida mesmo foi a partir do quarto mês, quinto mês, que a barriga começou a crescer”. Inicialmente a preocupação apareceu projetada no marido, mas*

depois ela falou de si, referindo-se ao crescimento da barriga como algo que mostrava de forma clara que tinha “vingado”. Essa questão aparece também em outro momento da entrevista: *“Ah, eu queria muito colocar barriga (...) A minha maior felicidade é quando dizem “Ai que barrigão, ai como cresceu!”, “Ai está bem redondinha!””*.

Em relação a mudanças corporais na gestação, Magda fez referência à sua preocupação com o ganho de peso, mas em outro momento negou preocupações: *“Então, para mim não teve... ah varizes essas coisas, mas como eu não fui, nunca muito vaidosa assim, então assim para mim...(…) não sou nada vaidosa, agora eu estou um pouquinho mais vaidosa, estou botando filtro solar, que é uma coisa que tem que cuidar porque a pele fica toda manchada (...) Mas já tenho estria, mas não na barriga, aí eu disse “Bom, se eu tiver alguma coisa muito horrorosa, depois nada que um bisturi não adiante, não ajude!”*. Ela falou rapidamente que as varizes seriam uma preocupação, mas em seguida parece ter anulado o que disse, referindo que nunca foi muito vaidosa. Apesar disso, contou que agora na gestação estava se cuidando, demonstrando que podia ter sim uma preocupação, mas que não podia aparecer. Depois, quando fala que não há nada que um bisturi não ajude, parece estar lançando mão do mecanismo de racionalização.

Durante a entrevista, em alguns momentos observou-se a necessidade de Magda dizer que estava tudo bem com sua saúde, apesar de ficar claro que existiam preocupações e ansiedades, como se percebe neste trecho: *“Minha saúde está ótima, tudo ok! Nada, eu tive... andei tendo uma colicazinha de leve em baixo da barriga, no trabalho eu não paro (...) Mas aí semana passada, retrasada, meu Deus, me deu uma dorzinha aqui embaixo, eu senti assim tipo de um, parecia que eu tava menstruando...Guria, me deu um desespero, me senti assim, meu Deus, porque eu estou fazendo isso, fui no banheiro, aí era um corrimento, aí voltei meio preocupada, disse “Ai meu Deus, será que isso é normal?” (...) aí fui para médica e ela “Ah, Magda, não é legal, não é normal tu estar sentindo isso, vamos dar uma segurada uns dias (...) vamos dar uma acalmada porque tu está além de estressada, muito... correndo demais”*. Aqui Magda conseguiu falar de sua ansiedade e preocupação, talvez porque teve uma intercorrência com consequências visíveis, não tendo como negar que algo não estava bem.

Algumas questões relacionadas ao vínculo mãe-bebê parecem ter sido influenciadas pelas ansiedades ligadas ao fato de a gestação realmente ocorrer: *“Olha, a única coisa que eu percebo que não é uma coisa, assim, curtida é o registro (...) A gente comprou uma máquina agora em outubro, porque eu disse assim: “Carlos, eu não vou ter foto grávida! Porque a gente não tem máquina, tu não te interessa em tirar foto”*. Aí ele resolveu e eu ganhei de dia da criança uma máquina digital para a gente ter para registrar”. Magda

projetou no marido a falta de interesse em tirar fotos, mas talvez ela própria não conseguisse pensar nisso antes, por não ter certeza de que estava mesmo grávida.

Em outro momento, Magda relatou: *“eu achei que eu ia ser mais paparicadora, achei que eu ia contar história, até comprei um cd de música, e tudo (...) diz que ela já reconhece a voz da mãe a partir da 24<sup>a</sup> semana, uma coisa assim, já sabe que é a voz dela, depois ela já começa a perceber os sons na volta, que tem uma música que tu coloca, então ainda dá tempo, né, de eu fazer, aí eu quero ver agora em dezembro, começo a ficar mais tranquila, quero ver se eu coloco duas, umas três vezes na semana um cdzinho, para depois eu acostumar ela quando ela estiver lá fora, né?!”. Aqui Magda referiu que não conseguiu ser “paparicadora” como imaginava, o que provavelmente tem relação com a ansiedade vivenciada, pois ela disse que talvez consiga fazer isso em dezembro, quando estiver mais tranquila, ou seja, talvez ainda não se sinta tranquila a ponto de relacionar-se com o bebê mais intensamente.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

Durante a gestação, apareceram algumas ansiedades em relação ao bebê: *“passa mil e uma coisas tanto boa quanto ruim na cabeça da gente. Logo que eu engravidei, eu tinha muito medo de pegar rubéola, eu olhava às vezes as crianças, quando eu ia no hospital de Clínicas, aquelas crianças deformadas, aquelas crianças com problemas, daí eu tinha muito medo também, de ter tudo isso, assim”. Magda demonstrou ter se frustrado quando foi fazer a primeira ecografia, pois já esperava ver o bebê formado: “Foi eu, a mãe e o Carlos, é, foi uma felicidade só assim, foi uma coisa bem... já estava esperada... e aí até assim “Ai, é bem pequenininho!”. Eu achava que já chegava lá e já via assim, aí ele põe na próxima, acho que foi a mais emocionante para mim foi a de depois, que foi quando a gente escutou o coraçãozinho e dava para ver a cabecinha e o corpinho se formando. Na verdade, membros, cabeça e o resto do corpo (...) Foi quando eu vi realmente concretizado, porque até então eu estava naquela coisa, assim, me senti, estava caindo a ficha, mas não tinha visto então. Aí e depois que eu disse “Bah, agora é para valer!””*.

Assim como esperava já ver o bebê formado na primeira ecografia, Magda também tinha a expectativa de que ele se mexesse logo, talvez porque estivesse ansiosa para certificar-se de que ele estava ali e estava bem: *“Ah, eu estava louca que ela começasse, eu ficava toda hora tocando, até, assim, bem antes eu pensei que ela fosse se mexer”. O acompanhamento do desenvolvimento do bebê através das ecografias e exames foi considerado uma forma de confirmar a gestação e aplacar ansiedades a seu respeito: “Mas*



*ai depois fazendo os exames, fazendo as Ecos, a Eco, né, ouvindo o coraçãozinho, coisinha tão lindinha ai crescendo, me emocionou muito. E ai tu começa a ver, o médico assim, olha, está tudo bem, tudo tranquilo”.*

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade**

Durante a entrevista das expectativas da mãe na gestação, algumas questões referem-se ao futuro, perguntando como a gestante se imagina como mãe e como se imagina lidando com o bebê. Magda demonstrou algumas ansiedades em relação a isso, como o medo de não se apaixonar pela filha, de não conseguir amamentar, ou de ter uma depressão pós-parto: *“eu comprei um livro, que dizia como criar o seu bebê. E ai ali dizia, até achei o livro bem forte (...) que as mães às vezes olham para criança e não se apaixonam, assim, ao mesmo tempo, que às vezes leva um tempo. Eu disse “Como é que será que eu vou ser? Será que eu vou me apaixonar logo que eu ver, será que isso vai levar um tempo? Será que eu não vou ter uma depressão pós-parto?” (...) “E será que eu vou conseguir amamentar?”*”. A questão da amamentação era algo que lhe causava ansiedade, como pode ser visto em outro momento: *“Claro que eu não sei como é que eu vou me sentir, eu estou tentando me preparar para estar inteira, para estar tranquila, né? Para que ela também sinta isso. Mas eu tenho às vezes medo de passar por uma coisa assim, de ah, sei lá, de não conseguir, de me dar dor, de não resistir. Mas eu estou assim sabe, firme: eu quero amamentar! Eu vou conseguir”*. Magda estava possivelmente tentando, com as leituras, se tranquilizar, controlar sua ansiedade e dominar/conhecer o desconhecido. Mesmo assim, permanecia o medo de não conseguir amamentar, de sentir dor, de não resistir e desistir.

Magda referiu preocupação com o parto, especialmente no que esse momento possa interferir no início da sua relação com a filha: *“a minha preocupação é o parto, se vai ser cesárea (...) E ai ainda mais tu tem que atender o bebê, né, eu já me sinto nessa coisa, meu Deus, eu vou ter que estar inteira, e eu vou estar pela metade, tem que dar mamar, então, eu estou quase pendendo pelo parto normal com analgesia, mas ainda não tem nada definido”*. Apareceu também no seu relato o medo de que não possa contar com o marido, de ficar sozinha: *“ele teve problema de saúde por causa da gordura, ai ele teve diabete, uma crise alta, teve hipertensão, daí crise, está tomando remédio. Começou a fazer aquelas insulina na barriga, ai eu fiquei muito preocupada, eu digo “Eu não quero pai meio pai”, ai ele está se cuidando”*.

Além da questão física, de estar inteira para cuidar da filha, Magda demonstrou ansiedade sobre sua capacidade de se adaptar ao ritmo do bebê, em função de suas

características de personalidade: *“eu sou muito, às vezes assim, autoritária, e tal, não, tem que ser do meu jeito, as primeiras vezes não é, é a criança que põe o ritmo, tá bom, os primeiros meses vai ser assim, depois eu imponho”*. Talvez por achar-se autoritária, Magda precisasse sentir que estava no controle da situação, controlando também sentimentos e ansiedades. Parecia haver um medo de ser dominada pela criança, o que fica claro em outro momento do relato: *“não sei como é que isso vai, que vai mudar na minha vida, que isso vai bater em mim de que jeito, né, pode ser que venha para uma coisa positiva, pode ser que não, daqui a pouco, entro numas de ficar encanada, perdi a minha personalidade, minha identidade...(...) “Quem eu sou?”, então acho que não quero isso também, mas tem que estar muito atento, não sei realmente que mudanças vão ser essas e como é que eu vou me sentir frente a essas mudanças. Eu espero que eu me sinta bem, mas nada impede que daqui a pouco dê uma reviravolta na minha cabeça...”*. Aqui apareceu ansiedade em relação à maternidade, podendo falar mais livremente de seus sentimentos.

Em outro momento, voltou a ser mais rígida no seu discurso, negando a ocorrência de mudanças no seu ritmo de vida, e de certa forma negando as necessidades da criança: *“E eu acho que filho não tem que ser um obstáculo, uma coisa que tu não vai fazer as coisas mais, acho que tem fases que tu vai ter uma certa... vai mudar alguma coisa, mas eu não pretendo me isolar, deixar de fazer as coisas, de ir na festa, acho que criança tem que participar desde... tem que ter vida social também, acho que se tiver que dormir numa cadeira assim, dorme na cadeira, não é assim um bebezinho de... Não vai morrer...”*. Chegou a verbalizar mais claramente a possível dificuldade que terá em se adaptar a essa nova etapa: *“a gente vai ter que mudar os hábitos para querer que eles mudem também, e eu não sei até que ponto os dois (ela e o marido) vão estar a fim de mudar os hábitos”*.

Em relação aos cuidados com a filha, imaginando como vai lidar com ela quando ela chorar, apareceram sentimentos intensos: *“Quando ela chorar? Vou chorar junto... heheh... Ah, eu acho assim que o choro é tão natural, eu acho que, eu não tenho medo de choro, não me assusta ver criança chorar, é claro que sé uma dor, aí eu fico realmente sem saber o que fazer, eu me fragilizo com dor, mas se não é dor, não é fome, não é nada que... que frio ou coisa assim... chorar, é bom chorar. É, eu acho assim que eu não tenho pânico de ver criança chorando, e se eu tiver eu digo “fica chorando aí que eu não aguento mais o teu choro!”*”. Magda parece ter negado se assustar com choro, ao mesmo tempo em que racionalizou dizendo que é bom chorar, que o choro é natural, e que vai deixar a criança chorando porque não aguenta mais o choro. Em outro momento, pareceu relaxar um pouco as defesas e colocar-se mais empática com as possíveis necessidades do bebê: *“Ah não, daí sim... acho que isso aí é uma coisa que... né, de fome vou tentar, é*

*óbvio, alimentar, e de sono também, promover uma situação que ela possa descansar, mas isso também é uma coisa que a gente vai aprender a reconhecer o que é uma coisa o que é outra”.*

### **3.1.3. Terceiro mês**

#### **Ansiedades e defesas em relação ao tratamento**

Quando perguntada se o fato de ter passado pela experiência da reprodução assistida influenciou de alguma forma o jeito como está vivenciando os três primeiros meses do bebê, Magda disse: *“Ah, eu não sei se isso diretamente. Eu acho que isso também contribui, assim, porque é uma coisa bem planejada, bem pensada, eu acho que é uma atividade também, o tempo que a gente leva para ter é uma coisa que ajuda bastante, a gente ter mais confiança, assim, acho que contribui sim, sabe? Para tu ficar mais tranquila, porque é um bebê desejado, é um bebê que tu quer, que tu imagina, que tu projeta, entendeu? Então, eu acho que isso ajuda”.* É interessante observar que aqui afirmou que o bebê ter sido concebido com auxílio da FIV ajudou-a a ter mais confiança por ser algo bem planejado e bem pensado. Entretanto, durante a entrevista, em diversos momentos, Magda demonstrou sentimentos de insegurança em relação a si como mãe, o que sugere que precisou utilizar-se do mecanismo de racionalização.

#### **Ansiedades e defesas em relação ao parto e nascimento do bebê**

Na entrevista com a mãe sobre a maternidade, no terceiro mês de vida do bebê, a experiência do parto e do nascimento é abordada retrospectivamente. Através do relato de Magda, percebe-se que este período foi bastante ansiogênico, pois quatro dias antes do nascimento do bebê, seu marido teve um cálculo renal, tendo complicações que culminaram na sua hospitalização: *“Porque ele tava hospitalizado e (...) Claro, eu fiquei nervosa com isso, né? E eu vim para casa, vim dormir (...) E aí eu passei a noite ruim, assim. Com dor na barriga, né? (...) Aí eu fui, assim, bem tranquila, né, eu digo: “Ah, não deve ser nada”. Aí cheguei lá (na emergência obstétrica do hospital que o marido estava internado), a doutora conversou comigo (...) “Faz a baixa que tu vai ficar fazendo exame”. Daí eu disse: “Opa, a coisa não é tão...” Ela disse: “Ah, então, a nenezinha tá com os batimentos um pouco abaixo (...)” Aí, dali eles já começaram a entrar em contato com a minha médica (...) Aí a minha médica queria um outro. Aí fui pro consultório da minha médica (...) E eu bem tranquila, assim, tipo, achando que era uma coisa assim,*

*digo: "Ah, bobagem". Aí cheguei lá, ela disse assim: "Ah, amanhã eu quero te ver...". (...) Aí quando foi sexta-feira, a... a recepcionista dela me ligou. Aí me ligou: "Magda, a doutora quer te ver agora de manhã ainda". (...) Aí quando eu fui tirar a roupa, aí ela disse pra mim assim: "Não, acho que tu não tem ideia da gravidade da coisa". Aí eu comecei a chorar, entrei em pânico, né".*

Neste trecho, pode-se pensar na intensa negação que Magda precisou utilizar para dar conta de um momento tão carregado de ansiedade: o marido baixou hospital e ela sentiu dores, não demonstrando em nenhum momento de seu relato a presença de ansiedade ou preocupação a respeito. Quando se deparou com a opinião da médica, de que era algo grave que estava acontecendo, a defesa falhou e ela entrou em pânico. Em seguida, apareceu a angústia e o desejo de controlar a situação como forma de defender-se desse sentimento: *"Só que eu fiquei, assim, muito angustiada, que pra mim não queria que nascesse. Claro, a gente acha que tem controle da situação. Acha que vai nascer tanto, tu acha, te programa pra aquilo. Daí eu disse: "Ah, não é a hora dela, doutora. Não quero que ela nasça agora"".*

Magda relatou que de certa forma o parto inesperado foi uma experiência que lhe mostrou que não é possível ter controle sobre tudo, e parece ter sido um momento no qual se deparou com sua sensação de não estar preparada: *"Não foi como eu imaginava, né? Foi uma coisa totalmente, assim, inesperada. Foi... Uma coisa assim, eu não tinha nem decidido se eu ia fazer cesárea ou parto normal, né?... (...) As coisas se decidiram... Aprendi assim, sabe? Acho que aquilo ali foi para mim uma lição assim. Ah, de uma certa maneira, assim... Claro que eu não aprendi os 100% da lição, assim. Uma parte eu acho que eu aprendi, assim. Que as coisas não são tão perfeitas, que não... Que eu não vou ter o controle da situação, né? Que tinha coisas da Raquel que eu queria fazer que eu não consegui fazer a tempo. Tinha coisas minhas, assim, eu queria me depilar, eu queria ficar bonitinha no dia assim. Não é que eu estava, né? Eu não estava preparada para aquele momento, com a minha malinha pronta, eu queria estar com meu cabelo escovado. Eu queria ter feito um cenário diferente, não foi nada daquilo, né? Mas assim, eu aceitei aquilo ali como uma, né? Era a hora dela, ela queria vir, né? Então... Ela estava me ensinando ali que, que era assim daqui pra frente. Que por mais que eu quisesse eu não ia ter esse controle. Então, isso assim, foi uma coisa assim: chorei muito, assim, para começar o parto, fiquei muito nervosa".*

Em relação ao parto em si, apareceu o nervosismo, mas a recuperação da cesariana foi considerada como maravilhosa, indicando a possibilidade da presença do mecanismo de idealização: *"A cesárea assim, a, a recuperação foi algo maravilhoso, assim. No outro dia*

*eu estava tomando banho sozinha. Aí me deram uma cadeira de rodas pra ir visitar ela na CTI, eu fui de cadeira de rodas, voltei caminhando, uma superação assim. Eu não tive dor. (...) eu não senti nada assim, sabe? Acho que o estado de felicidade de aquela coisa foi tão maior assim, eu não... não, 10 minutos depois que eu fui tirar os pontos, estava conversando com ela”. Magda considerou a possibilidade de que a felicidade do momento tenha sido responsável pela ausência da dor.*

*Apesar de ter referido anteriormente que a recuperação foi maravilhosa e que não sentiu nada, em outro momento apareceu que não foi exatamente assim: “Tu sente assim a primeira semana, pra sentar, pra levantar (...) O que eu mais senti foi a primeira noite assim, bota os pés em cima da cama e tira, sabe? Fazer esse movimento assim. Porque daí doeu, mas o resto, caminha, assim, normal. (...)E depois nem dava tempo de eu sentir nada. O Carlos no hospital e eu com a Raquel na CTI, eu tinha que ser forte. Estava dirigindo, dentro de 8 dias estava dirigindo já. Não tinha como, não tinha quem me levasse, né? Eu tinha que ir no hospital, eu tinha que ver ele”.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

Falando sobre o momento em que esteve no hospital, referiu-se ao sentimento de ser importante em função das visitas que recebeu. Entretanto, apareceu sutilmente no seu relato o fato de a filha estar na CTI: *“Aí elas me deram um quarto, fiquei todo o tempo sozinha. Bah, mas aquele quarto vivia, assim, florido, né? De gente. Gente, gente, gente, gente, todo mundo visita. E aí, claro, foi dando... Finalzinho assim foi caindo a ficha. Que não, as pessoas iam, mas não tinha o bebê, né? Só eu lá. Mas aí eu levava, ia lá, fotografava ela, levava a foto, mostrava, ia toda hora olhar ela, né? (...) eu me sentia importante ali igual por mais não estar perto dela, mas saber que eu era importante”.*

No que se refere às ansiedades e preocupações em relação à filha após o nascimento, Magda relatou: *“E a gente, claro que ficou bem, assim, preocupado no início, porque ela tinha saído da CTI, não sabia como é que ia ser em casa, né? Porque ela tinha um probleminha de... Como é que eles dizem... Ah... É do oxigênio... Tem um nome... Saturação. Queda de saturação ela tinha. Então ela não conseguia, ela oscilava muito, assim. Então, não conseguia respirar, né? (...) Tinha auxílio de oxigênio. Então a gente não sabia se ela ia respirar, se tava tudo bem. Por mais que a doutora tenha dito que depois que saísse do hospital que não teria mais perigo. A gente sempre ficava, com a respiraçõzinha dela que ainda não era bem normalizada. Mas depois foi indo, foi indo. Mas eu sempre fui muito segura assim, sabe? (...) Agora com os refluxos que eu andei me apavorando um pouco. Que ela tava tendo refluxo e chorava bastante”.*

Em outro trecho, o isolamento do afeto parece ter sido utilizado como defesa, quando Magda minimizou o fato de Raquel ter ido para a CTI: *“Mas graças a Deus, aí ela nasceu, nasceu bem, assim, né? Foi lá pra CTI e... Mas graças a Deus, sempre bem assim, né? Ela nasceu com 2,255kg, não nasceu com peso tão baixo pra 8 meses, né? E foi indo, foi indo. A moça tava cada dia melhor, assim. Era uma coisinha de nada que precisava, né?”*. Mais adiante na entrevista, verbalizou que se sentia triste, mas que isso logo passava: *“Então, eu ficava lá com ela. Daí a gente... eu não senti assim, que ela... Claro que eu queria estar com ela, mas eu sabia que isso ia acontecer, isso eu não tinha dúvida, assim, que eu não ia, só... Quando começou a dar uns 10, 15 dias, que daí eu olhava as mãezinhas levando o bebezinho assim, sabe? Aí eu ficava meio tristonha assim, mas depois já passava”*.

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade**

Magda contou como foi o início de sua trajetória como mãe: *“No início, assim, foi um pouquinho estressante. Assim logo que ela veio pra casa, né? Claro, ela nasceu, ficou lá na CTI, daí depois demorou um tempo. Foi um período bem difícil, assim pra gente, né? Porque... A gente imaginava que ela ia vir pra casa, né? Tudo aquilo. Daí custou um pouquinho assim, a cair a ficha (...) E aí foi indo, foi indo, e chegou uma hora que a gente... E o Carlos doente também, né? Daí eu fiquei bem, bem abatida assim, mas eu me segurei assim, né? Me segurei super bem assim. Daí depois ela veio pra casa, né? Daí já, já, ela já tinha 26 dias quando ela veio pra casa. Daí assim, o pior foi o, a ... a noites, assim, que eu estava muito cansada também, né?”*. Conseguiu verbalizar seus sentimentos de abatimento, cansaço, e frustração da expectativa de que a filha fosse logo para casa. No entanto, precisou afirmar que se segurou super bem, talvez num esforço para controlar sua ansiedade, que sentia que se viesse à tona, poderia ser devastadora.

A questão da amamentação foi considerada como um fator estressante: *“O mamá foi também outro fator estressante assim. Quando a gente... Eu estava conseguindo lá no hospital fazer estimulação, né? E tirar. Mas quando foi pra ela mamar no peito, eu não tenho bico do seio, daí eu tive que usar aquele... Aquela negócio... (...) Que auxilia, assim, de silicone. Aí aquilo escorregava e ela chorava de fome, foi um estresse, assim. (...) Aí tá. Ela, ela, ela chupava, quando ela chupava ela chupava ainda errado, então assim dobrado ficou uma fissurona, assim sabe? Aí eu não estava aguentando a dor também. (...) Aí a gente disse: “Não. Então vamos dar Nam” (...) Aí começou a... Daí ter cólica. Daí ela trocou o Nam por um outro Nam. Aí foi trocar por um de soja, aí depois trocou por um outro e, sabe? Foi trocando de leite e deram remédio pro refluxo, né? Só que ela não tava*

*melhorando. Tava tomando remédio, tinha trocado de leite e continuava o mesmo quadro, assim”.*

Magda referiu que, depois do nascimento de Raquel, reconsiderou algumas opiniões que tinha anteriormente, podendo ser mais flexível, sendo capaz de sintonizar com as necessidades da filha: *“O bico e o lencinho, assim, da fraldinha, são os melhores amigos dela. Aii... É a coisa mais calmante que existe pra um bebê. Eu antes eu achava que eu nunca ia dar bico, né? Não queria assim dar bico. Ai, eu achava que: "Ai, essas coisas de bico... Tinha que mamar no peito, não podia dar bico". Algumas coisas assim, né? Que a gente tem umas ideias. Daí lá na CTI elas disseram assim: "Ai, mãezinha, pensa bem se tu não vai dar o bico. O bico, ela está sozinha aqui e o bico acalma, né?". Ah, daí não teve outra dúvida, não tive dúvida. Disse: "Ah, não, se o bico traz todo esse benefício, né?... o bico sim." Daí ela pegou o bico super bem. E... a fraldinha de pano, assim, eu achava: ai, aquelas crianças com aqueles cheiros, aquelas coisa... Ai, mas ela ama, ela se enrosca na fraldinha e cheira aquilo e ela adora... É a coisa mais gostosa de ver”.*

Em relação ao sentimento de ser mãe pela primeira vez, Magda relatou sentir-se feliz por ser importante na vida da filha, mas ao mesmo tempo colocou a questão do peso da responsabilidade de ter alguém dependendo dela, receio esse que expressou já nas entrevistas da gestação: *“Por um lado super bem assim, de ser mãe. De ser importante na vida dela. De ela ser dependente de mim. Mas por outro lado também o peso da responsabilidade, né? A liberdade que tu não, tu não, por mais que tu, tu não... Tu pode passar por 2 meses em casa sem fazer nada”.* Afirmou ter sentido o fato de ter que se adaptar à nova realidade, não podendo fazer o que quer na hora que tem vontade, apesar de esforçar-se para não ter que mudar muito sua rotina: *“Se tu quiser tu pega o carro e te manda. Tu não tem nada que te tranque. Então isso eu senti assim, sabe? Essa coisa assim, do querer fazer alguma coisa e parece que aí a vontade de fazer alguma coisa dá mais, porque tu não pode fazer. Então, tudo assim é uma questão de adaptação. Eu não, eu tentei assim, me esforcei assim pra não fazer de nada ela assim ser um empecilho pra eu fazer as coisas, né? Então assim, se eu tenho que ir em tal lugar, eu tinha que ir pagar uma conta, eu botava, eu fazia a malinha dela e eu ia (...) Ela já um mês, um mês e meio ela estava saindo comigo já. Então assim, pra eu não ficar nessa coisa de: "Ah, eu não posso". Me queixando, né?”.* Indiretamente aparece a queixa, e para não se queixar, faz o possível para logo adaptar a filha ao seu dia-a-dia.

Mais adiante na entrevista, Magda conseguiu falar do que a incomodava, e da dificuldade de se adaptar às necessidades da filha: *“É claro que o tempo que ela consome é uma coisa que às vezes, ah, uma coisa que me incomoda: é quando eu estou comendo. Isso*

*é uma coisa que eu ainda estou aprendendo, porque, assim, está tudo pronto, ela está de... toda quietinha, eu vou comer ela começa a choradeira. (...) e isso eu detesto, detesto ter que deixar para voltar e comer depois. Então, isso é uma coisa que me incomoda, assim, que ela me puxa, assim, e eu preciso dar atenção para ela e eu digo “Bom, não tem o que fazer, não tem como fugir!””.*

Magda referiu estar um pouco ansiosa com a questão do peso após o nascimento de Raquel, e na sequência do seu relato, essa ansiedade apareceu vinculada à questão de estar em segundo plano, pois tudo agora era a Raquel: *“Mas assim, andou me dando umas... Ah, mais assim com relação, assim tipo, me deu um pouco de ansiedade, né? (...) Assim, eu, eu pensei, assim, que eu ia conseguir emagrecer, né? Eu não consegui. Estou engordando, porque eu como bastante. Ah, eu estou um pouco ansiosa, né? Mas aí as pessoas dizem: “Não, é normal. É assim, tem que esperar, tem que ter paciência”. (...) claro que na gravidez, tu te sente... Tu está em evidência, as pessoas querem saber da Raquel, mas tu é... (...) Depois tu passa a ser a secundária na história. É a Raquel, né?”.*

O fato de colocar a filha em primeiro plano mostrou ser algo desconfortável para Magda, que negou sentir ciúmes das atenções dispensadas à menina: *“Não que eu tenha ciúmes, nem que eu esteja, né? Mas chegou uma hora que... Bom, eu estava... os cabelo virado numa bruxa, estava assim literalmente (...) “Ah isso não... eu vou na dermatologista. Vou lá ver minha pele, vou começar”, sabe? “Fazer minhas unhas”, fazer algumas coisinhas pelo menos pra não me atirar, né? E aí foi, assim, sabe? (...) Mas tem, tem o lado que é muito lindo, muito bonito, né? Que é de ser mãe”. Em outro momento referiu: “Está sendo muito legal assim. Muito... Uma coisa assim muito diferente, assim. De ter... Claro, tu vai sentada no banco de trás do carro, né? É tão engraçado, assim. Tudo é diferente, né? Tudo é... Mas é bom. É bom. É muito bom”. Magda considerou que é tudo “muito diferente”, e parecia estar sentindo que perdeu seu lugar, não apenas no banco da frente do carro, mas talvez estivesse com medo de perder sua identidade, como referiu ainda na gestação.*

Quando perguntada sobre que dificuldades tem sentido como mãe, Magda referiu não sentir dificuldades com a filha, e sim em relação a outras pessoas, que interferiam na maneira como ela agia: *“Ai, dificuldade de... eu tenho sentido assim... Às vezes em relação a outras... Não com ela, assim, eu acho... (...) A minha sogra e a minha cunhada que são extremamente assim, perfeccionistas, assim. E sempre assim, ela tem uma coisa de a verdade dela ser assim, preponderante. (...) E isso me cansa um pouco, assim, sabe? E me cansa bastante. Tipo, assim, de elas dizerem “Ah, a tua mãe não está fazendo....”, brincando, assim, sabe? Ela veio cheirar, eu nem sabia, o pé da Clara “Ai, que*



*chulézinho, não sei o quê”, e aquilo me marcou, parece que eu não estou cuidando bem dela, sabe? E eu não consegui tirar de letra, não conseguir estar segura o suficiente para não dar bola para essas pequenas coisas, assim, sabe?”.* Pode-se pensar que Magda estivesse projetando na sogra e na cunhada alguns aspectos seus, pois ela descreveu-se como uma pessoa autoritária anteriormente. Sentia-se criticada, como se estivessem dizendo que não cuida bem da filha, mas talvez ela própria tivesse esse sentimento, que por ser intolerável, foi projetado em outras pessoas.

Apareceu nas suas verbalizações o sentimento de que ainda não estava segura, não se sentia apropriada do papel de mãe: *“assim, eu não estou ainda suficientemente segura, porque eu não consegui impor o meu ritmo, como é que vai ser, sabe? Porque as pessoas estão sempre querendo dizer como é que tem que ser, então, eu não sei se eu faço aquilo porque eu sou assim, ou porque as pessoas estão dizendo que tem que ser assim. Então, eu ainda estou me achando neste papel, assim, sabe? (...) E às vezes eu fico pensando, claro, eu não sou assim, mas às vezes eu dou a liberdade e as pessoas acabam tendo, assim, a chance de dizer o que bem entendem”.*

#### **3.1.4. Síntese do caso**

Magda disse que sempre quis ser mãe. Ao mesmo tempo, referiu que sempre foi muito independente, e talvez essa questão, junto com o medo da responsabilidade de ter alguém dependendo dela, tenha influenciado sua decisão de fazer um aborto aos 19 anos e também contribuído para o adiamento da gestação e do tratamento.

Em alguns momentos, Magda conseguiu falar sobre o incômodo e a impessoalidade do tratamento, bem como da ansiedade que sentia por não ter controle da situação e dos próprios sentimentos. Entretanto, verbalizou também que nem teve tempo de sofrer muitas frustrações e tentou não criar expectativas para evitar a frustração. Magda só conseguiu relatar ou mesmo perceber sua ansiedade a respeito do sucesso do tratamento depois que teve a confirmação de que estava grávida, afirmando que a expectativa estava sendo “segurada”. Após a confirmação da gestação, outras ansiedades e expectativas mostraram-se presentes em relação à sua manutenção e andamento, as quais puderam diminuir à medida que Magda foi tendo evidências concretas de que estava mesmo grávida, como o crescimento da barriga e a presença de enjoos.

Preocupações a respeito da sua saúde foram muitas vezes negadas ou minimizadas no relato de Magda. Apenas quando teve dores intensas, necessitando fazer repouso, ou seja, uma intercorrência também concreta, com consequências visíveis, não teve como negar que algo não estava bem. A negação da presença de ansiedade também pode ser

observada quando Carlos baixou hospital e Magda sentiu dores, não demonstrando a presença de ansiedade ou preocupação a esse respeito. Quando se deparou com a opinião da médica, de que era algo grave que estava acontecendo, e que o parto teria que ser feito em seguida, a defesa falhou e ela entrou em pânico.

Magda considerou que de certa forma o parto inesperado foi uma experiência que lhe mostrou que não era possível ter controle sobre tudo, entretanto, pareceu haver a necessidade de convencer a si mesma de que o jeito como as coisas aconteceram foi o melhor, pois na realidade ela não teve escolha.

Na gestação, expressou o medo de não se apaixonar pela filha, de não conseguir amamentar, ou de ter uma depressão pós-parto. Demonstrou ansiedade sobre sua capacidade de se adaptar ao ritmo do bebê, em função de suas características de personalidade, e medo de perder sua identidade. No terceiro mês do bebê, Magda considerou a amamentação como um fator estressante, pois sentiu dores, e a filha não conseguia mamar direito, entretanto, seus sentimentos a respeito dessa situação não ficaram claros no seu relato.

Depois do nascimento de Raquel, Magda reconsiderou algumas opiniões que tinha anteriormente, podendo ser mais flexível, mostrando-se capaz de sintonizar com as necessidades da menina. Referiu não sentir dificuldades para lidar com a filha, mas sentia-se muito criticada pela sogra e pela cunhada, que interferiam na maneira como ela agia como mãe. Ela própria, entretanto, verbalizou o sentimento de que ainda não estava segura, sentia-se “uma filha ainda”, não se sentindo apropriada do papel de mãe.

O fato de colocar a filha em primeiro plano mostrou ser algo desconfortável para Magda, que negou sentir ciúmes das atenções dispensadas à menina e pareceu sentir que havia perdido seu lugar. Esforçava-se para não ter que mudar muito sua rotina, pois sentiu bastante o fato de ter que se adaptar à nova realidade e às necessidades da filha. Percebe-se que, depois do nascimento de Raquel, Magda conseguiu falar mais sobre seus sentimentos e suas ansiedades. Pode-se pensar que estava conseguindo estar mais em contato com os afetos, sem a necessidade de utilizar tantas defesas para lidar com as situações estressantes. Entretanto, em alguns momentos, parecia estar inundada de ansiedade, ou seja, não conseguiu utilizar defesas adaptativas que a auxiliassem a lidar com as circunstâncias que se apresentaram.

Inicialmente Magda negou o impacto do tratamento na sua vivência da gestação, mas depois ela conseguiu verbalizar seus sentimentos de ansiedade. Em relação à possível influência da reprodução assistida na maternidade, afirmou que o bebê ter sido concebido com auxílio da FIV ajudou-a a ter mais confiança por ser algo bem planejado e bem

pensado, apesar de ter demonstrado em diversos momentos sentimentos de insegurança em relação a si como mãe.

### **3.2. CASO 2 – Patrícia**

#### **3.2.1. Breve histórico do caso**

Patrícia tem 40 anos, ensino superior. Mora com Bruno há 12 anos. A causa da infertilidade não foi identificada. Patrícia fez inicialmente uma tentativa de inseminação, que não deu certo, e engravidou quando fez FIV. Esperava uma menina.

Antes de conhecer Bruno, Patrícia foi casada por dois anos, e Bruno já tinha uma filha de 13 anos de outro relacionamento. Logo depois de irem morar juntos, Patrícia já queria ter filhos, mas Bruno ainda não: *“Ele não podia querer mesmo. Foi logo em seguida que a gente foi morar juntos, eu já comecei a querer, mas daí o que ele pensava: “Não, a gente não pode ter filho agora porque nós temos que construir a nossa casa, porque nós temos que ter isso, porque nós temos que ter aquilo. Só que eu já queria. (...) no início assim eu, eu sempre achei que o Bruno não queria. Não é que ele não quisesse, mas que ele não tinha o mesmo desejo que eu por ele já ter filho. Só que ele é uma pessoa, assim, muito ponderada e, e tudo muito certinho”*.

Em relação à busca por tratamento, Patrícia contou que ocorreu por sua iniciativa: *“eu queria muito mais do que ele, eu acho, né, eu me via assim. Então eu tava há muito tempo já querendo fazer e ele me trancando, ele me trancando. E eu que partia assim, né, eu que ia pras clínicas, eu que definia algumas coisas, mesmo sabendo que era necessário casal. Tomava a frente das coisas. (...) Porque eu queria e ele não queria, então eu cobrava. Passava um tempinho, eu cobrava, passava um tempinho, eu cobrava”*. Entretanto, falou que sem o auxílio de Bruno, não poderia se submeter ao tratamento: *“foi uma gravidez que precisou realmente da participação dos dois, porque eu não poderia fazer a fertilização... Até poderia se eu tivesse muito dinheiro pra poder comprar, pagar por todo o..., pelo óvulo, pelo espermatozoide, por tudo, né”*.

Patrícia disse que não ia ser uma gestação tão tranquila se tivesse engravidado quando queria, sugerindo o uso da racionalização: *“Hoje eu até entendo que realmente seria muito complicado eu ter tido um filho lá naquela época. Não ia conseguir mesmo. Talvez até conseguisse, mas não ia ser uma criança tão tranquila, não ia ter uma gestação tão tranquila como estou tendo hoje, porque a época realmente não permitia em nenhum aspecto. Também aí eu achava que ele não gostava, daí eu cobrava, enfim, aí eu fazia toda uma novela”*.

### 3.2.2. Gestação

#### Ansiedades e defesas em relação ao tratamento

Patrícia contou sobre as causas da infertilidade, e incluiu sua ansiedade entre elas: *“Olha, não tem nada organicamente, nada. O Dr. T. que viu a possibilidade da minha progesterona que era alta. Podia ser um dos motivos que tava impedindo. Mas também o Bruno tinha o espermatozoide... tinha quantidade, mas não tinha qualidade, amorfos ou... Enfim, então juntou as duas coisas e mais a minha ansiedade, certamente, né, bloqueou a concepção natural. Daí eu, lá no primeiro casamento, eu não consegui. Aí logo depois de um tempo que eu me separei no primeiro casamento, o meu ex-marido teve filhos, então o que eu vi com isso: que o problema era comigo”*. Disse que não foi feito um diagnóstico fechado para a sua impossibilidade de engravidar: *“Videolaparoscopia eu fiz para ver a permeabilidade das trompas, tranquilo. Não tem aquela outra..., como é que é, a maioria das mulheres têm...(...) Endometriose também não, nada. Nada foi, assim, diagnosticado: “Olha, tu tem isso!””*.

Em relação ao seu sentimento em relação à busca de tratamento, Patrícia relatou: *“Super confiante, assim. O que não me fez procurar antes foi, claro, essa indecisão do Bruno no início, mas depois, assim, depois de uns 5 anos que a gente tava junto, foi a questão financeira que me atrapalhou (...) Tinha que ter o medicamento, tinha que ir na clínica, tinha que ter tudo. E não é só isso. Depois tem toda a questão do acompanhamento que é um gasto bem grande que se tem indo a médico toda hora, fazendo exames (...) Eu vejo, assim, um cifrão na minha frente, porque tudo é gasto”*. A questão financeira apareceu como principal impedimento da busca por tratamento, parecendo haver um concomitante isolamento do afeto envolvido na questão.

Apesar disso, em outros momentos apareceu sua ansiedade, verbalizada como sua e também observada sob o ponto de vista do marido: *“Ele fez, assim, todos os passos ali que o Dr. pediu, né, com relação aos espermogramas tranquilamente, porque os homens, a grande maioria, odeiam fazer, né. Então ele fez quantos o Dr. foi solicitando. Mas é que, como eu era muito ansiosa, eu achava que tinha que fazer tudo muito rápido, mas ele faz no tempo dele. E ele sempre dizia para mim: “Calma, tu é muito ansiosa”. E eu sempre querendo que ele..., eu queria correr contra o tempo. E chegou uma determinada hora, assim, que a Dra., a gineco, começou a dizer assim: “Olha, até os 34 anos...”. Aí, depois que passou dos 34, eu comecei a entrar em desespero, né, porque eu achava que eu tava*

*correndo contra o tempo, e tava mesmo, né. E o Bruno sempre fez, assim, as solicitações, os exames, enfim. Às vezes, ele se irritava com a minha ansiedade: “Tu quer tudo pra ontem e não sei o quê!””.*

Patrícia havia feito uma inseminação artificial antes da fertilização *in vitro*, mas essa informação demorou a aparecer na entrevista, talvez pela mobilização de sentimentos que gerou: *“mas ele tinha muita preocupação também assim oh a minha reação quanto, se não desse certo, porque em novembro eu havia feito uma inseminação, que eu não queria fazer, eu queria fazer a fertilização, mas eu segui direto a ordem, a sugestão do Dr. T., né. E não deu certo. Então foi muito decepcionante. Eu passei uns 4 ou 5 dias chorando. Depois eu levantei: “Ai, vou fazer de novo e tal, mas eu vou fazer a fertilização”. Aí ele tem muito essa preocupação, assim oh, do que eu vou sofrer se não der certo”.*

Em relação ao tratamento, referiu que este só trouxe mudanças boas para sua vida, e que saciou a ansiedade que sentia, a vontade de ter um filho, o que a deixou mais calma: *“Só que eu engordei um pouco mais, né, mais do que eu já era. Mas não... Até, assim, saciou aquela ansiedade que eu tinha. Então acho que essa foi uma mudança boa, porque eu queria, queria, queria fazer até que eu fiz, então deu uma parada, né. Eu me sinto mais calma agora”.* Possíveis sentimentos de sofrimento em relação ao tratamento parecem ter sido negados, já que o objetivo – gravidez – foi atingido.

Patrícia gostaria de ter feito antes o tratamento, e também referiu desejo de ter outro filho: *“E, ah, o meu arrependimento assim é de não ter feito antes essa fertilização, porque aí eu teria chance talvez de ter mais um, dois. Que eu gostaria, né, de ter, mas é que eu vejo, assim, que com a idade realmente é diferente, a gravidez (...) Eu por mim eu teria mais um ano que vem, né. Tem dois congelados lá, né. Mas eu fico pensando assim na saúde minha, né, será que eu vou ter uma saúde, ahm, boa ainda para ter mais uma criança? Se agora com 40 eu já to tendo algumas limitações e, e dificuldades. Então só o arrependimento de não ter feito antes, mas ao menos tempo penso que cada coisa tem a sua hora, né, seu momento”.* Aqui foi verbalizado o fato de que tem algumas limitações e dificuldades nessa gestação, o que antes foi negado.

Quando perguntada sobre uma possível influência da reprodução assistida na vivência da gestação, Patrícia negou: *“De forma alguma, de forma alguma. A única que me incomodou na, na reprodução assistida foi os gastos que eu tive. (...) Primeiro eu fiz uma inseminação, foi bastante gasto com injeções, com remédio, não deu certo. Ahm, eu sabia que eu ia conseguir, só que eu me preocupava, cada vez, quanto que eu gastava, né. (...) Então eu comecei a achar que aquilo ia ser impossível financeiramente, né. (...) Sabia que, eu, o bebê que, que, que nascesse dali, né, ahm, ia ser apenas fecundado em*

*laboratório, mais nada, porque o resto ia ter toda parte genética minha e do companheiro, né, normal. Assim, não vejo, não mudou nada, assim. Foi a questão financeira que me preocupou, que me tirou sono, isso não*". Falou aqui sobre preocupações concretas, como horário de trabalho e falta de dinheiro, questões que certamente também estão presentes, mas os sentimentos não aparecem, ou seja, o sofrimento ficou deslocado para o dinheiro, e não associado à impossibilidade de conceber naturalmente. A utilização do mecanismo de racionalização pode ser identificada no momento em que Patrícia justificou que a parte genética seria dela e do companheiro, apenas ia ser fecundado em laboratório, ou seja, não havia motivo para preocupação.

Patrícia ressaltou os pontos positivos de passar pelo processo: *"Ponto positivo, realizar um, a realização de um sonho que tava sendo inviável naturalmente, né. Ahm, a questão de tu poder te programar, também, quando é que quer, né (...) Eu acho que isso é um ponto positivo, a gente poder se organizar, poder projetar, né. E, mas a maior é a essa satisfação, né, de, de conseguir algo que tu vinha há tempo rebolando, né, e não conseguia naturalmente. Essa possibilidade do casal poder realizar esses sonho, esse desejo. Que eu acho assim, que uma pessoa pode ter a opção de não ter filhos, mas ela, ahm, é opção dela, mas aquele casal que gostaria de ter e não tem acho que passa pela vida frustradamente, né. Não realiza aquilo que deseja*". Em relação a pontos negativos da reprodução assistida, Patrícia foi categórica: *"Nenhum, só o financeiro*". Pode-se pensar que precisou ver apenas pontos positivos, pois essa foi a única forma de conseguir aquilo que tanto queria.

### **Ansiedades e defesas em relação à confirmação da gestação**

Patrícia contou como foi quando recebeu a notícia de que estava grávida: *"Bom, quando eu fiquei sabendo que o resultado deu positivo foi uma explosão, né, de alegria. Eu liguei assim para todo mundo, porque no início as pessoas diziam assim: "Ai, não fica contando para todo mundo". Mas eu tenho mania de falar demais (...) Então foi o primeiro momento, assim, de euforia, né. Eu fiquei uma semana que eu nem, eu acho que eu não parei de sorrir nunca, por que era uma coisa que eu queria há muito tempo*". O fato de contar para todo mundo pode ser pensado como uma necessidade de autoafirmação, pois tornava real a consolidação da gestação.

Apareceram sentimentos e expectativas em relação ao número de embriões implantados: *"E depois foi cada ecografia, né, cada ecografia era uma expectativa muito grande. Na terceira semana, porque a gente faz ecografia depois de 15 dias, o Dr. T. constatou que eram duas gravi..., que eram dois fetos que tinham vingado, só que passou*

*um tempo e um deles não vingou. Então ficou a marca ali, ele me mostrou que fica uma mancha branca e eu fiquei decepcionada por que eu achava ia ser mais de um, né. Eu achava que ia ser 3, 4, eu queria, eu acho, isso. Mas depois eu fui me acalmando e tal e vendo que se era assim. Aí eu já coloquei Deus na história, né. Se acha que Deus tem que ser assim. Então um tá ótimo, que é um tá maravilhoso, é o que eu queria também”. Um “não vingou” e deixou uma mancha branca visível na ecografia, e parece que também ficou uma “mancha” na sua expectativa, pois disse que queria 3 ou 4. Entretanto, essa “mancha” na expectativa, essa decepção, logo precisou ser anulada, quando afirmou que um está ótimo, que é o que queria também. Além disso, parece ter sido necessário o uso da racionalização para lidar com seus sentimentos, pensando na vontade de Deus como forma de se consolar.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao andamento da gestação**

Em relação ao andamento da gestação, Patrícia referiu muito medo de perder o bebê, especialmente em função de todo o esforço necessário para conseguir engravidar: *“No primeiro sangramento eu achava que era um aborto. Então eu vim lá de (onde mora) deitada no banco do carro e o sangue, assim, saindo. Era uma hemorragia horrível. E eu vim pensando: “Ai meu deus, tanto esforço e agora nada, né. To perdendo o nenê”. E quando eu cheguei na clínica o Dr. T. (...) me passou: “Ta vamo passa lá agora na sala para fazer a eco”. Aí ele botou a, o aparelho na minha barriga: “Aqui oh, olha aqui o coraçãozinho batendo, que alívio, né”. Eu disse: “Bah, foi um alívio mesmo por que eu achei que tava tudo perdido, né””. Ficou evidente no seu relato a ansiedade em relação à manutenção da gestação, e escutar o coração do bebê foi uma forma de aliviar essa ansiedade.*

Na fala de Patrícia, apareceu o desejo de que a barriga crescesse logo, como forma de ver a gestação consolidada: *“Então foi maravilhoso, assim, senti, ahm, que tinha sim alguma coisa dentro de mim crescendo e eu queria que a minha barriga crescesse, né, não crescia nunca (risos). Começou a parecer lá pelo quarto mês, então era, foi uma expectativa, assim, muito grande. Quando eu saio na rua, assim, eu me acho muito importante, com a barriga assim (...) porque eu queria não só ter a barriga, eu queria sentir tudo que as mulheres contam. (...) E, mas foi assim essa grande alegria para mim, né. Hoje eu me sinto, assim, plena como mulher”. Aqui pode-se pensar que a barriga ficou investida narcisicamente, de modo que Patrícia referiu se sentir uma pessoa importante, ou seja, capaz de gerar, potente. Ao mesmo tempo, havia o desejo de passar pelo que todas as mulheres passam em uma gestação para ter o sentimento de plenitude como mulher.*

Como no tratamento, foram negadas quaisquer preocupações em relação às mudanças no corpo durante a gestação: *“Eu ah, eu acho que meu corpo fico maravilhoso (risos), porque ahm, como eu te falei no início eu, meu peso, quando eu engravidei eu tava com 86 quilos e agora to com 79. Então quer dizer, a gravidez por mim trouxe uma coisa que eu sempre desejei, ser mais magra, estar mais magra, né. Ahm, o meu peito, que eu fiz uma redução mamária faz alguns anos, ahm, ficou pior do que era antes e agora parece que ele ta mais bonito”*. A idealização da gestação pode ser observada em sua fala, na medida em que não só não houve aspectos negativos, como tudo ficou melhor do que era antes.

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

Patrícia estava ansiosa para que o bebê se mexesse logo, e referiu ter a necessidade de controlar os movimentos do bebê, como forma de se certificar de que ele estava bem: *“Antes eu ficava preocupada, eu perguntava todos os dia para uma colega minha que já tem 3 filhas: “Ah mas quando é que a L. começou a se mexer?”. Então eu achava que ela não ia se mexer. (...) Às vezes eu fico preocupada com alguma coisa eu: “Ai, não ta se mexendo”. Daí eu deito, porque é o momento que ela mais se mexe é quando eu sento, relaxo, deito, para ver se ela vai se mexer. É um controle (risos). Aí ela se mexe”*.

Também foram reveladas algumas preocupações em relação à possibilidade de o bebê nascer prematuramente: *“eu tenho medo da relação sexual porque se não tivesse esses riscos, né, do bebê de, de parto prematuro e tal eu não, não ficaria com medo, mas a doutora falou pra evitar, né, o relacionamento sexual. (...) Então eu me afastei assim, né, faço carinho e tal, a gente fica bastante tempo junto, mas isso é uma coisa até acho que ele esperava que eu fosse mais, fosse, ficasse normal como era antes”*. Também havia o medo de que o bebê nascesse com problemas ou mesmo tivesse uma morte súbita: *“É de que nasça antes, né, que tenha que ficar no hospital, porque eu já projetei tudo na minha cabeça que eu vou ir lá no hospital, vou ganhar o nenê e vou trazer o nenê pra casa. Então isso me preocupa um pouco. O fato de nascer com algum problema, assim, de coração, porque como a gineco me assustou muito, né, que, ahm, essa diabete gestacional ela não deixa o pulmão amadurecer, e, e pode dar alguma morte súbita no bebê. Então isso só que me preocupa no momento”*.

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade**

Anteriormente, quando falou sobre a questão do corpo na gestação, Patrícia referiu estar se sentindo bonita, e que tudo estava melhor. Entretanto, em outro momento a defesa



(negação) parece ter relaxado e ela conseguiu lembrar-se de algo que a preocupava: “Ah essa é outra preocupação que eu esqueci de relatar, porque várias pessoas me disseram que quem faz redução mamária não consegue amamentar, então isso já tá sendo uma preocupação para mim. Tanto que eu já queria usar aparelhinho, coisinha, pra estimular o bico que eu não tenho, né”. Em outro momento referiu: “Porque eu imagino eu sentada, que eu comprei uma poltrona junto com o quarto para amamentar o nenê, né. E, e eu imagino ali, sentada, olhando para ela, brincando, rindo, mexendo nos cabelinhos, assim, olhando, observando e dando mamá. E se não for no peito também vai ser com mamadeira, né. Eu, eu fico pensando “(...) Ah, mas eu vou conseguir, nem que seja um mês, nem que seja quinze dias para eu ter esse, esse contato, assim né”. Porque eu acho que esse é um momento que tu fica ali sozinha praticamente com ela passando tudo de bom, né”. Falou aqui sobre o desejo de passar tudo de bom para a filha e o medo de não conseguir fazer isso.

Patrícia relatou ter medo de mimar e estragar a criança: “Eu disse: “É, eu já sei que ela vai ser um bebê bastante mimado”. Isso que eu já sei. Já sei o que, que vai ser uma criança ahm, que o Bruno vai trazer muito aqui, porque ele é muito severo para algumas coisas, e eu, nesse ponto, eu me preocupo ainda um pouco, né, porque ele vai puxar para um lado e eu para outro. Aí a gente vai ter que entrar numa sintonia para não estragar, né, a criança”.

Quando perguntada sobre como se imaginava como mãe, Patrícia disse: “Ai, atenciosa, exigente, preocupada, ansiosa”. Em relação ao relacionamento com a filha, acrescentou: “Vai ser bem carinhoso, prazeroso, e é uma coisa, assim, que eu me preocupo, que eu não ahm, passe para ela ou que eu não desenvolva com ela um relacionamento como minha mãe desenvolveu comigo. Que eu não sei como é que se deu isso. Eu tenho uma preocupação quanto a isso. Que que a minha mãe fez, ou não fez, que eu tenho hoje esse relacionamento com ela, que não é próximo, embora a gente esteja próximo todo os dias fisicamente, mas que não é próximo, não é de amizade, não é de reciprocidade, assim. Então eu tenho medo disso”.

Apareceu o receio de repetir com a filha o seu relacionamento com sua mãe, ou seja, de não conseguir desenvolver com a filha um sentimento de proximidade e reciprocidade. Sobre sua relação com a mãe, referiu: “não tenho uma boa relação com minha mãe. Enfim, relação de mãe, mãe e filha não existe. A gente se dá, a gente conversa o necessário (...) eu não sinto assim aquele afeto, aquela coisa de mãe e filha, nós não temos isso (...) Ahm, gosto muito da minha mãe, entendeu? Me preocupo, faço coisas ahm, pensando no bem estar às vezes eu, eu me preocupo mais até do que eu deveria eu acho,

*né. Mas ela, a minha mãe é muito ciumenta, é uma pessoa depressiva, assim, no último grau”.*

Em relação às mudanças em sua vida em função do nascimento da filha, referiu: *“uma das coisas que eu penso agora, assim, a minha vida mudou. Agora não é mais eu. É eu, a Vanessa e o Bruno. Porque a gente é ahm, na nossa casa, assim, eu e ele somos super organizados, né. Não tem nada fora do lugar, tudo bem organizado, bem limpo, (...) E aí eu fico pensado que com a chegada dela agora essa coisa talvez vai se desorganizar um pouco, assim né, mas isso é uma bagunça organizada também, e eu quero ensinar, quero ahm, que ela aprenda, assim, a crescer nesse, nessa organização, por eu acho isso uma coisa importante, porque essas pessoas desorganizadas elas sofrem muito, né”.* Patrícia demonstrou ansiedade em relação às mudanças na vida, imaginando que a criança iria trazer desorganização, mas ao mesmo tempo queria que ela aprendesse a crescer na organização, parecendo na dúvida sobre quem precisaria se adaptar a quem. Isso ficou claro também em outro momento: *“Então vai mexer com tudo, a gente vai ter que fazer outros programas, tipo, eu queria agora no verão viajar, ele não quer. Porque ele disse que é mui, que ela vai ser muito pequena. Então: “Tá mas e o que que tem, nós podemos ir para um outro, qual o problema, nós vamos dormir no hotel, comer...”. “É, mas não dá para ti fazer passeios de ônibus por exemplo.”. Ele acha que, que muitas coisas não dá para fazer, e eu acho que dá. Eu vejo como uma coisa normal, assim. Que eu vou ficar mais feliz ainda em fazer, né”.*

### **3.2.3. Terceiro mês**

#### **Ansiedades e defesas em relação ao tratamento**

Patrícia falou sobre como se sentia por tido sucesso no tratamento: *“Muito feliz, muito feliz. E muito assim agradecida a Deus porque assim, tantas mulheres fazem o mesmo procedimento que eu fiz e não conseguem, que fazem 5, 10 vezes e não conseguem, e eu consegui assim na primeira vez. Então me sinto assim agraciada, feliz, completa, e já louca por outro, mas eu não sei se vai dar”.* Na realidade Patrícia passou por uma inseminação artificial antes de realizar a FIV, ou seja, ela não conseguiu engravidar na primeira tentativa de tratamento. Essa experiência anterior, portanto, parece que precisou ficar esquecida, ou seja, negada, indicando que provavelmente havia a presença de sofrimento psíquico.

Ao mesmo tempo, sentia-se agradecida e agraciada, assinalando que nunca achou que fosse conseguir engravidar, e não parecia verdade que hoje tinha a filha: *“Feliz satisfeita, feliz, aconteceu o que eu queria, eu imaginava que nunca ia acontecer. Apesar de, das tentativas, fica sempre tentando e sempre vendo qual é o problema que eu não engravidava, aconteceu, então hoje eu me sinto assim “bah, parece mentira, mas eu já to com ela aqui, parecia que nunca ia acontecer”*. Nessa fala, evidencia-se o forte sentimento de impotência experimentado anteriormente, de que nunca conseguiria engravidar. Talvez esse sentimento, que em outros momentos foi negado, possa ter sido verbalizado somente depois de já estar com a filha nos braços.

Patrícia falou do desejo de engravidar novamente, mas sem o auxílio da FIV. Entretanto, esse desejo pareceu inicialmente estar projetado no marido: *“eu acho que ele está muito feliz com ela, e ele ta todo dia falando “bah, tu vai ver agora, tu vai fica grávida sem fazer a fertilização”*. Então ele ta sempre falando isso, e eu até espero que aconteça, seria muito bom que eu não precisasse fazer fertilização. Faria tudo de novo sem dúvida, só que é uma coisa cara, a gente gastou bastante (...) Então eu gostaria, eu to com embriões congelados lá, gostaria de fazer mas, pelo que eu já, se eu não me engano, que o doutor T. falou que os embriões eles, a qualidade não é a mesma se eu fizesse na hora que nem eles foram ali fecundados. Então não sei, eu tenho dúvida em relação a isso, mas não sei se não vou fazer com os que estão lá, tem dois ou três”. Juntamente com a ideia de engravidar naturalmente, apareceu o desejo de utilizar os embriões que ficaram congelados, junto com o receio de que eles não fossem de tão boa qualidade.

Quando perguntada se a experiência da reprodução assistida afetou a forma como tem vivenciando os três primeiros meses do bebê, Patrícia afirmou: *“Nada, nada, absolutamente nada assim. Eu só sei que foi uma reprodução assistida porque eu tive que tomar aquelas injeção e me preparar, vai dar certo, não vai dar certo, mas depois não influenciou em absolutamente nada, ela é minha filha tanto quanto os que não foram feitos em laboratório, que eu chamo bebê de proveta”*. Entretanto, relatou algumas especificidades que não estariam presentes caso tivesse tido uma gestação natural: *“Graças a Deus que tinha essa oportunidade, porque imagina se não tivesse. (...) E fiz uma inseminação e não deu, agora vai ver a fertilização e enfim deu. Eram dois daí, mas eu me assustei muito porque eu achava que iam ser dois, e foi três, mas foi bom que foi um só, porque dá trabalho. Eu fico imaginando com dois deve ser bem complicado, deve ser lindo mas bem puxado. E aí era dois pelo número que deu, e aí o doutor me disse depois que ficou uma mancha e durou um tempo, uma semana, e o próprio organismo se*

*encarrega (...) eu fiquei frustrada quando eu fiquei sabendo que era um só, mas aí era uma linda”.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao parto e nascimento do bebê**

Patrícia contou que o parto foi prematuro, e que se assustou com isso: *“foi um susto quando ela nasceu assim, apesar da gente saber que isso poderia acontecer. Tanto que eu tava tomando injeção para a maturação do pulmão, o que foi excelente, porque ela nasceu com 32 semanas, ao invés de 40, então 8 semanas a menos representam dois meses”.* Apesar de saber que isso poderia acontecer, pode-se pensar que a racionalização não deu conta, e ela acabou se assustando. Na entrevista da gestação havia referido o medo de que a bebê nascesse antes do tempo, mas aqui falou que achava que ia nascer no tempo certo, e por isso se assustou bastante: *“E no início, assim, me assustei bastante, porque eu sempre achava que ela ia nascer no tempo certo, e era bem pequena”.*

Descreveu como foi sua experiência do parto: *“quando eu cheguei no hospital e o médico me examinou, eles ligaram pra ginecologista e a ginecologista disse pro meu marido “eu estou indo praí agora e nós vamos fazer o parto agora”. E o meu chá de fralda ia ser no sábado e isso foi na quarta. (...) eu não tinha feito escova, eu não tinha pintado o cabelo (...) E aí a doutora sempre dizia assim “Patrícia, tu sempre fica já mais ou menos pronta, nunca se sabe quando é que vai ser”, só que eu apostei que ia dar certo, preparei tudo pro chá (...) e aí chegou lá na quarta feira a doutora disse assim “teu parto vai ser agora”. Aí eu entrei em pânico, não tinha feito depilação, não tinha feito unha. Eu imaginava que ia ser tudo assim sabe, tudo como tu imagina, e não foi nada assim. Aí quando a moça tava me depilando ali eu disse assim “nada é como a gente imagina” quase chorando, daí ela disse assim “Patrícia, não esquece que tem alguém maior no comando”, daí eu disse “é mesmo”. Daí eu me toquei que eu tava querendo uma coisa que tinha que ser assim naquele momento, daí eu disse aí “então ta, então foi”. Aí já fiquei alegre, já fui lá pra sala do parto”. Patrícia referiu ter chorado pelo sentimento de que as coisas não saíram como imaginou, no entanto, logo em seguida parece ter usado a formação reativa para lidar com o fato de não ter tido controle sobre o que ocorreu: *“então foi super bom assim, eu tive assim, eu imaginava que fosse de um jeito, foi de outro, mas esse outro foi bom também”.**

O parto foi considerado como muito rápido, e além de prematuro pelo tempo gestacional, Patrícia parece ter sentido que foi uma experiência emocionalmente prematura, pois ainda estava com a barriga muito investida libidinalmente, não sentindo-se preparada para perder a barriga e ganhar a filha: *“Duas horas da manhã eu acordei com*

*sangramento (...) e a doutora tinha me dito que se eu tivesse algum sangramento muito sério ela iria fazer uma cesárea de emergência (...) eram duas horas quando eu acordei, não era nem 20 para as três e eu já estava no hospital, e a gente mora bem longe. Três e meia eu já tava na sala de parto pronta e não era 4 horas ela nasceu, então eu achei tudo muito rápido. Eu senti muita falta da barriga (...) E aí logo que ela nasceu, eu sentia muita falta da barriga, eu sentia muita falta de ficar grávida apesar de adorar que ela estava ali entendeu?(...) Eu sentia falta dela mexendo na minha barriga, parece que tu cortas aquela coisa, assim, e aquilo te faz falta. Então eu achei que o parto foi muito rápido, eu achava que as coisas iam ser tudo em câmera lenta, sabe? E não é, é bem rápido”.*

Patrícia contou como foi sua recuperação após o parto: *“eu não vi a minha cicatrização acontecer, a minha cirurgia nunca doeu. (...) Tanto que a minha cesárea assim foi super tranquila, tu nem dizia que eu tinha feito cesárea, porque tu vê a maioria das mulheres andando assim, eu não, porque o Bruno me levava todos os dias de manhã no hospital, porque eu não podia dirigir, mas às vezes, a gente mora longe, eu tinha pegar carona com algum conhecido eu já pegava, então eu tinha bastante, andava de lotação, táxi. Então foi assim, passou aqueles 16 dias que eu nem vi, mas sentia muita vontade de levar ela pra casa”.* Pode-se pensar que talvez pela preocupação com a saúde da filha e pela vontade de levá-la para casa – o que significaria que estava bem – Patrícia não sentiu a dor física, não viu a cicatrização e nem viu aqueles 16 dias passarem, precisando negar os aspectos dolorosos da experiência, que ficou de certa forma idealizada.

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

A presença de sentimentos dolorosos relacionados ao fato de Vanessa ter ficado na UTI parece ter sido negada e suas consequências minimizadas: *“16 dias que ela ficou. Ela ficou dois dias, três, na incubadora, só no dia que nasceu ela ficou com oxigênio, que ela tava super bem, ela nunca fez quedinha que elas chamam ali. Os bebês eles ficam um monitor e esse monitor mostra essas quedas, e ela nunca teve queda. Então ela foi um bebê assim que, apesar de pré-maturidade, ela nasceu com o pulmão formadinho em função das corticoides que eu tomava, e foi tranquilo lá. Nunca passou um momento que eu fosse dizer “ai”, sabe? Porque eu via isso nos outros bebês”.* A frustração pelo fato de Vanessa estar no hospital parece ter sido projetada nos familiares: *“Todo mundo ansioso, lá no hospital ninguém pode ver o bebê antes dele sair, só a mãe e o pai, ninguém mais. Só pode ver por foto, não, por causa dos riscos de infecção, então isso causava muita frustração nos familiares, nos amigos, que ficavam em casa por que aí “quando é que vem?”, então*

*frustrava por causa disso só, mas contato meu com ela era diário, eu podia ficar 24 horas do dia lá, só que sentada, que não tinha lugar pra dormir”.*

Os sentimentos em relação ao período que a filha ficou na UTI não apareceram claramente no seu relato, e na sequência Patrícia disse que tudo passou e estava tudo tranquilo porque estavam muito felizes: *“Eu lembro que ela teve que ficar 16 dias na neonatal e eu ganhei numa quarta, no sábado eu já tive alta, e já tive que ficar todos os dias indo de manhã e voltando de tarde. Mas depois de tudo isso, passou os 16 dias ela foi pra casa, tudo tranquilo, assim, foi muito bom. Porque ela trouxe muita alegria pra gente, eu estou muito feliz e o Bruno pelo o que eu percebo também, então foi excelente a vinda dela pra casa. Depois eu me acostumei com a questão do parto ter sido rápido, de madrugada e tal”.*

Ao mesmo tempo em que parecia haver a necessidade de negar os sentimentos relativos às condições do bebê, em outro momento Patrícia verbalizou sua preocupação: *“Então, eles passam por vários, de acordo com a situação que eles nascem, com o período e a gravidade, eles vão passando por salas. Ela ficou na sala dois, aí no outro dia quando eu cheguei na sala dois pra visitar, eu tava de cadeira, que eu tava com ponto, ela não tava mais lá. Eu levei um susto “onde é que tá a minha filha?”, já tinha pensado que tinha acontecido alguma coisa grave e ela foi pra algum lugar. Não, “ela já passou pra sala cinco que é a sala que já ganhou maior idade””.* Quando não viu a filha na sala, imaginou que algo grave poderia ter acontecido com ela, o que indica que o medo e a preocupação com sua sobrevivência estavam presentes, porém negados.

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade**

Enquanto falava sobre a experiência de Vanessa ter ficado na UTI 16 dias, Patrícia considerou que foi melhor a menina ter ficado no hospital do que ter ido para casa: *“Então foi assim muito bom, porque eu aprendi muito lá. Porque se eu tivesse que levar ela pra casa três dias depois que ela nasceu com aquele peso que ela pesava, 2 quilos, e ainda reduziu um pouco em função que eles perdem líquidos, eu não saberia com agir. Eu acho, porque ela era bem pequena, tinha a questão do umbigo e era o que eu mais tinha medo, mas enfim, o umbigo caiu lá, chegou em casa já não tinha mais problema de umbigo e aí foi super tranquilo”.* Pode-se pensar também que isso tenha a ver com seu sentimento de que não saberia cuidar bem da filha, e, portanto, sentiu-se ajudada ficando esses dias no hospital.

Uma questão que já havia sido apontada na entrevista da gestação foi o medo de não conseguir amamentar, o que acabou realmente ocorrendo: *“eu não consegui*

*amamentar, então ela tomava mamadeira, e isso foi uma coisa que me frustrou um pouco. Mas depois eu disse “ai, muitas crianças crescem adultos super bem mamando na mamadeira, então não vai ter assim, não vou me estressar por causa disso”*”. Inicialmente falou da frustração de não poder amamentar, mas em seguida parece ter necessitado utilizar-se da racionalização, referindo que muitas crianças crescem muito bem mamando na mamadeira, como se não pudesse expressar sua frustração.

Quando perguntada sobre seu sentimento de ser mãe pela primeira vez, Patrícia relatou: *“É uma palavra só resume: satisfação. Eu estou assim satisfeita, eu sou uma pessoa ansiosa (...) mas no nascimento da Vanessa canalizou mais isso, me tornou mais tranquila aquela ansiedade que eu tinha de buscar alguma coisa, era isso, e to satisfeítíssima, contentíssima”*. O nascimento da filha parece ter servido como forma de aplacar a ansiedade de Patrícia, proporcionando-lhe o sentimento de completude, ou seja, foi sentido como a “cura” para sua ansiedade e incompletude, e talvez por isso fosse difícil entrar em contato com sentimentos dolorosos em alguns momentos – eles precisavam ficar de fora dessa experiência de satisfação.

Parecia haver a necessidade de idealizar a experiência da maternidade, observada através de uma intensificação excessiva dos aspectos positivos envolvidos em várias situações e da ênfase na tranquilidade: *“Feliz...e aquilo que eu te falei, eu imaginava que era bom, mas eu to vendo que é muito mais que bom. To bem tranquila. Segunda feira eu trabalhava em dois locais, há 16 anos, eu trabalhava nesse que eu trabalhava à tarde eu fui demitida (...) e aí quando ela perguntou como eu estava como é que tava a vida, começou a conversa de demissão, sabe a conversa de demissão? É horrível. “Eu estou ótima”. Ela arregalou os olhos, achou que eu ia entrar em crise, porque ser demitida depois de 16 anos, poxa, é uma vida. Aí ela ficou surpresa, aí a conversa rolou tranquilamente. Então pra ti ver como eu me sinto mãe assim, tranquila, as coisas estão me abalando muito menos”*.

Em relação às mudanças de vida decorrentes da maternidade, Patrícia inicialmente afirmou que não ocorreram: *“a própria organização da casa, as pessoas diziam assim, tanto eu como ele somos muito chatos, muito certinhos (...) E as pessoas dizem assim “quando tu ganhar um filho tu vai ver, essa tua limpeza, essa tua organização aí vai deixar de acontecer”. Não, continua tudo igual, as coisas são tudo organizadas, então eu não sinto essa dificuldade, sinto que continua normal as coisas como eram (...) Eu até ficava pensando “será que eu vou mudar?”, não, estou a mesma coisa assim. Claro que tu leva mais tempo pra fazer as coisas, mas tranquilo”*. Parece que Patrícia não podia falar sobre as mudanças, pois parecia sentir que afirmar que mudanças existiram e que precisou

se adaptar, modificar algo em sua vida, seria incompatível com a idealização antes mencionada.

#### **3.2.4. Síntese do caso**

Patrícia contou que seu desejo de ter filhos vinha de vários anos, mas o projeto foi sendo adiado porque Bruno queria primeiro terminar a casa, e ela achava também que ele não fazia questão de ter um filho com ela, pois já tinha uma filha. Não foi fechado um diagnóstico em relação à dificuldade de engravidar, entretanto ela acreditava que sua ansiedade pudesse estar entre as causas do problema.

Apesar de a questão financeira aparecer como principal dificuldade, tanto na busca pelo tratamento, quanto em relação ao medo de o tratamento não dar certo, ou de a gestação não evoluir satisfatoriamente, percebe-se na fala de Patrícia que existiam outras ansiedades presentes, além da questão financeira. O medo intenso de perder o bebê e a ansiedade em relação à manutenção da gestação apareceram em diferentes momentos no seu relato, vinculados ao enorme esforço que foi necessário para engravidar. Durante a gestação, ela estava ansiosa para sentir o bebê se mexendo, e referiu-se à necessidade de ficar controlando seus movimentos. A preocupação e a ansiedade estavam presentes mesmo quando as ecografias mostravam que estava tudo certo com o bebê. O desejo de que a barriga crescesse foi bastante enfatizado por ela, tanto como forma de ver a gestação consolidada, como pelo sentimento de ser alguém importante, que conseguiu engravidar, e por isso sentia-se plena como mulher.

Em alguns momentos conseguiu falar sobre essas ansiedades, mas constantemente no seu relato os afetos positivos, e de certa forma idealizados, foram mais facilmente verbalizados, por exemplo, quando Patrícia referiu que o tratamento e a gestação só trouxeram mudanças boas para sua vida, pois estava mais calma, menos ansiosa, mais bonita. Talvez pelo fato de ter conseguido engravidar, que era seu grande objetivo, os possíveis sentimentos ligados ao sofrimento de não engravidar naturalmente ficaram negados, dissociados da experiência da gestação.

Isto pode ser observado quando Patrícia referiu que conseguiu engravidar na primeira tentativa, quando na realidade passou por uma inseminação artificial antes de realizar a FIV, demonstrando que a experiência anterior precisou ficar esquecida. Em outro momento, falou da preocupação de não conseguir amamentar, que estava vinculada para ela à possibilidade de passar “tudo de bom” para a filha. No terceiro mês de vida de Vanessa, Patrícia contou que não conseguiu amamentar, e apesar de inicialmente falar da



sua frustração, logo referiu que muitas crianças crescem muito bem mamando na mamadeira, como se não pudesse expressar o que estava sentindo.

A necessidade de não pensar nas experiências dolorosas também pode ser percebida no fato de Patrícia não se referir diretamente aos sentimentos relacionados ao fato de Vanessa ter ficado na UTI após o nascimento. Além disso, Patrícia não sentiu dores na recuperação, não viu a cicatrização e nem viu aqueles dias passarem. Entretanto, durante a internação da menina, imaginou que algo grave pudesse ter acontecido com ela quando entrou na sala e não a viu, demonstrando que o medo e a preocupação com sua sobrevivência estavam presentes.

O nascimento da filha, de acordo com Patrícia, lhe proporcionou o sentimento de completude, tendo sido sentido como a “cura” para sua ansiedade, e talvez por isso fosse difícil entrar em contato com sentimentos dolorosos, que precisavam ficar de fora dessa experiência de satisfação. A necessidade de idealizar a vivência da maternidade, observada através de uma intensificação excessiva dos aspectos positivos envolvidos em diversas situações relatadas, também aponta nesse sentido.

Na entrevista da gestação, Patrícia demonstrou ansiedade em relação às mudanças que ter um filho traria à sua vida, mas evidenciando a ideia de que a filha teria que se adaptar à sua rotina. No terceiro mês de Vanessa, Patrícia inicialmente afirmou que não ocorreram mudanças em sua vida, apesar de falar em alguns ajustes sem, entretanto, referir-se aos sentimentos decorrentes destes. Parecia sentir que afirmar a existência de mudanças e a necessidade de se adaptar a elas, modificando algo em sua vida, seria incompatível com a idealização antes mencionada.

Pode-se perceber que durante a gestação algumas ansiedades e preocupações puderam ser verbalizadas, apesar da presença de diversos mecanismos de defesa para lidar com esses sentimentos. Especialmente na entrevista sobre a maternidade, realizada no terceiro mês de vida do bebê, chamou a atenção no relato de Patrícia a sua necessidade de afirmar, diversas vezes, que estava “tranquila”, sendo que a ênfase nesse sentimento aponta para a necessidade de negar que estivesse enfrentando qualquer ansiedade ou dificuldade após o nascimento da filha, afinal, se conseguiu o que queria, não poderia ser diferente.

Patrícia negou haver alguma influência da reprodução assistida na sua vivência da gestação e da maternidade, tendo colocado ênfase apenas em preocupações concretas, como falta de dinheiro. Entretanto, referiu-se a algumas ansiedades em relação ao número de embriões implantados e ao fato de apenas um ter “vingado”. A vontade de Deus em relação a isso foi utilizada como explicação, numa tentativa de lidar com os sentimentos despertados. Disse que tinha vontade de engravidar novamente, mas sem o auxílio da FIV,

ao mesmo tempo em que apareceu o desejo de utilizar os embriões que ficaram congelados.

### 3.3. CASO 3 – Aline

#### 3.3.1. Breve histórico do caso

Aline tem 34 anos, ensino superior incompleto. É casada com Gustavo há 5 anos. A causa da infertilidade foi mista: feminina e masculina. Engravidou na quinta tentativa de FIV. Esperava uma menina.

Aline e Gustavo estão juntos há 13 anos, sendo que depois de quatro anos de namoro noivaram, e quatro anos depois casaram. Depois de dois anos de casados, começaram a pensar em ter filhos: *“Casado era dois anos. Tava tentando há três anos. É, três anos de tentativas, to fazendo cinco de casados. É, acho que um ano e meio de casados a gente parou o remédio e tudo. E disse, não, vamos ver. E a gente foi... É, quase três anos tentando”*. Inicialmente Aline disse que o que os motivou a querer ter filhos foi o fato de os amigos estarem tendo filhos. Em seguida, falou que parou de tomar a pílula quando casaram, diferente do que disse anteriormente, que parou com um ano e meio de casados: *“Ah, que os amigos tudo começaram a ter filhos. É, foi bem, eu lembro que a gente saiu num aniversário de um filho de um amigo e o Gustavo disse: “Aline, eu acho que tá na...”*. Tudo que eu queria ouvir né, porque pra mim eu já... Casei, joguei a pílula fora. E o Gustavo era mais contido, né. *“Não, tem que planejar, primeiro tem que se estabilizar financeiramente”*. E daí quando ele falou isso eu disse: *“Ah, tudo que eu queria ouvir”*. Finalmente, né. Na hora, já nem tomei mais, eu lembro que no outro dia eu liguei pra minha gineco e disse: *“Oh, to parando de tomar remédio”*. E ela: *“Então tá, vem aqui e vamos fazer exame”*. Então tudo que eu sempre quis”.

Aline referiu que já sabia que poderia ter dificuldades para engravidar: *“Eu sempre soube que eu tinha ovário policístico, né, que eu me trato já desde os quinze anos. E daí passou um ano, já, que a gente tava tentando engravidar, daí eu disse pra doutora, eu disse: “Ah, doutora, eu quero ir no médico, né. Num especialista, alguma coisa, fazer exames”*. Aí eu comecei a fazer exames, não acusava nada. E o Gustavo, que ela pedia espermograma pro Gustavo (...) Daí ele não fazia. Daí ela me indicou outro médico (...) Daí ele gostou do médico. Disse: *“Ah, gostei do médico, me convenceu, vou fazer”*. Daí ele fez (o espermograma), daí foi aí que a gente viu que ele tinha 20%. Era pouquíssimo, aí quando chegou os exames lá, o médico disse: *“Olha, com esse número de esperma vocês não vão ter filhos...” normal né, só com a fertilização. Não é nem a inseminação,*

*também não, é a fertilização. Aí meu mundo caiu né. Daí eu pirei né, porque a gente não tinha dinheiro pra fazer. O tratamento é muito caro”.*

### **3.3.2. Gestação**

#### **Ansiedades e defesas em relação ao tratamento**

Aline contou como foi seu percurso até chegar à médica que realizou o tratamento: *“Daí eu fui fazer a eco lá com o doutor M. (...) Daí ele me disse que eles tinham lá um tratamento lá com doação de óvulos, que tu doa os óvulos e a pessoa que recebe os óvulos paga o tratamento, tu não paga nada. E perguntou se eu não queria. E eu disse: “Claro, óbvio que eu quero. Tá aí minha chance”. (...) Daí ele marcou a consulta com a Dra. B. (...) Daí ela me explicou. Daí ela: “Tu quer entrar na fila, né, no cadastro?” Eu disse: “Quero”. E não deu um mês, ela me chamou pra mim fazer. Então a gente fez, a gente não pagou nada, a gente não teve nenhum custo. Por isso que eu fiz cinco vezes. Porque a gente não teve nenhum custo, eu só paguei uma vez, porque como eu fiz com congelado, tinha que pagar o procedimento. Foi a quarta tentativa. Então a gente só fez... Foi Deus que me botou o doutor M. na minha frente. Só fez porque teve essa possibilidade, porque imagina, cinco tentativas, quanto eu ia gastar. Haja dinheiro né. Então por isso né, então o nosso é mais diferente (...) Eu doei né. Como eu tinha muita produção, então eu doei, e recebi, é tudo anônimo”.*

A ênfase na preocupação financeira pode ser observada em outro trecho: *“quando eu fui, que eu me inscrevi, eu disse pra ela: “Tá, mas quantas vezes eu posso fazer?”(...) “Não, Aline, enquanto tiver, enquanto... Tu vai fazendo”. Eu disse: “Tá, mas quantas vezes geralmente?”. Ela disse: “Ah, eu tenho uma paciente que tá na quinta tentativa e engravidou agora. Né, isso aí não tem como prever, quando tu vai engravidar, tu pode conseguir na primeira”. Então eu tinha muita preocupação disso, se eu podia fazer mais vezes, e graças a Deus deu, imagina, fiz cinco. Quer dizer, na verdade eu fiz doação quatro. Porque na quarta tentativa, como na terceira eu tinha dado muitos embriões, eu congelei a metade, então na quarta ainda tinha uns embriões congelados”.* Talvez o mecanismo de deslocamento estivesse sendo utilizado, na medida em que a ansiedade e a preocupação sobre o insucesso do tratamento ficaram vinculadas ao dinheiro e ao número de tentativas que poderia realizar com seus óvulos, e não ao possível sofrimento psíquico.

Apesar de Aline ter feito cinco tentativas de engravidar por FIV, os afetos não foram mencionados, apenas o alto custo do tratamento. Havia um sentimento de que seu caso era diferente pelo fato de ter doado óvulos para outras mulheres, o que talvez tenha

lhe proporcionado uma sensação de menor impotência diante da impossibilidade de engravidar, pois teve algo de ativo na sua participação do tratamento. Em relação à doação de óvulos, Aline afirmou: *“Até as pessoas me perguntam: (...) como é, né, tu já imaginou que tu deve ter meios filhos por aí?”. E eu disse: “Eu não penso”, né. É uma coisa que eu não penso. Que se eu pensasse eu não ia fazer. Eu disse: “Eu penso que eu fiz o bem pra alguém, e recebi”. Né, eu dei alegria pra alguém que não poderia ter filhos, porque não tem ovário, ou porque não produz óvulos, né, e essa pessoa nunca poderia ter filhos, então eu penso que eu dei pra alguém, trouxe alegria e recebi alegria. É isso que eu penso. E... nem penso. Uma amiga, minha melhor amiga que falou, disse: “Imagina um dia tu vai olhar numa pracinha, tu olha assim, e vê uma a tua carinha”, eu disse: “Ai, pára, não pira. Quer me deixar louca”*”. A impossibilidade de pensar a respeito da doação dos óvulos e do seu destino sugere a presença de intenso sofrimento subjacente e da necessidade de deixar essa experiência fora da consciência para ir em busca do objetivo de tornar-se mãe.

O sofrimento psíquico, que no relato de Aline não se mostrou manifestamente, parece ter ficado de certa forma projetado no marido: *“E essa questão também, quando a gente pegou o resultado do espermograma, daí o Gustavo dizia: “Não, porque esse médico quer botar a culpa em mim”, sabe aquela coisa, ele ficou... “A culpa não é minha, é tua”. E eu deixava ele falar, eu nem escutava. (...) E daí a gente foi num outro médico, num urologista, e daí ele pediu um exame mais detalhado, daí a gente viu que era uma falha genética. (...) E daí ele disse: “Não, porque a minha família não tem problema, porque não sei o que” (...) E eu deixava ele falar, porque pra homem é mais difícil essa parte né. A mulher leva mais na boa, e eu deixava ele falar. Deixa, pra ele é mais difícil. Por que homem, daí eles ligam muito à parte da masculinidade, né”*.

Aline contou que ela queria engravidar *“porque eu queria muito, eu acho que eu já nasci querendo ser mãe”*, mas que para o marido, tanto fazia: *“Olha, o Gustavo, ele não fazia assim, não era prioridade na vida dele, ter filho. Lógico, depois ele foi se entusiasmando, então, mas ele foi tudo em função, né, porque ele via toda aquela minha angústia, que eu queria, que eu queria, que eu queria”*. Aqui conseguiu verbalizar a angústia que sentia por querer um filho e não conseguir engravidar. Na entrevista, mostrou que tem anotados em uma caderneta todos os procedimentos por que passou nos cinco ciclos de FIV: *“Tenho todos. Todos os procedimentos, tenho anotadinho, o dia da injeção, tudo. (...) Eu anotava, até pra ter um histórico né. Eu anotei tudo. De alguma forma (...) “Olha aqui filhinho, o que que a mãe sofreu”. (...) eu vou mostrar a história dela”*. Pode-

se pensar no uso das anotações como uma forma de controle, na tentativa de organizar os dados da realidade e diminuir a ansiedade decorrente de todo o processo.

Descreveu como sentiu cada tentativa de FIV: *“E no dia a dia, assim, no tratamento, ela me dizia como funcionava mas eu ficava meio sem ideia né, como funcionava. (...) Foi feito na primeira vez, e cada tentativa foi diferente, a reação até do corpo né, é muito engraçada. Cada tentativa, a primeira foi horrível, foi horrível mesmo, eu inchei, fiquei com um barrigão, e isso me iludiu muito, porque eu inchei, e aí já pensei que tava grávida. Mas a minha cabeça, se eu tivesse grávida, com duas semanas não ia tá aquela barriga, mas sabe, tudo isso que tu fica. Então cada procedimento o meu corpo reagiu de maneira diferente. No primeiro eu inchei, fiquei enorme, no segundo eu já não inchei muito, senti muita dor, já no terceiro não senti muita dor, não inchei muito, sabe, cada tentativa foi diferente. Bah, muito diferente”*.

Em relação à possível influência da reprodução assistida na sua vivência da gestação, apareceu a negação da vivência do tratamento: *“Não. Não, hoje em dia eu até esqueço que eu fiz tratamento, né, eu engravidei, eu já... aquela fase já passou, já nem me lembro como é que foi feita a Clarissa”*. A partir do relato de Aline, parece que a questão do tratamento foi deliberadamente tirada da consciência, da lembrança, através do uso da supressão. Como agora já estava grávida, conseguiu o que queria, o que passou não interessa mais, pode ser esquecido, o que talvez fosse o seu desejo, poder realmente esquecer.

Em outros momentos da entrevista Aline também conseguiu verbalizar seu sofrimento: *“ah eu acho que é um tratamento muito doloroso, tanto físico como mental né, demais assim. Ah, tu machuca muito o corpo né, (...) aquela punção ali é horrível, uma agressão ao corpo, mas só que eu queria tanto que eu disse “não, eu vou fazer, se tiver que fazer dez vezes”. O Gustavo tava desistindo, na terceira vez ele disse “eu não vou mais fazer”, e eu disse “bom, eu vou fazer, se chegar lá na hora pra ti coletar tu decide se vai coletar”. A gente brigou muito no tratamento (...) porque ele já queria parar, e eu disse “não vou parar, eu quero e eu vou conseguir. Se tu não quiser, eu vou continuar, tem banco de espermatozóide, alguma coisa”. (...) Mas eu queria muito, demais, demais, mas eu acho que tu fica, é muita agressão ao corpo, e a cabeça né, se tu não tem uma cabeça boa tu pira, e eu acho que eu tenho uma cabeça muito boa, porque lógico, eu tinha aqueles dias quando dava negativo, que eu chorava, chorava, chorava, ficava alguns dias, depois passava e vamos de novo, né. E já ia na médica “vamos continuar, fazer de novo”. Então é um tratamento bem desgastante, que se a pessoa não tem uma cabeça no lugar ela pira. Pira mesmo. Mas eu ia fazer quantas vezes fosse, até dar”*. Nesse trecho, apareceu a

intensidade do desejo de Aline de ter um filho, relacionado à sua motivação para submeter-se ao tratamento e ao sofrimento correspondente, quantas vezes fosse necessário.

### **Ansiedades e defesas em relação à confirmação da gestação**

Aline contou como foi sua reação quando soube que o exame de gravidez deu positivo: *“Ah, foi tudo muuuito tranquilo, eu fiquei sabendo umas três semanas depois que eu fiz o procedimento né. Como já era a quinta tentativa assim a gente tava, eu já tava assim “ah, vamo fazer, porque vamos fazer”. Mas já não tava nem muito assim... enlouquecida né, pelo resultado. E foi super tranquilo, daí quando a gente pegou o positivo assim eu não acreditei, chorando, chorando, chorando”*. No relato, apareceu inicialmente a necessidade de exagerar na tranquilidade, como se, por ser a quinta tentativa, já não estivesse esperando um resultado positivo, ou seja, a expectativa estaria ausente.

Ao mesmo tempo em que tentava se convencer de que se o exame desse negativo estava “tudo bem”, Aline disse que nunca se está preparado para o fracasso: *“Ah eu, eu não acreditava né. Eu só chorava e não acreditava que tava acontecendo, que como foi a quinta tentativa, daí tu vai né, cada vez que tu pega o resultado negativo assim, tu... o mundo cai, assim tipo, eu teve uma vez até que eu abri o resultado no meu serviço e disse “ai, se der, se der negativo tudo bem”, né, eu já tava assim tranquila, não vai dar nada. E eu abri o resultado lá no meu serviço, e daí eu fiquei olhando no computador, e me engasgou, e não consegui, quando eu vi eu tava chorando né. (...) Então é uma coisa que tu não..controla, né? Aquela coisa que tu acha “ah não, eu to bem, vou receber bem o negativo, né, to preparada”. Tu nunca ta preparada, pro fracasso né. Então... bah, quando eu recebi o positivo, a gente leu o positivo eu chorava que nem criança”*.

Aline ficou feliz por ter conseguido engravidar, expressando também ansiedade em relação ao número de embriões implantados: *“Ah... muita emoção, muito feliz, Quando eu ouvi o coraçãozinho pulsando assim... muito legal. Não, e aquela expectativa né, porque daí a gente fez, a gente...ah... implantou quatro embriões né, e daí veio positivo, a gente fez aquela festa, aquele choro e liguei pra todo mundo “to grávida”, e aí depois quando acalmou o Gustavo “tá e agora, e se vier quatro”, sabe, porque daí caiu a ficha, porque eu botava dois, botava três, e no último eu botei quatro, a Dra disse “não, Aline, vamos botar quatro”. Eu disse “não, vamos botar quatro”, se desse mais eu botava mais, porque daí tem mais chances né. (...) Daí passou mais uma, duas semanas, não me lembro, eu fiz outra, e ela confirmou que era só um. E daí eu saí decepcionada, uma coisa assim né, louca, porque eu disse “ai, queria dois””*. Aline demonstrou preocupação caso todos os

embriões se desenvolvessem, ao mesmo tempo em que se decepcionou por ter só um bebê quando queria dois.

### **Ansiedades e defesas em relação ao andamento da gestação**

Em relação ao andamento da gestação, Aline referiu estar se sentindo bem, mas apareceu a decepção por não estar passando por coisas que outras mulheres passam: *“Ai, to super bem, não sinto nada, nem... nem incha pé, nada. Até agora não, não aconteceu. Eu até comento que eu queria passar por todas as etapas né, o enjoo... nada, eu não tive”*. Pode-se pensar que o desejo de passar por todas as etapas, inclusive os enjoos, seria uma forma de sentir que sua gravidez era como qualquer outra, e não uma gravidez diferente, resultante de tratamento. Apesar de dizer que estava bem, falou que teve uma “crise”, a qual relacionou com a gestação: *“Ai, eu tive só uma crise ali que chorava, mas ai, não sei o que me deu (...). E eu acho que foi da gravidez, até porque eu nunca fui sensível”*.

Aline considerou que os três primeiros meses foram difíceis: *“não, porque tipo, no início, até os três meses a gente ficou assim, até os três meses os dois ficaram em alerta né, tudo eu tinha medo, tudo... então eu já fiquei mais em casa, mais tranquila”*. O medo de perder o bebê estava muito presente: *“Mas eu dei uma segurada assim, eu avisei só as irmãs, cunhada né, e sogras e pais. Eu disse “não, vamos segurar até os três meses”*. No meu serviço eu disse *“não, até os três meses eu não vou falar pra ninguém”*, só pras duas melhores amigas, que eu falei. *Porque daí a gente fica naquela expectativa né, porque daí tu fala, fala, daí, até os três meses com aquela coisa de perde, não perde, apesar que a minha foi muito tranquila. Mas eu tinha medo né. Então daí eu fiquei mais na minha assim”*.

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

A principal preocupação de Aline na gestação era de que o bebê nascesse com saúde. Sua ansiedade pode ser depreendida quando referiu sua necessidade de fazer ecografias como forma de garantir que a filha estava bem: *“Ah que ela venha com saúde né, a preocupação maior é essa, que ela tenha saúde. Todos os exames tá tudo bem, mas a gente tá naquela expectativa né. (...) Todo muito diz, que fala “Aline, tu é a pessoa que mais faz eco”, adoro dar uma espiadinha, ver como ela tá”*.

Foram verbalizadas algumas preocupações em relação ao bebê, incluindo o medo de que algo desse errado no parto: *“Ontem mesmo a gente tava passeando no shopping, e passou uma criança, com problemas né, numa cadeirinha de roda, ela tava até com uma sondinha assim, tomando leitinho, aí eu olhei aquilo me deu uma coisa né, e o Gustavo*

disse “olha ali, coitadinha”. E daí eu comentei com ele, eu disse “ai, o, uma amiga minha tem uma sobrinha assim”, e o problema foi na hora do parto, que passou do tempo (...) hoje ele tá na cama assim, ele não fala, ele não anda, ele é todo...tem problemas até na cabeça né. E daí ele até comentou, ele disse “ai não, então vai cesárea, nós não vamos nem no parto normal, é cesárea, porque Deus o livre”. Porque a gente fica né, nessa angústia né, que tipo tu leva uma gravidez nove meses tudo bem, daí chega na hora e acontece uma coisa dessa, daí é de pirar né”

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade.**

Aline, na entrevista da gestação, afirmou que se imaginava uma mãe muito calma e protetora: “Ah, uma mãe bem babona. Ai, eu não vejo a hora assim de ver né, como é que tudo vai ser, mas eu me imagino muito calma, porque eu já tenho essa experiência até com os sobrinhos né, sempre cuidei (...) eu acho que vai ser muito tranquilo. E eu acho que eu vou ser muito leoa, o Gustavo disse “ah, tu não vai deixar eu fazer nada”, e eu acho que eu vou ser muito assim leoa assim, muito... “não, deixa que eu faço”. Ninguém faz melhor que eu, porque eu já sou assim, até no trabalho eu sou assim (...) Lógico, depois eu vou ver, eu vou ta cansada e eu acho que eu vou abrindo, abrindo espaço pros outros né, mas eu acho que eu vou ser muito protetora”. O fato de ter cuidado dos sobrinhos parece fazer com que sentisse que não teria dificuldades como mãe. Aline achava que ia ser leoa e protetora, tomar a frente de tudo, pois ninguém faz melhor que ela, pois sempre foi assim. Pode-se pensar no seu sofrimento por ter precisado realizar tratamento para engravidar, pois isso significa que ela precisou da ajuda dos outros para algo que ela queria muito e não conseguiu fazer sozinha.

Em outro momento, Aline conseguiu expressar alguma ansiedade através do receio de como seria como mãe, talvez não tão calma e tranquila e com tudo bem resolvido como apareceu anteriormente: “eu quero que a minha filha seja uma criança agradável, eu quero que as pessoas gostem de estar no mesmo ambiente que ela né, não tipo uma criança que tem chilique, que se atira no chão do supermercado, então eu acho que tu tem que ser firme, e eu vai ser muito difícil conseguir fazer isso, porque eu sou mole, mas eu... vou procurar ser assim firme com ela né, nem que depois eu vá pro quarto chorar, e deixe ela longe, porque eu acho que a criança tem que ser agradável né, eu acho que a criança tem que ouvir não”. Demonstrou preocupação sobre sua capacidade de dizer “não” para a filha – talvez porque seja “muito mole”, mas talvez porque a filha foi tão desejada que não poderia ser frustrada.



Outra ansiedade referida por Aline foi a questão da amamentação: *“Eu quero muito amamentar, uma das minhas preocupações é essa, amamentar. Até eu conversei com a minha médica, eu disse “ah, Dra, eu quero ver o que que eu posso botar no seio, né”, porque eu tenho muito essa preocupação em não conseguir amamentar. Porque tem pessoas que tem a maior facilidade, apesar que as minhas três irmãs tiveram, então eu acho que eu vou ter, tudo, eu vejo as minhas irmãs como foram, e eu acho que eu vou ser igual, mas não sei, pode ser diferente né”*. Aline parece ter utilizado a racionalização para lidar com sua ansiedade a respeito da amamentação, explicando que como as irmãs conseguiram, ela também conseguiria. Entretanto, como sua gestação foi diferente e mais difícil, no sentido de ocorrer na quinta tentativa de FIV, talvez estivesse em dúvida sobre sua capacidade de amamentar.

No seu relato, também apareceu ansiedade e medo de não conseguir dar conta do bebê: *“Tipo chorar de cólica assim eu acho que eu vou ficar desesperada, eu acho que eu vou ficar bem... eu acho que o Gustavo vai ter que entrar em ação (ri) e me tranquilizar, porque essa coisa do choro, choro, choro da criança te deixa né... Porque daí tu não tem mais o que fazer, tu dá mamá, tu troca a fralda, tu embala, e a criança não pára, não pára. Não sei, mas eu vou tentar me manter calma”*. Aqui Aline demonstrou a possibilidade de contar com a ajuda do marido, sem precisar sentir-se no controle, fazendo tudo sozinha. Quando perguntada como se imaginava lidando com a filha quando ela não quisesse mamar ou comer, o sentimento de angústia foi verbalizado: *“não sei, vai ser difícil... é, vai ser bem difícil. Fico agoniada, fico agoniada, ah, eu vou tentar fazer tudo, trocar comida, fazer palhaçada pra ver se... se come né, porque é aquela preocupação “ah não vai comer”*. Apesar que se deixar de comer uma refeição ele não vai morrer né, mas a gente fica com aquela preocupação porque a criança tem que comer né. E eu imagino assim, angustiada, angustiada, essa é a palavra”.

### **3.3.3. Terceiro mês**

#### **Ansiedades e defesas em relação ao tratamento**

Quando perguntada sobre a possibilidade de a reprodução assistida ter afetado de alguma forma a maneira como estava vivenciando o período desde o nascimento da filha, Aline foi categórica: *“Não... Agora eu até esqueço que fiz inseminação. Não... Nenhum problema (...) Eu acho que é indiferente, assim, o método natural ou a reprodução assistida, é indiferente. É filho igual. Mesmo que fosse, eu acho que, adotada, é filho igual*.

*Né, não tem nenhum problema. E nenhum preconceito assim, até se surge uma amiga que tenha algum problema eu já digo: “Olha, vai lá na clínica, na minha doutora!”. Ela foi meu anjo da guarda”. É interessante considerar que Aline afirmou esquecer que fez inseminação, quando na realidade ela engravidou através de FIV, um procedimento mais complexo, no qual a fecundação é feita fora do organismo.*

### **Ansiedades e defesas em relação ao parto e nascimento do bebê**

*Aline relatou como foi a preparação para o parto: “Eu fui na médica na quinta-feira, fechou 39 semanas, e eu marquei a cesárea, que a minha doutora sempre quis esperar o parto normal (...) E eu sempre tive medo do parto normal, e ela sempre queria. E daí na quinta-feira eu fui na médica e marcamos a cesárea pra segunda, que era dia 13, e naquela noite estourou a bolsa. E ela veio no outro dia (...) ela é temperamental, eu queria dia 13, e ela veio dia 10, ela escolheu o dia 10. No dia 13 eu tava em casa com ela”. No relato de Aline, apareceu o medo do parto normal, que havia sido verbalizado também na entrevista da gestação, quando ela relatou sobre o sobrinho de uma amiga, que teve falta de oxigenação na hora do parto e ficou com sequelas. A ideia de fazer cesariana já estava presente em função disso, da tentativa de controlar alguma intercorrência. Mas apesar do planejamento, foi a filha que “escolheu” o dia do nascimento, ou seja, não pôde ocorrer tudo conforme ela decidiu.*

*O parto parece ter sido uma experiência bastante dolorida: “Foi tudo bem, eu fiquei... Estourou a bolsa de madrugada, eu fui pro hospital, fiquei 4 horas e meia em trabalho de parto. Induzido né, porque eu não tinha contração. Eu queria morrer. Que não me deram anestesia. E quando a médica chegou eu disse: ‘Eu quero cesárea!’. Eu me arrependo de não ter ido até o final. Porque ela disse: “Aline, tu tá com 7 de dilatação, o pior tu já fez”, mas só que todo o processo até dilatar eu fiz sozinha na sala de pré-parto, o Gustavo não pôde ficar comigo. Então eu fiquei sofrendo ali sozinha...”. Apesar de inicialmente ter afirmado que foi tudo bem, parecendo fazer uso da negação, na sequência Aline conseguiu verbalizar o seu sofrimento na hora do parto, tanto em função das dores que sentiu, quanto pela sensação de estar sozinha, sem a presença do marido. Disse que se arrepende de não ter ido até o final, ou seja, tentado o parto normal, demonstrando o sentimento de não ter sido persistente ou forte o suficiente. Ao mesmo tempo, talvez fosse difícil suportar sua dor e seus receios sozinha.*

*Segundo Aline, o marido não ficou com ela no início porque o hospital não permitiu. Referiu-se ao medo de que a filha estivesse sofrendo em função do seu próprio sofrimento: “Mas agora passou. E não me deram anestesia, esperaram minha médica*

*chegar, então eu tava sentindo aquela dor, chorando ali sozinha, então quando ela chegou eu tava já num desespero porque eu achei que, como eu tava sofrendo aquilo, ela tava também”* Pode-se pensar que, além do medo de que algo pudesse dar errado caso fizesse parto normal, a decisão pela cesariana foi reforçada por este medo de que sua dor pudesse prejudicar a filha, podendo inclusive levá-la a óbito: *“Medo, achando que ela tava sofrendo junto, a gente vê tanta história. De mulher que vai ganhar bebê e o bebê morre. Deus o livre, eu ia parar no sanatório. Tá louco!”*. Depois de falar sobre as intensas dores que sentiu, Aline afirmou que é muito fiasco, como se não pudesse sentir dor: *“Ah, a dor é... Mas não mata. É muito fiasco da mãe né, não mata, podia ter ido até o final, mas eu fiquei com medo. Fiquei com medo dela sofrer”*. No seu relato, também observa-se a presença de um sentimento de fracasso por não ter suportado a dor e aguardado o parto normal: *“De vez em quando eu digo que eu amarelei”*.

Em relação à sua recuperação após o parto, Aline disse que apesar da dor, tinha que dar conta de tudo: *“Ah, é complicado, assim fazer cesárea né, aí doía, tinha que ficar pegando ela, mas eu fiz tudo desde o início. Eu que dei banho, era tudo comigo, não tive ajuda de ninguém, assim, ninguém veio pra minha casa. Ajuda que eu tinha era da sogra que mora aqui do lado, que ela me ajudava, tipo lavando roupa da Clarissa, essas coisas, agora o trabalho com ela, o bebê, sempre foi tudo comigo (...) Mas foi tranquilo desde o início. E do hospital assim... É que eu já tinha experiência de com as minhas sobrinhas, eu cuidei das minhas sobrinhas, então eu não fiquei apavorada, ela bebezinha. Já fui direto, fui dar banho, não teve ruim”*.

### **Ansiedades e defesas em relação ao bebê**

Quando falava sobre a filha, se destacou no relato de Aline o uso da idealização: *“Ah, ela é assim ó, maravilhosa, não dá o menor trabalho. Ela dorme bem, sempre, desde o início. Eu acho que eu tive uma gravidez muito tranquila, dizem que reflete né. Ela é muito tranquila, dorme bem, mama bem, e foram ótimos esses três meses, não tenho queixa (...) a gente se deu super bem, desde o início”*. Chama atenção a ênfase na tranquilidade, na ausência de trabalho e de qualquer queixa em relação à filha ou às suas necessidades. Aline disse que pensava que a filha iria dar mais trabalho: *“Não, eu achei que ela ia dar mais trabalho durante a noite. Aquela coisa de acordar... Porque todo mundo dizia: “Ah, aproveita e dorme” (...) e eu não sinto porque ela é muito tranquila pra dormir”*. Pode-se pensar que a expectativa de ter “trabalho” com a filha estava relacionada ao “trabalho” que teve para conseguir engravidar, e como cuidar da filha não foi tão difícil como imaginava, ela ficou idealizada.

Em outro momento, entretanto, apareceram diferentes características de Clarissa: *“Mas quando ela não é atendida prontamente, ela tem uns ataques de brabeza que olha, não pára de chorar, aí ela tem umas crises, uns ataques de braba, né. Ela é braba. Eu digo, ela puxou ao pai dela”*. Anteriormente Aline afirmou que a bebê não dava o menor trabalho e que era muito calma, sendo que aqui aparece como um bebê que também chorava, ou ficava brabo, ou seja, não era perfeito. Entretanto, havia uma necessidade de reforçar o quanto a menina era tranquila: *“Então ela sempre foi muito tranquila, eu digo assim, uma abençoada, porque ela é muito tranquila. Eu tenho uma amiga que teve bebê agora, tá com 1 mês (...) e ele chora, chora, chora, chora, não dorme direito, ela tá assim, com olheira, e ela... Desde o início essa guria foi muito quietinha, né filha? A mãe não pode reclamar que ela é braba. Pode ser braba”*. Na fala de Aline, observa-se seu sentimento de que não podia reclamar que a filha era braba, ou seja, qualquer descontentamento ou desapontamento precisava ficar negado.

### **Ansiedades e defesas em relação à maternidade**

Aline referiu estar se sentindo realizada com a maternidade: *“Eu digo a todo mundo: “Tenham filhos”. Porque é muito bom. É muito, bah, é um amor assim que é fora do normal. Eu digo, eu e o Gustavo no início, na primeira semana, a gente chorava, bobos, só de olhar pra ela, aquela coisa, aquele amor que dói. É muito bom. E eu digo pra ele, que pena que a gente não teve outro (...) Porque já era pra ter tido né. Ah, imagina. (...) eu acho que eu tenho instinto materno desde os meus 15 anos”*.

No relato de Aline, percebe-se que o nascimento da filha foi uma experiência emocionalmente intensa: *“Ah, no início eu chorava demais, assim. Não sei se a gente fica muito abalada ou se fui eu. Às vezes o Gustavo chegava em casa e eu começava a chorar, do nada, sabe aquele choro que tu não sabe porque tu tá chorando (...) E daí até na primeira consulta com a minha obstetra, ela disse: “E aí, já chorou muito?” e eu “Como é que tu sabe?”. “Normal, todo mundo chora no início”. Porque os hormônios, é um turbilhão de emoções né. Então eu chorava bastante. Nem sei porque eu chorava. Eu acho que mais por ser alguém tão fragilzinho, será que eu vou conseguir, né. Mas agora tá tranquilo, encerrou o choro, não choro mais (...) Mas não importa porque tu tá chorando, é uma coisa louca”*. Neste trecho observa-se que a transição para a maternidade não foi tão perfeita e tão tranquila como referiu em outros momentos. Aline ficou impressionada com seu estado emocional e com o fato de ter chorado, e se surpreendeu quando a médica lhe disse que isso era normal. Talvez para ela a experiência da maternidade estivesse tão idealizada que não haveria espaço para choro, dúvidas, incertezas, fragilidade. Ao mesmo

tempo em que afirmou que não sabia por que chorava, apareceu o receio de não conseguir cuidar da filha por esta ser muito “fragilzinha”.

Aline se descreveu como uma mãe coruja e protetora: *“Ah, coruja, leoa, assim, protetora, né, to sempre em cima da cria. Esses dias eu precisei, que agora o Gustavo ta com o pé quebrado, e a gente tinha que ir no super fazer rancho porque não tinha nada em casa. Daí eu disse: “Ah, Gustavo, como é que a gente vai no super, com a Clarissa, e tu de muletas”. Daí a Mari disse: “Ah, deixa comigo!”. (...) Quase tive um troço, mas eu disse: “Não, eu tenho que deixar, ela tá bem, tá com a tia dela, que bobagem”. Daí consegui ir”.* Aqui aparece que às vezes ficava insegura, e que não era tudo tão tranquilo, especialmente quando a situação envolve separar-se da filha, deixando-a aos cuidados de outra pessoa.

Ainda em relação à questão de separação, percebe-se que Clarissa lidou bem com o fato de ter ido para o seu próprio quarto, mas Aline ficou ansiosa: *“Ela dorme super bem, eu que fico acordando a noite inteira. To com a babá eletrônica, qualquer gemidinho eu escuto, mas às vezes mesmo se ela não geme eu venho aqui dar uma espiadinha. Porque antes eu fazia isso mas eu só olhava pro lado e ela tava ali né. E agora eu fico, aquela coisa, terceira noite. Mas ela tá super bem, é mais eu né”.* A questão da “espiadinha”, mesmo quando a menina não gemia, remete à necessidade que Aline tinha durante a gestação de fazer várias ecografias para dar uma “espiadinha” e conferir se estava tudo bem com a filha.

Ao mesmo tempo em que Aline pareceu ter dificuldade de se separar da filha, havia um medo de enlouquecer caso ficasse sozinha com ela: *“E eu disse: “Gustavo, graças a Deus que tua mãe mora aqui. Que senão eu ia pirar, eu sozinha com a Clarissa”. Nessa todos os dias... (...) Porque se eu tiver que ficar o dia inteiro assim sozinha só eu e ela eu acho que ia ser complicado. (...) Eu tenho uma amiga que ela ficava sozinha, ela até ficou meio deprimida, assim, não ao ponto de ficar deprê, mas... Que aquela rotina cansa né, aquela rotina dos bebês é bem cansativa. Até no início eu acho que eu chorava também por causa disso. (...) Porque daí o nenê chora, tu não sabe, até tu descobrir o que que é o choro de manha, o choro de fome, o choro de dor, né...agora eu já to tirando de letra, mas no início era bem complicadinho”.* Aline conseguiu falar que no início foi complicado até conhecer a filha, não precisando negar isso como ocorreu em outros momentos da entrevista. Também verbalizou que não foi tudo tão tranquilo, que se sentia fragilizada e cansada, demonstrando que pôde abrir mão do mecanismo de idealização e integrar os aspectos positivos e negativos da experiência da maternidade.

Em relação à amamentação, que gerava uma ansiedade bastante intensa em Aline desde a gestação, ela afirmou que é uma das coisas que mais gosta de fazer junto com a

filha: *“Ah, e amamentar né. Que é uma delícia, e eu adoro. No início foi complicado, mas agora... Que dói, tudo, machuca o peito (...) até disse pro Gustavo: “Agora eu sei porque tantas mulheres desistem de amamentar no meio do caminho”. Porque é complicado. Tinha dias assim que ela chegava a hora de mamar, que ela ia pegar o peito, ah, “tira ela daqui””*. Aqui apareceram sentimentos ambivalentes, a satisfação, mas também a dor e a dificuldade que foi até conseguir amamentar, demonstrando também a diminuição da idealização.

Aline referiu que tem medo de estragar a filha caso dê muito colo: *“No carrinho ela fica dormindo, assim, mas quando ela tá acordada agora eu to deixando ela mais, porque ela tá muito, colo, colo, colo, né. Então daqui a pouco ela tem que ir pra creche, ela vai sofrer. Então agora eu deixo ela mais no carrinho assim, até que eu vejo que ela não aguenta mais, daí eu pego. Porque senão ela só quer colo, né. E pra pegar balda é só tu fazer uma vez e deu. (...) Que a gente estraga os bebês, eles não aprendem, eles aprendem o que a gente ensina né”*. A questão da “balda” refere-se ao medo de deixar a filha mimada, que foi verbalizado já na entrevista da gestação.

### **3.3.4. Síntese do caso**

Aline falou sobre o início de seu desejo de ter filhos indicando diferentes momentos: desde que nasceu, e desde os 15 anos. Em relação às tentativas de engravidar, também refere datas diferentes: disse que parou de tomar a pílula quando casaram, e com um ano e meio de casados. Pode-se pensar que este é um tema mobilizador de ansiedade, e que o mecanismo de anulação pode ter estado presente quando “trocou” uma data por outra durante seu discurso. Ela disse que já sabia que poderia ter dificuldades para engravidar, pois aos 15 anos descobriu que tinha ovários policísticos, mesma idade em que diz ter iniciado seu “instinto materno”.

Quando chegou o momento de começar a tentar engravidar, Aline foi buscar ajuda médica e deparou com a necessidade de realizar tratamento. Ao falar sobre esse assunto, enfocou principalmente a questão financeira como fonte de angústia. Apesar de ter feito cinco tentativas de engravidar por FIV, os afetos não foram mencionados, apenas o alto custo do tratamento e as repercussões físicas de cada tentativa. O sofrimento psíquico em alguns momentos apareceu projetado no marido ou na sua mãe. Havia um sentimento de que seu caso foi diferente pelo fato de ter doado óvulos para outras mulheres, mas Aline referiu não querer pensar nesse assunto.

No relato de Aline ficou evidente a necessidade de afirmar constantemente que estava tranquila, como se a ansiedade, as expectativas, a frustração e o sofrimento

estivessem ausentes do processo de engravidar e de tornar-se mãe. Para ela, parecia que o fato de ser a quinta tentativa de FIV seria um atenuante, como se já não tivesse expectativa de conseguir engravidar. Ao mesmo tempo em que tentava se convencer de que se o exame desse negativo estava “tudo bem”, Aline demonstrou seu sofrimento quando disse que não dava para acreditar quando deu positivo.

Em relação ao curso da gestação, Aline referiu estar se sentindo bem, mas ficou decepcionada por não estar passando por coisas que outras mulheres passam, como os enjoos. Dessa forma, parecia sentir que sua gestação era diferente, não era uma gestação como qualquer outra, o que em sua fantasia poderia estar relacionado ao tratamento. Os três primeiros meses foram considerados difíceis, pois a ansiedade pela manutenção da gestação estava muito presente.

Durante a gestação, Aline referiu sua necessidade de fazer várias ecografias como forma de ter certeza de que a filha estava bem, dando uma “espiadinha”. Na entrevista do terceiro mês, contou que precisava dar uma “espiadinha” constantemente na filha para conferir se estava tudo bem quando a menina foi dormir em seu próprio quarto.

A questão da amamentação foi bastante ansiogênica para Aline, já durante a gestação, que tinha muito medo de não conseguir amamentar. No terceiro mês de Clarissa, Aline disse que amamentar era uma das coisas que mais gostava de fazer junto com a filha, sendo uma experiência que apesar de dolorida inicialmente, era extremamente satisfatória.

Na gestação, Aline demonstrou preocupação quanto à sua capacidade de dizer “não” para a filha. Após o nascimento de Clarissa, ela referiu que tinha medo de dar muita “balda” e de estragar a filha caso desse muito colo. Entretanto, talvez estivesse projetado na filha seu próprio sofrimento em relação à separação, pois pelo seu relato parecia que a menina estava se adaptando bem às mudanças.

Ao falar sobre a filha, se destacou no relato de Aline o uso da idealização, chamando atenção a ênfase na tranquilidade, na ausência de trabalho e de qualquer queixa em relação à filha ou às suas necessidades. Apesar dessa idealização, em outros momentos Aline descreveu Clarissa como um bebê que chorava e que ficava brabo, ou seja, que não era perfeito. Na sua fala, percebe-se o sentimento de que não podia reclamar que a filha é braba, ou seja, qualquer descontentamento ou desapontamento precisava ficar negado.

Após o nascimento de Clarissa, em diversos momentos percebeu-se a necessidade de Aline negar qualquer adversidade, ansiedade, frustração, afirmando enfaticamente como foi tudo tranquilo, como deu conta de tudo sozinha, e como se adaptou muito bem à filha. Apesar disso, no seu relato, percebeu-se que o nascimento de Clarissa foi uma experiência emocionalmente intensa, e que a transição para a maternidade não foi tão perfeita e tão

tranquila como referiu em outros momentos. Aline ficou impressionada com seu estado emocional e com o fato de ter chorado muito, e em outros trechos da entrevista demonstrou insegurança, especialmente para separar-se da filha, deixando-a aos cuidados de outra pessoa. Ao mesmo tempo, havia um medo de enlouquecer caso ficasse sozinha com a filha, pois em algumas ocasiões se sentiu fragilizada e cansada.

Em relação à possível influência da reprodução assistida na sua vivência da gestação, apareceu a negação da experiência do tratamento, havendo uma tentativa consciente de não pensar a respeito desse assunto. Entretanto, apesar de em vários momentos os sentimentos serem negados, projetados ou suprimidos, Aline também conseguiu verbalizar seu sofrimento através do relato do intenso desejo de ter um filho, relacionado à sua motivação para submeter-se ao tratamento e ao sofrimento correspondente, quantas vezes fosse necessário. No terceiro mês, Aline também negou qualquer influência da reprodução assistida na forma como estava vivenciando a maternidade, sendo que ela chegou a afirmar que até esquecia que fez tratamento.



## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto. A seguir, os resultados obtidos serão discutidos a partir da literatura, buscando-se identificar particularidades e semelhanças entre os três casos apresentados. O objetivo desta discussão não é quantificar as ansiedades ou os mecanismos de defesa mais empregados, e sim compreender qualitativamente as ansiedades presentes no contexto da reprodução assistida e os mecanismos de defesa utilizados pelas participantes para lidar com estas. Deve-se levar em consideração que aqui serão discutidos os três casos que fizeram parte do estudo, sem a pretensão de generalizar os resultados para o universo de mulheres que se submetem aos procedimentos de reprodução assistida. A discussão está organizada de acordo com as seguintes categorias: *Ansiedades em relação ao tratamento*, *Ansiedades em relação à confirmação da gestação*, *Ansiedades em relação ao andamento da gestação*, *Ansiedades em relação ao parto e nascimento do bebê*, *Ansiedades em relação ao bebê*, *Ansiedades e defesas em relação à maternidade* e *Mecanismos de defesa no contexto da reprodução assistida*.

#### **4.1. Ansiedades em relação ao tratamento**

Magda, Patrícia e Aline relataram que o desejo de ter filhos era mais delas do que dos seus parceiros, e conseqüentemente partiu delas a ideia de buscar tratamento para engravidar. Apesar de não ficar bem claro em seu discurso, Magda disse que Carlos demorou para querer ter filhos, Patrícia falou que Bruno primeiro queria terminar a casa, e ela ficava em dúvida sobre a vontade dele de ter um filho com ela, e Aline disse que nasceu querendo ser mãe mas que para Gustavo tanto fazia ser pai ou não. O relato das participantes vai ao encontro do que Makuch e Filetto (2010) encontraram em seu estudo, de que a decisão de participar dos procedimentos de FIV foi baseada mais no anseio das mulheres que no dos homens. Conforme referiu Lebovici (1988), a identificação com a mãe faz com que surja nas meninas o desejo de maternidade, e esse processo acontece desde muito cedo, antes ainda da vivência edípica.

Apesar do referido desejo de ser mãe, o adiamento do projeto de engravidar também foi observado nos três casos. Magda disse que tinha outros planos antes de ser

mãe, mas também parecia estar muito ambivalente quanto a seu desejo e temerosa da possibilidade de engravidar após ter feito um aborto. Como referido na literatura, as mulheres têm postergado os planos de engravidar em função de aspirações profissionais e financeiras, e a possibilidade de planejar a concepção pode dar apoio a uma expectativa onipotente de que o desejo também pode ser controlado e o controle pode ser revertido, negando a influência do desejo e da subjetividade (Fagandini, Monti, Agostini, Fava, & La Sala, 2006; Lanius & Souza, 2010).

Patrícia e Aline referiram a questão financeira como a principal causa da demora pela busca do tratamento, o que pode ser compreendido como um deslocamento da ansiedade para o dinheiro, ou seja, a ansiedade pareceu ficar vinculada a algo concreto. Aline acrescentou também a questão financeira como a única preocupação em relação ao sucesso do tratamento, pois queria saber quantas tentativas poderia realizar com seus óvulos. Apesar de ter engravidado na quinta tentativa de FIV, os sentimentos não apareceram diretamente no seu relato, sendo apenas verbalizadas a preocupação com o dinheiro e a forma como seu corpo reagiu aos diferentes ciclos de tratamento. Aline foi a participante que mais demorou para engravidar, e pode-se ponderar se, apesar de não presente em seu discurso, a ansiedade teve alguma influência nesse percurso. Alguns estudos (Anderheim et al., 2005; Lintsen et al., 2009; Lovely et al., 2003) apontaram que a presença da ansiedade antes e durante o tratamento não estava associada com o resultado do teste de gravidez nos procedimentos de TRA, mas outros (Boivin & Schmidt, 2005; Gurhan et al., 2009; Volgsten et al., 2010) indicaram que a ansiedade estava relacionada a menores taxas de gravidez.

As participantes relataram diferentes causas identificadas de infertilidade. No caso de Magda, a causa era masculina, no de Aline era masculina e feminina, e de acordo com Patrícia, no seu caso não foi feito um diagnóstico sobre a causa da infertilidade. Na revisão de literatura realizada, não se encontrou consenso quanto à influência da causa da infertilidade na ansiedade de mulheres inférteis. Tarlatzis et al. (1993) encontraram que os problemas psicológicos apresentados pelas participantes de seu estudo não pareciam estar relacionados à etiologia da infertilidade, se masculina ou feminina, diferindo dos achados de Lykeridou et al. (2009) e Drosdzol e Skrzypulec (2009), que verificaram maior ansiedade nos casos em que o fator da infertilidade era masculino. O desconhecimento do fator causal da infertilidade e a ausência de filhos advindos de outros casamentos foram considerados por Moreira et al. (2006) como fatores de risco associados significativamente à ansiedade.

No presente estudo, nenhuma das participantes tinha filhos, e apesar de as três terem se referido ao processo de diagnóstico e à causa da infertilidade, apenas Patrícia verbalizou manifestamente sentimentos em relação a isso, afirmando que apesar de não haver um diagnóstico fechado para a impossibilidade de engravidar, ela colocou a sua ansiedade como um fator que teria influência neste quadro. Apesar de não ser possível estabelecer uma relação causal entre ansiedade e infertilidade, do ponto de vista psicanalítico, Ribeiro (2004) considera que não se pode negar a influência do inconsciente, da sexualidade e do desejo na impossibilidade de engravidar.

Tendo em vista a revisão teórica realizada, pode-se perceber o significado que tem para a mulher ter um bebê. Klein (1975/1996) apontou que na fantasia inconsciente da menina o corpo da mãe está cheio de bebês, que são considerados por ela o bem mais precioso, e Brazelton e Cramer (1992) salientaram que a possibilidade de ter um filho dá à mulher a oportunidade de equiparar-se à mãe, revertendo sua posição submissa e seus sentimentos de inferioridade presentes no conflito edipiano. Além disso, segundo Freud, o surgimento de um momento traumático que não possa ser adequadamente enfrentado pelo princípio do prazer, é temido e causa ansiedade, portanto, a infertilidade poderia ser pensada como uma situação de perigo na qual se apresenta ao ego uma soma excessiva de excitação (Freud, [1933/1932]1969/1996). Na visão de Klein (1975/1991), a ansiedade mais fundamental das meninas está relacionada à ameaça de tudo que acredita conter em seu interior, incluindo seus filhos em potencial, e quando a mulher torna-se adulta e não consegue engravidar, poderia reviver essas fantasias arcaicas.

A trajetória de tratamento de cada uma das participantes foi diferente: Magda e Patrícia engravidaram na primeira tentativa de FIV, sendo que Patrícia já havia feito uma inseminação artificial anteriormente, a qual não resultou em gestação. Aline engravidou na quinta tentativa de FIV. Em relação à ansiedade, alguns estudos (Ardenti et al., 1999; Beaurepaire et al., 1994) não encontraram diferenças significativas em ansiedade com relação ao número de ciclos de tratamento, mas Slade et al. (1997) verificaram que no início, as mulheres eram mais ansiosas do que seus parceiros e as normas comparativas, e que o primeiro e o último ciclo de tratamento foram associados à maior ansiedade. Kee et al. (2000) encontraram que houve uma tendência de diminuição do estresse psicológico com um período de infertilidade avançado, contrariando os achados de Drosdzol e Skrzypulec (2009), de que uma duração da infertilidade entre três e seis anos estava entre os fatores de risco para ansiedade relacionada à infertilidade.

Algumas formas de lidar com o momento do tratamento foram identificadas no discurso das participantes. Magda disse que ela e o marido não conversavam muito durante

esse período, e referiu-se à presença de uma expectativa cautelosa em relação ao sucesso do tratamento. Patrícia falou do desejo de ter engravidado anteriormente, mas ao mesmo tempo disse que “cada coisa tem sua hora”. Para que pudesse realizar o tratamento, Aline doou óvulos para outras mulheres que também queriam engravidar, mas evitava pensar nessa questão. Para evitar a frustração e o sofrimento, as expectativas e as dificuldades precisaram ficar afastadas da experiência do tratamento. Em um estudo que investigou mulheres que não obtiveram sucesso no tratamento, Makuch e Filetto (2010) encontraram que os questionamentos e dificuldades das diferentes etapas do procedimento foram minimizados durante sua realização e começaram a se manifestar quando houve fracasso. As mulheres que estavam na primeira tentativa, provavelmente por estarem com alta expectativa de sucesso, minimizavam o desconforto e o impacto da medicação no organismo, já as mulheres que estavam repetindo os procedimentos vivenciaram expectativas de sucesso, mas ao mesmo tempo tiveram preocupação pelas injeções diárias. Como o presente estudo abordou o tratamento retrospectivamente, não é possível ter acesso ao que as participantes sentiram realmente naquele momento, o que pode estar minimizado depois que a gestação ocorreu.

Apesar dos mecanismos de defesa identificados nos relatos das participantes nas entrevistas, elas também puderam relatar sua ansiedade sem a necessidade de utilizar defesas em relação a isso. Magda pôde verbalizar sua ansiedade por não ter controle da situação e dos próprios sentimentos durante o tratamento, além da impessoalidade e formalidade na forma como o processo foi conduzido. Patrícia referiu que era muito ansiosa, e que queria tudo para ontem. Aline verbalizou que o tratamento é muito dolorido física e mentalmente. Estas verbalizações vão ao encontro do que refere Seger-Jacob (2006), de que sentimentos de dor e impotência são vivenciados em relação ao diagnóstico de infertilidade, e a pessoa fica vulnerável à ansiedade e a manifestações diversas. Além disso, a dor e a incapacidade de planejar ou predizer o futuro, sem a possibilidade de controlar suas vidas, corpos ou emoções, fazem com que a infertilidade seja sentida como uma crise e um trauma psicológico para muitas pessoas (Burns, 2005). O tratamento também coloca o sujeito em uma posição de fragilidade, pois o resultado não está em suas mãos, e não depende apenas de que ele siga todos os passos e cumpra as regras e as receitas médicas, pois não há garantia de um resultado positivo e desejado (Weiss, 2006).

#### **4.2. Ansiedades em relação à confirmação da gestação**

As três participantes demonstraram distintas formas de lidar com o resultado positivo do teste de gravidez. Magda falou sobre sua dúvida quanto à veracidade do

resultado do exame, como se não acreditasse que deu positivo, e após a confirmação, ela verbalizou que sua expectativa estava sendo “segurada”. Magda considerou ainda uma “dádiva” o fato de ter conseguido engravidar na sua primeira tentativa de FIV, ponderando que se isso não tivesse ocorrido, ia ser muito doloroso. Patrícia não relatou esta dúvida em relação ao exame, e ao receber o resultado positivo, disse que foi uma “explosão de alegria” e contou “para todo mundo” que estava grávida, talvez como uma forma de tornar real a consolidação da gestação. Apesar de também ter falado que não acreditou quando viu o resultado positivo, Aline referiu que foi tudo muito tranquilo. A maioria dos autores concorda com a afirmação de que o momento mais estressante de todo o ciclo de FIV para as mulheres é a espera do resultado de gravidez (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001), considerando que situações ameaçadoras nas quais há muita incerteza sobre o curso que irão tomar, podem evocar ansiedade (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, 2005). Para as mulheres previamente inférteis, alguma negação da gestação ou demora na aceitação ou reconhecimento da gestação é normativo, frequentemente resultado de um processo ambíguo de confirmação da gravidez que contribui para a descrença ou irrealidade (Miller, 1990), sendo que a aceitação e a assimilação da realidade da gestação pode ser mais hesitante e difícil nesse contexto, especialmente se o processo envolve um período de tempo significativo (Covington & Burns, 2006).

Outra questão presente nesse momento foi a expectativa em relação ao número de embriões implantados. Magda disse que pensou se seriam gêmeos ou não, demonstrando seu desejo de que assim fosse, pois como foi difícil engravidar, se viessem dois “já fechava”. Patrícia referiu-se à mancha branca que apareceu na ecografia, indicando que apenas um dos embriões havia “vingado”, verbalizando sua decepção, pois achava que seria – e queria – mais de um bebê. Aline, nesta quinta tentativa de FIV, teve quatro embriões implantados, e disse que se pudesse colocaria mais, pois isso aumentaria as chances de gravidez. Quando fez a ecografia que confirmou a existência de apenas um bebê, ficou decepcionada, pois queria gêmeos. De acordo com o estudo realizado por Newton e McBride (citado por Covington & Burns, 2006), o risco associado a gestações múltiplas é frequentemente não compreendido pelos casais inférteis, mesmo quando eles são informados dessa possibilidade, e os riscos associados a nascimentos múltiplos podem ser significativamente subestimados.

#### **4.3. Ansiedades em relação ao andamento da gestação**

Duas das participantes, Patrícia e Aline, se referiram ao medo de perder o bebê. Patrícia relacionou esse medo particularmente ao enorme esforço empreendido para

conseguir engravidar, e disse que escutar o coração do bebê foi uma forma de minimizar essa ansiedade. Aline considerou que os três primeiros meses de gestação foram difíceis, pois tinha medo de tudo, e que apesar de sua gravidez estar transcorrendo sem problemas, o medo de perder o bebê estava muito presente, tanto que inicialmente contou para poucas pessoas que estava grávida, tendo esperado o terceiro mês para dar a notícia. De acordo com a literatura, lidar com sentimentos contraditórios, como a felicidade por estar grávida e o medo da perda ou a percepção de si mesma como defeituosa devido à infertilidade pode ser bastante ansiogênico para as mulheres previamente inférteis (Olshansky, 1995). As mulheres que realizaram FIV no estudo de Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen e Collins (2003) estavam mais ansiosas sobre a perda da gestação do que as gestantes do grupo controle, e os autores também encontraram que reações intensas à infertilidade foram associadas com um alto grau de ansiedade sobre a perda da gravidez e um baixo grau de ambivalência sobre a gestação.

Como contrapontos ao medo de perder o bebê foram citadas pelas participantes algumas evidências concretas que auxiliavam na diminuição da ansiedade. O crescimento da barriga foi referido por Magda e por Patrícia como uma prova de que a gestação estava mesmo consolidada. Ambas referiram que tinham um desejo muito grande de que a barriga crescesse logo, e no relato de Patrícia percebe-se o significado da barriga como sinônimo de potência e capacidade de gerar. De acordo com Colarusso (1990), a experiência da concepção adiciona uma nova dimensão para a identidade sexual através da confirmação de que o aparato sexual é capaz de desempenhar a função primordial para o qual foi destinado, e a habilidade para criar uma nova vida é sentida pelo indivíduo como narcisicamente gratificadora. O narcisismo da mulher durante a gestação torna-se aumentado por ter um bebê dentro de seu ventre (Aulagnier, 1990; Ribeiro, 2004), e à medida que o ciclo gravídico avança, o corpo acusa essa nova condição através das mudanças corporais que impõem visualmente essa realidade (Raphael-Leff, 1997).

Os enjoos também apareceram como uma confirmação da consolidação da gestação. Magda disse que se sentiu muito bem, e que os enjoos confirmavam seu “estado gravídico”. Aline queixou-se de não sentir coisas que as mulheres grávidas sentem geralmente, como enjoos e inchaço, e afirmou que queria ter passado por “todas as etapas”. O reconhecimento de certos marcos da gestação como o número de semanas, a confirmação dos batimentos cardíacos do feto, ou o movimento fetal, podem ajudar a validar a realidade da gestação para as mulheres previamente inférteis (Miller, 1990). Sobre a necessidade de querer passar por tudo o que as outras mulheres passam, Olshansky (1995) afirma que as mulheres previamente inférteis têm dificuldade de ver a si mesmas

como uma gestante normal, e sentem que suas experiências com a infertilidade, tratamento médico e ausência de filhos as diferencia das outras mulheres grávidas.

Em relação às mudanças no corpo em função da gestação, as três participantes relataram não haver preocupações. Magda disse que não se preocupava com essa questão, mas ao mesmo tempo referiu-se ao ganho de peso e ao aparecimento de varizes, sendo que em seguida disse que nunca foi muito vaidosa. Patrícia negou preocupações, e afirmou inclusive que a gestação só lhe trouxe mudanças positivas, pois estava mais bonita. Aline disse que em relação a isso estava tranquila. A gestação, quando ocorre após um histórico de infertilidade, tende a ser considerada como um prêmio, como algo precioso e de valor inestimável (Covington & Burns, 2006), e por esse motivo, frequentemente as mulheres nesse contexto sentem que não têm o direito de reclamar sobre as exigências físicas ou desconfortos da gestação (Olshansky, 1995). Harf-Kashdaei e Kaitz (2007) acrescentam que é possível que as mulheres que concebem através de FIV se sintam menos autorizadas a reclamar durante a gestação porque elas sentem que deveriam ser gratas, ou seus medos podem ser tão intensos que precisam ser alvo de repressão e outros processos que tornam os sentimentos negativos inacessíveis.

Estes achados contrastam com o que alguns estudos expõem sobre o que se espera em uma gestação natural. Em um estudo com mulheres que engravidaram naturalmente, algumas gestantes demonstraram conformidade com as transformações físicas, mas outras relataram insatisfação e preocupação ou sentimentos de estranheza diante das alterações corporais (Piccinini, Gomes, De Nardi, & Lopes, 2008). Nesse sentido, é interessante ressaltar que sentimentos ambivalentes, especialmente no início da gravidez, são considerados normais, mesmo quando a gravidez é planejada e desejada (Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004). Durante a gestação, as mulheres geralmente sentem-se realizadas, com a autoestima e senso de feminilidade aumentados, ao mesmo tempo em que podem experimentar ressentimentos e até mesmo hostilidade em relação às mudanças físicas e psíquicas que estão ocorrendo e escapam ao seu controle (Covington & Burns, 2006; Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003).

Sendo assim, a partir de uma perspectiva clínica, seria importante não esperar que os casais previamente inférteis tenham apenas sentimentos positivos por terem concebido (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003). No presente estudo, ficaram mais evidentes apenas os aspectos e sentimentos positivos relacionados à gestação, indo ao encontro de resultados já encontrados por outros estudos. Klock e Greenfield (2000) verificaram que as mulheres que engravidaram através de FIV relataram

significativamente mais satisfação com a capacidade de engravidar, estavam menos preocupadas com a liberdade sexual durante a gestação, e significativamente menos preocupadas com as mudanças no peso, perda de atenção do marido e restrições da independência do que as mulheres que conceberam naturalmente. A falta de ansiedade durante a gestação no autorrelato das participantes do estudo conduzido por Fisher, Hammarberg e Baker (2008) foi considerada surpreendente pelos autores, podendo indicar uma expectativa de que a transição para a parentalidade não terá nenhum problema e que a experiência de cuidar de uma criança será totalmente gratificante.

#### **4.4. Ansiedades em relação ao parto e nascimento do bebê**

Magda, Patrícia e Aline tiveram suas bebês através de cesariana. O momento do parto despertou ansiedades nas três participantes, sendo que Magda e Patrícia relataram alguns sentimentos semelhantes. Ambas disseram que não estavam preparadas para o parto, que sentiram aquele momento como algo que ocorreu muito rápido. Também demonstraram, a partir de sua fala, que estavam com uma ilusão de que poderiam controlar o momento em que os bebês iriam nascer. Magda entrou em pânico quando foi à médica e percebeu que algo grave estava acontecendo (ela estava com dores) e que o parto precisava ser feito em breve, e falou que não queria que a filha nascesse naquele momento. Quando a médica disse que o parto ia ocorrer, Patrícia entrou em pânico porque o parto não foi programado como ela imaginou. Ao lidar com essa situação ansiogênica, Magda disse que a partir daí aprendeu que as coisas não são perfeitas e que ela não vai ter o controle da situação. Já Patrícia contou que se assustou com o fato de o parto ter sido prematuro, chorou, apesar de em seguida ter afirmado que “foi super bom”. De acordo com a literatura, a gestação, quando ocorre naturalmente e sem intercorrências, pode ser um período narcisicamente gratificante, mas se há algum problema, pode significar uma ferida narcísica, trazendo ansiedade sobre a capacidade do corpo para a gestação e o parto. Sentimentos de ambivalência, ansiedade ou medo podem aumentar a insegurança e diminuir a autoconfiança, trazendo complicações para a gestação e a parentalidade (Covington & Burns, 2006).

As ansiedades de Aline em relação ao parto e ao nascimento foram distintas das outras participantes. Seu parto foi a termo, e sua maior ansiedade era se o parto seria normal ou cesariana. Referiu-se às dores que sentiu, mas minimizou sua experiência classificando-a como “fiasco”. Entretanto, assim como Magda e Patrícia, tinha a ideia de que ela poderia controlar a situação, optando pela cesariana, pois seu medo era de que pudesse ocorrer algum problema na hora do parto normal que deixasse o bebê com



sequelas ou mesmo o levasse à morte. Os achados de McMahon et al. (1997) corroboram esse dado, pois no seu estudo encontraram-se níveis de ansiedade significativamente maiores nas mulheres que conceberam com o auxílio da FIV a respeito de danos a seus bebês durante o parto.

As mães previamente inférteis têm a tendência a sentir o parto como um evento mais excepcional do que as mães férteis, e a experiência de um longo período de infertilidade pode ser a causa dessa percepção, pois um evento sobre o qual havia dúvida se iria ocorrer, finalmente aconteceu (van Balen et al., 1996). Em relação ao parto em si, as participantes do presente estudo tiveram experiências distintas, não tendo sido um evento considerado extraordinário, entretanto, a recuperação foi descrita como excepcional.

Apesar de Magda ter se referido à sua recuperação como maravilhosa, em outro momento disse que na primeira semana ela sentia para sentar e para se levantar. Aline, por sua vez, enfatizou mais em seu discurso a questão de dar conta da filha sozinha enquanto falava do período pós-parto. Loke e Poon (2011) encontraram que mães mais velhas tendiam a se preocupar mais com sua recuperação após o parto e com as exigências físicas de cuidar de um recém-nascido, o que foi apontado no presente estudo apenas por Magda, que estava pensando em ter parto normal pois estava preocupada em poder estar “inteira” para cuidar do bebê, sem precisar se recuperar da cesariana.

#### **4.5. Ansiedades em relação ao bebê**

As principais ansiedades verbalizadas pelas três participantes em relação ao bebê, durante a gestação, referiam-se à questão da saúde. Magda falou sobre o medo de pegar rubéola, pois via crianças deformadas e com problemas quando ia ao HCPA. Patrícia tinha receio de que o bebê nascesse prematuramente, com problemas, ou tivesse uma morte súbita. Aline falou sobre o medo de que no parto normal algo desse errado e o bebê ficasse com alguma sequela. Magda e Patrícia se referiram ao desejo de que o bebê mexesse logo no útero, e Magda pensava que o bebê se mexeria bem antes do momento em que começou a se mexer, o que pode ser entendido como um desejo de ter a confirmação, no próprio corpo, de que o bebê estava ali e estava bem.

Níveis de ansiedade significativamente maiores sobre a sobrevivência e a normalidade dos seus bebês durante a gestação foram encontrados nas mulheres que conceberam com o auxílio da FIV, sendo que a ansiedade sobre o bem-estar do bebê foi expressa pela demora das mães em contar aos outros sobre a gestação e pelo persistente medo da perda fetal (McMahon et al., 1997). Em comparação a esse achado, Loke e Poon (2011) afirmam que mesmo em gestações naturais, mães primigestas com 35 anos ou mais

estavam mais propensas a se preocupar com a possibilidade de aborto, síndrome de Down e defeitos estruturais dos seus fetos do que mães mais novas. No entanto, McMahon, Gibson, Allen e Saunders (2007) não observaram diferenças entre mulheres mais jovens e mais velhas que conceberam com o auxílio das TRA no que se refere a ansiedades específicas à saúde do bebê. Em uma amostra de mulheres encaminhadas para serviços psiquiátricos, Brockington, Macdonald e Wainscott (2006) verificaram que os temas mais comuns após o parto foram o medo patológico de morte súbita e das críticas em relação às habilidades maternas, sendo que o medo da morte fetal durante a gestação foi associado a histórico de abortos ou infertilidade.

Tendo em vista essas ansiedades, a realização das ecografias foi considerada uma forma de amenizar as ansiedades a respeito do bom desenvolvimento do bebê durante a gestação para as três participantes. Magda ficou decepcionada porque não viu o bebê já formado na primeira ecografia que realizou. No caso de Patrícia, ela referiu ansiedade em relação ao bem-estar do bebê, mesmo que as ecografias estivessem mostrando que estava tudo bem. A intensa ansiedade de Aline a esse respeito pode ser inferida no momento em que relatou sua necessidade de realizar várias ecografias, de frequentemente “dar uma espiadinha”, e no momento em que afirmou que em todos os exames estava tudo bem, mas sempre ficava “naquela expectativa”. Repetidos pedidos ou exigências de reassseguramento verbal, realização de várias consultas e exames de ultrassom, além de repouso autoimposto e abstinência sexual fazem parte de uma estratégia de *coping* denominada hipervigilância, que é frequente em mulheres que engravidaram com o auxílio de TRA (Covington & Burns, 2006).

Uma tendência de maior ansiedade na gestação de mulheres que se submeteram a tratamento para engravidar também foi observada por outros autores, através de maior tensão muscular e maior ansiedade em perder a gravidez (Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003), estando essa ansiedade presente durante toda a gestação, mesmo que a realidade externa, por meio de exames clínicos e de imagens, apontasse que a gravidez estava transcorrendo bem (Dornelles, 2009; Hjelmstedt, 2003). Covington e Burns (2006) afirmam que a ansiedade na gestação decorrente do uso de TRA pode ser descrita como um período de “esperando perder” (*waiting to lose period*), quando as mulheres previamente inférteis estão constantemente alertas a sinais de aborto iminente e têm pouca confiança de que um bebê realmente vá nascer.

Na entrevista dos três meses de vida do bebê, diferentes ansiedades estiveram presentes. Magda e Patrícia, falando sobre os primeiros dias em que suas bebês nasceram e foram para a UTI, minimizaram o impacto desse fato, sendo que Magda disse que não

criou muita expectativa e que deixou nas mãos de Deus, e Patrícia disse que ao conversar com outras mães em situações piores e por ter apoio da equipe e do hospital, ficava bem tranquila. Apesar disso, em outro momento referiu-se ao pavor que sentiu quando não viu sua filha na sala onde estava anteriormente, tendo imaginado que algo grave teria acontecido com ela.

#### **4.6. Ansiedades em relação à maternidade**

Na entrevista da gestação, Magda, Patrícia e Aline relataram algumas ansiedades semelhantes em relação à maternidade. O medo de não conseguir amamentar e de não dar conta do bebê e suas necessidades foram expressos pelas três participantes. A ansiedade sobre a capacidade de amamentar foi relacionada por Patrícia à possibilidade de esse ato fazer parte de um momento em que passaria “tudo de bom” para a filha, ou seja, envolvia o receio de não conseguir passar apenas o leite materno em si, sendo algo carregado de afeto. Aline lidou com sua ansiedade sobre a amamentação afirmando que como suas irmãs conseguiram amamentar, ela também conseguiria.

As três participantes, na gestação, se referiram à ansiedade a respeito da amamentação, e quando tiveram seus bebês, Magda e Patrícia não conseguiram amamentar, só Aline. Magda considerou que a sua tentativa de amamentar foi estressante, pois a bebê ficava com fome e ela sentia muitas dores. Patrícia verbalizou a frustração que sentiu por não ter conseguido amamentar, apesar de ter dito que muitas crianças se desenvolvem muito bem mamando na mamadeira. Aline referiu-se ao prazer que sente em amamentar a filha, dizendo que é uma das coisas que mais gosta de fazer junto da menina. A respeito da amamentação, Maldonado (1997) afirma que as atitudes diante do método de alimentação do bebê também refletem diferentes sentimentos, expectativas e interpretações fantasiosas da mãe em relação a si própria e ao bebê, e que as vivências da mãe em relação ao próprio leite frequentemente estão associadas a sua autoimagem.

Magda, na gestação, falou também sobre o medo de desenvolver uma depressão pós-parto, e o receio de não se apaixonar pela filha. A ansiedade sobre sua capacidade de se adaptar ao ritmo do bebê estava relacionada à sua autopercepção como uma pessoa autoritária, que gostava de que tudo ocorresse à sua maneira. Magda expressou inclusive o receio de perder sua identidade e sua personalidade ao se tornar mãe. Patrícia, por sua vez, associou seu temor de não conseguir ser próxima e afetiva com a filha ao medo de repetir o seu relacionamento com sua mãe, que descreveu como distante afetivamente. O medo de não dar conta do bebê, ficando desesperada quando ele fosse chorar, foi verbalizado por

Aline, sendo que nesse momento ela conseguiu pensar que talvez fosse precisar de ajuda para cuidar da filha, o que não apareceu em outros momentos da sua fala.

A partir do relato das participantes, pode-se pensar que estavam referindo-se à insegurança sobre sua capacidade de desenvolver o que Winnicott (1966/1987) chama de preocupação materna primária, quando ele afirma que a mãe, quando tem o apoio necessário, está preparada para a experiência de saber muitíssimo bem quais são as necessidades do bebê, e não aprenderá nada sobre isso nos livros. De acordo com Winnicott (1956/1978), esta condição se desenvolve gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez, e é somente quando possui esta sensibilidade que uma mãe pode sentir como se estivesse no lugar do bebê e assim responder às necessidades dele.

Em relação às mudanças acarretadas pela maternidade, no terceiro mês de vida do bebê, Magda referiu que depois do nascimento da filha, reconsiderou algumas opiniões que tinha anteriormente, podendo mostrar-se mais flexível, capaz de sintonizar com as necessidades da filha. Apesar disso, falou sobre o peso da responsabilidade que é cuidar de uma criança, e o quanto é difícil ter de se adaptar à nova realidade e às necessidades da filha, não podendo fazer o que queria na hora que tinha vontade, então esforçava-se para adaptar a menina à sua rotina. Patrícia inicialmente afirmou que não houve alterações na sua rotina após o nascimento da filha, mas depois citou algumas situações que não são como antes, como por exemplo o planejamento de uma viagem. Sobre a nova rotina, Aline disse que era muito bom ter a sogra morando perto, pois achava que seria complicado se tivesse que passar o dia todo com a filha, chegando a dizer que iria “pirar” caso isso acontecesse.

Sob a perspectiva da preocupação materna primária, Winnicott afirma que esta condição continua por algumas semanas depois do nascimento da criança, e é necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver este estado quanto para se recuperar dele quando o bebê a libera, e que a mãe é a pessoa mais adequada para cuidar do seu bebê, pois é ela que pode atingir este estado especial de preocupação materna primária sem ficar doente (Winnicott, 1956/1978). Em relação às participantes do presente estudo, pode-se pensar que houve algumas peculiaridades no desenvolvimento da preocupação materna primária. Magda parece ter conseguido sintonizar com as necessidades da filha, ao mesmo tempo em que falou sobre a dificuldade de adaptar-se a elas. Patrícia negou que sua rotina tenha mudado com o nascimento da filha, e Aline ficou com medo de “pirar” caso ficasse sozinha com a bebê, neste envolvimento tão íntimo e exigente.

No terceiro mês de vida do bebê, as ansiedades demonstradas pelas três mães em relação à maternidade tiveram mais peculiaridades do que semelhanças. Em relação à adaptação inicial, Magda considerou que foi um período “um pouquinho estressante”, tanto em função do cansaço físico quanto por não ter podido contar com o apoio do marido, que tinha feito uma cirurgia. Também falou sobre seu sentimento de estar em segundo plano, parecendo sentir que perdeu seu lugar, pois para tudo agora a filha está em primeiro lugar. Referiu sentir dificuldades em relação à sogra e à cunhada, que faziam com que se sentisse insegura quanto à sua capacidade de cuidar da filha. Falou ainda que não se sentia apropriada do papel de mãe. Patrícia comentou que foi melhor a filha ter ficado 16 dias na UTI, pois tinha a sensação de que não saberia cuidar bem da filha caso fossem para casa logo após o nascimento. Aline, por sua vez, expressou o quanto sentiu-se emocionalmente fragilizada após o nascimento da filha, relatando que no início chorava demais sem motivo aparente, ao mesmo tempo em que apareceu o receio de não conseguir cuidar da filha por esta ser muito “fragilzinha”. Também disse que no início foi complicado até conhecer a filha.

Sintomas de depressão diante da nova responsabilidade de cuidar de um bebê são bastante comuns, em graus variados, em grande parte das puérperas, e uma das questões que justifica essas reações é o fato de que nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem muito pouco (Maldonado, 1997). Além disso, muitas vezes a dependência e a fragilidade da criança são vivenciadas pela mãe como assustadoras, e ela pode sentir-se desamparada e com medo de não saber como cuidar do filho (Maldonado et al., 1997). No caso das participantes do presente estudo, soma-se ainda a questão da infertilidade, que pode deixar sequelas em relação à autoimagem, expressas através do receio de não enfrentar adequadamente a gestação, o parto e os primeiros cuidados com o bebê (Makuch, 2001), e através de um senso de competência e autoestima diminuídos, pelo menos até os quatro meses pós-parto (McMahon et al., 1999). Embora o tratamento seja bem-sucedido e a parentalidade seja alcançada, a impossibilidade de conceber naturalmente parece continuar a afetar a vida de uma parcela de pais que se submeteram à FIV (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2004).

Depois de anos de infertilidade, a transição para a parentalidade pode ser difícil e estressante, podendo haver expectativas irreais ou idealizadas de si mesmos como pais e/ou dos seus filhos, bem como sentimentos de medo ou angústia, com dúvidas em relação à parentalidade, a si mesmos como pais, ou à criança. Durante a infertilidade, muitas pessoas fazem um acordo consigo mesmas de que serão pais perfeitos se tiverem a oportunidade de se tornar pais, e mais tarde, quando alcançam esta condição, percebem que é impossível

cumprir esse acordo (Burns, 2006). Talvez por essa expectativa idealizada, Magda tenha considerado estressante o período logo após o nascimento da filha, e Aline tenha se surpreendido com sua sensibilidade expressada através do choro.

O receio de mimar a criança foi citado por Patrícia e Aline durante a gestação. Patrícia referiu que tinha medo de mimar e “estragar” a criança, e Aline demonstrou preocupação quanto à sua capacidade de dizer “não” para a filha. No terceiro mês de vida do bebê, o medo de mimar a filha foi referido apenas por Aline, que disse ter medo de estragar a filha caso desse muito colo. Ela falou que estava deixando Clarissa mais tempo no carrinho para que já fosse se acostumando, pois faltavam apenas três meses para ela voltar a trabalhar. Questões de separação-individação, superproteção parental, e sistemas familiares enredados ou centrados na criança são problemas potenciais nesse contexto (Golombok & MacCallum, 2003).

#### **4.7. Mecanismos de defesa no contexto da reprodução assistida**

No que se refere aos mecanismos de defesa, na revisão de literatura realizada, não foram encontrados estudos que investigassem especificamente este tema no contexto da reprodução assistida. Sabe-se, entretanto, que para se ajustar aos conflitos, o ego utiliza-se dos mecanismos de defesa, os quais são colocados em movimento em função da ansiedade despertada (Freud, A., 1946/1996). Sendo a infertilidade uma experiência profundamente aflitiva, os mecanismos de defesa podem ser mobilizados para lidar com o estresse resultante do tratamento (Repokari et al., 2005; Sydsjö et al., 2002).

Ao se deparar com o diagnóstico de infertilidade, as primeiras reações geralmente incluem choque, descrença, raiva, culpa e vergonha, e ao longo do tempo, sentimentos de perda de controle, autoestima diminuída, fracasso, insegurança, perda, ansiedade e depressão são comuns (Burns, 2005; Klonoff-Cohen et al., 2001; Raphael-Leff, 1997). Durante o tratamento, além do desconforto relacionado aos procedimentos médicos necessários, sentimentos intensos são despertados, incluindo humilhação, raiva, depressão, culpa, desvalorização, anormalidade, incompletude, incapacidade, ansiedade e medo (Kusnetzoff, 1997; Matsubayashi et al., 2001; Melamed, 2006; Seger-Jacob, 2006; Spertino, 2005; Weiss, 2006). Sendo assim, seria de se esperar que sentimentos de ansiedade em relação à infertilidade fossem relatados pelas três participantes. Entretanto, é plausível que as mulheres subestimem sua angústia relacionada à previa infertilidade uma vez que ficam grávidas (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003).

Tendo em vista o que foi referido anteriormente na revisão teórica, do ponto de vista psicanalítico, entende-se que a infertilidade traga consequências psíquicas, tanto em

função da ferida narcísica que acarreta, quanto pelas questões edípicas que traz à tona. Nas entrevistas das três participantes, percebe-se que o sofrimento psíquico em relação ao tratamento, que não pôde ser admitido ou pensado, por vezes apareceu projetado no marido. Magda referiu que nem teve tempo de sofrer durante o tratamento porque tudo foi muito rápido, e que a única coisa constrangedora foi o fato de o marido ter que fazer vários exames, o que é muito invasivo e não é fácil para o homem. Patrícia demorou a relatar que havia feito uma inseminação artificial sem sucesso antes da FIV, entretanto, colocou que o marido tinha muita preocupação que ela fosse sofrer se a atual tentativa não desse certo. Aline relatou que deixava o marido falar, colocar a culpa nela pelo problema da infertilidade, porque sabia que para o homem era mais difícil, pela questão da masculinidade, e que a mulher “leva mais na boa”.

As principais defesas utilizadas pelas participantes do presente estudo foram negação, idealização, isolamento do afeto, racionalização e projeção. O uso da idealização e da negação, consideradas por Melanie Klein como defesas maníacas, foi destacado nas entrevistas. Na gestação, os enjoos foram idealizados, tendo sido considerados como uma confirmação da situação de gravidez. Em relação às mudanças no corpo em função da gestação, as três participantes relataram não haver preocupações, o que também aponta no sentido da negação e da idealização. Magda e Patrícia, falando sobre as mudanças que um filho traria à sua vida, tenderam a uma visão idealizada dessa transição enquanto ainda estavam grávidas, negando as necessidades de um bebê. Magda afirmou que ela e o marido teriam que mudar os hábitos para que a filha tivesse uma rotina, e ela achava que isso seria difícil, pois não sabia se eles estavam dispostos a fazer isso. Patrícia falou sobre uma possível desorganização na rotina com a chegada do bebê, mas disse que a criança precisava aprender a crescer na organização, não ficando claro quem vai precisar se adaptar a quem, pois na sua fala parece que não iriam precisar mudar sua rotina, apenas incluir a criança nela.

A utilização do mecanismo de idealização também foi verificada em outros estudos. Spotorno (2005) identificou durante a gravidez a presença de uma idealização da maternidade, pois as gestantes se imaginaram como mães boas, dedicadas e superprotetoras, sendo de que a maioria não fez referência a aspectos negativos inerentes ao papel maternal. McMahon et al. (1999) encontraram que as mães que já tinham passado por mais de um ciclo de tratamento com FIV estavam mais propensas a relatar atitudes positivas e idealizadas em relação à gestação do que as controles.

Em relação à redefinição de si mesma como mãe e a integração do bebê como uma pessoa separada, Covington e Burns (2006) referiram que quando há histórico de

infertilidade, esta pode ser uma tarefa extremamente difícil, tanto para estabelecer um vínculo com o bebê-milagre como para lidar com as muitas necessidades de uma criança. De acordo com o que foi verificado no presente estudo, Hjelmstedt, Widström, Wramsby e Collins (2003) também verificaram que as mulheres que engravidaram com o auxílio das TRA tenderam a considerar com menos frequência o fato de que os filhos trariam alguma restrição à sua liberdade, o que poderia significar tanto uma maior disposição para abrir mão de sua liberdade quanto a presença de expectativas irreais e idealizadas.

Outro indicativo da presença de idealização pode ser observado nas referências das participantes envolvendo a recuperação após o parto. Magda descreveu sua recuperação como maravilhosa, e disse que não sentiu nada, o que ocorreu, em sua opinião, por causa da felicidade do momento. Patrícia disse que não viu sua cicatrização acontecer, que a cirurgia não doeu e que foi super tranquila a recuperação. Na gestação, Magda teve dificuldades em imaginar como a filha seria, e após o seu nascimento, refere que Deus foi muito generoso com ela, que “nem queria tanto assim”, no sentido de que a filha era muito melhor do que ela poderia esperar. Aline, ao falar da filha, deu ênfase ao aspecto da tranquilidade, do quanto a menina não dava nenhum trabalho e era muito calma. Apesar de em outro momento ter dito que a menina chora e é braba, Aline reforça o quanto é tranquila, e parece não poder se queixar de nada, ou seja, precisa negar qualquer desapontamento.

A idealização da maternidade esteve presente nos relatos de Patrícia e Aline. O nascimento da filha foi considerado por Patrícia como a “cura” da sua ansiedade, oportunizando um sentimento de completude. Aline falou sobre o seu sentimento de realização com a maternidade, e no seu discurso se destaca a necessidade de dizer que estava tudo tranquilo, e que não teve nenhuma dificuldade na adaptação ao novo papel.

A presença de ambivalência é normal em mães de recém-nascidos à medida em que elas acomodam questões como a permanência da mudança de vida, as perdas de identidade profissional, liberdade pessoal, autonomia, atividades sociais e de lazer. É possível que uma mulher que tenha concebido sob circunstâncias mais difíceis, incluindo o uso de TRA, não se sinta no direito de reclamar ou expressar qualquer dúvida, incerteza ou sentimentos mistos sobre a realidade da maternidade. Entretanto, se engajar em uma avaliação realista das demandas, bem como dos prazeres da maternidade, incluindo a permissão para se queixar e expressar ambivalência e incerteza, pode ser útil na promoção de um ajuste pós-parto ideal (Fisher et al., 2008).

As participantes deste estudo, apesar de se referirem, de forma predominantemente latente, às modificações e ansiedades decorrentes da maternidade, a ênfase foi na



tranquilidade, apontando para uma tendência à idealização dessa transição. Alguns pais podem sentir e querer que a chegada da tão esperada criança seja capaz de remover toda angústia prévia, especificamente aquela relacionada à infertilidade. Quando há uma falha em acessar sentimentos residuais ou conflitos intrapsíquicos em relação à infertilidade, o filho pode ser visto como uma cura para as feridas psicológicas causadas pela infertilidade, ou pode se esperar que a criança forneça compensações ou retorno, mesmo que emocional, em função dos investimentos e do sofrimento passados (Golombok & MacCallum, 2003).

Segundo Klein (1975/1996), a idealização e a negação estão ligadas entre si, e fazem parte do desenvolvimento normal quando o bebê enfrenta as ansiedades da posição depressiva, que ocorre aproximadamente na época do desmame, que é sentido como uma perda. A idealização implica no exagero dos aspectos bons do objeto como uma preservação contra o medo da perseguição. Teoricamente, poder-se-ia pensar que a infertilidade é sentida pela mulher como um ataque ao que ela tem de bom, sua capacidade de ter filhos, como retaliação aos ataques que realizou contra a mãe em fantasia. Nesse sentido, para defender-se do sentimento de não ter coisas boas e de ter sido atacada, destruída, em função da culpa inconsciente por atacar o corpo da mãe, haveria a necessidade de usar defesas como a negação, a idealização e a onipotência (Klein, 1975/1996).

A questão da onipotência, que está ligada a mecanismos de defesa primitivos, foi observada nas entrevistas em alguns momentos quando as participantes demonstraram um desejo e uma fantasia de controlar, por exemplo, o número de embriões implantados que “vingariam”, o momento do nascimento, a rotina após o nascimento do bebê. Parecia haver uma ideia de que como ocorreu todo um planejamento e elas se submeteram a processos controlados (injeções, exames etc) no tratamento para ter um filho, esse mesmo controle e planejamento seriam aplicáveis às experiências emocionais da gestação e maternidade. A presença de fantasias onipotentes, de acordo com Klein (1975/1996) tem relação com a incapacidade do bebê de confiar plenamente nos seus sentimentos construtivos e reparadores. Sendo assim, talvez essas mulheres em situação de reprodução assistida, por se encontrarem submetidas a uma forte tensão interna e externa, podiam estar funcionando, pelo menos em alguns momentos, de acordo com suas mais profundas situações de ansiedade (Klein, 1975/1991).

Em relação ao uso da negação, no presente estudo, o uso desse mecanismo foi observado em diversos momentos nas entrevistas das três participantes. Em relação à possível influência da reprodução assistida na gestação, Magda, Patrícia e Aline foram enfáticas quando iniciaram a resposta a essa questão, afirmando que não houve qualquer

influência. Entretanto, na sequência de seus relatos, aparecem algumas particularidades. Magda referiu-se à ausência de romantismo na questão da mecanicidade dos procedimentos e medicações, salientando que a razão não anda junto com a emoção nesse processo. Patrícia fez referência apenas à preocupação financeira, e ressaltou os aspectos positivos da experiência da reprodução assistida, no sentido de poder planejar e realizar o sonho de maternidade, saciando a ansiedade que sentia anteriormente. Aline chegou a referir que atualmente até esquece que fez tratamento para engravidar. Baumeister, Dale e Sommer (1998) propõem que a negação pode ser considerada como a simples recusa a encarar certos fatos, sendo que quando esses fatos são altamente perturbadores ou representam danos potenciais à autoestima, ela pode ser considerada um mecanismo de defesa muito útil.

Como referiram Makuch e Filetto (2010) a partir dos achados de seu estudo, a decisão de mulheres e homens de realizar o procedimento estava vinculada à convicção de que obteriam sucesso e à consideração de que a terapêutica era a última tentativa na busca por um filho. No presente estudo, inicialmente percebe-se a necessidade de negar o impacto do tratamento, e talvez o isolamento do afeto tenha sido necessário para que essas mulheres pudessem se submeter ao tratamento. Pode-se pensar que por não haver outra forma de conseguir realizar o desejo de ter um filho, as participantes tenham recorrido aos mecanismos de defesa citados para lidar com essa impossibilidade.

Na entrevista realizada no terceiro mês de vida do bebê, é perguntado às participantes sobre a possível influência da reprodução assistida na forma como tem vivenciado a maternidade nesses primeiros meses. Magda disse que não sabia se isso acontecia diretamente, mas achava que o fato de o bebê ser bem planejado contribuiu para que se sentisse mais tranquila e confiante como mãe. Apesar disso, em outros momentos da entrevista havia demonstrado sentimentos de insegurança em relação a si mesma como mãe. Enquanto Magda ponderou que talvez a TRA tivesse alguma influência, ressaltando apenas os aspectos positivos, Patrícia e Aline foram categóricas ao iniciar sua resposta a essa pergunta, afirmando que não houve essa interferência. Patrícia diz que “absolutamente nada”, mas na sua resposta cita diversas questões que não estariam presentes caso tivesse engravidado naturalmente, como a necessidade de injeções, de o bebê ter sido feito em laboratório, e preocupações em relação ao número de embriões implantados. Aline, como na gestação, afirmou novamente que até esquece que fez “inseminação” (quando na realidade fez FIV).

De forma geral, entretanto, o uso da negação não foi tão intenso durante toda a entrevista, pois no decorrer das falas havia momentos em que os sentimentos vinham à

tona e não precisavam ser negados. Além disso, considerando que as participantes estavam enfrentando uma situação na qual havia sofrimento prévio pela infertilidade e outros desafios advindos da reprodução assistida, pode-se pensar que o uso da negação tenha sido um meio de lidar com essas adversidades para conseguir realizar seu desejo de maternidade. Essa ideia vai ao encontro do proposto por Janoff-Bulman (citado por Baumeister et al., 1998), que sugeriu que a negação pode ser especialmente adaptativa após um trauma, e a infertilidade pode ser considerada uma situação potencialmente traumática.

A partir dos resultados do presente estudo, pode-se levantar a hipótese de que os mecanismos de defesa utilizados pelas mulheres que obtiveram sucesso no tratamento com TRA e engravidaram, sejam pelo menos em parte responsáveis pelos resultados contraditórios das pesquisas apresentadas na revisão de literatura. Ao responder a um instrumento padronizado, a presença destes mecanismos não pode ser avaliada, e se fossem analisadas aqui apenas o início das respostas das participantes, ou apenas alguns trechos, sem considerar o todo e as associações de ideias, se chegaria possivelmente a resultados diferentes dos encontrados. É importante considerar, entretanto, que não se trata de qualificar as experiências dessas mulheres como melhores ou piores, mas sim atentar para os processos inconscientes presentes na sua vivência da transição para a maternidade.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou o impacto da infertilidade e do tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) nas vivências da gestação e aos três meses de vida do bebê, em particular as ansiedades despertadas e as defesas mobilizadas nesse contexto. A infertilidade é considerada por muitas mulheres como o acontecimento mais estressante de suas vidas, podendo ser origem de significativo sofrimento psicológico (Klonoff-Cohen et al., 2001; Moreira et al., 2005). Apesar de atualmente diversas técnicas estarem disponíveis para auxiliar a realizar o desejo de maternidade, submeter-se ao tratamento não garante um resultado positivo, ou seja, seguir todos os passos, cumprir as regras e as receitas médicas não é suficiente para obter o resultado desejado (Weiss, 2006).

Verificou-se, no presente estudo, que o sofrimento relacionado à infertilidade não apareceu com toda a intensidade referida na literatura, e para compreender esse achado, deve-se levar em consideração que as participantes já se encontravam grávidas quando foram entrevistadas, ou seja, a infertilidade e o tratamento faziam parte de um momento passado, pois elas obtiveram sucesso no tratamento. Apesar disso, para as mulheres inférteis que concebem através das tecnologias da reprodução assistida, o processo de se tornar mãe é muito mais prolongado e difícil, apresentando especificidades que devem ser levadas em consideração para compreender sua experiência (McMahon et al., 1999). Dessa forma, deve-se ponderar que as TRA possibilitam a solução médica da infertilidade, mas ainda há muito trabalho psíquico a ser realizado, além da elaboração da questão da infertilidade, para dar conta das demandas emocionais presentes na transição para a maternidade.

De acordo com alguns autores (Burns, 2006; Fagandini et al., 2006; Hjelmstedt et al., 2004; McMahon et al., 1999; Olshansky, 1995), a experiência emocional da gestação pode se tornar uma oportunidade de elaborar a ferida narcísica da infertilidade, mas alcançar a concepção e o nascimento de um filho não reparam automaticamente o sofrimento causado pela TRA, e a infertilidade parece continuar a ter influência na vida de alguns pais. Entretanto, sempre deve-se ponderar que as experiências psicológicas específicas de cada indivíduo serão determinadas pela interação da infertilidade com sua dinâmica intrapsíquica.

Verificou-se ainda a presença de diferentes ansiedades na gestação e início da maternidade, especialmente no que se refere à consolidação da gestação e ao seu

andamento, através da dúvida sobre o resultado positivo e do medo de perder essa gestação considerada tão especial. Receios sobre a capacidade de amamentar e de cuidar adequadamente do bebê também estiveram presentes no discurso das participantes. Diante das possíveis dificuldades de lidar com os sentimentos mobilizados, diferentes mecanismos de defesa foram utilizados. Deve-se ponderar que a utilização dos mecanismos de defesa pode, inclusive, ser extremamente necessária e muitas vezes adaptativa no caso da infertilidade, pois esta é considerada uma situação potencialmente traumática (Burns, 2005; Ribeiro, 2004), que provoca intensa pressão sobre o psiquismo (Gondim, 2002), e na qual há uma impossibilidade de planejar o futuro ou controlar os acontecimentos (Burns, 2005; Weiss, 2006).

Apesar de o presente estudo ter investigado a vivência da gestação e da maternidade no contexto das TRA, é importante lembrar que a constituição da maternidade não tem relação apenas com questões biológicas, e depende da significação desse processo na vida da mulher (Sigal, 2003). Nesse sentido, a psicanálise tem contribuições a oferecer, auxiliando os sujeitos a redefinir sua identidade e reorganizar significados. É fundamental ajudar a introduzir no contexto da reprodução assistida uma dimensão de luto e de superação da perda ao invés de negar a limitação, através do uso da onipotência (Fagandini et al., 2006). Poder falar sobre sua experiência de não ter conseguido engravidar e dos sentimentos envolvidos no processo de tornar-se mãe é fundamental para que a mulher possa dar significado a suas experiências e construir sua própria trajetória. Constatou-se que as participantes sentiram-se muito à vontade nas entrevistas realizadas, pois apesar de não terem objetivos terapêuticos, estas possibilitaram um espaço de escuta para que elas pensassem suas vivências e pudessem se expressar livremente.

Poder falar dos próprios sentimentos e expressar incertezas também é importante para a obtenção de apoio social. No caso das mulheres que engravidam com o auxílio de TRA, o fato de demonstrarem ter poucas dúvidas ou reclamações sobre a gravidez ou o desejo de maternidade, pode fazer com que elas recebam menos apoio social do que aquelas que concebem naturalmente (Fisher et al., 2008). Sendo assim, os profissionais que lidam com esses sujeitos deveriam estar atentos e ser capazes de reconhecer os processos psicológicos que perpassam a questão da infertilidade e do tratamento com TRA, para que pudessem oferecer um atendimento mais humanizado.

Algumas considerações podem ser feitas em relação às forças e limitações do presente estudo que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Pode-se destacar que a abordagem longitudinal adotada favoreceu o maior aprofundamento de cada caso e a observação de nuances ao longo do tempo. A utilização de entrevistas

semidirigidas e a análise qualitativa dos dados podem ser consideradas fundamentais para o estudo do tema proposto, pois através do relato das participantes são observados aspectos que não seriam identificados em questionários padronizados, especialmente em relação ao uso de mecanismos de defesa. A formação psicanalítica da autora facilitou a compreensão do material latente nas entrevistas, pois para identificar o uso dos mecanismos de defesa, a avaliação clínica é o método mais confiável (Blaya, 2005), requer treinamento contínuo e pressupõe a habilidade de identificar e trabalhar com defesas no ambiente clínico (Perry & Ianni, 1998).

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o fato de a infertilidade e o tratamento serem abordados apenas retrospectivamente, pois de acordo com Vaillant (1998), estudos longitudinais de indivíduos submetidos a trauma que foram posteriormente reavaliados por observadores independentes oferecem exemplos claros de como a representação mental do trauma é sistematicamente distorcida. Além disso, van Balen et al. (1996), que realizaram um estudo com casais que tiveram filhos após tratamento com TRA, afirmaram que homens e mulheres julgaram que os tratamentos passados valeram muito à pena, entretanto, entre casais nos quais a ajuda médica não teve sucesso, este achado pode não ser confirmado. No presente estudo, foram entrevistadas apenas mulheres que obtiveram sucesso no tratamento e engravidaram com o auxílio de FIV. É possível que o tempo transcorrido e a própria experiência da gestação tenham influenciado a forma como as participantes se referiram à sua experiência de tratamento e mesmo ao início da gestação.

Outra questão a ser ponderada foi o emprego do Glossário de mecanismos específicos de defesa e formas de manejo do DSM-IV-TR (APA, 2002) para a identificação dos mecanismos de defesa nas entrevistas. O uso deste instrumento apresenta limitações, pois este glossário não parece distinguir claramente os conceitos de *coping* e mecanismos de defesa, entretanto, a opção pela sua utilização se deu em razão do seu reconhecimento pela comunidade científica e pela possibilidade de utilização em futuras pesquisas. Em relação ao estudo dos mecanismos de defesa no contexto da reprodução assistida, seria interessante a realização de um estudo que explorasse as modalidades de defesa antes do diagnóstico da infertilidade e depois do nascimento da criança (Perry & Ianni, 1998) para identificar se a forma como a pessoa lidava com os conflitos anteriormente permanece a mesma ou é alterada pela questão da infertilidade.

No presente estudo participaram apenas mulheres que conseguiram engravidar com o auxílio de FIV e estavam esperando apenas um bebê, ou seja, a população alvo foi bastante específica. Dessa forma, seria interessante que outros estudos abordassem o tema das ansiedades e mecanismos de defesa no contexto da reprodução assistida incluindo

outras situações, como gestação múltipla, fertilização heteróloga (que utiliza material genético de um doador) ou fertilização *post mortem* (fertilização com material genético de pessoa já falecida). Além disso, sugere-se a realização de estudos que possam acompanhar todo o processo, desde o início da realização do tratamento, para examinar as possíveis diferenças encontradas entre aquelas mulheres que conseguem engravidar e as que não conseguem, as que persistem em outras tentativas e as que desistem.

## REFERÊNCIAS

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1994). Infertility and parenthood: does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 398-403.
- Almeida, W. C. de (1996). *Defesas do ego: leitura didática de seus mecanismos*. São Paulo: Ágora.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Moller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20(10), 2969-2975.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1988). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L., & La Sala, G. B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14(12), 3126-3132.
- Aulagnier, P. (1990). *Um Intérprete em Busca de Sentido*. São Paulo: Escuta.
- Balmaceda, R., Fernández, O., Fernández, E., Fabres, V., Huido-bro, A., Sepúlveda, J., & Zegers, F. (2001). *Tener un hijo: conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla*. Santiago: Publicações Técnicas Mediterrâneo.
- Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*, 66(6), 1081-1124.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 229-240.
- Bellone, M., Cottencin, O., Rigot, J. M., & Goudemand, M. (2005). Study on psychiatric disorders and defensive process assessed by the "defense style questionnaire" in sterile males sample consulting in andrology. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*, 31(4), 414-425.
- Bergeret, J. (1998). *A personalidade normal e patológica*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.



- Bergeret, J. (2006). O problema das defesas. In J. Bergeret, A. Bécache, J.-J. Boulanger, J.-P. Chartier, P. Dubor, M. Houser, J.-J. Lustin. *Psicopatologia: teoria e clínica* (9ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1983). *Psicologia do ego: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blaya, C. (2005). *Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ 40) para o português brasileiro*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bleichmar, E. D. (1988). *O feminismo espontâneo da histeria: estudo dos transtornos narcisistas da feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1745-1752.
- Braverman, A. M. (2008). Infertility: challenges and complications in pregnancy and postpartum. *Perinatal and postpartum mood disorders: perspectives and treatment guide for the health care practitioner* (pp. 153-165). New York: Springer Publishing Co.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Womens Mental Health*, 9(5), 253-263.
- Burns, L. H. (2005). Psychological changes in infertility patients. In L. H. Burns. *Frozen dreams: psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction* (pp. 3-29). New York: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Burns, L. H. (2006). Parenting after infertility. In N. S. Covington & L. H. Burns (Eds.). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 459-476). Cambridge: Cambridge University Press.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313-2318.
- Colarusso, C. A. (1990). The third individuation: the effect of biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 179-194.

- Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução nº 016. Disponível em [http://crp07.org.br/orientacao\\_ressolucoes\\_cpf.php](http://crp07.org.br/orientacao_ressolucoes_cpf.php)
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>
- Cooper, S. H. (1998). Changing notions of defense within psychoanalytic theory. *Journal of Personality*, 66(6), 947-964.
- Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). Pregnancy after infertility. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians* (2nd Ed.) (pp. 440-458). New York: Cambridge University Press.
- Cox, S. J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G., & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility & Sterility*, 85(1), 84-89.
- Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *Journal of Personality*, 66(6), 965-992.
- Dhaliwal, L. K., Gupta, K. R., Gopalan, S., & Kulhara, P. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes: prospective study. *International Journal of Fertility and Womens Medicine*, 49(1), 44-48.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14, 45-52.
- 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.
- Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2010). Gestação com o auxílio das técnicas de reprodução assistida: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 15(1), 89-100.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples: an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(1), 11-20.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48, 575-589.
- Fagandini, P., Monti, F., Agostini, F., Fava, R. & La Sala, G. B. (2006). The maternal and paternal experience between sterility and procreation. In G. B. La Sala, P. Fagandini, V. Iori, F. Monti, & I. Blickstein (Eds.). *Coming into the world: a dialogue between*

- medical and human science* (pp. 137-160). Berlin: de Gruyter.
- Fenichel, O. (1968). El carácter y sus defensas. In O Fenichel et. al, *Psicologia profunda del carácter* (pp.7-43). Buenos Aires: Paidós.
- Fenichel, O. (1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294-300.
- Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, H. W. G. (2005). Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. *Fertility and Sterility*, 84(2), 426-430.
- Fisher, J. R. W., Hammarberg, K., & Baker, H. W. G. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 89(5), 1103-1112.
- Frances-Fischer, J. E., & Lightsey, O. R. (2003). Parenthood after primary infertility. *The Family Journal*, 11(2), 117-128.
- Freud, A. (1996). *O ego e os mecanismos de defesa*. (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original publicado em 1946).
- Freud, S. (1996). Conferência XXV: A ansiedade [1917]. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XVI (pp. 393-411). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969).
- Freud, S. (1996). A dissolução do Complexo de Édipo [1924]. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XIX (pp. 191-199). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969).
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade [1926]. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XX (pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969).
- Freud, S. (1996). Conferência XXXIII: Feminilidade (1933[1932]). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XXII (pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969).
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável (1937). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, V. XXIII (pp. 224-270). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1969).
- Gerrity, D. A. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9(2), 151-158.
- Gibson, F. L., Ungerer, J. A., Tennant, C. C., & Saunders, D. M. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-574.

- Golombok, S., & MacCallum, F. (2003). Practitioner review: outcomes for parents and children following non-traditional conception: what do clinicians need to know?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 303-315.
- Gomes, A. G. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Gondim, M. C. B. (2002). Determinantes socioculturais e seus efeitos sobre as representações do self num caso de infertilidade feminina. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(2), 307-322.
- Gulseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O. O., Gulseren, S., & Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *Journal of Reproductive Medicine*, 51(5), 421-426.
- Gurhan, N., Akyuz, A., Atici, D., & Kisa, S. (2009). Association of depression and anxiety with oocyte and sperm numbers and pregnancy outcomes during in vitro fertilization treatment. *Psychological Reports*, 104(3), 796-806.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16 (2), 374-383.
- Harf-Kashdaei, E., & Kaitz, M. (2007). Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 87(6), 1306-1313.
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 318-331.
- Hjelmstedt, A. (2003). *In vitro fertilization: emotional reactions to treatment, pregnancy and parenthood*. Thesis. Department of Woman and Child Health, Division of Reproductive and Perinatal Health Care. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 153-162.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., Matthiesen, A. S., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(2), 152-161.

- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254-1264.
- Housel, D. (2004). As implicações da parentalidade. Em Letícia Solis-Ponton. *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 47-51.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sutçigil, L., Özmenler, K. N., & Özşahin, A. (2007). Is there gender difference in infertile couples with no axis one psychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support and sexual function? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 311-322.
- Kee, B. S., Jung, B. J., & Lee, S. H. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(8), 445-448.
- Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos*, (4ª Ed.). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1975).
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1975).
- Klock, S. C., & Greenfeld, D., A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 73(6), 1159-1164.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76(4), 675-687.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kusnetzoff, J. C. (1997). Aspectos emocionais do casal infértil. In M. Badalotti, A. Petracco & C. Telöken (Eds.), *Fertilidade e infertilidade humana* (pp.19-29). Rio de Janeiro: Medsi.
- Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(1), 23-30.
- Lanius, M., & Souza, E. L. A. (2010). Reprodução assistida: os impasses do desejo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 53-70.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 10-19.
- Lintsen, A. M. E., Verhaak, C. M., Eijkemans, M. J. C., Smeenk, J. M. J., & Braat, D. D. M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 24(5), 1092-1098.
- Loke, A. Y., & Poon, C. F. (2011). The health concerns and behaviours of primigravida: comparing advanced age pregnant women with their younger counterparts. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1141-1150.
- 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. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lopes, R. C. S., & Silva, I. M. (2007). *Entrevista sobre a Relação Conjugal durante a Gestação*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Lovely, L. P., Meyer, W. R., Ekstrom, R. D., & Golden, R. N. (2003). Effect of stress on pregnancy outcome among women undergoing assisted reproduction procedures. *Southern Medical Journal*, 96(6), 548-551.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27(3), 223-237.
- Magdalena, Z. P., & Mariola, B. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44-49.
- Makuch, M. Y. (2001). *Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, Brasil.
- Makuch, M. Y., & Filetto, J. N. (2010). Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 771-779.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez* (14ª Ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J., & Nahoum, J. C. (1997). *Nós estamos grávidos* (10ª Ed.). São Paulo: Saraiva.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, 16(5), 966-969.

- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 12(1), 176–182.
- McMahon, C. A., Tennant, C., Ungerer, J., & Saunders, D. (1999). ‘Don’t count your chickens’: a comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 345-356.
- McMahon, C. A., Gibson, F. L., Allen, L., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22, 1168-1174.
- McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2011). Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Human Reproduction*, 26(6), 1389-1398.
- Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp.71-89). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., & Modan, B. (1992). Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9(2), 161-169.
- Miller, L. J. (1990). Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(11), 1233-1237.
- Moreira, S. N. T., Lima, J. G. , Sousa, M. B. C., & Azevedo, G. D. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5, 119-125.
- Moreira, S. N. T., Melo C. O. M., Tomaz, G., & Azevedo, G. D. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 358-64.
- 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 da Gestante*. 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 Maternidade*. Instrumento não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

- Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human Reproduction*, *14*(1), 255-261.
- Olshansky, E. F. (1995) Pregnancy after infertility: an overview of the research. Course XII: ART parents and children. American Society for Reproductive Medicine. Seattle, WA, October 7-8, 5-13.
- Ozkan, M., & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, *33*(1), 44-46.
- Perry, J. C., & Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. *Journal of Personality*, *66*(6), 993-1024.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*, 223-232.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, *13*(1), 63-72.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R. I., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, *108*(1), 70-76.
- Ramos-Fuentes, M. I., Cardoso-Moreno, M. J., Vaz-Leal, F. J., Fernandez-Sanchez, N., Rodriguez-Santos, L., Bejar, A., Berjano, N., Dominguez, J. A., & González, E. (2009). Psychopathology differences between pregnant women who conceived naturally and through assisted reproduction. *European Psychiatry*, *24*, S523.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff (Ed.), *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 7-16). London: Institute of Psychoanalysis.
- Repokari, L., Punamki, R. L., Poikkeus, P., Vilska, 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.
- Ribeiro, M. R. (2004). *Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rustin, M. (1989). Encountering primitive anxieties. In L. Miller, M. Rustin, M. Rustin & J. Shuttleworth (Eds.), *Closely observed infants* (pp. 7-21). London: Duckworth.



- Seger-Jacob, L. (2006). Estresse na gênese e no tratamento da infertilidade. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp.121-149). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sigal, A. M. (2003). *A psicanálise, o feminino e sua relação com as novas técnicas de fertilização assistida*. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro.
- Skodol, A. E., & Perry, J. C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 108-119.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12(1), 183-190.
- Spotorno, P. M. (2005). *Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Stake, R. (1994). Case studies. In N. Denzin & Y Lincolns (Eds.), *Handboock of Qualitative Research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Stern, D. N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The birth of a mother: how the motherhood experience changes you forever*. New York: BasicBooks.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17(12), 3342-3250.
- Tarlatzis, I., Tarlatzis, B. C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavriilidou, D., & Mantalenakis, S. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8(3), 396-401.
- Upkong, D., & Orji, E. O. (2006). Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 259-265.
- Vaillant, G. E. (1998). Where do we go from here? *Journal of Personality*, 66(6), 1147-1157.
- van Balen, F., & Trimboskemper, T. C. M. (1993). Long-term infertile couples: a study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14, 53-60.

- van Balen, F., Naaktgeboren, N., & TrimbosKemper, T. C. M. (1996). In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, *11*(1), 95-98.
- 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.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., & Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, *22*(1), 305-308.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poromaa, I. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, *23*(9), 2056-2063.
- Volgsten, H., Ekselius, L., Poromaa, I. S., & Svanberg, A. S. (2010). Personality traits associated with depressive and anxiety disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *89*(1), 27-34.
- Weiss, T. K. (2006). O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp.105-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1978). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1987). A mãe dedicada comum. Em D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1966).
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em: D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). (3ª Ed). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service". *Human Reproduction*, *16*(8), 1753-1761.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology and the World Health Organization (WHO) Revised glossary on ART terminology, 2009. *Human Reproduction*, *24*(11), 2683–2687.

## ANEXOS

### Anexo A

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

#### **Consentimento Livre e Esclarecido**

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

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

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

Ressalta-se que os casais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem no Hospital de Clínicas.

Colocamo-nos à disposição para responder a todas as dúvidas referentes a este 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 mestranda Isabela Machado da Silva e o Dr. Eduardo Pandolfi Passos. Os pesquisadores poderão ser contatados pelo fone (51) 3308-5145.

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

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

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

Data: / /

## Anexo B

### Entrevista de Dados Demográficos do Casal

(NUDIF, 1998)

#### 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 da Gestante

(Adaptado de NUDIF, 1998c)

Nome: ..... Idade: .....

Escolaridade:.....

Trabalha? ( ) sim ( ) não O que faz?.....

Horas/semana.....

**1. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o período anterior à gravidez. Como foi essa trajetória, desde a decisão de ter um filho até a busca pelo tratamento de reprodução assistida e sua realização?**

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

Como te sentiste ao receber o diagnóstico de infertilidade?

Qual foi a reação do seu marido? Você acha que o diagnóstico mudou algo nele?

Quanto tempo levou da decisão até a procura pelo tratamento?

Como foi vivido esse período de espera pela gravidez?

Como tu te sentiste durante as tentativas? Quantas foram?

Tu sentiste alguma mudança no teu corpo em função do tratamento?

Tu sentiste alguma mudança no teu marido em função do tratamento?

Como a família ficou sabendo/reagiu ao diagnóstico de infertilidade e ao tratamento?

Como os seus amigos reagiram?

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

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

Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?

Como te sentiste no início e agora no final da gravidez? Em termos físicos e emocionais.

Quais as tuas preocupações em relação à gravidez e ao bebê?

Como te sentes em relação ao parto?

Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?

Tu tens ido ao médico para acompanhar a gravidez? Quantas vezes tu já foste?

Já fizeste alguma ecografia? Como te sentiste ao ver o bebê?

Como estás te sentindo em relação às mudanças do teu corpo?

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

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

- Como ele reagiu à notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nele?
- E no relacionamento de vocês?
- Quais as preocupações dele em relação à gravidez e ao bebê?
- Que tipo de apoio você tem esperado dele durante este período?
- Que tipo de apoio ele tem te oferecido?

**4. Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família e a família do teu marido em relação à gravidez?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## Anexo D

### Entrevista sobre a Relação Conjugal na Gestação

(Lopes & Silva, 2007, adaptado de Lopes & Menezes, 2003a)

#### 1. História da Relação

- Como você descreve a história da relação de casal de vocês?
- Como vocês se conheceram?
- O que te atraiu nele(a)?
- 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

- Como foi para o casal o momento em que começaram a pensar em ter filhos?
- Como o casal se decidiu pela reprodução assistida? De quem partiu a idéia?
- Vocês conversaram com alguém a esse respeito? Como foi?
- Você percebeu alguma mudança na relação de casal de vocês desde que optaram pela reprodução assistida? Qual(is)?
- 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?
- Você percebeu alguma mudança no relacionamento sexual de vocês em função do tratamento?

### **3. E atualmente...**

- Como está a relação de casal de vocês atualmente?
- Você imaginava como seria a relação de casal de vocês neste momento? O que é diferente e semelhante em relação ao que esperava?
- Você percebeu alguma mudança na relação de casal de vocês desde o início da gravidez? Quais?
- Como você descreveria a imagem que faz de sua esposa (seu marido) 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?
- 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 idéias para sua esposa (seu marido)? Isso mudou com o passar do tempo?
- Vocês têm conseguido compreender as idéias 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 é, em sua opinião, um bom casamento?
- E um mau casamento?

### **4. E as famílias de origem...**

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

### **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?
- Você gostaria de acrescentar algo a isso que conversamos?

## Anexo E

### Entrevista sobre a Experiência da Maternidade

(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 tu fazias para acalmá-lo?

#### **2. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.**

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

- Como foi o parto? E os primeiros dias depois? Foi como tu imaginavas?
- Como tens te sentido desde o nascimento do bebê? Em termos físicos e emocionais.
- Como tu estás te sentindo como mãe?
- Que dificuldades tu tens sentido?
- Tu imaginavas que seria assim?
- Como tu te descreverias como mãe?

#### **3. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.**

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

- Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do bebê? Como tu te sentes?
- Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?
- Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê? - Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência?
- Que tipo de brincadeira vocês costumam fazer?
- Como ele reage a estas brincadeiras?
- Onde o bebê passa a maior parte do tempo?

**4. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo o teu marido/companheiro como pai.**

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

-Como é o jeito dele lidar com o bebê?

-Como tu achas que ele está sendo como pai?

-Era como tu imaginavas?

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

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

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

-Quantas horas esta pessoa fica?

-Como tu te sentes com outras pessoas cuidando do bebê?

-O que te agrada? O que te incomoda?

-Como o teu bebê reagiu no início quando outra(s) pessoa(s) ficava(m) com ele? E hoje, como ele reage? Como esta pessoa é com ele?

*(Caso o bebê fique mais de 5 horas semanais aos cuidados de outra pessoa) - Por que vocês escolheram esta forma de cuidado para o bebê? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.)*

**6. O bebê foi para a creche?**

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

-Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?

-Como foi a adaptação dele? Como ele está hoje em relação à creche?

-Como tu te sentiste? Como tu te sentes hoje em relação à creche?

-Por que escolheram colocar na creche? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo, etc.) - Por que escolheram a creche que ele está?

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

-Como tu achas que ele vai reagir?

-Como tu achas que tu vais te sentir?