

Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade

Parental project postponement: a psychoanalytic study with couples fighting sterility

Aplazamiento del proyecto parental: un estudio psicoanalítico con parejas que enfrentan la esterilidad

*Fátima R. M. do Nascimento**

*Antonios Térzis***

Resumo

Este estudo objetivou investigar o adiamento do projeto parental, enfatizando aspectos psicológicos e sociais que o determinaram, repercussões da esterilidade para o vínculo conjugal e a experiência dos tratamentos reprodutivos. Participaram três casais, heterossexuais, acima de 30 anos, sem filhos biológicos, que realizaram tratamentos reprodutivos. Conteúdos obtidos por meio da entrevista psicológica aberta foram analisados conforme técnica de análise de conteúdo e discutidos conforme referencial teórico da psicanálise e da grupalidade. Resultados revelam: condições sociais específicas (acesso aos recursos biotecnológicos, influências familiares, sociais, econômicas e religiosas) associadas às condições inconscientes (conflitos, resistências, ambivalências, fantasias e angústias) interferiram na realização do projeto parental, comprometimento do vínculo conjugal (diminuição da espontaneidade e interesse sexual, dificuldades para reformulação do projeto vital e interferências no cotidiano), prejuízos à convivência familiar e social, regressão aos estágios iniciais do funcionamento mental desencadeando angústias persecutórias e depressivas e uso de defesas primitivas (negação, ilusão, projeção, deslocamento e racionalização).

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

Abstract

This study aimed to investigate parental project postponement, emphasizing psychological and social aspects that determined it, effects of sterility on marital bonds, and the experience with reproductive

Texto recebido em fevereiro de 2009 e aprovado para publicação em junho de 2010.

* Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia como Profissão e Ciência da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), psicóloga, bolsista Capes. *E-mail:* fatimamn@gmail.com.

** Doutor, professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia como Profissão e Ciência da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas). *E-mail:* aterzis@uol.com.br.

treatments. Three straight couples, aged over 30 and with no biological children, took part in the research, receiving reproductive treatments. Contents obtained through an open psychological interview were analyzed using the Content Analysis technique and discussed with basis on the theories of psychoanalysis and group psychoanalysis. Results showed interference in the parental project by specific social conditions (access to biotechnology, as well as familiar, social, economic and religious influences) associated to unconscious factors (conflicts, resistances, ambivalence, fantasies and anguish); damage to the marital bond (decrease in spontaneity and sexual desire; difficulty in reorganizing the vital project and interference in daily life); negative influence on family and social interaction; and regression to early stages of mental functioning, characterized by persecution complex and depressive anguish and the use of primitive defences (denial, illusion, projection, displacement and rationalization).

Keywords: couple; parenthood; sterility; group psychoanalysis.

Resumen

El estudio he investigado la postergación del proyecto parental destacando sus determinantes psicológicos y sociales, los efectos de la esterilidad para el vínculo conyugal y la experiencia de tratamientos reproductivos. Participaron 03 parejas, heterosexuales, con más de 30 años, sin hijos. Contenidos obtenidos a través de entrevista fueron analizados según el Análisis de Contenido y discutidos en el marco teórico del Psicoanálisis y Grupoanálisis. Los resultados muestran: condiciones sociales concretas (acceso a la biotecnología, influencias familiares, sociales, económicas y religiosas) asociadas a condiciones inconscientes (conflictos, resistencia, ambivalencia, ansiedades y fantasías) han interferido en el logro del proyecto parental; pérdidas del vínculo conyugal (disminución de la espontaneidad y interés sexual, dificultades para reformular el proyecto vital compartido y injerencia en la vida diaria); daños a la convivencia familiar y social; regresión a etapas primitivas del funcionamiento mental, con depresión y angustias persecutorias y uso de defensas primitivas (negación, ilusión, proyección, desplazamiento y racionalización).

Palavras-clave: parejas; parentalidad; esterilidad; psicoanálisis grupal.

Introdução

Homens e mulheres, em número crescente, têm adiado para cada vez mais tarde a constituição de suas famílias, postergando a vinda do primeiro filho até próximo ao final do ciclo reprodutivo.

Apesar do substancial apoio das tecnologias de reprodução humana assistida, muitos casais têm sido surpreendidos pelas dificuldades para concretizar o sonho de ter um filho biológico e se veem às voltas com os impactos do diagnóstico da esterilidade e seus tratamentos, geradores de intenso sofrimento psíquico, com repercussões tanto individuais quanto para o vínculo conjugal.

Esses fatores desencadearam algumas questões sobre o desejo de ter filhos e os aspectos psicológicos e sociais que interferem na sua realização, levando ao adiamento da maternidade/paternidade, bem como as experiências dos casais em sua busca por um filho por meio dos recursos biotecnológicos.

O projeto parental

Analisando o projeto parental sob uma perspectiva histórica, vemos que o desejo de ter filhos, a procriação e a noção de família sofreram mudanças significativas ao longo do tempo, revelando que a realização da parentalidade não dependia exclusivamente da capacidade reprodutiva de homens e mulheres, e sim sempre esteve articulada com os discursos ideológicos dominantes e com as necessidades e desejos sociais que, de modo geral, sobrepujaram-se aos individuais.

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

O rompimento com o determinismo biológico da maternidade, promovido pelo controle parcial da procriação (a contracepção medicalizada e as tecnologias reprodutivas) e o desenvolvimento do conceito de parentalidade, constroem novas tendências de relações parentais e relações de gênero, refletindo as mudanças no interior da família e da sociedade. A escolha reflexiva da maternidade (paternidade e parentalidade) vai se consolidando, sendo tanto maior quanto maior for o acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado (Scavone, 2001).

Não obstante essas mudanças, ainda não estamos totalmente isentos dos significados atribuídos ao projeto parental. Podemos observar os efeitos desses determinantes na intersubjetividade do casal, sobretudo nos discursos que reproduzem a hegemonia da maternidade biológica e as representações de

família, que acabam intensificando a dor e o sofrimento daqueles casais que enfrentam a esterilidade.

Desejando filhos no contexto da esterilidade

Alguns estudos sobre a construção do projeto parental nos remetem às diversas motivações que se encontram presentes no desejo de ter um filho, tornando possível o acesso aos fenômenos intra e intersubjetivos que permeiam as decisões conjugais sobre os modos de realização desse projeto.

Para Tort (2001), conforme as obrigações ideológicas da reprodução social vão perdendo seu poder coercitivo sobre os indivíduos, o desejo de ter filhos depende cada vez mais exclusivamente dos determinantes psíquicos singulares: vivência da gravidez, usufruto da criança, experiência da feminilidade materna ou da paternidade.

Para cada sujeito, o desejo de filho estará na dependência cada vez mais exclusiva de objetivos narcísicos e edipianos próprios de sua história, e, portanto independentes das condicionantes sociológicas da reprodução para a sociedade e a espécie. A própria maneira de satisfazer as novas exigências individuais, coletivamente cultivadas, implica a promoção da singularidade, de suas complexidades (p. 169).

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

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

A infertilidade também aumenta com a idade, atingindo um em cada quatro casais com mais de 35 anos. A idade da mulher está diretamente relacionada ao sucesso em alcançar a gravidez por ciclo e a sua capacidade conceptiva começa a declinar de forma mais acentuada após os 35 anos. Nos casos de gravidez não assistida, as estatísticas apontam que, a partir dessa idade, as chances de sucesso ficam em torno de 15% a 20%. Aos 45 anos, de 3% a

5% de sucesso por ciclo. Para os homens, por mais que essa questão do limite biológico não seja fundamental, ao adiarem a vinda do filho para depois dos 40 ou 50 anos, a vitalidade para criá-lo é um aspecto que deve ser levado em consideração nessa decisão (Schaffer & Diamond, 1994; Scharf & Weinshel, 2002; Ribeiro, 2004).

A experiência da infertilidade traz repercussões importantes ao casal. Trata-se de uma situação, em geral, traumática, desgastante e dolorosa, agravada pela possibilidade de ela prosseguir por anos, deixando a vida dos casais paralisada devido à ambiguidade quanto aos limites que acabam por comprometer ou complicar as transições normais do ciclo de vida pelas quais o casal e a família devem passar (Schaffer & Diamond, 1994).

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

A tecnologia da reprodução humana assistida (TRHA)

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

As TRHA foram desenvolvidas, a princípio, com o intuito de superar os impedimentos ao encontro entre espermatozoides e óvulos em casais estéreis, mas rapidamente essas técnicas foram se ampliando e dando origem a novas técnicas e práticas complementares, mais sofisticadas e complexas como, por exemplo, a doação de material reprodutivo (óvulos, espermatozoides, embriões), seu congelamento e o uso de útero de substituição (conhecida popular e inadequadamente como “barriga de aluguel”).

Esse incremento e evolução rápida estão intrinsecamente relacionados às transformações no contexto familiar. O adiamento do projeto parental por parte dos casais contemporâneos gerou um aumento na demanda por tratamentos que permitissem àqueles homens e mulheres, próximos ao final de seu ciclo reprodutivo, terem um filho biológico (Corrêa, 2001; Borlot & Trindade, 2004).

A biotecnologia e seus usos não prescindem de profundos dilemas de cunho ético e moral, não só para os casais que dela usufruem, mas extensivos aos filhos, à família e à sociedade como um todo. Bastos (1995) entende

que a geração de vida humana, mediante técnicas sofisticadas, não pode ser considerada ingenuamente apenas como um avanço científico, exigindo que se façam reflexões e debates ante essa nova perspectiva, tendo em vista que “remexe no que há de mais mitológico no homem: sua origem. É a origem a essência de todos os mitos” (p. 914). Noção essa compartilhada por Sigal (2003), que considera que os avanços biotecnológicos “vão ao fundamento da nossa relação com a vida e com a morte, impondo importantes mudanças nos referenciais simbólicos de nome, filiação, paternidade, maternidade e sexuação” (p. 254).

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

O estudo do casal na teoria psicanalítica grupal

O estudo específico do casal dentro da teoria psicanalítica grupal foi fundamentado com base nos trabalhos iniciais sobre o grupo e a psicologia grupal.

Pelo estabelecimento de uma analogia entre o grupo e o sonho, Anzieu (1993) desenvolve o conceito de “ilusão grupal”. Assim como no sonho, ilusão individual por excelência, a reunião de grupo seria uma forma de colocar a realidade exterior entre parênteses, gerando assim um superinvestimento do grupo em si mesmo, como objeto libidinal, em detrimento à realidade.

Käes (1977) localizou, no artigo de Freud (1921) “Psicologia de grupo e análise do Ego”, formações grupais inconscientes (também o inconsciente está estruturado como grupo), assim como a noção segundo a qual os membros de um grupo constituem, juntos, um sistema de relações e operações de caráter transicional, que ele denomina “aparelho psíquico grupal”, dotado das mesmas instâncias que o individual, porém não dos mesmos princípios de funcionamento. Propôs, ainda, que se considerassem, nos grupos, os investimentos, desejos e representações do objeto grupo como elementos fundamentais do seu processo e da sua organização, insistindo que a investigação deveria sempre considerar o intercâmbio entre o universo intrapsíquico e o universo social.

Bion (1975) estabeleceu uma aproximação da psicanálise clássica, individual, da dinâmica de grupo, direcionando sua atenção para os níveis mais primitivos da vida mental. O autor refere à “mentalidade grupal”, em que

os participantes do grupo entram numa regressão, cuja característica principal é a de pôr em primeiro plano os aspectos mais primitivos do funcionamento mental. Para ele, o comportamento grupal se dá em dois níveis fundamentais: 1) o nível da tarefa comum ou grupo de trabalho, que opera no plano do consciente, racional, visando à realização da tarefa; 2) o nível latente ou grupo de *pressupostos básicos*, que intervém caracterizado pela predominância dos processos psíquicos primários do pensamento. O autor aponta três classes principais de fantasias que caracterizam os supostos básicos: *dependência, luta-fuga e acasalamento*.

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

Puget e Berenstein (1993), fundamentados nas teorias de grupo de Kães (1977), Anzieu (1993) e Bion (1975) construíram um consistente trabalho sobre as estruturas vinculares inconscientes, entre as quais o *vínculo do matrimônio*. Trata-se de uma relação intersubjetiva estável entre dois egos, que apresenta uma composição vincular mínima, permitindo que os fenômenos vinculares sejam observáveis pelo método psicanalítico. Não é a única, pois assim também o são a família e os grupos. O casal e a família, no entanto, têm uma característica peculiar por estarem unidas pelo parentesco.

O vínculo do casal se distingue dos demais desde certos elementos constantes e pressupostos que definem o permitido e o proibido. Cada vínculo diádico tem *parâmetros definitórios* que designam o enquadramento, seu sentido e os significados circulantes na díade. São eles: *cotidianidade, projeto vital compartilhado, manutenção de relações sexuais e tendência monogâmica*.

Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa era estudar o fenômeno do adiamento do projeto parental, com ênfase na situação de esterilidade enfrentada pelos casais, sendo seus objetivos específicos: 1) descrever, com base na experiência dos casais participantes, os aspectos psicológicos e sociais de maior ocorrência nas entrevistas, que interferiram na realização do desejo de ter filhos; 2)

analisar as repercussões do diagnóstico e tratamento da esterilidade para o vínculo do casal (sexualidade, projeto vital compartilhado, cotidianidade), bem como para suas relações (família, rede social); e 3) compreender como o casal está vivenciando, no aqui e agora, os procedimentos de reprodução humana assistida, investigando os sentimentos mobilizados e sua interferência na intersubjetividade do casal.

Método

Participantes: três casais de orientação heterossexual, casados e sem filhos biológicos, com nível de escolaridade de ensino médio a superior completo. As idades das esposas variaram de 31 a 39 anos e dos maridos de 35 a 40 anos. Houve também variações quanto aos tratamentos reprodutivos realizados pelos casais: indução medicamentosa da ovulação e da produção de espermatozoides, inseminação artificial, fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

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

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

Procedimento: foram realizados contatos iniciais (pessoalmente e, ou, por meio de correio eletrônico, telefonemas, cartas e convites) com clínicas de reprodução humana assistida, consultórios de obstetras e ginecologistas, *sites*, comunidades e associações de casais que enfrentam a esterilidade, para a apresentação da pesquisa, divulgação aos casais e encaminhamento às entrevistas. Além de contatos com a rede social e profissional da pesquisadora.

Posteriormente, foram estabelecidos contatos telefônicos com os casais que manifestaram interesse em participar da pesquisa, para as explicações sobre o trabalho, ou seja, que se tratava de uma pesquisa sobre casais que desejam filhos e ainda não realizaram esse desejo devido a problemas ou dificuldades para tê-los de forma natural, sendo necessário recorrer às tecnologias de reprodução humana assistida para obter a gravidez. Após a verificação dos

critérios de inclusão/exclusão dos participantes, procedeu-se ao agendamento das entrevistas. Embora a pesquisadora tenha se disponibilizado a conversar também com os maridos, todos os contatos telefônicos foram efetuados com as esposas. Três casais participaram voluntariamente desta pesquisa, em horários e locais agendados.

A etapa seguinte foi a da entrevista presencial com cada um dos casais participantes, com duração média de uma hora e trinta minutos cada uma. No início da entrevista, foram reiteradas as explicações sobre a pesquisa. O termo de consentimento foi lido e, depois das dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, assinado pelos casais.

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

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

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

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

Resultados e discussão

A seguir, retomaremos os objetivos de nossa pesquisa, apresentando algumas falas dos entrevistados e as reflexões suscitadas com base na análise e discussão dos conteúdos obtidos nas entrevistas com os casais participantes e sua interlocução com o levantamento bibliográfico. Os casais foram identificados com nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes: Ana e Alex, Betina e Bruno, Eva e Fábio.

1) Aspectos psicológicos e sociais que interferiram na realização do desejo de ter filhos

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

Em todos os casais, os problemas reprodutivos estavam localizados em um dos parceiros e, especialmente neles, observamos que o desejo de ter um filho foi expresso de forma mais intensa, uma vez que essa responsabilidade representava um sofrimento extra para esses indivíduos:

[...] O Alex chorou e chegou a me dizer que queria se separar de mim porque ele não tinha condições de me dar um filho e eu queria um filho. Aí eu pensei: “Não é bem assim também, né”. Eu quero um filho, mas... Nós dois juntos, né? É que tem que ser. (Ana)

No entanto, sentimentos de culpa, inferioridade, baixa autoestima foram comuns a todos, confirmando a profunda ferida ao narcisismo individual e do par que a esterilidade representa.

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

[...] Eu fiquei esperando que viesse esse desejo dele (marido) e não veio. Aí, dois anos atrás, eu disse: “Não, eu já tô com 37 anos e não vai dar pra esperar esse desejo dele vir, né. Não, eu não vou abrir mão por tanto tempo. Nem posso por causa da minha idade, né? Daqui a pouco não tem mais filho. Senão eu não vou ser mãe”. (Betina)

O desejo de ter um filho biológico continha expectativas de renovação do contrato afetivo, respostas às questões edípicas e narcíseas e afirmação

da identidade e papel feminino, além da preocupação em corresponder às pressões familiares e ao mandato sociocultural. Nas falas a seguir, podemos identificar alguns significados associados ao desejo de ter filhos:

[...] É cobrado sim da mulher, que ela tenha filhos, que ela crie os filhos, que ela cuide da casa. [...] eu sinto essa cobrança. Da minha mãe, das minhas tias, da família dele, da parte feminina [...]. (Betina)

...

Vai ser tudo, né? Tanto como um sonho concretizado, como no lugar da mãe que eu perdi. Uma companhia por eu estar só. Primeiro por mim, depois pelo vazio, pela mãe. [...] E o meu pai que faleceu sem que eu pudesse dar o neto que ele sempre sonhou (Choro). [...] Mas eu também acho que eu tendo um filho do Alex, ele talvez fosse mais presente. Eu o sinto muito ausente. (Ana)

Para Ana, especialmente, a vinda do filho traz a esperança de maior convivência e intimidade com o marido e ainda uma compensação/reparação pela perda dos pais, sugerindo um hiperinvestimento nesse filho, ou, como refere Tubert (1996), uma fetichização da criança imaginária. Segundo a autora, se historicamente o filho era visto como capital econômico, atualmente ele é um capital afetivo e narcisista.

As justificativas para o adiamento do projeto parental mantiveram-se no âmbito da busca por estabilidade financeira, priorização dos aspectos materiais, construção do patrimônio, dedicação aos projetos individuais e do par (viagens, abertura de negócio próprio, compra de residência), ou mesmo o desejo de usufruir a vida a dois por mais tempo:

[...] o nosso planejamento era primeiro nos estabelecermos financeiramente, ter uma condição pra posteriormente ter o filho. Só que o tempo foi passando e a gente foi adquirindo umas coisas e, ao mesmo tempo, gerava a necessidade de adquirir outras. Então, entramos num processo em que a gente ia ter cem anos e não ia dar pra ter o filho nunca, né [...] A gente vai planejando a vida e, quando vê, a vida tá nos atropelando... (Bruno)

Ambivalências e inseguranças quanto às formas de realização do projeto parental apareceram nos três casais, em maior ou menor grau, dificultando a comunicação, a busca de alternativas para a realização do projeto parental

ou mesmo sua renúncia e elaboração; e o estabelecimento de vínculo de confiança entre os casais e as equipes médicas, impedindo a resolução do problema:

Três anos atrás, a gente foi numa clínica e um dos recursos que ofereceram foi doação de óvulos para uma mulher que não tem. [...] Nós não pagaríamos nada. [...] A gente conversou, e aí decidimos por não fazer. Até o Alex falou: “Olha eu não acho legal... você vai tá sabendo que em algum lugar do mundo existe uma filha ou um filho seu, com as suas características”. (Ana)

[...] Se fosse possível fazer o DNA, seria filho ou filha dela. E aí, se no nosso caso não desse certo, como fica? Porque falaram, que a gente tinha 50% de chance [...]. (Alex)

Ante a proposta que Alex e Ana receberam, outros conflitos começam a aparecer. Ambos vivem essa proposta como algo persecutório. Os questionamentos de Alex ressoam em Ana. Quando seu marido levanta a possibilidade de outra mulher engravidar e ela não, essa escolha fica mais perturbatória ainda. Além da perda por não ter o filho, há a perda do óvulo e de uma possível criança nascida de outra mulher. As inseguranças e fantasias despertadas se sobrepõem à realidade, e o casal desiste do tratamento.

2) Repercussões do diagnóstico e tratamento da esterilidade para o vínculo do casal, seu relacionamento familiar e social

As repercussões da situação de esterilidade para o vínculo do casal podem ser analisadas com base nas transformações desencadeadas nos parâmetros definitórios da *sexualidade*, do *projeto vital compartilhado* e da *cotidianidade*, propostas por Puget e Berenstein (1993).

Foram evidenciadas a perda da espontaneidade e a diminuição do desejo sexual. Os procedimentos médicos, em sua maioria, invasivos, e o uso de medicação (hormônios) alteraram a libido e os estados de humor, provocando intenso desgaste físico e psicológico, principalmente nas mulheres. A necessidade de controle da medicação, a datação do coito, posições para o sexo, e o pensamento constante na obtenção da gravidez comprometeram o prazer no relacionamento sexual, conforme ilustrado nas falas a seguir:

O desejo sexual diminui. Na época da fertilização é meio chato, né? Às vezes pode... outras não pode. Eu falava pra ele: “Agora é pra fazer filho, não fazer amor. Agora pode, é hoje”. [...] E depois da fertilização também. [...] Eu sentia muita dor na relação sexual [...]. Daí atrapalhou durante, atrapalhou depois. (Eva)

...

A gente passou a ter um “tempo sexual”, quase que programado pra ter um filho. [...] Usava até o período mais fértil. Sempre em cima do pensamento da fecundação. [...] E acredito que isso também afeta por não ter tido o resultado até hoje. Assim, fracasso, né? Vamos falar a palavra correta... (Alex)

O *projeto vital compartilhado* é definido por Puget e Berenstein (1993) como a ação de unir, e no casal, “re-unir” representações de realizações e conquistas futuras. O primeiro projeto vital do par conjugal é compartilhar de um espaço-tempo vincular. Seu modelo paradigmático de projeto futuro passa pela criação de filhos, reais ou simbólicos, pressupondo a necessidade de um enquadramento, uma dada estabilidade para poder suportar a concretização do projeto, a crise ante sua não realização e a renovação ou reformulação de um novo. Dizendo de outro modo, tanto realizar quanto não realizar o projeto vital pode gerar uma crise, pela impossibilidade do casal em renová-lo.

Nas entrevistas com os casais, constatamos que existe uma dificuldade de renovação e reorganização do projeto vital. Os três casais demonstraram não conseguir abrir mão totalmente do projeto original: o filho biológico. Todos os casais cogitaram a adoção como uma possibilidade de realização do projeto parental, no entanto ela ainda está associada à ideia de fracasso, compensação ou mesmo ao desejo de resolver logo a situação. Além disso, a opção pela adoção não foi consensual entre os cônjuges, sendo que as mulheres se mostraram mais resistentes a essa ideia, justificando o desejo de passar pela experiência da gravidez (sensações e transformações físicas), confirmando essa experiência como um importante referencial de identificação feminina:

[...] A gente sempre pensou em adotar, se não desse. Até porque eu sempre achei que, depois de adotar, a gente ia acabar tendo filho. (Fábio)

Eu já falava que não queria adotar por causa disso... (Eva)

...

[...] A gente já pensou sobre um monte de coisas, em adoção [...]. Mas eu queria poder gerar, poder sentir o coração. Sentir mexer a criança, tudo aquilo que é normal numa gravidez. (Ana)

As transformações no cotidiano dos casais apareceram de forma distinta. Para Ana e Alex, a situação de esterilidade e seus tratamentos resultaram em desencontros, afastamentos e diminuição da intimidade. No casal Betina e

Bruno, embora esse aspecto não tenha sido abordado diretamente, observou-se a falta de envolvimento do marido e sua ausência em algumas etapas dos tratamentos, sugerindo, assim, um distanciamento entre o casal. Já Eva e Fábio, ao contrário, demonstraram uma maior aproximação e a participação intensa de ambos em todas as etapas do processo.

As pressões internas e externas desencadearam sentimentos de inferioridade, inveja, irritação, descompasso e isolamento social, prejudicando a convivência com familiares, amigos e colegas de trabalho:

Quando eu estava tentando engravidar, eu tinha uma amiga no trabalho que estava grávida. [...] Ela era uma grávida muito bonita, tinha uma barriga linda. [...] Ela vinha, passava a mão na barriga, ficava perto. Ficava falando coisas da gravidez. [...] Então pra mim foi bem difícil. (Ana)

Os conflitos mais evidentes deveram-se, em parte, à postura de cada um dos cônjuges frente à situação do casal: a indiscrição, a falta de cuidado, o acolhimento ao sofrimento do parceiro, o desrespeito à privacidade do casal e aos laços mal elaborados com as famílias de origem. A presença desses conflitos desencadeou angústias persecutórias e depressivas, assim como o uso de mecanismos primitivos de defesa (negação, deslocamento, ilusão e projeção):

E é muito ruim, né? [...] Todo mundo perguntando, o tempo todo se metendo. [...] A irmã dele está grávida novamente. Então é bem chato a gente ficar ouvindo: “Ah eu não posso ficar sem tomar o anticoncepcional, por que eu já engravidado na hora. Tu não consegues?!” É uma indelicadeza tremenda das pessoas. [...] Assim: “Como eu sou boa, como eu sou boa mulher, sou boa mãe, como eu sou perfeita”. (Betina)

...

[...] Eu estou sempre olhando para o lado oposto desse problema. [...] Eu mergulho no trabalho. E aí eu fico devendo na parte do relacionamento sexual, fico devendo na parte do relacionamento afetivo, companheirismo, tudo isso. Então, a gente conversando aqui, eu começo a ver que esse problema está me gerando um leque de outros problemas. (Alex)

A dedicação excessiva de Alex ao trabalho aparece como uma defesa maníaca (negação onipotente da realidade): apega-se ao trabalho para negar a angústia e assim evitar o contato com a frustração e a dificuldade de ter um filho.

3) A vivência dos procedimentos de reprodução humana assistida, os sentimentos mobilizados e sua interferência na intersubjetividade do casal

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

Observamos que, mesmo quando já haviam sido submetidos à avaliação médica, ou seja, já sabiam das dificuldades reprodutivas, perdurou a expectativa de uma gravidez natural em todos os casais, evidenciando as fantasias onipotentes e o estado definido por Anzieu (1993) como “ilusão grupal”, na qual a realidade é suspensa em função da realização de um desejo. Vejamos o exemplo de Eva e Fábio:

[...] Em 2004, eu fiz a histerossalpingografia. [...] Até me falaram que tem muita gente que engravida depois desse exame. [...] Mas nunca aconteceu, né. A gente já ouviu vários casos. Apesar de nunca acontecer, a gente sempre teve esperança. Até hoje a gente tem, né. Se a menstruação atrasa um dia ou dois, a gente: “Ah, será que foi dessa vez?”.

A gente, e o médico, achava que dava pra engravidar naturalmente.
(Fábio)

Os exames realizados geraram a expectativa de uma gravidez natural. Isso se justifica, em parte, porque tanto a videolaparoscopia³ quanto a histerossalpingografia⁴ são exames que, além de possibilitarem o diagnóstico dos problemas de infertilidade feminina (endometriose, cistos, miomas, aderências, obstruções tubárias, etc.), permitem, muitas vezes, que sejam tratados simultaneamente (Passos, 2007), o que parece ter acontecido no caso de Eva. Após esses exames e os cuidados terapêuticos, é comum a ocorrência de uma gravidez espontânea (Caetano, Marinho & Moraes, 2000).

A melhora na condição reprodutiva, no entanto, parece ter fomentado no grupo casal o estado mental da “ilusão” (Anzieu, 1993), no qual, como

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

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

num sonho, a realidade fica suspensa e o investimento libidinal é voltado para a realização imediata do desejo: ter um filho. Mesmo algum tempo após a realização dos exames (quatro anos), Fábio e Eva ainda mantêm a esperança de que uma gravidez possa ocorrer. Sustentam essa fantasia/ilusão, argumentando que o médico também acreditava numa gravidez natural e que havia casos, dos quais ouviram falar, que confirmariam essa possibilidade.

A expectativa e idealização quanto aos especialistas por parte dos casais analisados e a excessiva confiança depositada nos tratamentos, ao menos num primeiro momento, contrastava com a limitada e, ou, distorcida informação sobre as tecnologias reprodutivas, seus alcances e impactos. Como exemplo, temos o interesse e a esperança, demonstrados por um dos casais entrevistados com um novo tratamento descoberto, via Internet, mesmo sem que este tenha sido testado, aprovado ou mesmo colocado para o uso no Brasil:

[...] A gente viu recentemente na Internet. É que saiu um novo tratamento pra engravidar. É como uma cápsula. [...] onde se coloca o espermatozoide dentro dessa cápsula e coloca dentro de mim, [...] e, uns três dias depois [...] eu vou para um médico para tirar a cápsula e deixar os espermatozoides... (Ana)

No contato entre os casais e os especialistas médicos, observamos a ocorrência dos pressupostos básicos referidos por Bion (1961): a *dependência*, quando os casais partiram em busca de um médico que atendesse sua demanda do filho biológico e tomassem as melhores e mais acertadas decisões quanto aos tratamentos, assumindo a total responsabilidade por elas:

[...] A médica deixou na nossa mão pra decidir: “Faz a fertilização com um óvulo só ou não?” Como é que uma pessoa que não sabe nada de fertilização vai decidir se faz com um ou não? [...] A médica devia ser enfática: “Eu não vou fazer isso. Eu vou guardar esse óvulo, congelar [...]. Mês que vem vocês fazem de novo. [...]”. (Fábio)

O *acasalamento*, em especial, na *esperança messiânica* de que o filho, o médico, a técnica ou mesmo um milagre pudessem livrá-los do problema reprodutivo:

[...] Meu urologista disse que a chance de fecundação natural era quase zero, [...] mas a gente sabe que tem uma força maior que se tiver nas mãos d’Ele que a gente tenha filhos naturalmente, nós vamos conseguir. [...] Se realmente vingar, tá na mão de Deus nos dar. (Alex)

E a *luta-fuga*, projetando o “mal” nos médicos, nos tratamentos e na exploração financeira:

[...] Pra engravidar, tem vários tratamentos. [...] De repente, tu já tá indo lá na outra etapa, fazendo a fertilização *in vitro*, e um tratamento mais simples poderia resolver de uma forma mais barata pra ti. Mas não há interesse nisso [...]. (Bruno)

...

A decepção é maior do que a esperança. [...] “Agora vai dar, né?” [...] “O embrião agora tá ‘A+++’, com estrelinhas” [...] São palavras que vão botando na nossa cabeça pra gente se sentir bem. Só que, depois disso, vem o se sentir mal... muito pior. [...] Daí terminou, e a médica falou assim: “Da próxima vai dar”. Aí eu falei pra ela: “A próxima não vai ter”. (Fábio)

As atitudes, as formas de abordagem e as decisões dos médicos foram questionadas pelos três casais entrevistados, especialmente quando os diagnósticos não correspondiam ou contrariavam as expectativas do casal e, mais ainda, quando os tratamentos falhavam. A frustração, a decepção e a revolta fomentavam as angústias persecutórias, levando os casais a desistirem ou partirem em busca de novos diagnósticos, profissionais, clínicas e, ou, tratamentos.

Essas observações reforçam a importância do vínculo estabelecido entre o casal e equipes médicas, tendo em vista sua interferência decisiva na vivência dos tratamentos contra esterilidade e, inclusive, podendo repercutir positiva ou negativamente em seus resultados.

Os procedimentos e exames foram avaliados como invasivos e desgastantes, tanto física quanto psicologicamente, principalmente para as mulheres:

[...] A mulher fica sozinha nesse processo. [...] Os médicos deviam estimular a participação dos homens nisso [...]. Ah, nem que vá junto fazer os exames. Ao menos pra saber o quanto a mulher tá ali sofrendo. E não esperar a mulher chegar em casa e perguntar: “Tá, e daí, o teu dia foi bom?” Não, não foi. [...] Passaram o dia enfiando um monte de coisas dentro de ti, que machucam, doem. (Eva)

[...] Há uma responsabilidade dessa invasão à minha pessoa, ao marido. Como ela falou: “Ah, tu fosse lá, fizesse o espermograma e não pediram mais nada. Pra mim, eles querem fazer isso, aquilo,

aquilo outro”. Como se pra mim tivesse sido fácil e pra ela bem mais complicado, não é? [...] Ela me culpa por isso. Por ela estar sofrendo e por eu não passar por isso. (Bruno)

A exclusão de Bruno dos procedimentos é considerada, por sua esposa, como uma vantagem da qual ela parece se ressentir. Durante os procedimentos de diagnóstico e em quase todo o processo de tratamento de reprodução humana assistida, o papel dos homens quase sempre é o de prestar apoio às suas esposas ou se ocupar de questões de cunho prático. No entanto, o exame do espermograma e a coleta do sêmen para a realização dos procedimentos de reprodução assistida, para a grande maioria dos homens, é algo desconfortável e frequentemente constrangedor (Makuch, 2006).

Os relatos do casal sobre as diferenças nas intervenções inerentes aos procedimentos de reprodução humana assistida podem ser compreendidos como representações psíquicas das fantasias originárias, que se manifestam, aqui e agora, no grupo casal. Trata-se do que denominou Kães (1977), do segundo *organizador psíquico grupal*. Remonta às fantasias da cena primária e a resposta ao enigma da diferença anatômica entre os sexos. Betina parece reviver as angústias de castração, suscitadas pela atual situação de esterilidade, sentindo-se em desvantagem em relação, não só ao seu marido, mas a todos os homens.

Os resultados obtidos evidenciam os impactos físicos, psicológicos e sociais da situação de infertilidade e seus tratamentos, e que o pragmatismo e a urgência dos procedimentos biotecnológicos, geralmente, não permitem que sejam reconhecidos, acolhidos ou elaborados.

Conclusão

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

O diagnóstico e o tratamento da esterilidade acarretaram prejuízos ao vínculo conjugal destacando-se: a perda da espontaneidade e do interesse *sexual* bem como a diminuição da erotização com a mecanização do processo procriativo; a dificuldade de reorganização do *projeto vital*

compartilhado, gerando a estagnação ou empobrecimento do vínculo conjugal; as interferências no *cotidiano*, promovendo os desencontros, o afastamento e os desentendimentos entre o casal.

As pressões e cobranças internas e externas, por não corresponderem ao esperado, ou seja, tornarem-se pais, desencadearam nos casais entrevistados sentimentos de inferioridade, frustração, inveja e irritação, prejudicando o convívio com familiares, amigos e colegas de trabalho.

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

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

A expectativa e a idealização quanto aos especialistas e tratamentos interferiram na tomada de decisões, na persistência nos tratamentos, no estabelecimento do vínculo médico-paciente, sendo determinante para a continuidade ou não dos procedimentos.

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

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

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

A experiência com os casais mostrou-se eficiente para a verificação da dinâmica conjugal, das reações emocionais dos cônjuges em presença um do outro e a instauração do processo associativo grupal, permitindo a escuta e a reflexão conjunta sobre os fenômenos psíquicos envolvidos na situação de esterilidade e seus tratamentos.

Referências

- Anzieu, D. (1967). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bastos, L. A. M. (1995). Maternidade: reprodução ou pró-criação? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 24 (4), 913-932.
- Bion, W. R. (1961). *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Bleger, J. (1964). *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. Tradução de Maria M. De Moraes; Revisão da tradução Luis Lorenzo Rivera (3ª ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004) As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 63-70.
- Caetano, J. P. J., Marinho R., & Moraes, L. M. (2000). *Infertilidade e Concepção Assistida: um guia para o casal*. Série MEDSI Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Médica Científica Ltda.
- Collucci, C. (2003). *Por que a gravidez não vem? Respostas objetivas e didáticas às principais dúvidas sobre a fertilidade*. São Paulo: Atheneu.
- Corrêa, M. V. (2001). *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia dos limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Gaskell, G., & Bauer, M. W. (2000) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. (4ª ed.) Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005.

Gomel, S. (2004) Prólogo. In Silvia Cincunegui, Yolanda Kleiner, & Polo Woskoboininik. *La infertilidad em la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. (1ª ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Käes, R. (1977) *El aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. Granica: Editor Coleccion Psicoteca Mayor.

Makuch, M. Y. (2006) Gênero e Reprodução Assistida: novas fases e velhas questões. In Melamed, R. M. & Quayle, J. (Orgs.). *Psicologia e reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mathieu, P. (1967). Essai d'interpretation de quelques pages du revê celtique. *Interpretación*, 232 - 259.

Papp, P. (2002). *Casais em Perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Tradução de Daniel Etcheverry Burguño. Porto Alegre: Artmed Editora.

Passos, E. P., Almeida, I. C. A. de, & Fagundes, P. A. P. (2007) *Quando a gravidez não acontece*. Porto Alegre: Artmed.

Puget, J., & Berenstein, I. (1993) *A psicanálise do Casal*. Tradução de Francisco Franke Settineri. São Paulo: Artes Médicas.

Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Coleção Clínica Psicanalítica).

Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de Gênero. *Interface_ Comunicação, Saúde, Educação*, 5 (8), 47-60.

Schaffer, J., & Diamond, R. (1994). Esterilidade: dor pessoal e estigma secreto. In Imber-Black, E. *Os segredos na família e na terapia familiar*. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.

Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2002). Infertilidade e Gravidez Tardia. In Papp, P. (Org.). *Casais em Perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Tradução de Daniel Etcheverry Burguño. Porto Alegre: Artmed Editora.

Serafini, P. & Motta, E. (2004). *Grávidos! : a realização do sonho de ter um filho*. São Paulo: Editora Gente.

Sigal, A. M. (2003). A mulher não nasce mãe, pode tornar-se mãe: a psicanálise, o feminino e sua relação com as novas técnicas de fertilização. In Fuks, L. B., & Ferraz, F. C. (Orgs.) *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Térzis, A. (2007). Psicanálise e Grupalidade. Trabalho apresentado no VIII Simpósio CEFAS e I Jornada da FLAPAG – Campinas, SP - 27 e 28 de outubro de 2007.

Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Tradução de Graciela Rodriguez. São Paulo: Record - Rosa dos Tempos.

Tort, M. (1992). *O desejo frio: Procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos*. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.