



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

DA (IN)FERTILIDADE À PARENTALIDADE APÓS
RECURSO A OVÓCITOS DE DADORA: VIVÊNCIAS
DE QUATRO CASAS PORTUGUESES

MANUELA MARIA DIAS DE FIGUEIREDO

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Dedico este trabalho a todas as crianças nascidas com a ajuda da PMA.

Do entrecruzar do desejo, do amor, do esforço dos seus pais e dos profissionais de saúde foi possível a concretização de um sonho outrora impossível.

Que todas elas encontrem nesta oportunidade de vida o seu caminho na construção de um mundo melhor, o seu!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, o Professor Doutor Emílio Salgueiro, pela pessoa especial que é, pelo seu interesse por este trabalho, pelas questões que foi colocando que me possibilitaram maiores reflexões, pelo apoio incondicional e confiança que permitiram a concretização deste sonho.

Ao Dr. Sérgio, que vê na investigação a possibilidade de ir mais além, e que de espírito aberto aceitou colaborar neste trabalho, sem a sua ajuda tudo teria sido bastante mais difícil.

À Dra. Filipa pela sua preciosa cooperação no contato com os casais e pelo interesse neste projeto.

Aos Casais, que tão amavelmente aceitaram participar neste estudo, confiando-me as suas vivências mais íntimas de um processo tão delicado. Ao que foram as horas de partilha e há recordação única que ficou.

Aos seus filhos, que são a razão de nos termos debruçado sobre este tema.

Aos meus pais, que ousaram arriscar ao dar-me vida. À minha mãe pela transmissão da Fé e do acreditar na concretização dos meus sonhos. Ao meu pai que partiu, antes de este momento ter sido concluído, mas que permanecerá para sempre no meu coração.

Às minhas filhas, Rita, Márcia e Margarida pelos momentos que partilhamos, pela compreensão de tantas ocasiões de ausência, e pelo incentivo que me têm dado neste e em outros momentos da minha vida. Com elas aprendo esta vertente tão complexa e maravilhosa que é a maternidade

Ao meu marido, meu companheiro, pelo caminho percorrido que nem sempre foi fácil, pela família que temos vindo a construir e por toda a ajuda e incentivo que me tem proporcionado.

Aos meus irmãos, que sempre me fazem acreditar que serei capaz de vencer mais uma etapa, por estarem sempre presentes apesar da distância.

A toda a minha família.

Ao Professor Doutor Daniel Sousa pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

À minha querida amiga Professora Antónia Perdigão pelas horas infinitas de partilha, de reflexão, de descoberta que têm vindo a tornar mais rica a minha existência e este trabalho.

Aos meus amigos Ricardo, Susana Irina por estes cinco anos de partilha, de “discussões” e gargalhadas que deram um novo sentir a cada trabalho encetado, enriquecendo as nossas vidas.

Ao meu amigo Fernando pela sua preciosa ajuda e pela Fé na chega deste momento.

À minha amiga Sílvia por ser quem é, pela partilha.

À Diana pela nossa amizade e pela colaboração na distribuição das “sementinhas”.

À minha querida amiga Hortense pelo que ela é e representa para mim.

À Mónica, minha amiga e irmã do coração e ao meu amigo Filipe, o Filósofo, por tudo o que temos vivido, partilhado e pela ajuda inesquecível dos últimos momentos.

Às minhas amigas Ana, Lúcia, Catarina, Fátima; Célia, Maria João e amigos Marcelo's.

Aos meus Professores “Ispanos” que fizeram e fazem parte do meu crescimento académico e pessoal.

A todos os colaboradores do ISPA por quem nutro enorme carinho.

Por fim, sendo talvez o princípio, a todos por fazerem parte da minha vida!

RESUMO

Introdução: Em Portugal, tem sido desenvolvida investigação incidindo sobre os casais e/ou crianças concebidas com recurso a PMA. No entanto, não foram encontrados estudos que focassem especificamente as vivências psicológicas envolvidas no processo da PMA, onde os casais tenham recorrido a ovócitos de dadora, e em que a filiação genética é apenas com o pai.

Objetivo: O objetivo geral deste estudo é o de conhecer e compreender as vivências gravídicas e de parentalidade, em casais portugueses, após recurso a PMA com ovócitos de dadora, sendo estabelecido o objetivo específico que se encontra associado à decisão de revelar a origem genética das crianças *Método:* Estudo qualitativo exploratório, com recurso a entrevista semi-diretiva. Foi obtida uma amostra intencional e de conveniência de 4 casais portugueses, heterossexuais, casados ou a viver em união de facto à data da conceção.

Resultados: Não obstante a heterogeneidade da amostra e respetivas idiossincrasias, foram descritas vivências comuns aos casais que se podem caracterizar por um estado emocional paradoxal entre a esperança e o receio o qual, após o nascimento, se transforma num outro paradoxo da alegria na parentalidade permeada pela presença, na ausência, da dadora. À exceção de um casal, todos os casais mantêm em aberto a decisão de revelar, ou não, à criança, à família e a outros, o recurso a ovócitos de dadora. A decisão de revelar poderá ser justificada por motivos médicos. *Conclusão:* Para estes casais, a vivência do processo PMA com recurso a ovócitos de dadora é doloroso, mas contudo, compensador.

Palavras-chave: PMA; recetoras de ovócitos; experiências gravídicas; parentalidade; revelação.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, research has been developed that has focused on couples and/or children conceived with ART. However, the existing studies were not specifically centered on the psychological experiences that are associated with ARTs, where couples resorted to donor's oocytes, and where the child only has genetic ties to the father. *Objective:* The main objective of this study is to gain understanding of the pregnancy and parenting experiences of Portuguese couples after they resorted to donor oocytes. There is also a specific objective that is related to the decision to reveal the genetic origin of the child. *Method:* An exploratory qualitative study by semi-directive interviews. An intentional and convenience sample was obtained comprised by four Portuguese, heterosexual, married or in civil union couples at the time of conception. *Results:* In spite of the sample's heterogeneity and its respective idiosyncrasies, there were common experiences to the couples that may be characterized by a paradoxical emotional state between hope and fear which, after the birth, is transformed into another paradox of the joy of parenthood permeated by the presence, through the absence, of the donor. With the exception of one couple, all couples had not yet made a decision to disclose, or not, to the child, to the family and others, their option of resorting to donor oocytes. A decision to reveal could be prompted by medical reasons. *Conclusion:* The experiences of ARTs with resort to donor's oocytes are a painful process, but nevertheless rewarding for these couples.

Keywords: ART; oocyte recipients; pregnancy experiences; parenthood; disclosure.

Índice

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
Índice	VIII
Lista de Tabelas	X
Glossário de Siglas e Abreviaturas	XI
I. Introdução	1
II. Enquadramento Teórico	3
2.1. (In) fertilidade e a PMA	3
2.2. Aspectos Psicológicos da Infertilidade	5
2.3. PMA com Recurso a Ovócitos de Dadora	6
2.3.1. Dadoras de Ovócitos	8
2.4. Gravidez	9
2.5. Parentalidade	11
2.6. Revelação	13
III. Objetivos da Investigação	18
IV. Método	18
V. Análise e Interpretação dos Resultados	24
5.1. Dados Sociodemográficos	24
5.2. História Familiar	25
5.3. Tema I - História da Infertilidade (e antecedentes obstétricos)	26
5.3.1. Subtema Vivência da Tomada de Decisão com Ovócitos Doados	27
5.3.2. Subtema Vivências PMA	28
5.3.3. Subtema Relação Conjugal e PMA	29
5.3.4. Subtema Papel da Família/Amigos/Sociedade	30
5.4. Tema II - Dadora	30
5.4.1. Subtema Dados da Dadora	30
5.4.2. Subtema Desejo de a Conhecer	31
5.4.3. Subtema Sentimentos Associados à Dadora	31
5.4.4. Subtema Dadora Imaginária	32
5.5. Tema III - Gravidez	32
5.5.1. Subtema Decurso da Gravidez	32
5.5.2. Subtema Vivências da Gravidez	33
5.6. Tema IV – Parto	34
5.6.1. Subtema Desenrolar do Parto	34

5.6.2.	Subtema Vivências do Parto.....	35
5.7.	Tema V – Parentalidade	36
5.7.3.	Subtema Relações	38
5.7.4.	Subtema Vivência da Parentalidade	39
5.8.	Tema VI – Revelação	40
5.8.1.	Subtema Revelação à Criança	40
5.8.2.	Subtema Revelação à Família	41
5.8.3.	Subtema Revelação a Outros.....	41
5.9.	Outros Pontos	41
VI.	Discussão	42
6.1.	Implicações para a Psicologia ou Psicoterapia	53
VII.	Conclusão	54
VIII.	Referências Bibliográficas	57
IX.	Anexos	64
	Anexo A - Caracterização da Amostra.....	65
	Anexo B – Carta às Clínicas	66
	Anexo C - Carta aos Pais.....	68
	Anexo D – Carta de Consentimento Informado.....	70
	Anexo E – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica (Mãe).....	72
	Anexo F – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica (Pai).....	74
	Anexo G – História de Vida (Mãe)	76
	Anexo H – História de Vida (Pai)	78
	Anexo I – Guião	79
	Anexo J - Índice Temático	82
	Anexo L - Matriz.....	84

Lista de Tabelas

Tabela 1 - História de Vida, Infância dos Casais e Antecedentes Obstétricos	P. 25
Tabela 2 - Tratamentos PMA	P. 26
Tabela 3 - Caracterização do Parto	P. 34
Tabela 4 - Estado dos Bebés à Nascimento	P. 35
Tabela 5 - Sentimentos/Emoções das Mães no 1º Contacto com os Recém Nascidos (RN)	P. 35
Tabela 6 - Parecenças Físicas dos Recém-Nascidos	P. 36
Tabela 7 - Parecenças Físicas e Temperamentais Identificadas Durante o Desenvolvimento das Crianças	P. 37
Tabela 8 - Revelação PMA e Recurso a Dadora	P. 40
Tabela 9 - Caracterização da amostra	P. 65

Glossário de Siglas e Abreviaturas

DGPI – Diagnóstico Genético Pré-Implantação

DI – Doner Insimination – Insiminação com dador

DO – Doação de ovócitos

DGS – Direcção Geral de Saúde

e.g. – Example given

FIV – Fertilização *in vitro*

IA – Inseminação artificial

ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection (Injeção intracitoplasmática de espermatozoide)

IU – Inseminação intra-uterina

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução

TEC – Transferência de embriões criopreservados

Recetora – Paciente que receberá pré-embrião(ões) provenientes de ovócitos de doadoras fertilizados com espermatozoides do seu parceiro

Histeroscopia – Exame que permite a visualização direta do interior do útero, com introdução de um instrumento de ótica via vaginal.

Laparoscopia – Exame da região pélvica, usando um pequeno telescópio chamado de laparoscópio, para observação da cavidade abdominal, introduzido numa incisão abaixo do umbigo

Menopausa Precoce – Insuficiência ovárica prematura

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

I. Introdução

O projeto de ter um filho, à semelhança da preservação e continuidade da espécie, poderá estar associado ao significado da continuidade da família, projeção e reparação pessoal, e de esperança - no futuro. É o culminar de um longo percurso psicológico iniciado na infância, no enredo do amor ambivalente da criança pelos pais com a edificação do desejo edipiano e que se concretiza na relação amorosa do adulto, onde já não há a ameaça de castração nem a renúncia ao desejo. Um filho é um novo objeto, que corresponde às necessidades narcísicas e objetais dos pais (Clarke, 1985; Gonçalves, 2008; Leal, 2005).

A dificuldade e/ou incapacidade da concretização deste desejo pode acarretar um turbilhão de sentimentos, pensamentos confusos e exaustivos; a culpabilidade pode reativar antigos fantasmas (Clarke, 1985; Faria, 2001).

O desenvolvimento da ciência e das técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) vêm trazer cada vez mais respostas a estes problemas que, também estes têm vindo a aumentar. Estima-se que 10% a 15% de casais em idade fértil, em todo o mundo, tenham problemas de infertilidade. Este fenómeno foi considerado pela World Health Organization (WHO) como um problema de saúde pública.

Desde o nascimento do 1º bebé proveta em 1978, alvo de grande destaque por parte da comunicação social, prevê-se que tenham nascido em todo o mundo cerca de 3.75 milhões de bebés com a ajuda da PMA (Silva, Jahn, Olsen, Karro, Temmerman, Gissler, Bloemenkamp & Hannaford, 2011). As normas que regulamentam estas práticas diferem de país para país, em Portugal regulamenta-a o Decreto-Lei nº32/2006, de 26 de Julho (2006).

A resolução do impedimento de um casal ter um filho através da PMA tem sido alvo dos mais variados estudos no sentido de se averiguar o impacto que o recurso a estas técnicas poderá ter no seio destas famílias e no desenvolvimento socio-psico-emocional das crianças nascidas através destes processos. Várias questões têm sido levantadas sobre esta matéria uma vez que, o que antes era vivenciado na intimidade do casal passou para um ambiente altamente artificial; a inclusão da equipa médica como um 3º elemento, e tratando-se de reprodução heteróloga – em que há o recurso a gâmetas (ovócitos ou espermatozoides) exteriores ao casal ou as barrigas de aluguer – conta-se com um 4º elemento.

O recurso a ovócitos de dadora embora aumente significativamente as hipóteses de os casais inférteis concretizarem os seus desejos de terem um filho, também levanta questões específicas que diferem das habitualmente encontradas nos processos PMA em que os gâmetas são do casal. Assim, a tomada de decisão sobre o recurso a esta técnica, a adaptação

à gravidez, a vivência do parto e a própria parentalidade será revestido de *nuances* específicas.

Estas questões devem ser estudadas de forma a perceber as necessidades desta nova forma de constituição de família, tendo em conta a especificidade da realidade de cada país, no sentido de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção e apoio adequados, seja no plano legislativo, social e/ou clínico (Almeida, Müller, Germond, & Ansermet, 2002; Ehrensaft, 2012; Faria, 2005; Silva et al., 2009; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2009).

Em Portugal, até à data, tem sido desenvolvida investigação que tem incidido sobre os casais e/ou crianças concebidas com recurso a PMA (Gameiro et al., 2009; 2010; 2011; Serra et al., 2006). No entanto, não foram encontrados estudos que focassem especificamente as vivências psicológicas envolvidas no processo da PMA, onde os casais tenham recorrido a ovócitos de dadora, em que a filiação genética é apenas com o pai. Assim, este estudo afigurou-se pertinente, ainda que de carácter exploratório, e pretende suscitar reflexão acerca das circunstâncias específicas destes casais. Pretende-se conhecer e compreender melhor as vivências gravídicas e de parentalidade, em casais portugueses, que recorreram a PMA com ovócitos de dadora. Tendo em conta que o anonimato da dadora está contemplado na lei portuguesa aspira-se perceber se estes pais partilharam com a família, amigos ou outros a existência desta no processo de conceção e se revelaram, ou não, aos seus filhos as suas origens genéticas; e os motivos associados à sua decisão.

Este estudo encontra-se organizado em sete capítulos: (I) Introdução, (II) Enquadramento Teórico, (III) Objetivos da Investigação, (IV) Método, (V) Análise e Interpretação de Resultados, (VI) Discussão e (VII) Conclusão.

A parte teórica subdivide-se em seis secções. A primeira centra-se nos conceitos de (In)fertilidade e PMA e sua evolução histórica. A segunda foca os Aspectos Psicológicos da Infertilidade no casal, no homem e na mulher. A terceira aborda o processo PMA com Recurso a Ovócitos de Dadora e respetivas implicações. A quarta diz respeito à gravidez abordando as vertentes psicofisiológicas e após PMA com recurso a ovócitos de dadora. A quinta parte refere-se à Parentalidade envolvendo novos conceitos e perspetivas. A sexta parte aborda as questões da Revelação do tipo de conceção à criança, à família e/ou a outros.

A parte empírica deste estudo é constituída pelo método, onde se especifica o delineamento da investigação, a amostra, o procedimento de recolha de dados e os instrumentos utilizados (entrevista semi-diretiva, questionários: sociodemográfico e história

de vida mãe/pai). Nos capítulos seguintes apresenta-se a análise e interpretação de resultados, a discussão e a conclusão.

II. Enquadramento Teórico

2.1. (In)fertilidade e a PMA

A infertilidade conjugal é um problema de saúde pública que tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos. Estima-se que afete na população mundial entre 10 a 15% dos casais em idade fértil, com uma incidência crescente em função da idade. Vários são os fatores que podem ser encontrados na origem deste fenómeno: o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infeções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição (Barros, 2011; Faria, 2001; Silva, 2011).

A World Health Organization (WHO, 2011) define a infertilidade como a incapacidade temporária ou definitiva de um casal conceber uma criança no período de um ano de atividade sexual regular, sem controlo contraceptivo voluntário.

Após décadas em que a infertilidade foi considerada como um problema exclusivamente feminino, hoje, dos fatores associados, 40% podem ser atribuídos à mulher (e.g. obstrução das trompas, disfunções ovulatórias, aderências nas trompas, endometriose, menopausa precoce), 40% ao homem (e.g. alterações das qualidades espermáticas) e, 20% são mistos (combinação dos casos), sendo que destes, 10% têm causa desconhecida (Barros, 2011; Faria, 2001).

Em Portugal não existem dados sobre a incidência e prevalência dos problemas de infertilidade; as estimativas são feitas com base em dados internacionais. Assim, os dados estimados pela Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) reportam que cerca de 500 mil casais portugueses apresentem problemas de infertilidade (Gameiro, Canavarro & Soares, 2009). A Procriação Medicamente Assistida (PMA) constitui uma parte importante no tratamento da infertilidade.

Numa breve retrospectiva histórica, assinalam-se como marcos significativos a primeira inseminação artificial (IA) intraconjugal ocorrida em Londres, em 1770, e o início da prática da IA com espermatozóide de dador, na cidade de Filadélfia, em 1884 (Barros, 2011). No final do século passado, viria a testemunhar-se o nascimento do primeiro bebé-proveta, na cidade de Oldham (Inglaterra), em 1978 (Golombok & MacCallum, 2003); em 1983, nasce na Austrália a primeira criança com recurso a ovócitos de dadora (Karpel, Flis-Trèves, Blanchet & Olivennes, 2005). Neste sentido, a PMA vem não só desvendar novos caminhos na ciência,

como despoletar novos conceitos e realidades sociofamiliares, que de outra forma não teriam existido (Golombok et al., 2003).

Estima-se que até à data tenham nascido 3.75 milhões de bebés, após recurso a estas técnicas, em todo o mundo. A acessibilidade e disponibilidade da PMA é regulamentada, na maioria dos países da EU, nos termos da Lei ou através de orientações profissionais e/ou recomendações. Contudo, a regulamentação difere de país para país. Em Portugal, à semelhança de outros (e.g. Áustria, França, Hungria, Irlanda, Itália), o recurso a PMA está acessível a casais heterossexuais em situação de infertilidade ou em risco de doenças graves transmissíveis, como regulamentado pelo Decreto-Lei nº32/2006, de 26 de Julho (2006). Em outros países (e.g. Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Grécia, Holanda, Espanha, Suécia, Reino Unido) a PMA está também acessível a casais de lésbicas e/ou mulheres solteiras. Na maioria dos países membros da EU, entre os quais Portugal, a doação de esperma e/ou ovócitos ou embriões é permitida (Silva et al., 2011).

Cada vez mais se assiste por parte das entidades responsáveis pela PMA à integração de equipas multidisciplinares de suporte a estes procedimentos, no sentido da máxima humanização e otimização dos resultados conseguidos. O Programa de Ação da Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento – *garantir a todos os indivíduos, em 2015, o acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade* – constitui-se como o grande referencial a incrementar pelas diversas entidades dos vários países. Em Portugal, são disso testemunho as orientações da Direcção-Geral da Saúde (DGS), contempladas no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, revisto e avaliado no documento *Saúde reprodutiva – Infertilidade*, DGS (2011). O primeiro Banco Público de Gâmetas para recrutamento, seleção e recolha, criopreservação e armazenamento de gâmetas de dadores, criado no Centro Hospitalar do Porto (CHP), concretiza a resposta, quiçá mais promissora e eficaz ao suporte das técnicas PMA, até ao momento (Despacho nº3219/2011).

Contudo, a procriação medicamente assistida ainda se encontra, generalizadamente, envolta em maior ou menor controvérsia; nomeadamente a importância da genética tem levado alguns países a rever a ética ligada à doação anónima de gâmetas (e.g. a Nova Zelândia “abriu o sistema” à partilha de informação) e levou outros (e.g. Suécia, Áustria, Victória, Austrália, Netherlands, Reino Unido) a mudar as suas leis permitindo aos descendentes de gâmetas de dadores o direito de obter informações de identificação sobre os seus pais genéticos (van den Akker, 2006). Em Portugal, a confidencialidade acerca da identidade do dador ainda se mantém, exceto se este expressamente o permitir (nº 4 do artigo 15º da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho).

Neste contexto, embora a PMA aumente significativamente as hipóteses de os casais inférteis concretizarem os seus desejos de terem um filho, também levanta questões específicas de ordem ética, desafios legais e sociais, que acrescem às habitualmente encontradas num processo de reprodução natural. A sociedade tem a responsabilidade de assegurar que os avanços alcançados através da PMA são implementados de uma forma socialmente responsável (Brezina & Zhao, 2012).

2.2. Aspetos Psicológicos da Infertilidade

A reprodução humana envolve aspetos sexuais, emocionais, sociais e psicológicos que, nas situações de infertilidade humana também devem ser tidos em conta (Clarke, 1985; Ehrensaft, 2012).

De uma maneira geral, a descoberta da infertilidade pelo casal é geradora de sentimentos de impotência, temporários ou permanentes, perda da autoestima, raiva, culpa e desejo de reparação (Colman & Colman, 1994; Ehrensaft, 2012; Faria, 2005). Afeta o casal, enquanto unidade conjugal, na medida em que vem alterar, adiar e/ou interromper o seu projeto parental; e, o homem e a mulher enquanto seres individuais, na sua subjetividade, abrindo uma falha narcísica. A infertilidade, no homem, tende a correlacionar-se maioritariamente com questões de virilidade e “estigma social” – a impossibilidade de deixar a continuidade de diversas heranças familiares, como património e nome de família. Já na mulher, esta problemática tende a verificar-se, muito frequentemente, interligada com a sua autoimagem relativamente à feminilidade, identidade sexual e autoestima. E, não obstante tratar-se de matérias distintas, a fecundidade enquanto cumprimento pleno da “função” própria da mulher, continua a associar gravidez e maternidade (Colman et al., 1994; Faria, 2001; Faria, Grieco & Barros, 2012; Miranda & Moreira, 2006).

Independentemente do tipo de infertilidade que afeta a mulher, esta pode constituir uma profunda crise emocional, um golpe no seu narcisismo, uma deterioração da relação consigo mesma, um abalo da representação da sua imagem corporal adulta e/ou da sua sexualidade. Com a evolução da ciência e a revolução do aparecimento da contraceção, a mulher passa a ter a possibilidade de gerir o como e o quando viver a sua gravidez, sentindo-se detentora de uma espécie de poder sobre o seu corpo e o adiar do momento da sua procriação. Por razões de ordem vária, acaba muitas vezes por ser surpreendida pela própria natureza, quando se depara com a dificuldade/impossibilidade de conceber e concretizar o seu projeto parental (Canavarro, 2001; Colman et al., 1994; Ehrensaft, 2012; Leal & Oliveira, 2005; Miranda et al., 2006). Vê-se agora no sentido oposto, a recorrer à evolução da ciência e à revolução da

procriação medicamente assistida que evoluiu paralelamente (Parente, Dall'Olio & Teixeira, 2006).

Do ponto de vista médico, a infertilidade é possivelmente a única situação em que cada membro do casal integra uma “unidade infértil” e é esta unidade que deve ser estudada e tratada, independentemente de se tratar de um problema associado ao homem ou à mulher; cada um dos elementos do casal deve ser alvo de um estudo aprofundado (Barros, 2011).

O sofrimento dos casais inférteis é relevante na perspetiva médica que, inclusive, considera a parte emocional do processo (medo do fracasso, frustração e ansiedade) gerado no paradoxo da esperança e incerteza daí inerentes. Uma vez em que tudo depende das particularidades de cada casal, e das subsequentes idiosincrasias que vão surgindo, estes vivenciam um grande desgaste psicofisiológico decorrente do grau crescente da complexidade dos procedimentos e do facto de não se poderem antecipar todos os resultados, nem ultrapassar etapas (Canavarro, 2001; Ehrensaft, 2012; Olmos, 2003).

2.3. PMA com Recurso a Ovócitos de Dadora

A reprodução heteróloga é algo que está no inconsciente coletivo, desde os tempos mais antigos, representada em Mitos, em quase todas as civilizações da Antiguidade. Na própria Bíblia tem-se a promessa da concepção:

“Maria perguntou ao anjo: “Como vai acontecer isso, se não vivo com nenhum homem?” O anjo respondeu: “O Espírito Santo virá sobre Ti e o poder do Altíssimo Te cobrirá com a sua sombra.” (Lc 1, 34-35).

O recurso a ovócitos de dadora faz parte das técnicas PMA com participantes heterólogos – em que há intervenção de dador de gâmetas exterior ao casal, o 4º elemento (Ehrensaft, 2012) – e está indicado a casais que se encontrem nas seguintes condições: a mulher não possui ovários; os ovários não produzem ovócitos; os ovócitos são geneticamente anormais; ou existe contra-indicação para hiperestimulação hormonal; ≥ 4 falhas de gravidez com ICSI e/ou DGPI; menopausa (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2012; Golombok, 2011; Santalla, Calderón, López-Criado, Fontes, López-Jurado & Martínez-Navarro, 2008; Sousa, 2003; Vicensoto, 2004).

Quando se efetiva como solução o recurso a ovócitos de dadora – tendo-se ou não equacionado a possibilidade de adoção – em consulta com o casal, são recolhidos os dados físicos (através de formulários) e uma amostra de sangue da mulher, enquanto o homem

procede à colheita do esperma para posterior criopreservação, no intuito de diminuir a ansiedade despoletada aquando da colheita.

O centro levará a efeito a procura de uma dadora de ovócitos com características genéticas similares às da mulher do casal infértil. A procura é efetuada segundo os mesmos processos utilizados nos transplantes de órgãos. Posto isto, procede-se a um emparelhamento físico e genético entre a dadora e a mulher infértil que, a ser bem-sucedido será o mais igual possível, nomeadamente no que respeita ao grupo sanguíneo, etnia, estatura, cor de pele, cor dos olhos, cor dos cabelos, entre outros (Barros, 2011; Sousa, 2003). A escolha de um dador que seja compatível com os traços da mãe não genética ou que se assemelhe a traços gerais de família justifica-se – não apenas como reforço narcísico de ser ver refletida na sua progenitura ou como uma estratégia de esconder a conceção com recurso a dadora, do mundo exterior – dado que a semelhança nos traços e comportamentos facilita a ligação mãe-criança (Ehrensaft, 2012).

Encontrada a dadora, inicia-se a preparação do endométrio da paciente, cerca de uma a duas semanas antes da transferência prevista dos embriões. A recolha dos ovócitos da dadora é realizada por aspiração dos ovários, após hiperestimulação controlada, intervenção esta que requer cerca de uma hora. A dadora regressa a casa em regime de ambulatório. É de salientar que estes procedimentos, embora de baixo risco, podem causar alguma ansiedade e desconforto à dadora. Seguidamente procede-se à microinjeção dos ovócitos da dadora com os espermatozoides criopreservados – depois de descongelados e purificados – do casal. Desta forma efetua-se a cultura dos embriões, cuja transferência para a paciente deve ocorrer ao 5º dia do desenvolvimento embrionário. Por norma, são transferidos dois embriões – como tentativa de prevenção de gravidezes múltiplas, uma vez que mesmo as gravidezes únicas são consideradas de risco – para a cavidade uterina da recetora; os restantes são criopreservados para eventual utilização posterior (Sá, Barros & Sousa, 2005). A taxa de sucesso dos tratamentos PMA está diretamente associada à especificidade da situação de infertilidade de cada casal e é também influenciada pela qualidade do trabalho laboratorial e clínico do centro de reprodução. O número de tratamentos depende da variabilidade das situações que ocorrem durante o processo, sendo por isso mesmo aceitável fazer-se cinco ou mais, como fazer-se dois e parar. No caso da probabilidade de sucesso ser cada vez menos consistente, o médico deverá orientar o casal para a necessidade de se fazer uma pausa ou mesmo “saber parar”, ainda que este movido pela ansiedade e angústia, deseje a todo o custo continuar (Barros, 2011; Ehrensaft, 2012; Sousa, 2012).

Desde o início, todo o processo PMA é gerador de elevada ansiedade e constrangimento quer para o marido/companheiro, pela própria colheita do esperma e todo o ciclo terapêutico, quer para a mulher que oficializou a sua condição de paciente infértil (Deka & Sarma, 2010; Miranda et al., 2006). Com maior ou menor número de tratamentos falhados, e mesmo quando se consegue ter um filho, ela continua inevitavelmente a confrontar-se com a condição de incapacidade, uma vez que a situação de infertilidade não fica resolvida. Na situação concreta de procriação com recurso a ovócitos de dadora, a criança nascida passa a ser a prova ainda mais marcada da sua condição (Karpel, Flis-Trèves, Blanchet & Olivennes, 2005). Neste sentido, se pela via biológica todos os esforços realizados podem culminar no sucesso de um filho saudável, torna-se crucial para o bem-estar psicológico e emocional do casal, da família, e principalmente da mulher, que esta tenha feito um trabalho de luto da fertilidade. Ela necessita ver-se a si própria como alguém que teve dificuldades na conceção e fecundação mas que foi, e é capaz, de gerar um filho dentro de si, de sentir-se grávida física e psicologicamente (Ehrensaft, 2012; Faria, 2005). Paralelamente, é importante esclarecer a mãe, o casal, sobre eventuais fantasias que possam surgir relativamente à dadora (Ehrensaft, 2012).

2.3.1. Dadoras de Ovócitos

De acordo com o parecer de Sousa (2003), as dadoras seriam, idealmente, selecionadas com base na sua boa compleição física, bom quociente intelectual e nível elevado de educação (grau universitário); ausência de hábitos alcoólicos, tabágicos ou de consumo de drogas; e ausência de mal formações físicas, sensoriais e dos órgãos internos, de doenças congénitas, de doenças sistémicas, e de doença cancerosa na família direta.

Atualmente, as campanhas levadas a cabo para a angariação de dadoras são dirigidas a estudantes universitárias, por estas se encontrarem mais próximas dos requisitos pretendidos: jovens informadas, saudáveis e mais disponíveis. Contudo, são aceites mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que serão sujeitas a uma criteriosa seleção (médica e psicológica) e, a um conjunto de exames e análises que permitam despistar qualquer doença contagiosa e garantir a excelência dos seus gâmetas (Barros, 2011; Gomes, Liberato & Queirós, 9 de Outubro de 2011).

Vários autores referem que na doação de ovócitos a motivação parece ser regida essencialmente pelo altruísmo (Pereira, 2004; Sousa, 2003; Winter & Daniluk, 2004; van den Akker, 2006), facto que vem de encontro ao disposto nas normas legais de Portugal, onde há

um permanente apelo ao espírito de dádiva altruísta (Barros, 2011; n.º 4 do artigo 22.º da Lei n.º 12/2009, de 26 de Março).

Para além desta motivação, outros estudos revelam também que a natureza financeira e comercial são aspetos a ter em conta para a doação. No geral, as atitudes tendem a ser positivas e evidenciam ainda a importância da relação das dadoras com o casal recetor, nos países onde a doação não é anónima (Purewal & Akker, 2009).

2.4. Gravidez

A gravidez, para além de um complexo processo de alterações e readaptações psicofisiológicas, que ocorre num período aproximado de quarenta semanas – desde a conceção até ao nascimento – é também um acontecimento importante na vida de uma mulher e do seu companheiro (Leal, 2005; Sá, 2004). Representa uma maturação psíquica, uma mudança de papéis, tornar-se mãe/pai e deixar de ser filha/filho; implica a revivência das brincadeiras infantis onde se ensaiava o desejo deste papel (Stern, 1997). Atualmente a gravidez é designada por período gravídico e tende a ocorrer cada vez mais tarde no ciclo de vida da mulher, após maturada e superinvestida ponderação (Leal, 2005).

As vivências psicológicas e os acontecimentos fisiológicos da gravidez raramente são coincidentes. Há quem se sinta emocional e psicologicamente grávida antes da conceção e, pelo contrário, há quem passe por toda a gestação sem sentir a sua vertente psico-emocional.

De uma forma simplificada podem considerar-se três fases no decurso da gravidez onde ocorrem diferentes tarefas psicológicas. A 1ª fase – 1º trimestre – compreende a *Incorporação* e a aceitação do feto em desenvolvimento; caracteriza-se por um sentimento de ambivalência relacionado com a tendência maternal e a rejeição. A 2ª fase – 2º trimestre – pode definir-se por *Diferenciação*, na qual a mulher começa a aceitar o feto como algo diferente de si, sobretudo a partir dos movimentos fetais, investindo nesse bebé como um outro. A 3ª fase – 3º trimestre – poderá designar-se por *Separação*, na medida em que começam a delinear-se as ideias do nascimento do bebé e o início da relação face-a-face, que entre outras variáveis desencadeiam o aumento da ansiedade (Colman et al., 1994).

Tendo a mãe integrado e aceitado a gravidez com naturalidade, através dos movimentos fetais vai percebendo que o bebé já não é parte dela; conseqüentemente dá-se a diferenciação e o bebé passa a existir como uma pessoa separada. Este movimento psíquico e emocional traduz-se fisicamente, facilitando o desenrolar e desfecho do parto, que constitui a separação física entre a mãe e o bebé (Canavarro, 2001; Colman et al., 1994).

Ser mãe consiste na acomodação contínua entre expetativas e realidades, desde o nascimento, com o confronto inevitável entre o bebé real em comparação com o bebé imaginário – o seu aspeto físico, por vezes o seu sexo, o seu comportamento – e a aceitação do bebé que nasceu (Colman et al., 1994; Lebovici, 1987), das suas necessidades, numa sintonia afetiva (Stern, 1992).

Em casais que passam por tratamentos de infertilidade, este evento é frequentemente precedido por vários anos de esforços, sonhos e desejos (Lepecka-Klusek & Jakiel, 2007; Silva & Lopes, 2009). As circunstâncias em que o início destas gravidezes ocorre são bastante diferentes do que costuma caracterizar a conceção natural. A procriação dá-se fora da sexualidade, num ambiente asséptico e artificial, colocando os pais num papel passivo; a equipa médica adquire um papel ativo e crucial, tornando-se num terceiro elemento que entra na vida íntima do casal (Ehrensaft, 2012; Gonçalves, 2008; Miranda et al., 2006). A gravidez, após um período mais ou menos longo de infertilidade, pode ser vista como muito especial e, como tal, a mulher poderá não permitir os sentimentos negativos inevitáveis do primeiro trimestre, ou a ocorrerem poderão produzir ansiedade indevida (Colman et al., 1994). Em estudos comparativos entre mulheres que recorreram a PMA e mulheres que conceberam naturalmente, verificou-se uma maior dificuldade na adaptação à gravidez nas primeiras (Gameiro, Canavarro & Soares, 2009; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Lepecka-Klusek et al., 2007). O simples facto do tratamento resultar numa gravidez bem-sucedida não garante que as mulheres se adaptem facilmente ao seu novo estado; mesmo enquanto grávidas, elas são consideradas como doentes e as suas gestações de alto risco. Neste sentido, a gravidez conseguida pode trazer alegria, mas os longos períodos de espera e a falta de confiança na eficácia da PMA podem também desencadear ansiedade e medo em relação aos seus resultados (Lepecka-Klusek et al., 2007). No entanto verificou-se um bom ajustamento familiar durante a gravidez e pós-parto (Gameiro et al., 2009).

Estudos obstétricos e perinatais em mulheres que recorreram a ovócitos de dadora apontam um aumento do risco de hipertensão e de sangramento no primeiro trimestre, independentemente da idade da gestante, do companheiro e da dadora (Stoop, Baumgarten, Haentjens, Polyzos, Vos, Verheyen, Camus & Devroey, 2012). Estas mães expressam como principais preocupações a ausência de um vínculo genético entre si e a criança que nasce do seu ventre e o efeito do segredo acerca da conceção da criança (Golombok et al., 2003). A fragilidade e os níveis de ansiedade encontrados são bastante superiores aos níveis verificados nos seus maridos/companheiros. O acompanhamento psicológico durante e após a gravidez é

importante (Corrêa, Vizzotto & Cury, 2007; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2009).

2.5. Parentalidade

A parentalidade mais do que o desejo de ter um filho requer o desejo de ser mãe, com todas as vertentes que o conceito encerra (Leal, 2005; Lebovici, 1987). A chegada de um bebé inicia um novo período de desafios característicos e de mudanças para o casal parental.

As representações mais comuns associadas à gravidez e maternidade na sua relação com a família de origem subentendem a continuidade de diversas heranças familiares: genéticas; de costumes; valores e significados; de bens e apelido de família; isto é, as experiências familiares biológicas, materiais e simbólicas (Canavarro, 2001).

Na adaptação à maternidade devem ter-se em conta os diversos fatores associados à própria mulher (e.g. decurso obstétrico da gravidez, parto, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, acontecimentos de vida no ano precedente à gravidez), ao bebé (e.g. peso à nascença, saúde física, temperamento) e às características do meio envolvente mais próximo (e.g. relacionamento conjugal, apoio familiar) (Canavarro, 2001).

Com o aparecimento e evolução das novas técnicas de reprodução medicamente assistida, surgem novas formas de parentalidade (Leal, 2005). Na conceção com recurso a ovócitos de dadora, continua a existir a possibilidade de transmissão das diversas heranças. Contudo, a herança genética passará a representar 50% do património do casal – vindo do pai – os restantes 50% vêm de um elemento externo à família, a dadora anónima.

Este novo elemento, na perspetiva de Diane Ehrensaft (2012) também deve ser integrado na história familiar; designa-o de *birth other* que é um signifiante sem género envolvido no nascimento da criança.

Para esta autora, também o conceito de “Triângulo Edipiano” tradicional (mãe-pai-filho) não se pode aplicar a estas famílias uma vez que existem outras pessoas envolvidas no nascimento do bebé. Desta forma, propõe um novo conceito: o “Círculo Edipiano”, que compreende todas as pessoas envolvidas no processo de reprodução heteróloga para além da mãe, do pai e do filho.

Os profissionais de saúde na área da reprodução, ao integrarem estes conceitos estão a contribuir para uma construção sólida destas novas famílias, proporcionando-lhes apoio médico e psicológico antes, durante e após o nascimento da criança real que ajudam a nascer.

“To adapt D.W. Winnicott’s notion that there is no baby without a mother, in assisted reproductive technology there is no baby without all the people who intended to have the baby and all the people who contributed to making that baby, including birth others and medical professionals (Diane Ehrensaft, 2012, p. 163).”

Independentemente do tipo de concepção, a qualidade da relação precoce é inquestionável para o saudável desenvolvimento da criança, pressupõe uma dimensão recíproca e complementar dos dois elementos da díade. A competência materna e as capacidades precoces do recém-nascido traduzem-se na sincronicidade observada nos comportamentos motores, faciais e verbais de ambos, nos primeiros dias de vida. Esta intersubjetividade primária é um dos alicerces fundamentais na interação mãe-bebé, cujo objetivo é o prazer que cada interveniente obtém. O aspeto interativo e recíproco são vitais para o estabelecimento desta relação; o *feedback* que cada um vai transmitindo, satisfatório e encorajador, é o motor da comunicação afetiva prazerosa (Alarcão, Relvas & Sá, 2004; Lebovici, 1987; Stern, 1992).

Nas famílias criadas com recurso a ovócitos doados, a dádiva e a vivência da gravidez podem aumentar a possibilidade da ligação pré-natal e, conseqüentemente, a transição para a parentalidade (Golombok, Readings, Blake, Casey, Mellish, Marks, & Jadvá, 2011). Como referido, a escolha de uma dadora compatível com a mãe recetora e/ou família poderá também promover a ligação mãe-criança (Ehrensaft, 2012).

A prática clínica deixa antever que na ausência de semelhanças entre a mãe e a criança poderá surgir em cena uma “personagem sem rosto” – a outra mulher forte e poderosa que foi capaz – a mulher-rival. Poderão emergir sentimentos depressivos provocados por esta falha narcísica, levando a mulher a sentir-se menos mãe. Mecanismos defensivos poderão ser ativados como forma de compensar a sua maternidade; esta poderá adotar atitudes superprotectoras, ansiogénicas ou sufocantes, ou então, poderá não se dar à criança e assim não ver as suas fragilidades, encontrando-se numa atitude de evitamento relacional (Ehrensaft, 2012; Faria, 2005).

Após o nascimento do bebé, preocupações ruminantes dos pais podem estragar a felicidade da sua chegada. A assimetria genética pode ser um dos fatores no cerne dos seus receios uma vez que pode despoletar a inveja primitiva ou o ressentimento (Ehrensaft, 2012, Karpel et. al., 2005). Tornar-se pai/mãe pode ser acompanhado por um medo universal de que o raptor venha para levar o bebé embora. Este medo imana de fortes ligações à criança, culpa parental de não tomar suficientemente bem conta do bebé e da consciencialização de que as crianças

irão embora um dia. Para os pais PMA, esse raptor toma a forma da dadora, que não é estranha ao bebê mas antes está ligada a ele por carne e osso. Eles receiam que ela possa vir reclamar direitos sobre o bebê. Por fim, as preocupações de que o filho possa quebrar a ligação ao procurar ativamente essa pessoa exterior à família. Assim, estes pais poderão desejar manter o anonimato em relação à dadora, como uma medida de não permitirem o seu acesso ao filho; ou mantendo a concepção com recurso a ovócitos de dadora em segredo para a criança. Todas estas são medidas defensivas face ao 4º elemento que vem reclamar o bebê que, nas fantasias mais negras dos pais, realmente lhe pertence. O terceiro fator no medo da ligação à criança envolve as mensagens sociais contraditórias no que diz respeito aos laços de sangue e aos laços sociais. Vive-se ainda numa sociedade que privilegia os laços de sangue em detrimento dos laços sociais (Ehrensaft, 2012).

Mediante estas novas realidades, têm vindo a desenvolver-se diversas investigações no sentido de procurar averiguar, conhecer e compreender o impacto que as novas técnicas exercem nestas famílias; as reais consequências nas suas vertentes socio-psico-emocional.

Vários estudos apontam para o estabelecimento de boas relações familiares e entre pais e filhos PMA (Gameiro, Canavarro & Soares, 2009; Golombok et al., 2003). Os pais PMA têm uma perceção sobre si-mesmos como pais mais competentes e evidenciam níveis de satisfação parental mais elevados do que os que conceberam naturalmente (Gameiro et al., 2010). Já Serra e Algarvio (2006) verificaram que pais PMA apresentam maiores níveis de preocupação e de cuidados com os seus filhos. Relativamente ao investimento na parentalidade e no bem-estar dos seus filhos, estes parecem depender mais da satisfação conjugal e do apoio de familiares e amigos do que do tipo de concepção – natural ou PMA (Gameiro, Canavarro, Boivin, Moura-Ramos, Soares & Almeida Santos, 2011). Comparando o ajustamento psicológico de crianças concebidas com recurso a diferentes técnicas de PMA entre si e, com crianças concebidas naturalmente, autores como Shelton, Boivin, Hay, van den Bree, Rice, Harold e Thapar (2009), estas parecem não evidenciar um risco acrescido de problemas. Num estudo longitudinal, Golombok, Murray, Jadva, Lycett, MacCallum e Rust (2006), encontram níveis mais elevados de calor humano e maior interação entre mães e os seus filhos de 3 anos em famílias PMA, do que nas famílias de concepção natural.

2.6. Revelação

Baseadas nas questões levantadas pela literatura acerca do segredo e do seu impacto nas relações familiares e no desenvolvimento da criança, várias investigações têm sido efetuadas e os resultados vão sendo aferidos ao longo do tempo (Karpel et al., 2005).

Em países como a Suécia, Reino Unido, Austrália, Netherlands, Nova Zelândia, Finlândia, os indivíduos com 18 anos concebidos com recurso a dador/a têm o direito a obter informações sobre o dador e a conhecer a sua identidade genética (Daniels, Gillett & Grace, 2009; Hargreaves & Daniels, 2007; Isaksson, Svanberg, Sydsjö, Thurin-Kjellberg, Karlström & Lampic, 2011; Shehab, Duff, Pasch, MacDougall, Scheib & Nachtigall, 2008). A maior parte das vezes a dadora é alguém da família ou do círculo de amigos dos pais e pode continuar em contacto com a criança. O contacto com a mãe genética é visto por alguns como uma experiência positiva para as crianças, uma vez que lhes cria a oportunidade de desenvolverem uma compreensão mais clara das suas origens (Ehrensaft, 2012; Golombok et al., 2003). É de destacar que uma tendência crescente no sentido da revelação que está a ir cada vez mais longe, no sentido de ela própria abrir portas a novos paradigmas familiares (Freeman, Jadvá, Kramer & Golombok, 2009).

Estudos longitudinais levados a cabo pela Universidade de Cambridge, no Reino Unido, sobre os efeitos da PMA em crianças, envolvendo a parentalidade genética separada da parentalidade social, evidenciam que a ausência de uma ligação genética entre a mãe e a criança em famílias de doação de gâmetas não tem consequências adversas nas relações mãe-filho e no bem-estar psicológico dos filhos. Parece, no entanto, que a falta de comunicação sobre as origens genéticas da criança pode interferir na interação positiva entre mães e filhos (Golombok et al., 2004, 2006). Assim, estas famílias podem beneficiar com a revelação antes de as crianças entrarem para a escola (Golombok et al., 2011).

Um novo fenómeno parece verificar-se neste novo tipo de famílias, os pais destas crianças procuram encontrar e contactar os meios-irmãos dos seus filhos e o/a próprio dador(a). As experiências são reportadas como significativas e positivas, chegando a formar laços próximos e de continuidade baseados nas noções de família e amizade. Embora apontem como principal razão a curiosidade, todos referem a preocupação em proporcionar ao filho o melhor entendimento de si-mesmo e da sua identidade, a escolha e o direito deste saber acerca das suas origens genéticas. Também há o desejo de proporcionar irmãos ao filho, sobretudo no caso dos filhos únicos.

Uma vez que ainda não há uma regulação clara sobre este novo fenómeno, têm-se desenvolvido uma série de redes de afetos mais abrangentes do que o processo de doação de gâmetas, a que os envolvidos chamam “família alargada”. Estas relações são baseadas em ligações diretas e indiretas e partilham entendimentos e experiências dos quais emergem novos conceitos de família. A perplexidade das experiências positivas relatadas neste estudo sugere que as relações estabelecidas têm propriedades únicas e são diferentes da maior parte

das relações familiares comuns, por exemplo, laços maternos fortes com os outros filhos do/a dador/a, os meios-irmãos dos seus filhos (Freeman et al., 2009).

Na Nova Zelândia, ao longo dos últimos 20 anos, tem-se assistido um crescendo na literatura que aponta para a orientação parental e um forte encorajamento de partilhar, desde cedo na vida das crianças, a construção da família com o recurso a dador/a (Hargreaves & Daniels, 2007; Daniels et. al., 2009). As clínicas têm tido um papel importante na medida em que só recrutam dadores que se sintam preparados para serem identificados pelos seus descendentes a partir da idade adulta – 18 anos – se estes assim o desejarem. Em 2004, a legislação veio confirmar esta prática das clínicas, acrescentando um Registo Voluntário que forneça às crianças e dadores informação anterior a esta data. Atualmente, na maioria das clínicas, os serviços de aconselhamento são parte integrante do programa de doação. A mudança caminha para uma maior abertura em função do contexto sociopolítico, das atitudes e da consciência profissional (Daniels et al., 2009).

Nos EUA, um estudo com grávidas PMA heteróloga mostrou que as mulheres que revelaram o tipo de conceção expressaram que a criança tem o direito de saber e percecionaram fatores sociais e culturais favoráveis à revelação. As mulheres que não revelam e as indecisas, referem proteger as relações normativas, têm a perceção do estigma social, e não identificaram um benefício para revelação (Hershberger, Klock & Barnes, 2007). Quase todos os casais participantes de um outro estudo chegam a uma decisão conjunta de revelar, mesmo quando inicialmente têm opiniões divergentes; na base das suas discussões estão fatores como: o ambiente sociopolítico local, a opinião profissional, a rede de aconselhamento e apoio, os seus antecedentes religiosos e culturais, e fatores familiares e pessoais (Shehab, Duff, Pasch, MacDougall, Scheib & Nachtigall, 2008).

Na Suécia, 20 anos após a abertura da legislação à identificação das dadoras, num estudo longitudinal concluiu-se que uma expressiva maioria dos pais apoia a revelação e a abertura em relação à origem genética do seu filho. Os casais recetores sentem que poderiam beneficiar de mais informação e apoio, antes e após o recurso à doação de gâmetas, no que diz respeito à parentalidade. Cerca de um terço dos casais gostaria de ter, por parte das clínicas de fertilidade, mais apoio e informação acerca dos aspetos específicos da parentalidade decorrente da doação (Isaksson, Svanberg, Sydsjö, Thurin-Kjellberg, Karlström & Lampic, 2011). Estes resultados assemelham-se aos de recentes estudos realizados na Finlândia, 15 anos após a abertura do anonimato de dadores (Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari, 2010). Enquanto o trabalho psicossocial anterior ao tratamento da doação é feito pelas clínicas, geralmente a sua responsabilidade termina com o sucesso dos tratamentos. Daí que

na Finlândia, em 2009, como consequência da necessidade de apoio e orientação destes pais – tanto antes do tratamento como após o nascimento da criança – foi criado um grupo de apoio às famílias de doação de gâmetas (Söderström-Anttila et al., 2010). Quase todos os casais revelaram a alguém o tipo de tratamento que estavam a fazer e são as mulheres que estão a passar pelo tratamento com a doação de ovócitos que são as mais abertas. Quando recorrem à doação de esperma os homens dão mais importância à falta do elo genético com o seu filho (Isaksson et al., 2011).

Na Bélgica o anonimato em relação à dadora é recomendado mas não obrigatório ou vinculativo (European Commission, 2006). Num estudo realizado com mulheres belgas que recorreram a PMA por tratamento ICSI ou FIV, abrangendo vários tipos de infertilidade, Nekkebroeck, Bonduelle e Ponjaert-Kristoffersen (2008) aferem e comparam as práticas e atitudes das mães no que concerne à revelação (ou não) do modo de concepção ao filho, aos fatores associados com a revelação e ao bem-estar da criança após a revelação.

A maior parte das mães ou ambos os pais parecem sentir dúvidas acerca da revelação; contudo, tanto os que o fizeram como os que pensam fazer, apontaram como principais razões da revelação, o facto de não quererem guardar segredos do filho e o direito deste ao conhecimento do seu historial médico ao longo da vida; e recearem que o filho tenha conhecimento por outros. Os pais que não revelaram, não consideram esta informação relevante para o filho; ou alegam querer evitar que este possa sentir-se diferente.

Há também a intenção da revelação no futuro: um tempo específico (o entendimento da criança, um problema médico) ou um tempo não específico. As mães que revelaram o modo de concepção referem que houve influência na relação mãe-filho dado que despertou maior consciência sobre o seu papel parental, a gratidão pela existência da PMA e o facto de considerarem os seus filhos como um “milagre” ou uma “criança especial”. Contudo, nestas mulheres foram atribuídos maior preocupação, ansiedade e sentimentos de culpa na relação mãe-filho. Quando há desacordo entre o casal parental quanto à revelação, esta situação gera maior *stress* na mulher do que a própria revelação em si mesma (Nekkebroeck et al., 2008).

Desta forma, os autores apontam no sentido de que um tratamento de PMA bem-sucedido não termina com o nascimento de um bebé saudável; antes, é necessário manter bons contactos com os pacientes e com as crianças no sentido de obter bons estudos longitudinais dos mesmos, de forma a que os centros de reprodução e os seus conselheiros possam dipor e providenciar sessões de informação útil em como e quando abordar as questões da revelação, e aconselhamento extra para disponibilizar literatura gratuita “amiga das crianças”.

Em França após a entrada em vigor da Lei da Bioética, em 1994, o recurso a ovócitos de dadora é feito de forma anónima. No entanto, alguns centros de reprodução solicitam aos casais recetores que motivem uma mulher – já mãe e com mais de 36 anos – a doar ovócitos de forma voluntária ao centro de reprodução onde estes pretendem fazer a PMA; sendo que esta doação é destinada a outros casais, mantendo-se o anonimato. Karpel, Flis-Trèves, Blanchet, Olivennes e Frydman (2005), realizaram um estudo qualitativo com 83 casais recetores de ovócitos com o objetivo de perceberem a relação entre estes e as dadoras voluntárias e, se a dadora constitui um segredo entre os pais e a criança. Os resultados revelaram que o recurso à doação de ovócitos constitui em 70% dos casos um segredo, ou algo não-dito, entre pais e filhos. A dadora voluntária, em 75% dos casos, está em contacto com a criança; 41% dos pais encontraram uma forma de humanizar o processo de doação, oferecendo à dadora voluntária o lugar de madrinha ("dadora simbólica" uma vez que não se trata da dadora real). Historicamente a madrinha tem uma pessoa que os pais consideram capaz de ocupar o lugar de mãe simbólica para o seu filho.

No Brasil, é assegurado o anonimato e a não identificação de dadores/as; porém é de salientar que a aparente escassez de publicações científicas sobre este tema na área psicológica (Montagnini, Malerbi & Cedenho, 2012).

Como inicialmente referido, em Portugal, o anonimato dos elementos intervenientes no processo PMA heterólogo é salvaguardado na lei (nº 4 do artigo 15º da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho). Não foram encontrados estudos onde esteja referido como é que os casais portugueses que recorrem a ovócitos de dadora estão a viver e a lidar com a questão da revelação aos seus filhos, à família e/ou a outros.

Vários autores consideram que a PMA com recurso a doação de gâmetas ou “barriga de aluguer”, onde entra um quarto elemento que passa implicitamente a fazer parte da família (Ehrensaft, 2012), mobilizam questões psicológicas específicas e distintas das restantes situações de PMA (Almeida, Müller, Germond, & Ansermet, 2002; Ehrensaft, 2012; Faria, 2005; Silva et al., 2009). Assim, a adaptação à gravidez, a vivência do parto e a própria parentalidade, são temas que devem ser estudados de forma a perceber as realidades e eventuais necessidades destes novos tipos de família; tendo em conta a especificidade da realidade portuguesa, no sentido de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção e apoio adequados, seja no plano legislativo, social e/ou clínico (Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro & Soares, 2009). Algumas conclusões obtidas na revisão e discussão de investigações sobre a relação conjugal em casais, durante a gravidez e nos primeiros anos de vida das crianças, após recurso a PMA, evidenciam a necessidade de utilização de

metodologias qualitativas recorrendo a abordagens que privilegie a descrição de como estes casais vivenciam estes momentos (Silva et al., 2009).

III. Objetivos da Investigação

Em Portugal, até à data, tem sido desenvolvida investigação que tem incidido sobre os casais e/ou crianças concebidas com recurso a PMA (Gameiro et al., 2009; 2010; 2011; Serra et al., 2006). No entanto, não foram encontrados estudos que focassem especificamente as vivências psicológicas envolvidas no processo da PMA, onde os casais tenham recorrido a ovócitos de dadora, em que a filiação genética é apenas com o pai. Assim, este estudo afigurou-se pertinente e original, ainda que de carácter exploratório, pretende suscitar reflexão acerca das circunstâncias específicas destes casais. Foram, então, estabelecidos os seguintes objetivos para este estudo:

3.1. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é o de conhecer e compreender as vivências gravídicas e de parentalidade, em casais portugueses, após recurso a PMA com ovócitos de dadora.

Foi planeado também um objetivo específico com um propósito mais prospetivo e que se encontra associado à decisão de revelar a origem genética das crianças:

3.2. Objetivo Específico

Quais os motivos da revelação, ou não, à criança, à família e/ou a outros, sobre o tipo de conceção.

IV. Método

4.1. Delineamento

O presente estudo insere-se numa abordagem qualitativa, de carácter exploratório, cujo objetivo pretende focar a perspetiva subjetiva dos casais face às suas vivências do processo gravídico e de parentalidade após recurso a ovócitos doados, e se estes pretendem revelar, ou não, à criança, à família ou a outros sobre o tipo de conceção. Tem por base a revisão de literatura existente sobre esta área e o referencial teórico psicodinâmico.

A metodologia qualitativa é a que melhor se coaduna com o problema e objetivos deste estudo, uma vez que, oferece a possibilidade de aceder ao conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade, permitindo descrever, apresentar e explorar o fenómeno como ele foi experienciado pela população com ele relacionado (Almeida & Freire,

2000; Rey, 2002; Quivy & Campenhoudt, 1992). O estudo tem cariz exploratório, uma vez que se pretende uma maior familiarização com o fenómeno a ser investigado com o propósito de contribuir para uma maior compreensão sobre o mesmo.

4.2. Amostra/Participantes

A população-alvo deste estudo é constituída por casais portugueses, heterossexuais, casados ou a viver em união de facto à data da conceção, que recorreram a PMA com ovócitos doados, e da qual tenha nascido uma ou mais crianças com ligação genética ao pai, sendo a mulher primípara na altura desse nascimento.

A amostra deste estudo é constituída por quatro casais portugueses, heterossexuais, com média de idade de 41,25 anos, sendo que as mães têm idades compreendidas entre os 39 e os 44 anos e os pais entre os 36 e os 44 anos. Os 4 casais são pais de crianças nascidas com recurso a ovócitos de dadora, cujas idades estão compreendidas entre os 13 meses e os 2 anos e meio. Um destes casais tem um 2º filho com 6 meses, nascido sem recurso a PMA (ver anexo A).

Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: casais portugueses, heterossexuais, casados ou a viver em união de facto à data da conceção, com recurso a PMA, através de ovócitos doados, da qual resultou o nascimento de uma ou mais crianças com ligação genética ao pai; a mulher ser primípara aquando desse nascimento.

A seleção dos participantes foi efetuada pela “Clínica X”, tendo por base os critérios referidos. Neste sentido, a amostragem foi intencional, na medida em que se respeitaram os critérios e, por conveniência, na medida em que participaram os casais que se revelaram mais facilmente acessíveis e que se disponibilizaram para colaborar.

4.3. Procedimento

Inicialmente, após a revisão de literatura sobre a área de PMA, construiu-se o índice temático e, a partir deste, elaborou-se um guião de entrevista, cujo objetivo era o de orientar a entrevista aprofundada durante a recolha de dados. Consultou-se o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA, 2011), via *Internet*, no sentido de obter uma lista de centros privados de infertilidade situados na área da grande Lisboa (autorizados pelo Ministério da Saúde).

Foram seleccionadas 3 clínicas onde se procede à fertilização com transferência de ovócitos – por razões éticas os nomes foram designados por – “Clínica X”, “Clínica A” e “Clínica B”. Entregou-se-lhes, em mão, uma carta (ver anexo B) onde se expressou o objetivo

do estudo, solicitando a sua colaboração no contacto com as suas utentes, e convidando-as a participar neste projeto. Uma das três clínicas respondeu favoravelmente, tendo sido agendada uma 1ª reunião para apresentação do projeto. Numa 2ª reunião, com a presença do Diretor Clínico, este sugeriu alterações ao nível da amostra (considerar o casal parental), com o objetivo de se obter uma maior complementaridade dos dados e, tratando-se de um único encontro, considerou-se mais exequível a entrevista semi-diretiva. Neste sentido, a população alvo passou a ser o casal parental (mantiveram-se os restantes critérios de inclusão na amostra) e os dois primeiros temas do guião (*Informação Contextual* e *História de Vida*) foram convertidos em questionários de resposta simples. Foi escolhida uma fonte conhecida para realizar uma primeira entrevista, com o propósito de testar o guião e aperfeiçoar a condução das entrevistas subsequentes.

Atendendo aos critérios pré-estabelecidos, anteriormente mencionados, a “Clínica X” procedeu ao contacto de casais, via telefone, tendo por base a “*Carta aos Pais*” (ver anexo C). No período de 3 meses, à medida que a “Clínica X” foi obtendo o consentimento destes, foi cedendo os seus contatos de telefone ou *e-mail*. Aceitaram ser contactados 6 casais, sendo que 1 desistiu por falta de tempo, outro não respondeu ao e-mail e 4 colaboraram neste estudo. As entrevistas decorreram entre Fevereiro e Maio de 2012, tendo sido realizadas nos dias, horas e locais da conveniência dos participantes. Assim, 3 foram realizadas na sua residência, com ambos os elementos e na presença do(s) filho(s), e 1 decorreu nas instalações da “Clínica X”, sem a presença da criança, numa sala cedida para este efeito, em privado.

No dia e hora agendados, procurou-se o estabelecimento de um ambiente de naturalidade, confiança mútua e interesse com os casais. Agradeceu-se a sua colaboração, foi feita uma apresentação informal e curta sobre do estudo, relembrando o seu objetivo e as diversas temáticas a abordar. Foram prestados todos os esclarecimentos necessários. Entregou-se, a Carta do Consentimento Informado (ver anexo D) que, após leitura e concordância, todos assinámos. Preenchidos os questionários, explicou-se o que era pretendido abordar com cada um dos 8 temas e subtemas que constam do guião (“*História da Infertilidade*”; “*Dadora*”; “*História da Gravidez*”; “*Parto*”; “*Parentalidade*”; “*Revelação*”; “*Outros Pontos*”; “*Comentários Livres*”). Desta forma cada casal teve a possibilidade de começar livremente, da maneira que se sentiu mais confortável. Quando se considerou oportuno deu-se início à entrevista, procedendo-se à sua gravação através de um suporte de áudio. Procurou-se que cada casal se sentisse o mais à vontade possível e estimulou-se a fazer o relato de como percecionou e vivenciou o assunto, a falar franca e livremente, demonstrando-se interesse pelo que cada participante sentiu, sabe e pensa. Tendo

em conta a sensibilidade de cada tema para cada casal, estes foram abordados e/ou aprofundados no decurso da entrevista, à medida que se encontravam mais descontraídos, de forma a evitar constrangimento ou incómodo. No final de cada entrevista, foi facultada a possibilidade aos participantes colocarem questões, pelo que se permaneceu com os casais durante mais algum tempo, uma vez que não estava previsto um novo encontro onde essas questões pudessem ser trabalhadas. Cada entrevista teve a duração aproximada de 90 minutos, e o tempo do encontro com cada casal foi entre 120 e 180 minutos.

Na fase seguinte, todas as entrevistas foram transcritas integralmente, tendo-se preservado o maior rigor linguístico e para-linguístico. Assim, registaram-se os aspetos relacionados ao comportamento dos entrevistados e o contexto da entrevista, nomeadamente, ênfases, silêncios, pausas, gestos e interações, que ajudam a complementar a informação semântica. Seguiu-se uma escuta ativa e flutuante de cada uma das entrevistas de forma a apurar o sentido expreso nas transcrições. De forma a proteger os participantes e a garantir o seu anonimato, todos os nomes e lugares foram substituídos por nomes fictícios.

4.4. Instrumentos:

Para a recolha dos dados, e tendo em conta os objetivos do estudo, utilizou-se 1 questionário de “*Caracterização Sociodemográfica Mãe/Pai*” (ver anexo E e F), 1 questionário sobre a “*História de Vida e Infância Mãe/Pai*” (ver anexo G e H) e 1 entrevista semi-diretiva, baseada no *Guião de Entrevista* construído para o efeito (ver anexo I).

Através do questionário de “*Caracterização Sociodemográfica Mãe/Pai*” pretendeu-se obter os principais dados que caracterizam os participantes deste estudo. Com o questionário “*História de Vida e Infância Mãe/Pai*” pretendeu-se obter dados relativos à infância de cada elemento do casal; da família alargada e as relações afetivas que estabelecem entre si; perceber se constituem fonte de apoio, de *stress* ou outro, para o casal parental. Os dados sobre os antecedentes obstétricos da mãe permitem um foco mais direto ao que se irá abordar, posteriormente, na entrevista (Tema 1. *História da Infertilidade*). Estes questionários também têm uma função de “quebra-gelo”, na medida em que a escrita medeia a palavra.

A utilização da entrevista é fundamental para a exploração dos temas que se pretendem abordar, é uma técnica que viabiliza a exposição dos conteúdos com certa liberdade, da forma que o entrevistado considere mais adequada. A entrevista semi-diretiva permite grande flexibilidade ao mesmo tempo que permite seguir o guião e, a partir da resposta obtida, pode-se ir aprofundando cada tema (Quivy & Campenhoudt, 1992).

A construção deste guião teve por base o *Índice Temático* desenvolvido (ver anexo J), tendo como objetivo a futura análise de conteúdo (Bardin, 1979/2006).

Está organizado em oito Temas: 1. História da Infertilidade; 2. Dadora; 3. História da Gravidez; 4. Parto; 5. Parentalidade (Mãe/Pai); 6. Revelação; 7. Outros Pontos; 8. Comentários Livres. Cada um deles desdobra-se em vários Subtemas. Passa-se a apresentar:

1.História da Infertilidade: pretende-se conhecer o processo e as respetivas vivências, a partir da perspetiva subjetiva do casal, desde que se depararam com a infertilidade, a causa, as soluções e todo o percurso que enveredaram até ao último tratamento com sucesso e fatores na tomada de decisão envolvidos a quando do recurso a ovócitos doados. Como sentiram a família, amigos e sociedade durante esse período; se tiveram conhecimento da Legislação PMA.

2.Dadora: Na continuidade do tema anterior (perspetiva subjetiva do casal), perceber o que os casais sabiam acerca da dadora, se era anónima ou não, historial clínico, se desejaram conhecê-la e quais os sentimentos em relação a ela.

3.História da Gravidez: Saber o número de embriões implantados, os que foram viáveis, como sentiram a conceção, a notícia da gravidez, como foi vivenciada a gravidez e se houve complicações ou não e o número de semanas de gestação.

4.Parto: Que tipo de parto tiveram e como aconteceu, eventuais complicações, estado do bebé à nascença, quanto tempo permaneceram no hospital, que emoções foram vivenciadas, se havia pareença física do bebé com os pais, qual a reação da família e amigos. O tipo de parto poderá estar relacionado com o tema 3, *História da Gravidez*, e com o 5, *Parentalidade*, de acordo como se desenrola, a ligação precoce mãe-bebé.

5.Parentalidade: Como os pais descrevem as vivências da parentalidade, que tipo de relações se têm vindo a estabelecer, quais as dificuldades sentidas. Este tema poderá estar relacionado com os 4 anteriores, ou apenas com algum deles.

6.Revelação: O que pretendem dizer relativamente ao tipo de conceção que tiveram, se partilharam os acontecimentos com alguém da família, amigos, outras pessoas, quais as expectativas, receios, se vão revelar à criança e quais os motivos das decisões que têm tomado

e/ou pensam tomar. Este tema relaciona-se diretamente com o 1º, uma vez que a Lei portuguesa prevê o anonimato da dadora, é importante perceber como é que os casais pensam lidar com esta questão. Remete, também para o tema 6, a *Parentalidade*, na medida em que se vai estabelecer um tipo de relação com, ou sem, segredo em relação ao tipo de conceção da criança e à existência da dadora.

7. Outros pontos: A resposta a cada uma das 4 questões poderá ser incluída nos temas anteriores, ajudando a sua melhor compreensão.

8. Comentários Livres: Tem como objetivo, por um lado, que o casal parental possa referir alguma questão que considere importante e que não tenha sido abordada, por outro lado, que percecionem que a entrevista terminou.

Nota: não há conflito de interesses entre mim e a clínica nem benefícios para ambas as partes, embora a clínica tenha colaborado nesta investigação.

Análise de Dados

Na realização deste estudo optou-se pela Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1979/2006). Assim, a informação recolhida, tendo por base o Guião, foi organizada numa *Matriz* (ver Anexo L), de acordo com 7 temas (Unidades Gerais) e subtemas mais importantes, apresentados no Índice (sendo que, no tema 7 se reuniu a informação que não se enquadrava em nenhum dos anteriores).

Neste sentido, o primeiro tema (Unidade Geral 1) remete para a descoberta e todo o processo associado à *História da Infertilidade*. O segundo tema (Unidade Geral 2), relaciona-se com a *Dadora*. O terceiro tema (Unidade Geral 3) remete para a *Gravidez*: conceção, duração, complicações, vivência associadas. O quarto tema (Unidade Geral 4) relaciona-se com o *Parto*. O quinto tema (Unidade Geral 5) *Parentalidade*. O sexto tema (Unidade Geral 6) dirige-se para as questões ligadas à *Revelação* sobre o processo de conceção, por fim, no sétimo tema (Unidade Geral 7) *Outros Pontos*.

Com a exploração dos sete temas, que por sua vez se dividem em vários subtemas, e da informação obtida através dos questionários, pretendeu-se, num primeiro momento, compreender um pouco da história de vida dos casais, para se poder contextualizar o tema, face à sua perceção atual. Seguidamente pretendeu-se aprofundar no seu contexto

psicobiológico a percepção casal face ao processo gravídico e de parentalidade e, o que os motivou a revelar, ou não, o tipo de conceção.

V. Análise e Interpretação dos Resultados

Através da Análise Temática, retiraram-se excertos considerados significativos da entrevista das participantes, sendo estes incluídos nas unidades correspondentes. Neste sentido, foram inseridos num tema, tanto afirmações como alusões, que permitiram identificar, por exemplo, opiniões, atitudes, valores ou tendências dos pais (Bardin, 1979/2006).

Verificou-se que todos os temas e subtemas abordados e que se encontravam no guião elaborado foram importantes para a compreensão do fenómeno. Nesta secção, os dados temáticos são apresentados de modo detalhado, estruturados de acordo com os temas abordados com os casais durante a entrevista. Os subtemas considerados mais relevantes serão também objeto de análise. Contudo, todo o conteúdo temático encontra-se descrito no anexo (matriz). Na interpretação sempre que se considere pertinente, são colocados exemplos e extratos das respostas produzidas pelos casais assinalando o emissor (mãe/pai (M/P) ou mãe (M) ou pai (P)).

5.1. Dados Sociodemográficos

Como já foi abordado na caracterização da amostra, a média de idade dos casais é de 41,25 anos, tendo as mulheres entre 39 e 44 anos e os homens entre 36 e 44 anos. Quanto à escolaridade, três das entrevistadas têm graus de Ensino Superior e uma concluiu o Ensino Preparatório. Dos quatro entrevistados um tem um grau de Ensino Superior, um concluiu o Ensino Secundário e dois concluíram o Ensino Preparatório. A Situação Profissional de cinco é de Empregado/a e um é Desempregado. Relativamente à Situação Relacional Conjugal, dois casais estão *Casados*, um vive em *União de Facto* e um está em processo de *Separação*. O tempo da relação varia entre 5 e 16 anos. Apenas uma das participantes teve uma relação de coabitação anterior.

Os filhos dos casais participantes, nascidos com recurso a ovócitos de dadora, têm idades compreendidas entre os 13 meses e 2 anos e meio. Um dos casais, posteriormente ao nascimento da filha com recurso a ovócitos doados, concebeu naturalmente um filho que atualmente tem 6 meses de idade (ver anexo M).

5.2. História Familiar

Tabela 1 - História de Vida, Infância dos Casais e Antecedentes Obstétricos

História Familiar, Infância dos Casais e Antecedentes Obstétricos							
Pai 1	Mãe 1	Pai 2	Mãe 2	Pai 3	Mãe 3	Pai 4	Mãe 4
Nº Irmãos: 2 (44 e 47 anos)	Nº Irmãos: 4 (48, 52, 54 e 56 anos)	Nº Irmãos: 1 (35 anos)	Nº Irmãos: 2 (49 e 52 anos)	Nº Irmãos: 1 (38 anos)	Nº Irmãos: 0	Nº Irmãos: 1 (39 anos)	Nº Irmãos: 2 (1 faleceu c/ 5 anos, 50 anos)
Sobrinhos: 1 (23 anos)	Sobrinhos: 6 (11, 18, 23, 23, 24, 25 anos)	Sobrinhos: 2 (1 mês e 8 anos)	Sobrinhos: 4 (30, 25, 23 e 22 anos)	Sobrinhos: 1 (12 anos)	Sobrinhos: 0	Sobrinhos: 1 (11 anos)	Sobrinhos: 2 (12 e 15 anos)
Pais: Vivos (> 75 anos)	Pais: Vivos (> 80 anos)	Pais: Vivos (> 65 anos)	Pais: Vivos (> 70 anos)	Pais: Vivos (> 70 anos)	Mãe: Viva (> 70 A)	Pais: Vivos (> 65 anos)	Mãe: Viva (> 70 anos)
Relações Afetivas: Parentais - Sim Fraternais - Sim Proximidade - Próximos	Relações Afetivas: Parentais - Sim Fraternais - Sim Proximidade - Bastante Próximos	Relações Afetivas: Parentais - Não Fraternais - Não Proximidade - Não	Relações Afetivas: Parentais - Sim Fraternais - Sim Proximidade - Próximos	Relações Afetivas: Parentais - Sim Fraternais - Sim Proximidade - Próximos	Relações Afetivas: Mãe - Sim Proximidade - Muito Próximas	Relações Afetivas: Parentais - Sim Fraternais - Sim Proximidade - Próximos	Relações Afetivas: Mãe - Boas Fraternais - Boas Proximidade - Mãe EUA, Próximo
Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Não	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Sim - Pai Diabético Antecedentes Obstétricos: Não	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Sim - Mãe: Pericardites	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Sim - Pai Alzheimer; Mãe operada à vista. Antecedentes Obstétricos: Sim 2 Gravidezes ectópicas c/ rutura de trompas e cirurgia para remover	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Não	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Sim - Pai Diabético e c/ AVC; Mãe teve enfarte miocárdio há 3 anos Antecedentes Obstétricos: Sim 4 Abortos espontâneos e 1 correção uterina	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Não	Antecedentes Familiares Médicos ou Cirúrgicos: Não Antecedentes Obstétricos: Sim 1 Aborto espontâneo
Infância do Pai: Gravidez e Parto - Normal Infância - Feliz Medos/Traumas - Normais	Infância da Mãe: Gravidez e Parto - Normal Infância - Normal Medos/Traumas - Aos 6 anos: mudança brusca de estilo de vida, veio de Moçambique para Portugal	Infância do Pai: Gravidez e Parto - Complicada: prematuro (1,600kg) Infância - Triste: atenção só para a irmã. Medos/Traumas - Não refere	Infância da Mãe: Gravidez e Parto - Boa Infância - Feliz Medos/Traumas - animais de Carnaval	Infância do Pai: Gravidez e Parto - Normal Infância - Boa Medos/Traumas - Não	Infância da Mãe: Gravidez - C/ Risco e Parto - Normal Infância - Calma e Feliz Medos/Traumas - Não	Infância do Pai: Gravidez e Parto - Normal Infância - Boa Medos/Traumas - Sem	Infância da Mãe: Gravidez e Parto - Normal Infância - Boa Medos/Traumas - Não
Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não	Acompanhamento médico ou psiquiátrico: Não

Os casais 1 e 2 e o pai 3 e 4 têm ambos os pais vivos, e a mãe 3 e 4 apenas têm a mãe viva. As idades destes avós está compreendida entre > 65 anos e < 85 anos. A mãe 3 é filha única. O pai 3 e os casais 1, 2 e 4 têm irmãos com idades compreendidas entre os 35 e os 56 anos, sendo a média de idades de 47 anos. Todos os casais têm sobrinhos cujo número varia entre 1 (casal 3) e 7 (casal 1). Os casais 1, 3 e 4 referem manter relações afetivas com a família alargada, à exceção do pai 2, e de proximidade, à exceção da mãe 3. Nos antecedentes familiares médicos e/ou cirúrgicos foram referidos diabetes (avô materno 1 e 3), Alzheimer (avô materno 2), problemas cardíacos (avó paterna 2 e avó materna 3). A *Infância* destes casais foi designada maioritariamente de “normal”, “feliz” e “boa”, apenas o pai 2 refere “triste”. A mãe 1 menciona uma experiência que caracterizou como traumática e que ocorreu durante a infância: aos 6 anos mudou radicalmente de cultura e de vida. A mãe 2 refere medo

de “animais de Carnaval”. Relativamente à gravidez e parto destes pais e destas mães, foram normais, à exceção da mãe 3 cuja gravidez foi de risco e do pai 2 que nasceu de parto pré-termo, tal como os filhos, o se pode constatar no subtema *Parto* (ver anexo L – Tema IV).

5.3. Tema I - História da Infertilidade (e antecedentes obstétricos)

Antecedentes obstétricos foram apontados pela mãe 2 (2 gravidezes ectópicas e extração das trompas), mãe 3 (4 abortos espontâneos e 1 correção uterina) e mãe 4 (1 aborto espontâneo). Estes dados são aprofundados no Subtema *Tratamento*. Nenhum dos participantes refere ter tido acompanhamento psiquiátrico, embora a “Clínica X” tenha disponibilizado acompanhamento psicológico.

Tabela 2 - Tratamentos PMA

	Exames/Diagnóstico/Tratamentos	Embriões Implant.	Resultado	Local	Anos de processo.
Casal 1	Diagnóstico: óvulos sem qualidade				1 A
	ICSI gâmetas casal	3	Negativo	Lx. “Clínica X”	
	ICSI ovócitos doados	2	Gravidez Simples	Lx. “Clínica X”	(40 A)
Casal 2	Pai: medicação		2 Gravidezes ectópicas	Não refere	7/8 A
	Extração das trompas			Não refere	
	5 FIV (2 frescos, 3 congelados)		2 Gravidezes não evolutivas	Lx. “Clínica A”	
	2 ICSI	2	Negativo	P.: “Doutor”	
	Estudo cromossómico dos embriões		Regressão dos embriões 3 dias após implantação	P.: “Doutor”	
	Diagnóstico: 7 tratamentos falhados				
ICSI ovócitos de dadora	2	Gravidez Gemelar	Lx. “Clínica X”	(39 A)	
Casal 3	Exames vários		2 Aborto 1º trimestre	Lx. “Hospital Público”	13 A *
	Tratamentos		2 Aborto 1º trimestre	Lx. “Clínica A”	
	Estudo cromossómico dos embriões		Muitas anomalias	P.: “Doutor”	
	ICSI ovócitos dadora	2	Negativo	Lx. “Clínica A”	
	Correção do septo útero			Lx. Especialista úteros	
	Diagnóstico: 13A Tratamentos falhados	2	Gravidez gemelar: perde 1 às 7/8 sem.	Lx. “Clínica X”	(41 A)
ICSI com ovócitos dadora					
Casal 4	Exames vários		1 Aborto espontâneo		3/4 A
	Medicação			Lx. Obstetra	**
	Diagnóstico: menopausa precoce.				
	Estudo dos cromossomas				
	ICSI com ovócitos dadora *	2	Gravidez Simples	Lx. “Clínica X”	(37 A)

Legenda: Exames, tipo de tratamento efetuado por cada casal e resultados obtidos, locais onde foram ajudados e duração do processo PMA.

(Nota: * Tiveram o 2º filho espontaneamente. ** O casal 4 necessitou de cerca de 1 ano e meio para tomar a decisão.)

Todos os casais efetuaram vários exames durante o processo, no entanto, apenas os casais 1 e 4 obtiveram um diagnóstico concreto no início. Os casais 2 e 3 tiveram um percurso de vários tratamentos, num período de 7/8 e 13 anos, respetivamente. Recorreram a vários profissionais do País. A solução final para todos eles foi o recurso a ovócitos de dadora ver anexo L – Tema I, Subtema *Soluções*). Todos os casais tiveram conhecimento da Legislação que regulamenta a PMA, no que respeita à receção e doação de gâmetas, e todos estão de acordo com a questão do anonimato em relação à dadora. De forma direta ou indireta, todos tiveram conhecimento de outros casos (ver anexo L – Tema I, Subtema *PMA*).

No que concerne à infertilidade, Unidade Geral (I) *História da Infertilidade* (ver anexo L – Tema I, Subtemas *Infertilidade* e *Soluções*), verifica-se que o casal 1 vivenciou alguma angústia ao deparar-se com este diagnóstico, embora sem muita surpresa devido à idade da mãe (38 anos). Tanto a mãe 1 como a mãe 4 referem ter ficado assustadas perante este possível desenlace. Nos casais 2 e 3 não se evidenciam vivências específicas face à “notícia” da infertilidade, uma vez que não houve propriamente um momento de notícia mas uma sucessão acontecimentos. Todos os casais optaram pelo tratamento como solução para a infertilidade, embora dois deles (1 e 2) tenham equacionado a adoção (Subtema *Soluções*).

5.3.1. Subtema Vivência da Tomada de Decisão com Ovócitos Doados

Os casais 1 e 4 tiveram alguma dificuldade em aceitar o tratamento com ovócitos de dadora. Contudo, o casal 1 acabou por avançar após o fracasso do tratamento com os seus próprios gâmetas, considerando os custos envolvidos em cada tratamento e face à diminuição da taxa de êxito aferida durante o processo anterior (passou de 20% para 5%). (**mãe 1** *“Naquela primeira não, claro. Mas depois explicaram as coisas e, sim, porque não?”* **pai 1** *“Claro.”*). A mãe 4 necessitou de tempo, cerca de 1 ano e meio de reflexão, para resolver a ambivalência sentida perante esta solução. Por um lado, queria experienciar a gravidez, gerar um filho. Por outro lado, receava vir a rejeitar a criança que nasceria do seu ventre, mas que geneticamente seria de uma outra mulher, outra “mãe”. Esta decisão implicava conviver com a “presença” da outra, a dadora. Não avançar significava assumir perante si própria, a família e a sociedade a sua infertilidade, não concretizar o projeto de parentalidade. (**mãe 4** *“como é que irá ser? Será que vou rejeitar, será que vai ser bom para nós, não vai...havia ali...foi uma situação delicada.”*; *“(...) depois era, como é que seria a mãe, a outra, a dadora...”*). Por fim, no âmago da decisão do casal 4 encontrava-se a criança que nasceria através deste

processo. (**mãe 4** “*Até porque eu também tinha que pensar no futuro...em nós...na...e principalmente, também, na bebê, na nossa filhota, porque...ela era o mais importante no meio disto tudo (P) é! (M) exatamente, é o mais importante. No aspeto, até nós concluirmos se fazíamos alguma coisa ou não...a...ela não podia sofrer com isso. Com...o bom ou mau passo que, neste caso, poderíamos dar*”). Na tomada de decisão do casal 4, além do fator tempo já referido, houve o apoio e incentivo da ginecologista; a explicação do processo e o espaço de reflexão proporcionado pela médica que os recebeu na “Clínica X”; e a pontualidade dos profissionais, que lhes suscitaram a credibilidade dos serviços prestados.

Já no casal 2, a mãe foi a primeira a sugerir o recurso a ovócitos de dadora. Para ela, essa solução teria ocorrido logo no segundo tratamento. (**mãe 2** “*será que não é motivo para nós fazermos uma doação?*”). Tanto a “Clínica A” como o “Doutor” consideraram que o casal deveria continuar a tentar com os seus próprios gâmetas, por considerarem a mãe fértil. Ao procurem a “Clínica X”, esta mãe tinha 39 anos e um historial clínico com sete tratamentos falhados. Tendo em conta a taxa de sucesso, que seria superior recorrendo a ovócitos de dadora, avançaram com essa solução. O casal 3, tendo a mãe mais de 40 anos e um percurso de cerca de 13 anos de exames, tratamentos e gravidezes não evolutivas, ao fazerem uma reavaliação do seu caso na “Clínica X”, foi aconselhado pela médica a recorrer ao tratamento com ovócitos de dadora, e apesar de este tipo de recurso ter falhado uma vez, foi aceite (ver anexo L – Tema I, Subtema *Vivência da Tomada de Decisão com Ovócitos Doados*).

5.3.2. Subtema Vivências PMA

Para os quatro casais a PMA foi vivenciada como um processo doloroso, desgastante, gerador de angústia. Cada um destaca alguns aspetos: a nível sexual, porque passa a deixar de haver interesse pois as mulheres inférteis só podem engravidar no tratamento; a nível psicológico, as tentativas falhadas (**pai 1** “*E depois essa 1ª tentativa deu mal, quer dizer não resultou e...ai houve uma certa...uma certa...aquilo criou uma certa angustia. Uma certa expectativa, não foi?*”; **mãe 2** “*São 2 semanas de agonia para termos um resultado negativo! E para pensarmos que...daqui a 6 meses...eu vou tentar engravidar todos os meses. Uma mulher normal pode engravidar quando quiser ... Psicologicamente é muito complicado...o chegar aos 12 dias para fazer o teste, e se ia à casa de banho e ver o papel higiénico com sangue...é como se...o mundo nos caísse por cima!*”), os custos envolvidos (**pai 2** “*Fizemos alguns empréstimos bancários (...) tivemos que abdicar de muita coisa!*” (**mãe 2** *Abdicámos de tudo!*”); a falta de consenso por parte dos profissionais quanto ao diagnóstico (**mãe 3** “(...)

quando vi 3 diagnósticos diferentes, alguma coisa ali não estava certo...”; “Foram muitos anos, que se calhar foram perdidos por causa disso.); a revolta e culpabilidade (mãe 4 “(...) foi complicado, no início, foi.”; “Dentro de mim, às vezes havia uma revolta ao mesmo tempo por aquilo ter acontecido! Porquê!? E depois pensava, se eu tivesse engravidado mais cedo, nada disto tinha acontecido!”). Para o casal 4, a vivência do processo PMA coincide com a vivência da notícia da infertilidade e a consequente tomada de decisão de recorrer a ovócitos de dadora para engravidar. A ambivalência foi o que mais marcou este casal. Os casais 1 e 4 concluem que, quando o desfecho é positivo e olham para a criança, tudo se esquece (**pai 1** *“Tudo isto passou, toda esta coisa, esta raiva que até vinha da angústia, passou a partir do momento em que a M. foi fazer a 1ª eco e se via lá um “feijão”, percebe? (M) pois... (P) Basicamente, tudo isso passou” (...)* (**M**) *“Mas depois tudo passa, vemos esta coisinha e tudo se esquece!”;* (**mãe 4** *“Mas acho que acaba por ser (M/P) compensador, muito! (M) Muito bom!”*).

Em suma, o processo PMA para os casais 2 e 3 decorreu ao longo de vários anos, envolveu diversos tratamentos, alguns dolorosos, expectativas falhadas nas gravidezes não evolutivas, que levou a um desgaste prolongado, tanto físico como psicológico, acarretando custos elevados. Já para os casais 1 e 4 o processo ocorreu num período mais curto de tempo, em que a angústia e/ou ambivalência vividas culminaram num desfecho positivo, a gravidez evolutiva. Assim, todas as vivências associadas ao processo, embora dolorosas, acabam por ser descritas como compensadoras (ver anexo L – Tema I, Subtema Vivências PMA).

5.3.3. Subtema Relação Conjugal e PMA

Como foi analisado no subtema anterior, todos os casais consideraram que o processo em si é psicologicamente doloroso e tem efeitos erosivos na relação conjugal. No entanto, ao fazer um balanço das implicações do processo na relação, o casal 1 considera-o positivo porque o relaciona com o sucesso obtido, isto é, o nascimento do filho saudável. Porém admite que, a verificar-se um desfecho diferente, talvez a relação conjugal não tivesse resistido. Para o casal 2 a PMA não terá sido o motivo da sua separação, embora tenha tido um impacto muito negativo devido às divergências nas decisões quanto aos tratamentos. A mãe 2 nunca quis desistir e o pai 2 não queria continuar. (**pai 2** *“Nós chegámos... já falei com ela, várias vezes e, chegámos a uma conclusão: nós chegámos a um ponto que esquecemos a nós próprios!”*). Na opinião desta mãe tem sido difícil para o marido o processo de doação de ovócitos e, nos momentos de maior tensão entre o casal, há lugar a manifestações de violência psicológica. (**mãe 2** [referindo-se ao que o marido lhe disse] *“liga para a “Clínica X” porque*

os filhos não são teus, portanto, se são meus eles têm que ficar comigo.” (P) “Às vezes uma pessoa pode falar de cabeça quente...(...)”). A relação conjugal terminou por decisão da mãe (ver anexo L – Tema I, Subtema *Relação Conjugal e PMA*).

5.3.4. Subtema Papel da Família/Amigos/Sociedade

Os casais 2, 3 e 4 sentiram a família e/ou os amigos como fonte de pressão para terem um filho. (**mãe 4** “*Depois havia sempre aquela pressão, era a minha mãe porque eu já tinha idade. Porque nós já casamos tarde, digamos assim...aaa...e depois é, nós namoramos, quando é que casam. Casamos, quando é que têm filhos. Agora que veio o 1º já estão a perguntar quando é que vem o 2º.*”). As mães 1 e 2 consideram que a sociedade não está preparada para estas questões, percecionando o recurso a ovócitos de dadora como um estigma social. Por esse motivo estes tratamentos devem ser divulgados e desmistificados junto da opinião pública. (**mãe 1** “*(...) eu acho que estas coisas têm que ser faladas e divulgadas, acho que isto não tem problema nenhum, as pessoas ficam é felizes! Não tem que ser nenhum estigma. Por isso, quanto mais informação melhor!*”; **mãe 2** “*Eu não sei até que ponto é que a nossa sociedade está preparada para essas senhoras que fazem essas doações. Porque nós, casais, agradecemos*”). No discurso do pai 3, os amigos também surgem como fontes de informação que indicam caminhos. (**pai 3** “*Quando me encontrava dizia, “é pá, então já és pai ou quê?” “Não.” “Uma amiga minha foi a Sevilha, vai lá.” Deu-me o contato (...)*”). Os casais 1, 2 e 4 sugerem que se façam mais estudos e que haja maior divulgação sobre estes processos como forma de combater a representação social estigmatizante em torno da PMA com recurso a ovócitos de dadora, que vem acrescer às pressões no sentido da conjugalidade seguida de procriação para, desta forma, corresponderem às expectativas familiares e sociais impregnadas no inconsciente coletivo (ver anexo L – Tema I, Subtema *Papel da Família/Amigos/Sociedade*).

5.4. Tema II - Dadora

Como referido, o tema Dadora está interligado com o anterior e com os seguintes – gravidez, parto e parentalidade – dependendo da forma como ela permanece, ou não, nas vidas destes casais, ainda que através de uma personagem imaginária.

5.4.1. Subtema Dados da Dadora

Os quatro casais referem que dispunham de pouca informação acerca da dadora. Sabiam que teria um fenótipo semelhante ao da mãe. O casal 1 e 4 foram informados de que a dadora não teria problemas de saúde. Os casais 2 e 3 referem saber a sua idade e habilitações

literárias (casal 2). Os casais 2 e 3 gostariam de ter acesso a mais informação clínica sobre a dadora. Confiam que em caso de necessidade (doença das crianças), a clínica lhes fornecerá esses dados. (**mãe 1** “o que nos disseram é que não tinham problemas hereditários, nem nada dessas coisas mas...”; **pai 2** “E sabemos muito pouco ainda!”; **mãe 3** “Só soubemos que tinha 20 anos”; **mãe 4** “(...) mas na altura, sobre a dadora, pronto, o que nos garantiram é sobre a informação que tinham, é que a dadora não tinha problemas de saúde (...)”; **mãe 3** “(...) Eu também estou convencida que, espero que nunca seja preciso, que se tiver algum problema, que recorra à clínica e que me dê os dados da dadora (...)”) (ver anexo L – Tema II, Subtema *Dados da Dadora*).

5.4.2. Subtema Desejo de a Conhecer

O casal 1 não manifestou desejo de conhecer a dadora, nutre apenas alguma curiosidade. A mãe 2 refere que não lhe faria confusão e o pai 2 gostaria de a conhecer. O casal 3 não gostaria de conhecer a dadora. A mãe 4 já teve desejo e curiosidade de a conhecer, mas o pai 4 não. (**mãe 3** “Acho que pode ser complicado por qualquer coisa que surja. Não digo “o conhecer”, mas depois, mais tarde, sei lá, vamos querer procurar comparações na maneira de ser da Ana com a dadora e podemos sempre fazer comparações. (...) depois, nós íamos à procura e, não vale a pena. **(P)** “A Ana é toda nossa! A Ana é toda nossa!”; **mãe 4** “Será bonita? Como é que será?” Também para imaginar como é que ela, se a minha filhota, se a nossa filhota, seria parecida, com ela!”; (...) “Como é que será?” Também para imaginar como é que ela, se a minha filhota, se a nossa filhota, seria parecida, com ela! Se calhar queria, podia querer, digamos assim aaaa conhecê-la mas que ela não soubesse quem eu era, porque a filhota é minha! [gargalhada] É nossa!”) (ver anexo L – Tema II, Subtema *Desejo de a Conhecer*).

5.4.3. Subtema Sentimentos Associados à Dadora

Em relação às dadoras, os casais manifestaram sentimentos de admiração e gratidão. (**mãe 3** “Eu só tenho que agradecer a todas as dadoras!” **(P)** “Para ajudar o próximo!”). A doação é vista como um ato de altruísmo, de caridade, e é comparada ao ato de dar sangue. (**mãe 1** “Portanto, eu acho que é mesmo um ato de caridade da parte delas, dessa Sra. que doou.”; **pai 3** “É como as pessoas que dão sangue.”; **mãe 4** “Isto é como o sangue, por exemplo, eu sou dadora de sangue.”). Todavia, outras questões interligam-se com outros sentimentos. (**mãe 3** “Bons, apesar de tudo... às vezes podia ficar assim, ah... não são meus, são da dadora. Ela não tem culpa (...) colaborou na nossa felicidade num projeto que nós

não podíamos sequer seguir, sozinhos, sem a presença dela!"; **mãe 4** "Mas o que leva uma miúda de 20 anos a fazer isto? Sim, porque é uma miúda de 20 anos...o que é que a leva a fazer isto? [silêncio]" (ver anexo L – Tema II, *Sentimentos Associados à Dadora*).

5.4.4. Subtema Dadora Imaginária

Este subtema surgiu *a posteriori*, a partir do discurso dos casais. Poderá ter interesse para a compreensão do processo, na medida em que revela a presença de uma certa ansiedade decorrente da inferência de uma "quarta pessoa" naquilo que é normalizado como a intimidade da família nuclear tradicional. Com base nos dados de que dispõem e de histórias que lhes foram contadas, todos os casais constroem a sua fantasia acerca da dadora. (**pai 1** "Fizemos montes de fantasias (M) sim (P) montes de filmes... (M) ...porque não podemos saber."; (P) "Provavelmente será espanhola visto que a "Clínica X" é em Espanha (M) provavelmente..." (...) "Portanto, nós brincamos sempre com a presidiária [risos], esperando que fosse médica..." [risos]"; (P) "Pressupusemos que era saudável."; **pai 2** "Nós mais ou menos...(M) Não, não é nós mais ou menos! [risos] Uma das vezes, nós fomos à "Clínica X", eu já sabia o que ia ser e eu cruzei-me com uma Sra. muito parecida comigo...e nós quando vamos a entrar, passamos e olhamos um para o outro e pensamos, é esta! [risos] ; **mãe 3** mas há uma história de família [da dadora]. Vamos por aqui, eu fiz a diabetes gestacional da Ana (P) e dele não fez [filho biológico].; **mãe 4** A gente pensava assim, "se calhar..." a gente olhava para toda a gente quando íamos a entrar [risos], olhávamos assim, para toda a gente, tipo "será? Não será?"). Esta dadora imaginária interliga-se com a criança real, como se pode constatar em vários Subtemas (ver anexo L – Tema II, Subtema *Dadora Imaginária*; Tema IV, Subtema *Sentimentos ao Ver o Bebê*; e Tema V, Subtemas *Desenvolvimento da Criança, Preocupações, Vivência da Parentalidade – Esquecimento da Doação*).

5.5. Tema III - Gravidez

Este Tema interliga com todos os anteriores, sendo que o número de embriões implantados e os que evoluíram já foram incluídos na tabela 2 – Tratamentos PMA.

5.5.1. Subtema Decurso da Gravidez

Devido à idade das gestantes a gravidez foi considerada de risco. Nenhuma realizou amniocentese, uma vez que as dadoras de ovócitos eram mulheres jovens. Duas mães referiram um pequeno sangramento no início (primeiro trimestre). A mãe 3 desenvolveu diabetes gestacional e diminuição das plaquetas. As mães 1, 3 e 4 tiveram uma gravidez

simples, de termo, entre as 37 e as 40 semanas e 3 dias de gestação. A mãe 2 teve uma gravidez gemelar, pré-termo, de 34 semanas e 5 dias. Foram apontadas, pelas mães 2 e 3 algumas complicações que, em momento crítico, conduziram à sua hospitalização. (**mãe 2** “(...) às 10 semanas (...) as recomendações foi: cama, cama, cama e cama.”; “Às 12 semanas, na cama, tive um descolamento de placenta.”; “(...) às 23 semanas (...) sempre contrações. Foram tantas que ... dei entrada no hospital e já estava sem colo do útero”; **mãe 3** “Por causa da idade. A Ana foi posta cá dentro ao dia 7 de Dezembro, já não trabalhei mais...” (...); (**P**) “E depois na cama, comia na cama e tudo!”; (**M**) “A...36...talvez. Eu sei que fui internada...”). A mãe 2 frisa que foi uma ótima grávida que cumpriu com todas as orientações e recomendações médicas. (**mãe 2** “Portanto, era tudo o que fosse bom para eles...fui uma ótima grávida, portei-me sempre bem...”). As mães 1 e 4 tiveram uma gravidez sem complicações. Contudo, a vertente psicológica foi assinalada pela mãe 4: “**mãe 4** “Eu presentemente acho que na gravidez já...houve uma vez ou duas em que fui-me um pouco abaixo, mas depois acho que, praticamente, recordas-te? [Dirige-se ao marido] Mais ou menos pus para trás das costas.” (ver anexo L – Tema III, Subtema *Decurso da Gravidez*).

5.5.2. Subtema Vivências da Gravidez

Todos os casais vivenciaram esta gravidez como a única oportunidade de concretizar o sonho de terem um filho. Aguardaram a confirmação da gravidez com elevada expectativa e receberam a notícia com alegria. Os casais 1 e 4 apontam 1º trimestre como o de maior risco para a ocorrência de aborto, fase onde focam os seus maiores receios. Já os casais 2 e 3, devido às experiências anteriores marcadas durante anos por insucessos consecutivos, referem ter estado em alerta constante, redobrando os cuidados e indicações médicas durante toda a gestação. (**mãe 3** “Por conselho médico não era necessário o repouso absoluto (**P**) Mas...eu também sou “médico”! [risos] (**M**) “Não me deixava sair da cama!”; **mãe 2** “Porque eu dava alarme por tudo.”). Os relatos das mães 3 e 4 evidenciam representações positivas dos seus maridos, que foram sentidos como fonte de apoio e de reforço narcísico nesta fase. Já com o casal 2 parece ter ocorrido um desencontro entre ambos. (**mãe 2** “O meu marido dizia...chegava a casa, às vezes, e dizia-me assim, “eu nunca vi ninguém como tu, tu estás sempre com um problema!”; “Na barriga, ele nunca os sentiu!”; “Não se podia mexer na barriga por causa das contrações!”; (**P**) “Vi, assim, de longe, não é! Ouvi os batimentos do coração pelo aparelho...”). Devido às contrações este foi forçado a afastar-se da barriga da mulher, dos seus bebés. O distanciamento do casal e o baixo nível de envolvimento do pai poderá apontar para a rejeição da gravidez em função das restrições e dificuldades que esta

terá implicado para si. Do mesmo modo, a necessidade e a ausência de contato físico entre o pai e a mãe gestante terá levado ao afastamento afetivo e a um desinvestimento emocional por parte do pai 2.

Os casais 3 e 4 fazem alusão à implantação dos embriões como simbolizando o início da gravidez. A mãe 3 gostou de estar grávida e a mãe 2 gostava de ter mostrado a barriga mas não foi possível por não poder sair de casa. De algum modo, para as mães 3 e 4, as imagens fornecidas pelas ecografias foram facilitadoras do esboço do “bebê imaginário”. A mãe 4 imaginou o gênero, e a mãe 3, ao ver os movimentos do feto, imaginou um “ciclista”. A mãe 1 receou que o seu filho pudesse ser portador de síndrome de *Down*, em virtude de um sobrinho seu ter esse problema. Se por um lado se pode pensar num movimento em direção à ligação familiar materna, por outro, pode associar-se a eventual mal formação do filho à depreciação do ovócito da dadora, ou mesmo atribuir qualquer deficiência ao corpo da própria gestante (ver anexo L – Tema III, Subtema *Vivências da Gravidez*).

5.6. Tema IV – Parto

O parto poderá simbolizar a transição entre o dentro e o fora, o ser desconhecido que se desenvolveu durante a gravidez com recurso a ovócitos de dadora, e o ser que é – bebê real; não apenas o ser separado da mãe mas também diferente dela. Como se pode depreender através do tema gravidez, houve uma certa dificuldade em imaginar o bebê, tendo sido as vivências corporais as mais salientadas, possivelmente pela dificuldade das vivências psicológicas desencadeadas.

5.6.1. Subtema Desenrolar do Parto

O desenrolar e desfecho do parto, que constitui a separação física entre a mãe e o bebê, acarretam uma panóplia de acontecimentos e emoções que tendem a refletir-se de uma forma mais ou menos explícita na etapa seguinte – Parentalidade.

Tabela 3 - Caracterização do Parto

	Idade (mãe)	Gravidez	Duração da Gravidez	Tipo de parto	Motivo	Anestesia	Estadia Hospital	
							Bebé	Mãe
Mãe 1	41	Simples	37s	Cesariana	Bebé pélvico	Epidural	3d	3d
Mãe 2	39	Gemelar	34s e 5d	Cesariana	Bebés pélvico	Geral	13d	2d
Mãe 3	42	Simples	38s e 4d	Cesariana	Bebé pélvico	Epidural	3d	3d
Mãe 4	37	Simples	40s e 5d	Cesariana	Sem dilatação	Epidural	4d	4d

Todos os bebês nasceram por cesariana, sendo a apresentação pélvica do bebê o principal motivo. Dos cinco recém-nascidos, dois receberam cuidados neonatais por prematuridade e três eram saudáveis.

Tabela 4 - Estado dos Bebês à Nascimento

Estado dos Recém-Nascidos (RN)			
Mãe 1	♂	Saudável	
Mãe 2	♂	Problemas respiratórios, coágulo no cérebro	1 - Cuidados intensivos
	♂	Problemas respiratórios	1 - Cuidados intermédios
Mãe 3	♀	Saudável	
Mãe 4	♀	Saudável	

De acordo com as mães, três dos cinco recém-nascidos eram saudáveis e dois necessitaram de cuidados neonatais, devido à prematuridade.

Tabela 5 - Sentimentos/Emoções das Mães no 1º Contacto com os Recém Nascidos (RN)

	Recém-Nascidos (RN)		1º Contacto	Sentimento/Emoções
	Nº e Género			
Mãe 1	♂		Físico e visual imediato	Agrado.
Mãe 2	♂♂		Visual 24 h após o nascimento	Tristeza, confusão, culpa.
Mãe 3	♀		Visual e auditivo imediato	Posse, alegria, indescritível
Mãe 4	♀		Visual “de passagem”	Desagrado

No primeiro contacto com os seus bebês, as mães 1 e 3 descrevem sentimentos/emoções positivos e as mães 2 e 3 negativos. (**mãe 2** “Triste. (...) mas quando eles nasceram a gente acaba sempre por se culpar um bocado...vê-los tão pequeninos.”) (ver anexo L – Tema IV, Subtema *Desenrolar do Parto*).

5.6.2. Subtema Vivências do Parto

As vivências do parto descritas pelas mães 1, 3 e 4 traduziram tensão, ansiedade e expectativa perante o encontro face-a-face com o filho, com o bebê real e a nova relação que os aguardava. (**mãe 4** “como é que, como é que ela será”, aaa...aquela coisa, até a ver (...)); **mãe 1** “A anestesista dizia-me, “Mas dói-lhe o quê?” “Dói-me tudo!” “Pudera, está nessa tensão!” Eu tremia, tremia [risos]. Não sei se era do nervoso, provavelmente era!”). A mãe 2 ficou apática, extenuada pelo parto. Após tantos anos de batalha contra a infertilidade, o parto pode simbolizar o desfecho da guerra e o despertar para a realidade, muito diferente do sonho

merecido. (**mãe 2** “*Tantos anos, afinal...e depois ter um parto assim... regressar a casa, dois dias depois sem nada...sem barriga...e sem filhos...*” [a voz da mãe reflete a sua mágoa]; “*(...) o parto foi muito complicado*”; “*Acho que para tantos anos de infertilidade...acho que merecia um sonho diferente.*”). Pode considerar-se a ocorrência de uma dupla falha narcísica que terá marcado esta mãe, isto é, à dor da infertilidade vem juntar-se a dor de ter gerado filhos frágeis, imaturos e com problemas. As vivências apresentadas neste tema e nos anteriores irão refletir-se nas próximas (parentalidade e revelação).

Tabela 6 - Parecenças Físicas dos Recém-Nascidos

	Parecenças Físicas do RN Identificadas Por:		
	Mãe	Pai	Família
RN casal 1	Não identificou	Não identificou	Procura de parecenças físicas
RN(s) casal 2	Não são parecidos com ela (não é mãe genética)	Não identificou	Não procurou
RN casal 3	Não identificou	Não identificou	Procura de parecenças físicas Mãe; testa, cabeça - tios maternos
RN casal 4	“Cabeluda” – pai	Não identificou “Não é parecida c/ ninguém”	Procura de parecenças físicas Cara - pai; olhos - sobrinho paterno Cabeça, olhos – tio, primo materno

Os casais 1, 2 e 3 não identificaram nos recém-nascidos parecenças físicas com eles ou com outros elementos da família. Alguns familiares procuram parecenças físicas e encontraram semelhanças com a família materna e com a paterna (ver anexo L – Tema IV, Subtema *Vivências do Parto*).

5.7. Tema V – Parentalidade

Neste tema pretende-se perceber como surge neste casais o desejo de ter um filho e, após todo o processo vivenciado, já apresentado nos temas anteriores, como é que na perspectiva dos pais, estas crianças se têm vindo a desenvolver; se identificam parecenças entre os elementos da família; como descrevem as relações que se foram estabelecendo e desenvolvendo entre eles. Toda esta informação conflui para a vivência da parentalidade.

5.7.1. Subtema Desejo de Ter um Filho

Como foi abordado no Tema I, Subtema *Papel da Família/Amigos/Sociedade*, apesar de alguns casais terem sentido a família e/ou os amigos como fonte de pressão para a concretização deste projeto, os quatro casais manifestaram o desejo de ter filhos (ver anexo L – Tema V, Subtema *Desejo de Ter um Filho*).

5.7.2. Subtema Desenvolvimento das Crianças

De acordo com os casais 1, 3 e 4 os filhos têm tido um desenvolvimento saudável e dentro dos parâmetros “normais”, ainda que o casal 3 considere uma certa precocidade na filha na área da linguagem. O casal sente estas características de forma positiva. A mãe 3 faz a atribuição das mesmas à dadora, à herança genética, tal como havia feito durante a gravidez com a diabetes gestacional. O casal 2 faz alusão às enormes dificuldades que foram surgindo durante estes dois anos e meio. Descreve as crianças como sendo difíceis de consolar, agitadas, com problemas na alimentação e nos ritmos de sono. Solicitaram ajuda ao pediatra mas este desvalorizou as queixas. Com a entrada no infantário, há 2 meses, referem melhorias ligeiras. Contudo, este casal considera que as crianças são saudáveis e muito inteligentes, apesar do início de vida ter sido complicado em grande medida devido à sua prematuridade e gemelaridade. Para o casal 4, a filha, além de saudável, é muito tranquila e sempre comeu e dormiu bem e nunca deu problemas. A mãe 4 manifestou a elevada satisfação que sempre sentiu ao amamentar a bebé. (**mãe 4** “*E depois, estarmos ali a olhar! Ai é tão giro!*”; “*E a maminha, continuo a dar até ter.*”).

Tabela 7 - Parecenças Físicas e Temperamentais Identificadas Durante o Desenvolvimento das Crianças

	Parecenças Físicas e Temperamentais das Crianças Identificadas por:		
	Mãe	Pai	Família/Outros
Filho casal 1	Identifica c/ pai e c/ dadora	Identifica c/ pai e c/ dadora	Identifica c/ pai e c/ mãe
Filhos casal 2	Identifica um c/ o pai e outro c/ avô paterno. Não são parecidos com ela porque não é mãe genética (implícito: dadora)	C/ primo materno	Não referem
Filha casal 3	Identifica c/ dadora - Espanhola “É parecida com ela mesma”	Identifica c/ mãe e c/ dadora – Sevilhana	Identificam c/ mãe, c/ pai e outros familiares maternos e paternos
Filha casal 4	Identifica c/ pai e c/ dadora – “Chinesa”	Identifica c/ dadora - Chinesa “É parecida com ela.”	Identificam c/ mãe, pai e familiares maternos e paternos

À medida que as crianças se desenvolvem, as suas feições e/ou comportamentos suscitam nos pais, familiares e amigos comentários distintos. Assim, as mães 1, 2 e 4 identificam nas crianças essencialmente características do pai e da dadora “imaginária”. A mãe 3 atribui as características da filha à dadora e, sempre que alguém faz comentários sobre

parecenças, ela refere que a criança “é parecida com ela própria”. Esta expressão também é utilizada pelo pai 4. O pai 1, 3 e 4 atribuem características das crianças à dadora, todavia o pai 1 e 3 identificam também parecenças com a sua mulher e/ou família materna. Os familiares identificam parecenças com os progenitores. Através das feições e/ou comportamento dos filhos, a dadora “imaginária” está presente no seio destas quatro famílias, podendo revelar a preponderância atribuída pelos casais à origem genética (desconhecida) da criança em detrimento da socialização e dos traços de personalidade adquiridos. Pelo contrário, os familiares são capazes de identificar parecenças físicas e comportamentais com os progenitores, possivelmente com base na crença da integridade genética da criança.

Foi referido pelo pai 1 a preocupação de o menino ser filho único e o mais novo da família, como tal o centro das atenções. A mãe 1 revelou preocupação com as doenças hereditárias. Para a mãe 2, o facto de os filhos poderem vir a relacionar-se intimamente com alguma meia-irmã, sem o saberem, constitui o seu maior receio. Estas preocupações remetem para a questão do anonimato da dadora e a falta de informação sobre a mesma (ver anexo L – Tema V, Subtema *Desenvolvimento das Crianças*).

5.7.3. Subtema Relações

Para os casais 1, 3 e 4 as relações intrafamiliares são boas e gratificantes. A mãe 2 tem atualmente uma relação satisfatória com os gémeos e estes com ela, fase que coincide com a entrada das crianças no infantário. O pai 2 considera ter uma boa relação com os filhos e vice-versa.

As mães 1 e 4 sentem-se bem com elas próprias após este processo. A mãe 2, neste momento, também se sente bem, mas após o nascimento dos filhos passou por uma fase complicada.

(mãe 2 “Primeiro, foi muito difícil eu deixar de ter barriga e houve dificuldade em deixar de estar grávida. Durante muito tempo ainda sonhava com uma nova gravidez, porque a barriga fazia-me muita falta. Depois, como mulher mesmo, eu fui-me muito abaixo. Muito abaixo mesmo...a...muito stressada, psicologicamente muito destruída... E como mulher, eu perdi por completo o interesse por mim mesma, não me arranjava, estava-me borrifando como é que eu ia para a rua. Não me importava com nada, era como se eu não existisse, como se eu fosse, sei lá, um objeto que ali estivesse.”).

Este extrato é exemplificativo de um desinvestimento individual e, possivelmente, de um certo desajustamento identitário em função do fim da gravidez, com efeitos ao nível do equilíbrio psicodinâmico. A gravidez conferia, a esta mãe, uma identidade feminina que foi perdida com o nascimento abrupto dos bebés. Nesse contexto, a busca pela fertilidade

desvenda um desejo narcísico de desfrutar o prazer individual da "barriga grávida". Como foi abordado no Tema III, Subtema *Vivências da Gravidez*, esta mãe não permitiu que o pai tocasse na sua barriga, o que pode remeter para a existência de algum ciúme em ter que partilhar a gravidez com o marido, muito embora gostasse de a ter mostrado ao “mundo” como prova do seu valor (ver anexo L – Tema V, Subtema *Relações*).

5.7.4. Subtema Vivência da Parentalidade

Verificou-se que os quatro casais se foram deparando com algumas dificuldades que a parentalidade vai colocando. Contudo, à data, todos manifestaram sentimentos positivos. Nos primeiros tempos de vida das crianças, à exceção do casal 4, todos os outros contaram com a ajuda da família alargada (e.g. avó, tia, sobrinha). Ainda assim, para o casal 2 que se deparou com gémeos prematuros a experiência foi muito desgastante. O pai 2 participou nos cuidados prestados às crianças nos primeiros meses de vida, depois afastou-se depositando na mãe todas as responsabilidades. Voltou a apoiar recentemente. A mãe considera não ter sido uma boa mãe e culpabiliza-se por isso. **(mãe 2)** *“Ele podia ter dado mais apoio, mas ele também se assustou, com o nascimento dos gémeos e com o facto de elas serem crianças tão complicadas! (...) E eu acabei por nunca ser aquela mãe que eu desejava, porque eu própria também já não conseguia (P) Eu com a minha vida profissional também não conseguia! Mesmo que eu quisesse era complicado!”*; **(M)** *“Foi muito difícil para mim, e sei que o meu sonho, durante tanto tempo, com os meus filhos cá...eu, estraguei esse sonho. Não fui uma boa mãe para os meus filhos porque eu não consegui, não consegui.”*). O pai 1 encetou um novo projeto de formação profissional que não lhe permite estar o tempo de que gostaria com o filho, de modo que é a mãe que se ocupa da criança. Este pai considera que sem a sua ajuda não é fácil para a mãe conciliar a vida profissional com as tarefas da parentalidade. A mãe 3 manifestou alguma dificuldade na transição para a parentalidade. Após o nascimento da filha com doação de ovócitos, a mãe engravidou naturalmente. **(mãe 3)** *“Foi tudo muito rápido.”*; *“Para digerir...foi a Ana e este apareceu logo de seguida.”*). A mãe sente uma certa culpa por não estar tão disponível para a filha devido à segunda gravidez. O pai tenta aliviar a culpa da mulher ao recordar-lhe que, ao ter assumido as tarefas por ela, considera que a filha foi bem cuidada. Este pai revela elevada satisfação na parentalidade. O discurso da mãe 2 e 3 remete para a dificuldade do cuidar de 2 crianças pequenas, apesar das ajudas de terceiros. O casal 4 partilha todos os cuidados relativos à filha e indica estar cada um muito presente na sua vida. Considera que resolveu o problema que a infertilidade lhe colocou. As mães 1 e 2 relatam episódios em que se esquecem de terem recorrido à doação de ovócitos. A mãe 4

refere que foi difícil tomar a decisão, contudo, agora quando se lembra é no aspecto positivo (ver anexo L – Tema V, Subtema *Vivências da Parentalidade*).

5.8. Tema VI – Revelação

Este tema permite compreender as intenções que os pais têm de revelar ou não às crianças, à família e/ou a outros, e os motivos que estão na base das suas decisões.

Tabela 8 - Revelação PMA e Recurso a Dadora

		Revelação PMA e/ou dadora					
		Criança	Motivos	Família	Motivos	Outros	Motivos
Casal 1	Mãe	Aberto	Não vê vantagens p/ ela ou p/ a criança Revela p/ doença	PMA: Sim Dadora: Não	Idade dos pais; religião; São médicos	Não	Evitar que a criança saiba p/ outros
	Pai			Tratamentos: Sim Dadora: Sim (aos pais)			
Casal 2	Mãe	Vão revelar	Adolescência	PMA: Sim Dadora: Sim (mãe, irmã e sobrinha)	Tem orgulho no que fez	Revelou PMA e dadora: a algumas amigas	Tem orgulho no que fez
	Pai		Mais tarde	PMA: Sim Dadora: Não	Assunto do casal	Não	Assunto do casal
Casal 3	Mãe	Aberto	Pode ser importante p/ criança	PMA: Sim Dadora - Não	A dadora é questão do casal	Revelaram: PMA Dadora: Não	Assunto do casal
	Pai		Não considera importante				
Casal 4	Mãe	Aberto	Proteção da criança (choque); ela poderia ter curiosidade por conhecer a “mãe”; (Se a sociedade mudar)	PMA: Não Dadora: Não	Segredo do casal	Não	Segredo do casal
	Pai						

5.8.1. Subtema Revelação à Criança

O casal 1 para já não pretende revelar, deixam em aberto essa possibilidade. A mãe afirma não encontrar vantagens na revelação, nem para ela nem para a criança. Só no caso de haver alguma doença ou situação grave (e.g. incompatibilidades, leucemia ou outras doenças estranhas). Para o casal 2 há acordo entre ambos na revelação, embora em desacordo quanto à idade das crianças para o fazerem. Para a mãe é importante que os filhos saibam tudo o que ela passou para que eles nascessem, todo o percurso dos 7/8 anos de PMA. O casal 3 está em desacordo quanto à revelação. A mãe não pretende revelar no imediato, deixando essa decisão em aberto, mas considera importante a criança saber, por motivos médicos. O pai pensa que não deveriam dizer. O casal 4, para já, não pretende revelar. Deixa, todavia em aberto essa possibilidade, caso a sociedade esteja diferente. O pai considera que seria um choque para a criança e ela poderia ficar com curiosidade de saber quem seria a “mãe” (ver anexo L – Tema VI, Subtema *Revelação à Criança*).

5.8.2. Subtema Revelação à Família

O pai 1 revelou aos pais (avós paternos da criança), porque são “médicos e pessoas sensatas”. A reação deles foi boa, inclusive, tinham já sugerido este tipo de tratamento. A restante família e amigos tiveram conhecimento do tratamento mas não sabem da doação de ovócitos. Os motivos prendem-se com o facto de ainda não terem decidido se irão revelar ao filho ou não, podendo ele vir a saber por outra pessoa que não os pais. Por outro lado, os avós maternos já têm alguma idade, são católicos e poderia ser “confuso” para estes, e revelar não acrescentaria nada. O casal 2 revelou à família materna, com a exceção do irmão da mãe. Pensam que este não iria compreender. A restante família aceitou bem. O casal 3 não revelou o recurso à doação mas revelou os tratamentos. Para este casal este assunto só a eles diz respeito. O casal 4 não revelou a infertilidade nem o recurso a ovócitos doados, e não pretende revelar. Os motivos têm a ver com a idade da avó materna, com o facto de não haver necessidade, e para protegerem a filha de estigmas sociais. É tido como um assunto privado do casal. Pode equacionar-se que, para o casal, tirar a infertilidade do seu espaço privado, poderá levar a mulher a ter que enfrentar não só os seus próprios sentimentos, mas também o olhar do outro (família, amigos e sociedade) (ver anexo L – Tema VI, Subtema *Revelação à Família*).

5.8.3. Subtema Revelação a Outros

O casal 1 combinou não revelar. A mãe 2 revelou a algumas pessoas da “Associação” que o casal frequentava, mas considera que a sociedade não está preparada para aceitar. Para o próprio marido que viveu o processo é ainda difícil. O casal 3 refere que apenas revelou na maternidade, devido ao tratamento ser diferente para uma mãe jovem, que era o caso da dadora, e agora para este estudo. Não pretende revelar a mais ninguém. O casal 4 apenas revelou à obstetra, que ficou muito contente com o sucesso, e agora a este estudo. Confia na “Clínica X” para nunca revelar. É “outro segredo” do casal (ver anexo L – Tema VI, Subtema *Revelação a Outros*).

5.9. Outros Pontos

Os casais 1 e 4 e a mãe 3 recomendam o processo PMA com recurso a ovócitos doados. A mãe 3 considera que as clínicas de infertilidade deveriam fazer o acompanhamento das grávidas e estas poderiam manter o mesmo médico que as tratou, principalmente porque a maioria destas gravidezes são de risco. Para o pai 1 as clínicas deverão investir cada vez mais

na qualidade laboratorial e profissional com vista ao aumento da taxa de sucesso dos tratamentos. Os casais 2, 3 e 4 manifestam o agrado proporcionado pela pontualidade e profissionalismo com que foram tratados na “Clínica X”, que consideram sinónimo de confiança (ver anexo L – Tema VII, Subtema *Outros Pontos*).

VI. Discussão

Este estudo teve como objetivo geral conhecer e compreender as vivências grávidas e de parentalidade, em quatro casais portugueses, após recurso a PMA com ovócitos de dadora, e quais as implicações daí decorrentes na vida dos casais. Daqui emergiu como objetivo específico saber se estes pais revelaram ou pretendem revelar o tipo de conceção, às crianças, aos familiares e/ou a outros, bem como os motivos associados à sua decisão.

Tendo por base a amostra deste estudo, em termos gerais, os resultados relativos aos quatro casais portugueses selecionados evidenciam que, até ao momento do nascimento sobressai o carácter paradoxal de vivências em que aos momentos de maior felicidade tendem a estar associadas vivências de maior angústia, com reforço de experiências prévias.

Esta amostra é bastante heterogénea, o que permitiu tomar contacto com algumas vertentes da multiplicidade de dimensões envolvidas nestes processos. Verificou-se que estes quatro casais pretenderam concretizar o seu desejo de ter um filho após a sua união conjugal. Ao depararem-se com a situação de infertilidade que despoletou sentimentos de angústia, receio e culpa, todos encetaram caminhos de esperança nas modernas técnicas PMA, com vista à concretização do projeto familiar, embora dois deles tenham equacionado a adoção. No entanto, esta via foi desconsiderada pois não lhes seria atribuída uma criança pequena devido à sua idade e por sentirem complexo o processo de adoção.

Para dois dos quatro casais, o processo PMA tomou entre 7 e 13 anos, tendo envolvido a realização de múltiplos exames, tratamentos diversos, alguns dos quais dolorosos; expectativas falhadas nas gravidezes não evolutivas, o que levou a um desgaste prolongado, tanto físico como psicológico, acarretando custos elevados. A expressão das vivências destes casais reporta-se, assim, a todo esse percurso de sucessivas descobertas, dúvidas, fracassos e, também, na derradeira esperança de conseguirem o seu propósito: um filho seu.

Para os outros dois casais, o processo decorreu num período mais curto, o que terá sido determinante para a natureza das suas vivências. Após vários exames, estes dois casais obtiveram diagnóstico imediato e definitivo: (1) menopausa precoce e (1) óvulos sem qualidade. Ainda assim, para estes, a descoberta da infertilidade trouxe-lhes sentimentos de

angústia e receio. Depois de um tratamento falhado com gâmetas do casal, a opção foi recorrer a ovócitos de dadora. Para o outro, a principal dificuldade enfatizada no seu discurso relacionou-se com a tomada de decisão no recurso a ovócitos de dadora que, durante cerca de um ano e meio, foi vivenciada com angústia e ambivalência. Quando finalmente se sentiram preparados para avançar, o desfecho foi positivo, culminando numa gravidez evolutiva.

Para este casal, de acordo com o relato da mãe, o marido teve um papel muito importante enquanto fonte de apoio nos momentos em que a mulher sentia mais dúvidas. Na opinião do marido o recurso a gâmetas exteriores ao casal deverá ser muito mais complexo de vivenciar se a causa de infertilidade for masculina, uma vez que o homem não passando pela gravidez, irá sentir-se completamente à margem de todo o processo. Efetivamente o seu relato vai de encontro ao que Landau (2003) discorre, num estudo de caso: o homem sente inveja e insulto ao ser deixado à margem do “casal” – o dador e a sua esposa. A dificuldade em lidar com questões fundamentais da sua própria existência levantadas pela sua infertilidade são projetadas para a criança real resultante da fecundação *in vitro*. Uma forma de os homens lidarem com esta situação será darem mais importância ao facto de a criança vir a parecer-se com eles em termos de comportamentos e atitudes (Isaksson et al., 2011). Esta postura também poderia ser adotada pelas mães e, desta forma, poderiam ver-se reflectidas nas suas crianças e vice-versa.

Assim, para os quatro casais todas as vivências associadas aos diferentes processos, apesar de dolorosas, acabam por ser descritas como compensadoras.

A tomada de decisão de recorrer a ovócitos de dadora terá tido graus de dificuldade diferentes para os casais participantes neste estudo. Assim, verificou-se que nos casais que tiveram maior número de tratamentos e num período de tempo mais alargado, a idade da mulher, o número de tratamentos falhados, os custos envolvidos e a taxa de sucesso, foram os fatores determinantes na tomada de decisão a recurso a ovócitos de dadora. Isto é, quanto mais prolongado o esforço e mais amplos os caminhos percorridos no sentido de solucionar o problema da infertilidade feminina – na amostra em questão – maior a receptividade para tentar tratamentos alternativos. Contudo, todo o processo e respetivas decisões envolvidas constituem significativas fontes de pressão e desgaste emocional para os casais, sendo de crucial importância o seu acompanhamento e esclarecimento sobre as implicações do(s) ato(s) a que se vão submeter. Para um destes casais, a luta foi tão forte e de tal maneira longa que não houve espaço para pensar a própria relação. A sua vida conjugal tornou-se reduzida a um único objetivo: gerar um filho. Por vezes, ter um filho “a qualquer custo” compromete a

disponibilidade interior para pensar num projeto familiar onde essa criança venha a estar integrada.

Para Alberto Barros (2011) e Diane Ehrensaft (2012), na rapidez da sucessão em que tudo acontece, ao disponibilizar os diversos tipos de tratamentos que são necessários para conceber um bebé, é fundamental prestar atenção a processos psicológicos que podem estar a ser desencadeados nas psiques de homens e mulheres que recorrem a PMA; por vezes, deve mesmo fazer-se uma pausa, ou até parar, quando o medo, a fadiga, fatores financeiros, ou outros, forjam um potencial caos que se sobrepõe à esperança. No entanto, os quatro casais que constituem esta amostra referem não ter sentido necessidade de qualquer tipo de apoio, embora este lhes tenha sido disponibilizado pela “Clínica X”.

De acordo com os resultados deste estudo, alguns casais, nos momentos de tensão ocasionados pelos tratamentos falhados e as tomadas de decisão quanto à realização dos passos seguintes, deixam antever a possível emergência de risco de rutura conjugal. Estes resultados vão de encontro à revisão de literatura efetuada por Deka e Sarma (2010), na medida em que os casais inférteis se encontram mais fragilizados pelos sentimentos despoletados com própria situação de infertilidade e pela pressão a que ficam sujeitos aquando da tomada de decisão em situações de carácter médico.

O contexto social e familiar é um outro fator a ter em conta aquando da tomada de decisão de iniciar tratamentos e da sua continuidade; enquanto fonte de apoio e como rede de conhecimentos, mas também podem constituir-se como fator de *stress* (Cassidy & Sintrovani, 2008; Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludemir & Novaes, 2008). A partir do momento em que se assume uma relação conjugal, com ou sem vínculo matrimonial, assomam expectativas de índole social cultural, manifestas na pressão de pares (e.g. casais amigos com filhos) no sentido de o casal vir a ter filhos. Nesta amostra, a pressão familiar manifestou-se com maior ênfase no elemento feminino e pode ter agido como fator de pressão na tomada de decisão; a pressão social parece ter exercido influência similar em ambos os membros do casal (Cassidy et al., 2008; Newton, Hearn, Yuzpe & Houle, 1992).

Esta pressão externa para procriar, mas principalmente a tensão permanente que resulta do acumular de vivências para as quais não são comuns padrões reativos psicológicos, social e culturalmente assentes, tende a produzir efeitos danosos sobre a relação conjugal, como foi possível verificar nos discursos dos entrevistados. No entanto, em alguns casais o sucesso da fertilização poderá produzir impactos positivos no estreitar dos laços e no fortalecimento da relação conjugal (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005; Faria et al., 2012).

Nos aspetos relativos às representações acerca da dadora, os casais referiram sentimentos de admiração e gratidão. O seu gesto é percecionado como um ato de altruísmo e de caridade, comparando-as às dadoras de sangue, no sentido de uma dádiva de vida. Foi também, especificamente manifesto através do elemento feminino, a curiosidade relativamente aos motivos que levariam uma mulher – a dadora – a doar os seus ovócitos. As hipóteses avançadas vão de encontro aos resultados da literatura (Pereira, 2004; Winter et al., 2004; van den Akker, 2006) onde a maioria das mulheres revelou possuir motivações altruístas.

A PMA não pode ser encarada apenas como um processo fisiológico, na medida em que para além de um desejo consciente, existe a dimensão inconsciente regulada por um universo simbólico, manifesto no discurso dos casais (Ehrensaft, 2012; Tubert, 1996). Emergiu nestes a figura da “dadora imaginária”. Com base nos poucos dados de que dispõem, pais e mães teceram fantasias acerca da dadora ao longo do processo gravídico e de parentalidade.

Portanto, apesar do desejo e da gestação contribuírem para a formação de uma ligação psicológica, como referiram as dadoras no estudo de Pereira (2004) e como se verificou nas vivências dos casais deste estudo – neles e na própria criança – também poderá estar ancorada a representação de uma “dadora imaginária”. Dir-se-ia mesmo que a “dadora imaginária” terá estado presente na heteroconstrução precoce da identidade da criança por parte da família. Isto é, enquanto o pai e a mãe não identificaram semelhanças ou atribuíram qualquer semelhança ao pai, à exceção da uma mãe, o “estado de ignorância” da família levou-a a procurar semelhanças do bebé com os progenitores biológicos. Num dos casais não se terá verificado procura de parecenças entre os recém-nascidos e os progenitores, eventualmente por a família ter conhecimento do processo de doação. Estes resultados vão de encontro ao provocatório conceito “*birth other*” (com a simples queda do “m” de “*mother*”) referido na literatura, que procura ser o termo singular que engloba todas as partes intervenientes num processo PMA heterólogo, tornando-se num significante sem género que se refere a um indivíduo envolvido no processo de nascimento mas que é um outro que não o pai/mãe da criança (Ehrensaft, 2012).

Todos os casais consideraram que dispunham de poucos dados relativos à dadora e mostraram o desejo de saber mais, principalmente a sua história clínica. Alguns deles manifestaram curiosidade em conhecê-la para verificarem a parecência da criança, outros, pelo contrário, afirmaram não ter esse desejo precisamente para não se depararem com eventuais semelhanças. As feições e as atitudes, em suma, todas as características que não identificam com a família, poderão ser atribuídas à dadora. Considera-se que seria importante esclarecer

estes casais, especialmente estas mães, que a convivência também é promotora de pareências físicas.

Embora se verifiquem desejos, aparentemente contraditórios, pode equacionar-se sobre qual o lugar que a dadora poderá ocupar no imaginário destes pais/mães. Dadora essa que, para todos os efeitos, está presente na, e pela sua ausência. Para uma mãe que não tem esse desejo, o facto de ver a dadora poderia contaminar a ilusão da sua progenitura genética. Para a mãe que deseja ver, a curiosidade poderá ir no sentido de querer integrar essa realidade, a “outra” mãe. Refira-se que o facto de um dos casais ter necessitado de mais tempo para tomar uma decisão também lhes poderá ter conferido a possibilidade de antever vários cenários em torno da possibilidade de receber ovócitos de dadora, sendo que um deles incluía a futura criança e a hipótese da sua rejeição por parte da mãe biológica. Ao pensar a criança como alteridade que é, ter-se-á permitido fazer o luto do seu filho genético e, assim poder integrar o filho biológico ou social.

Com a fase pós natal verifica-se nos casais, de um modo geral, a passagem de um estado afetivo onde oscila a esperança e a dor para um outro que emerge das vivências experienciadas com a parentalidade e que se pode caracterizar por um misto de felicidade e realização, mas que persiste em fazer perdurar a dadora “imaginária”.

A dadora vai estando presente nas diversas etapas da gestação ao nível simbólico na construção psicológica da atribuição de características físicas ao bebé, porquanto são limitadas aos estímulos sensoriais transmitidos pelo bebé, uma vez que a construção do bebé imaginário é condicionada pela ausência de uma imagem da dadora, mãe genética. Contudo, verificou-se que as ecografias realizadas parecem ter sido facilitadoras para a construção de uma representação do bebé imaginário na gestação psíquica da mãe; embora muito próxima do bebé real, terá possibilitado um espaço de elaboração afetiva permitindo à mãe uma aproximação gradativa com o filho real.

Na amostra em questão, verificou-se que quanto maior foi o número de tratamentos e de consequentes insucessos, maior foi a ansiedade e o receio experienciados durante a gravidez, levando os casais a viverem um dia de cada vez, entre a angústia da possível perda e o alívio e felicidade desta não se verificar. Estudos comparativos efetuados com casais que conceberam naturalmente *versus* PMA, mostram que, embora a gravidez seja percecionada como mais exigente e de risco no grupo PMA, foi também mais gratificante para estes pais (Gameiro et al., 2009; 2010). No entanto, nesse estudo todas as gravidezes eram simples, o que poderá ter tido alguma influência nos resultados.

Os relatos destas mulheres revelam que os cuidados de saúde que receberam durante a gravidez deixaram implícito um cuidado de um bebê que não lhes corresponde, isto é, um bebê de ovócito doado. Há uma “mãe” jovem que permeia uma mãe de idade cronológica mais avançada. Nesse sentido, durante toda a gravidez não somente é a idade da gestante que vai ser preponderante para o desenvolvimento do bebê; ela carrega no ventre o filho que tem origem num ovócito de uma mulher jovem, é esse aspeto que é tido em conta em termos exames obstétricos. Pode-se ponderar se este aspeto poderá contribuir para um certo distanciamento da mãe face à vivência da gravidez (Colman et al., 1994).

À parte das questões biológicas que também estarão presentes, todos os bebês tinham apresentação pélvica, exceto um. Três mães referem nunca terem sentido contrações que é um dos indicadores do desenrolar do parto. Poder-se-ia colocar como hipótese que o corpo da mãe não estava preparado para o parto, tal como as crianças não estavam preparadas para nascer. De acordo com Colman et al. (1994), na mulher a relação sexual é o princípio físico de engravidar e dar à luz, uma vez que as zonas do corpo e as alterações hormonais envolvidas são as mesmas. O processo de abertura e recetividade que ocorre durante a relação sexual, tanto emocional como fisicamente impõe-se também aquando do parto. No processo PMA a conceção é totalmente artificial o que poderá levar a que não ocorram os movimentos físicos, hormonais e psíquicos que preparam a gestante e o bebê para o nascimento.

O parto por cesariana é mais frequente em mulheres que recorrem a PMA com ovócitos de dadora do que em mulheres PMA com gâmetas do casal (Stoop et al., 2012).

Uma das mães na busca pela fertilidade havia desvendado um desejo narcísico de desfrutar o prazer individual da "barriga grávida". Nunca permitiu que o pai tocasse na sua barriga durante toda a gravidez – alegando contrações uterinas – o que pode remeter para a existência de algum ciúme em ter que partilhar a gravidez com o marido, muito embora gostasse de ter mostrado ao “mundo” a sua barriga como prova do seu valor (Colman et al., 1994). De acordo com Iaconelli (2005), independentemente da estrutura do psiquismo da mulher, durante o período gravídico-puerperal existe o risco de esta vir a desenvolver depressão pós parto (DPP). Segundo esta autora, alguns estudos têm demonstrado alta correlação entre diversos fatores de risco e a DPP. Na situação de uma das mães do presente estudo, deveria ter-se equacionado a elevada probabilidade dela vir a desenvolver um quadro clínico de DPP e, dever-se-ia ter proporcionado o devido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Nesta mulher destacaram-se vários fatores de risco, a saber, os problemas de infertilidade, as dificuldades na gestação, submissão a cesariana, primípara, bebês prematuros em que um deles apresentava anomalias (coágulo no cérebro com possibilidade de vir a ficar

cego), vivia em desarmonia conjugal sendo que um dos fatores se devia à discordância nos tratamentos de infertilidade. Os profissionais de saúde deverão estar atentos ao bem-estar destas mulheres, mesmo quando os tratamentos são bem-sucedidos, durante a gravidez e no pós-parto e preparados para intervir (Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2009).

O número de anos de PMA terá sido um fator de proteção na tomada de decisão no recurso a ovócitos de dadora. Assim, são os dois casais “veteranos”, uma vez que já tinham passado por todo o tipo de intervenções que resultaram em fracassos sucessivos, que aceitaram sem evidenciar receio ou ambivalência quanto à sua decisão. Este foi o tratamento “solução” para o problema que os impedia de alcançar a parentalidade. Já para os outros dois casais, em que a notícia de infertilidade e a proposta de ovócitos de dadora pode ter constituído um fator de risco para a tomada de decisão neste tipo de solução, pelo que, num primeiro momento recusaram este tratamento.

Em suma, os casais desta amostra têm em comum o problema da infertilidade feminina, o recurso a ovócitos de dadora e o fato de se considerarem “casos de sucesso”. Todavia, os seus percursos e vivências podem ser diferenciados. Enquanto dois dos casais passaram por um processo comparativamente curto e com um sucesso rápido, outros dois casais vivenciaram longos e desgastantes trajetórias de insucessos múltiplos e a vários níveis. Lepecka-Klusek e Jakiel (2007), referem que incapacidade de conceber um filho e o tratamento de infertilidade são poderosos fatores de *stress*, perturbando muitos processos fisiológicos e psicológicos na mulher, de entre os quais se conta a adaptação à gravidez aguardada. Os resultados deste estudo enfatizam a complexidade das questões envolvidas e a necessidade de acompanhamento a mulheres grávidas, especialmente aquelas que foram tratadas por infertilidade.

Vários autores enfatizam a necessidade de intervenção psicológica em casais infertéis, no entanto ela é fundamental nos casais que pretender recorrer a doação de gâmetas. O casal, e cada um dos elementos em particular, necessita perceber muito bem as implicações subjacentes a este tipo de tratamento, as suas dúvidas, medos e fantasias deverão ser esclarecidas e trabalhadas (Hershberger, *et al.*, 2007; Faria, 2005). Porque, apesar de a tecnologia PMA ter sido capaz de retirar com sucesso a reprodução do sexo, é um desafio muito maior eliminar o sexo da reprodução, mesmo quando não ocorre nenhum. Os profissionais de saúde – médica e mental – devem juntar-se para alertar os casais recetores de gâmetas sobre hipotéticas fantasias ou ciúmes sexuais irracionais que poderão ocorrer, contribuindo para tomadas de decisões mais conscientes, e na construção de famílias mais

saudáveis (Ehrensaft, 2012). Neste estudo algumas das respostas obtidas à pergunta “O que sente em relação à dadora?” parecem desvendar a tentativa de calar algum tipo de fantasia eventualmente tecida (e.g. “*Eu não sinto nada!*”).

Todas as gravidezes foram consideradas de risco, sendo que duas delas foram alvo de maior cuidado e intervenção médica (inclusive internamento pré-natal). As outras duas gravidezes decorreram sem sobressaltos assinaláveis, embora duas das mães tenham referido pequeno sangramento do 1º trimestre, facto que vai de encontro ao reportado na literatura (Stoop et al., 2012).

Ressalta das vivências sobre a gravidez e o bebé em gestação, a dificuldade destas mães em imaginar o bebé. O encontro dos casais (principalmente as mães) com os bebés foi antecedido e vivenciado com expectativa e ansiedade. No entanto, de um modo geral, os resultados do presente estudo mostram uma boa adaptação das famílias com crianças concebidas por PMA, ao longo da gravidez e pós-parto, com a exceção de um dos casais. De acordo com Gameiro et al. (2009; 2011), parece ser de especial importância que os programas de intervenção neste contexto incluam uma forte componente psicoeducacional orientada para os aspetos obstétricos e perinatais associados à gravidez após PMA, bem como para as reações emocionais tipicamente associadas, de forma a normalizar a experiência destes pais. Assim, nos diversos países a literatura parece começar a convergir no sentido de os profissionais de saúde prestarem apoio a estas famílias antes e após o nascimento das crianças (Hershberger, et al., 2007; Montagnini, 2012; Söderström-Anttila, et al., 2010)

De um modo geral, são descritos desenvolvimentos normais, embora deixando transparecer no discurso sobre as crianças um certo grau de hipervalorização nas suas capacidades.

Para a maioria dos casais a satisfação parental é elevada. Destaca-se nesta síntese o discurso de um dos casais para o qual a vivência da parentalidade tem sido marcada por sentimentos de incapacidade e frustração relativamente às necessidades e cuidados das crianças. Deve ter-se em consideração que, para este casal parental, o tratamento PMA com ovócitos de dadora resultou numa gravidez gemelar de alto risco, com desfecho de prematuridade quer para os bebés quer para os pais, que não viram concluída a gestação, tornando-se também eles pais prematuros, conforme descrito no estudo de Sheard, Cox, Oates, Ndukwe e Glazerbrook (2007). Tornar-se mãe nas condições que esta mulher relatou - após cesariana com anestesia geral, ter o primeiro contacto com os bebés 24 horas após o seu nascimento - o confronto com uns seres pequeninos e desconhecidos, rodeados de fios e da mais sofisticada tecnologia (que é a violenta realidade neonatal), não só separa a mãe e os

filhos, como torna a mãe totalmente incompetente face aos cuidados que os seus vulneráveis filhos necessitam. Como refere Botelho (2006), a mãe sente-se perdida e incompleta. Ora, se esta mulher já se encontrava numa situação de incompletude narcísica despoletada pela sua condição de mulher infértil e gestante com recurso a ovócitos de dadora, todo este quadro vem agravar e comprometer a ligação precoce mãe-bebé. O desinvestimento individual e, possivelmente, de um certo desajustamento identitário em função do fim da gravidez, que até aqui lhe terá conferido uma identidade feminina, foi perdida com o nascimento abrupto dos filhos. Os bebés prematuros tornam-se uma desilusão pelo fracasso dos esforços empreendidos durante a gravidez e em tantos anos de tratamentos PMA. Como relata a própria mãe *“Acho que para tantos anos de infertilidade...acho que merecia um sonho diferente”*. Assim, o processo de luto é essencial uma vez que permite a reorganização emocional dos pais e, depois, a aceitação do bebé real (Barros, 2001).

Tal como outros pais de bebés prematuros, também estes não se encontravam preparados para a tarefa que os aguardava, descrevem as suas crianças como hiper-reativas, inconsoláveis e difíceis de alimentar; e eles mesmos sem capacidade para saberem satisfazer e acalmar os seus filhos. Mazet e Stoleru (2003) referem que este tipo de bebés prematuros necessitam que os seus pais reduzam a amplitude das estimulações no decorrer dos cuidados que lhes prestam, devendo acentuar a sua função de para-excitações. Todavia, estes pais necessitariam de ajuda especializada que os ajudasse a lidar com a situação. Apesar de a terem procurado no pediatra, este não valorizou as suas queixas.

A gravidez múltipla é um dos riscos a ter em conta nos processos PMA, onde a probabilidade de ocorrência é bastante superior em relação à gravidez natural (Golombok et al., 2011). Assim, como se tem vindo a referir, é importante que os casais candidatos a este tipo de parentalidade possam antever e refletir sobre estas possíveis situações de forma a não serem apanhados desprevenidos.

Por fim, a análise relativa ao objetivo específico – a decisão de revelar, ou não, o tipo de conceção à criança, à família e/ou a outros – serviu para elencar um conjunto de importantes questões. Não revelar implica a existência de um segredo, um não dito ou um tabu, que em alguns momentos poderá levar os pais a adotarem atitudes inconscientes no sentido de se protegerem, de não deixarem escapar (e.g. desviar um tema de conversa; mudar o canal da televisão se o conteúdo remete para algo com possibilidade de associações “perigosas” – o receio acaba por pairar no ar), como refere Ehrensaft (2012). Se, por outro lado, decidirem revelar, outras questões se colocam. A atual Lei 32/2006 que rege a PMA não permite a

divulgação dos dados relativos à dadora. Se em algum momento a criança, o jovem, tiver a curiosidade de a querer conhecer estará impedido de o fazer. Se, para as dadoras, o seu ato se resume à doação em si mesma, para o casal recetor a situação não será a mesma. Trata-se de algo que recebem e se transforma, através da criação, mas cuja essência permanece, ainda que na imaginação.

Afigura-se pertinente focar a heterogeneidade nas respostas, quer quanto à própria decisão, como quanto aos motivos. Conforme foi visto no enquadramento teórico deste estudo, outros países tomaram opções legais que possibilitam e/ou facilitam o processo de decisão da revelação, na medida em que reconhecem o direito dos descendentes de doadores a obter informação sobre a sua origem genética (Hargreaves et al., 2007; Daniels et. al., 2009; van den Akker, 2006). No caso da Nova Zelândia o exercício desse direito possibilita, através de um código numérico, a identificação dos meios-irmãos e a própria dadora (Hargreaves et al., 2007). Os pais incentivam os filhos a procurar procura e parece verificar-se um fenómeno neste novo tipo de famílias, as experiências são reportadas como significativas e positivas.

Todos referem a preocupação em proporcionar ao filho o melhor entendimento de si mesmo e da sua identidade, a escolha e o direito deste saber acerca das suas origens genéticas. Têm-se desenvolvido uma série de redes de afetos mais abrangentes do que o processo de doação de gâmetas, a que os envolvidos chamam “família alargada”. Estas relações são baseadas em ligações diretas e indiretas e partilham entendimentos e experiências dos quais emergem novos conceitos de família. A perplexidade das experiências positivas relatadas neste estudo sugere que as relações estabelecidas têm propriedades únicas e são diferentes da maior parte das relações familiares comuns, por exemplo, laços maternos fortes com os outros filhos do/a dador/a, os meios-irmãos dos seus filhos (Freeman et al., 2009). As clínicas têm tido um papel importante na medida em que só recrutam doadores que se sintam preparados para serem identificados pelos seus descendentes a partir da idade adulta – 18 anos – se estes assim o desejarem.

No que concerne à amostra, para alguns casais a (in)fertilidade e a PMA com recurso ovócitos de dadora constitui um segredo circunscrito ao casal; para outros, há uma meia verdade que é partilhada com familiares e amigos mais próximos, que consiste na revelação da procura de ajuda médica para conceber, mantendo o sigilo em relação à dadora; outros ainda abriram o segredo a alguns familiares. Pode considerar-se que, para alguns casais, tirar a infertilidade do seu espaço privado, poderá levar a mulher a ter que enfrentar não só os seus próprios sentimentos, mas também o olhar do outro (família, amigos e sociedade).

Até ao momento nenhum casal tinha revelado às crianças o tipo de concepção; todavia, um dos casais pretende revelar mas não se encontra de acordo quanto ao momento de o fazer. Quando há desacordo entre o casal parental quanto à revelação, esta situação gera maior *stress* na mulher do que a própria revelação em si mesma (Nekkebroeck et al., 2008). Outro casal ainda não tomou uma decisão, embora, no imediato não veja vantagens na revelação, deixa em aberto; um outro casal está em desacordo quanto à decisão de revelar, pelo menos a curto prazo, também fica em aberto essa decisão; um único casal desta amostra encontra-se de acordo na decisão de não revelar por enquanto, remetem a decisão para o futuro.

A justificação que apresenta distingue-se por se centrar em aspetos sociais e culturais, na medida em que considera que o contexto social não se encontra ainda recetivo a este tipo de concepção e, por isso, pretende com esta atitude proteger a criança do estigma social. As razões enunciadas por estes casais são comuns a algumas das apontadas por outros casais que vivenciam dilemas semelhantes em torno da revelação, em outros países (Karpel et al., 2005 ; Montagnini et al., 2012; Nekkebroeck et al., 2008). Deve salientar-se, que todos os casais manifestaram disposição de revelar a origem genética à criança ou a outros na eventualidade de doença ou situação grave que justifique a procura de informação clínica da dadora. De acordo com Karpel et al. (2005), parecem existir mecanismos conscientes e inconscientes que ativam o segredo. Do ponto de vista consciente, os pais podem submeter os seus filhos ao segredo devido à ferida narcísica e à vergonha que implica a infertilidade da mãe, e à inquietante estranheza associada à figura da criança nascida da doação de ovócitos. Do ponto de vista inconsciente pode encontrar-se o tabu do incesto e a repetição transgeracional. Já para Ehrensaft (2012) o segredo constitui uma forma defensiva destes pais se protegerem face ao medo, criado pelas suas fantasias mais negras, quer da dadora que poderá vir resgatar o filho que também ama e lhe pertence, bem como uma forma de impedirem os filhos de a procurarem.

Tendo este estudo um carácter exploratório permitiu uma melhor familiarização e compreensão da temática. Assim, uma das maiores limitações deste estudo prende-se com a sensibilidade do tema abordado, onde o segredo impera desde a situação de infertilidade ao recurso a ovócitos de dadora. Dado o sigilo, para estes pais foi a primeira vez que falaram deste assunto, e como o contacto com estes casais está limitado a um encontro e uma entrevista, frequentemente não foram aprofundadas questões com eventual relevância e que justificariam a devida prossecução em segunda entrevista. Teria sido desejável a realização da entrevista a cada membro do casal em separado, e reservando um momento para falar com os dois. No entanto, o agendamento e disponibilidade dos entrevistados, assim como

constrangimentos de ordem temporal, obstaram que tal pudesse ser efetuado. A dimensão da amostra foi condicionada pela dificuldade no recrutamento de casais em conformidade com o critério de seleção adotado e disponibilidade para participarem no estudo. Note-se que a triangulação da análise dos materiais seria desejável no sentido de prevenir eventuais enviesamentos.

Para estudos futuros, seria importante o recrutamento de uma amostra representativa de casais e efetuar a entrevista a cada um dos membros em separado, podendo ficar juntos no fim. Esta proposta prende-se com o facto de que, ao realizar-se a entrevista conjuntamente, devido à presença do/a companheiro/a, podem surgir constrangimentos e inibições nas respostas. É importante estudar o que sente, sabe e pensa cada elemento do casal em relação ao fenómeno em estudo. Se, do ponto de vista médico, o casal constitui a “unidade infértil” a estudar, tendo como finalidade o sucesso PMA, do ponto de vista psicológico, é importante estudar os fenómenos que acontecem a nível do sujeito e ao nível do casal. O progresso e a evolução da ciência assentam na comunicação, na multidisciplinaridade e transversalidade dos saberes. Esta aliança é fundamental para que o ser humano nunca deixe de visto e entendido como o todo que é. Assim, parece fulcral a promoção de espaços de reflexão que se constituam como fóruns privilegiados para a divulgação e consciencialização do fenómeno da PMA heteróloga e das suas múltiplas vertentes. Principalmente porque, como constata Montagnini et al (2012), muitos casais vivem com o estigma e o segredo a respeito da fertilização com ovócitos de dadora, não se permitindo beneficiar do apoio familiar e social que é um dado quase normal e adquirido na conceção natural.

Sabe-se que a cultura de um povo se inscreve nos atos, atitudes e comportamentos do quotidiano, mas também na memória coletiva e nos valores partilhados. São necessárias décadas para mudar pequenas crenças, atitudes e visões. É da responsabilidade de todos contribuir para esta mudança. Afinal, o sucesso científico deverá contemplar o sujeito como um todo e não apenas na sua vertente biológica.

6.1. Implicações para a Psicologia ou Psicoterapia

Este trabalho pretende ser, acima de tudo, um convite à reflexão multidisciplinar acerca da PMA com recurso a gâmetas doadas. A importância de se trabalhar com estes casais os vários cenários possíveis, incluindo o projeto bebé enquanto ser individual e distinto, para além dos outros projetos decorrentes da relação conjugal. A gestação é apenas o início, não é

um fim em si mesmo. Afigura-se importante disponibilizar os principais resultados emergentes de estudos efetuados nesta área aos pais e candidatos à parentalidade através do recurso a ovócitos de dadora. Este 4º elemento continuará presente, ainda que e pela sua ausência, na vida destes casais e dos seus filhos.

VII. Conclusão

Pretendeu-se com este estudo conhecer e compreender melhor as vivências gravídicas e de parentalidade em casais portugueses que recorreram a PMA com ovócitos de dadora, bem como, se estes pais pretendem revelar, ou não, às crianças, à família e/ou a outros o tipo de conceção.

Assim, percebemos que ao falar-se em (in)fertilidade não é possível separar as emoções, sentimentos e frustração de quem não consegue conceber o filho que tanto deseja.

Quer se trate de um projeto encetado numa idade mais avançada, em que alguns receios vão sendo antecipados pelo “relógio biológico”, ou numa idade mais jovem, instala-se uma luta física e psicológica, que transporta os casais para um teste pela necessidade de valorizar a vida e tudo que ela envolve.

Para estes casais, a procura de ajuda na PMA heteróloga constitui-se numa solução portadora de esperança, sendo, também, mediada por sofrimento e receios. Neste estudo, a partir da sua perceção subjetiva, compreendeu-se que todo o processo decorrido desde a descoberta da (in)fertilidade até à concretização e vivência da parentalidade, foram empreendidas uma série de etapas e desafios, muitas delas bastante dolorosas, física e psicologicamente, mas que acabaram por ser compensadoras. Para uns, toda a dor se desvanece aquando da confirmação da gravidez e no culminar do nascimento de um filho saudável; para outros, chega o resgate das rédeas das suas vidas que durante anos estiveram “perdidas” em busca de uma solução e em confronto com as exigências que o projeto de ter um filho implicou. Contudo, para todos e de forma diferente, a parentalidade trouxe uma série de reorganizações familiares, abrindo um leque de novos desafios, também eles portadores de novas “dores” e alegrias.

As crianças foram descritas de forma muito positiva pela maioria dos pais, evidenciando elevada satisfação na parentalidade. Apenas um casal mencionou as enormes dificuldades com que se deparou na prestação de cuidados aos seus filhos, desde o nascimento. Este casal, além das suas divergências relacionais, tiveram que lidar com a gemelaridade que a PMA lhes trouxe, com a sua prematuridade enquanto pais e com a

prematuridade dos seus filhos. Neste caso, múltiplos fatores contribuíram para as suas vivências descritas como bastante difíceis, dolorosas e desgastantes, e não apenas a reprodução heteróloga.

A importância do sucesso do nascimento de um filho saudável, após insucessos anteriores, foi relacionada com o projeto conjugal, por alguns casais. Para um deles, embora o desgaste de todo o processo PMA também tenha contribuído para sua separação, não consideram que este tenha sido a causa da mesma. Outros casais parecem estar a vivenciar uma relação mais fortalecida após todo o percurso partilhado que lhes trouxe a resolução do seu problema de infertilidade.

Para estes casais o processo PMA com recurso a ovócitos de dadora é sentido como socialmente estigmatizante, pelo que sugerem a realização de estudos e maior divulgação do tema.

Alguns destes casais revelaram a alguns familiares e amigos ter recorrido a ajuda médica para conceberem o filho, outros revelaram também a existência da dadora no processo. Um dos casais guardou segredo total sobre a sua infertilidade e sobre a dadora. Até à data nenhum dos casais havia revelado aos filhos sobre o tipo de conceção. No entanto um deles pretende revelar embora não se encontrem de acordo quanto à idade em que o irão fazer. Os outros casais deixam em aberto a decisão de revelar. Alguns não vêem vantagens na revelação, no imediato, remetem a decisão para o futuro, e outros ainda consideram que poderá ser importante. Também foram mencionados motivos de ordem social e cultural, na medida em que consideram que o contexto social Português não se encontra ainda recetivo a este tipo de conceção e, por isso, deve-se proteger a criança e a mãe do estigma social. Salienta-se, porém, que todos os casais manifestaram disposição de revelar a origem genética à criança ou a outros na eventualidade de doença ou situação grave que justifique a procura de informação clínica da dadora.

Neste estudo verificou-se a existência de uma dadora “imaginária”, uma vez que os pais não conhecem a dadora real tecem fantasias sobre a mulher que doou os ovócitos para a concretização do seu projeto de parentalidade. A sua presença acompanha todo o processo gravídico e de parentalidade, na fisionomia e comportamento da criança que não é reconhecido no pai biológico e/ou na família alargada.

É de salientar que os especialistas e profissionais da PMA detêm uma posição única nas vidas destas famílias. Com a reprodução heteróloga não se está apenas a ajudar pessoas a conceber e a gerar, está a criar-se toda uma nova geração de crianças que são concebidas com a ajuda de elementos exteriores à família nuclear; que contribuem para o seu património

genético e fazem parte da sua história de vida. Assim, é importante integrar compreensões psicodinâmicas no cuidado médico a prestar aos pacientes, fornecendo soluções de segurança holística na qual os casais que recorrem à PMA para construir as suas famílias possam ter apoios sólidos tanto ao nível médico como psicológico na sua caminhada.

As ações de sensibilização deverão ir além do processo biológico, os casais necessitam antever hipotéticos cenários que possam incluir possíveis fantasias em torno do tratamento e do que ele envolve; devem refletir se estão, emocional e psicologicamente preparados para enveredarem por este tipo de tratamentos.

VIII. Referências Bibliográficas

- Alarcão, M., Relvas, A. P., & Sá, E. (2004). A complementaridade das interações mãe-bebé. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (pp. 113-120). Lisboa: Fim de Século.
- Almeida, A., Müller, C., Germond, M., & Ansermet, F. (2002). Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. *Autologue, La psychiatrie de l'enfant*, 1(451), 45-75.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Associação Portuguesa de Fertilidade. (2012). *Associação Portuguesa de Fertilidade*. Obtido em 12 de Novembro de 2012, de Associação Portuguesa de Fertilidade: <http://www.apfertilidade.org/web/index.php>
- Barros, A. (2011). Infertilidade. *Guias da Saúde*, 5, 1-40.
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Botelho, T. (2006). *Personalidade da mãe prematura*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Brezina, P. R., & Zhao, Y. (25 de Novembro de 2012). *The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies*. Obtido em 14 de Outubro de 2012, de Obstetrics and Gynecology International. Hindawi Publishing Corporation Volume: <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/686253/>
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Cassidy, T., & Sintrovani, P. (2008). Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 4-17.
- Clarke, R. (1985). *Os Filhos da Ciência*. (É. Stock, Trad.) Lisboa: Editorial Verbo.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. (N. Press, Trad.) Lisboa: Colibri.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2011). *Relatório atividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2010*. Obtido em 18 de Setembro de 2011, de cnpma: http://www.cnpma.org.pt/Docs/Relatorio_Atividade_PMA2010.pdf

- Corrêa, K. R., Vizzotto, M. M., & Cury, A. F. (2007). Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 363-370.
- Daniels, K., Gillett, W., & Grace, V. (2009). Parental information sharing with donor insemination conceived offspring: a follow-up study. *Human Reproduction*, 24(5), 1099-1105. Obtido de <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/5/1099.full.pdf+html>
- Decreto Lei n.º 12/2009, de 26 de Março. (2011). *Diário da República N.º 58/2011 – 2.ª série*. Obtido de http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao_DespachoMS_5015_2011.pdf
- Decreto Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho. (2006). *Diário da República N.º 143/2006 – 1ª série*. (Assembleia da República) Obtido de <http://dre.pt/pdf1s/2006/07/14300/52455250.pdf>
- Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 32-34.
- Despacho n.º 3219/2011 de 17 de Fevereiro. (2011). *Diário da República n.º 34 - 2.ª série*. (Ministério da Saúde) Obtido em 29 de Abril de 2011, de http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao_DespachoMS_3219_2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Conduta em Infertilidade. Norma n.º 004/2011 de 20/01/2011*. Obtido em 15 de Novembro de 2012, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=17107>
- Domar, A., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 45–52.
- Ehrensaft, D. (2012). *The 'Birth Other' in assisted reproduction*. Obtido em 18 de Novembro de 2012, de Radcliffe Publishing: http://www.radcliffehealth.com/sites/radcliffehealth.com/files/books/samplechapter/5195/15_PsychodynamicMed_Ch15-4ad64280rdz.pdf
- European Commission. (Fevereiro de 2006). *Report on the regulation of reproductive cell donation in the European Union*. Obtido em 19 de Outubro de 2012, de Health & Consumer Protection Directorate-General of the European Commission: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/human_substance/documents/tissues_freep_en.pdf
- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto.
- Faria, C. (2005). Amor de mães: a experiência gravídica e parentalidade na fertilização com óvulos de dador. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 175-193). Lisboa: Fim de Século.

- Faria, D., Grieco, S., & Barros, S. (2012). Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 794-801.
- Freeman, T., Jadva, V., Kramer, W., & Golombok, S. (2009). Gamete donation: Parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. *Human Reproduction*, 24(3), 505-516.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2009). Ajustamento familiar e padrões de vinculação de bebés concebidos por reprodução medicamente assistida. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 27.
- Gameiro, S., Canavarro, M., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, T. (2011). Parental Investment in Couples who Conceived Spontaneously or with Assisted Reproductive Techniques. *Human Reproduction*, 0(0), 1-10.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2009). Desfechos do parto e depressão pós-parto em mulheres que recorreram a técnicas de reprodução medicamente assistida. *Acta Obstetrica Ginecologica Portuguesa*, 3(3), 134-142.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M., & Soares, I. (2010). Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of portuguese couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Research in Nursing & Health*, 33, 207-220.
- Golombok, S. E. (28 de Fevereiro de 2011). *Tecnologia de reprodução e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança*. Obtido em 22 de Setembro de 2012, de Family and Child Psychology Research Centre: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/GolombokPRTxp1.pdf>
- 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.
- Golombok, S., Lycett, E., MacCallum, F., Jadva, V., Murray, C., Rust, J., . . . Margara, R. (2004). Parenting Infants Conceived by Gamete Donation. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 443-452.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: Consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21(7), 1918-1924.
- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Mellish, L., Marks, A., & Jadva, V. (2011). Children conceived by gamete donation: Psychological adjustment and mother-child relationships at age 7. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 230-239.

- Gomes, R., Liberato, M., & Queirós, D. (9 de Outubro de 2011). *Banco Gametas do Centro Hospitalar do Porto*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de YouTube (RTP): <http://www.youtube.com/watch?v=Gx3zWhMkJpU>
- Gonçalves, M. (2008). Desafios da parentalidade face às novas tecnologias. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 28(2), 9-18.
- Grigoletti, L. V. (2005). A influência da ultra-sonografia na representação do filho imaginário – filho real. *PSICO*, 36(2), 149-157.
- Hargreaves, K., & Daniels, K. (2007). Parents dilemmas in sharing donor insemination conception stories with their children. *Children & Society*, 21(6), 420-431.
- Hershberger, P., Klock, S. C., & Barnes, R. B. (2007). Disclosure decisions among pregnant women who received donor oocytes: A phenomenological study. *Fertil Steril*, 87(2), 288–296.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Pediatrics Moderna*, 41(4).
- Isaksson, S., Svanberg, A., Sydsjö, G., Thurin-Kjellberg, A., Karlström, P. S., & Lampic, C. (2011). Two decades after legislation on identifiable donors in Sweden: Are recipient couples ready to be open about using gamete donation? *Human Reproduction*, 26(4), 853-860.
- Karpel, L., Flis-Trèves, M., Blanchet, V., & Olivennes, F. F. (2005). Don d'ovocytes: Secrets et mensonges. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34(6), 557-567.
- Landau, G. (2003). To reveal or not to reveal a secret. *American Journal of Psychotherapy*, 57(1), 122-137.
- Leal, I. (2005). Novas e velhas parentalidades. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 363-405). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., & Oliveira, A. (2005). Infertilidade: Algumas considerações sobre as causas e consequências. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 151-173). Lisboa: Fim de Século.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: ArtMed.
- Lepecka-Klusek, C., & Jakiel, G. (2007). Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(1), 51–57.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20(3), 810–819.

- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi.
- Melo, H. P. (2009). Perspectivas actuais em bioética: a selecção de dadores de gâmetas e o eugenismo. *Nascer e Crescer – Revista do hospital de crianças maria pia*, XVIII(2), 103-105.
- Miranda, F. E., & Moreira, J. O. (2006). A infertilidade feminina na pós-modernidade: Entre o narcisismo e a tradição. *Revista de Ciências Humanas*(39), 183-197.
- Montagnini, H. M., Malerbi, F., & Cedenho, A. P. (2012). Ovodoação: a questão do sigilo. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 231-239. Obtido em 16 de Novembro de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200009&lng=en&tlng=pt
- Nekkebroeck, J., Bonduelle, M., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2008). Maternal disclosure attitudes and practices of ICSI/IVF conception vis-à-vis a 5-year-old child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 44-56.
- Newton, C. R., Hearn, M. T., Yuzpe, A. A., & Houle, M. (1992). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implications for counseling, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9(1), 24-31.
- Olmos, P. (2003). *Quando a cegonha não vem. Os recursos da medicina para vencer a infertilidade*. Carrenho Editorial: São Paulo.
- Parente, F. S., Dall'Olio, A. M., & Teixeira, L. C. (2006). Medicalização da reprodução: Interrogações éticas sobre os impactos da técnica no corpo feminino. *O Mundo da Saúde*, 30(3), pp. 455-464.
- Paulus. (2012). *Bíblia Sagrada* (8 ed.). Lisboa: Paulus Editora.
- Pereira, A. M. (2004). *Estudo da personalidade, motivação e variáveis psicossociais de mulheres candidatas a doação de ovócitos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Peters, K., Jackson, D., & Rudge, T. (2007). Failures of reproduction: Problematising 'success' in assisted reproductive technology. *Nursing Inquiry*, 14(2), 125-131.
- Purewal, S., & Akker, O. B. (2009). Systematic review of oocyte donation: Investigating attitudes, motivations and experiences *Human Reproduction Update*. 15(5), 499-515.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: International Thomson Editores.

- Sá, E. (2004). Aspectos psicológicos da esterilidade e da infertilidade. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (pp. 35-43). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, R., Barros, A., & Sousa, M. (2005). *Manual para Estágio Reprodução Medicamente Assistida*. Obtido em 8 de Setembro de 2012, de <http://pt.scribd.com/doc/6902298/Manual-do-estagio-de-RMA>
- Santalla, A., Calderón, M. A., López-Criado, M. S., Fontes, J., López-Jurado, R., & Martínez-Navarro, L. (2008). Donación de ovócitos. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 35(4), 131-137.
- Serra, A. M., & Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Análise Psicológica*, 24(2), 149-154.
- Sheard, C., Cox, S., Oates, M., Ndukwe, G., & Glazebrook, C. (2007). Impact of a multiple, IVF birth on post-partum mental health: A composite analysis. *Human Reproduction*, 22(7), 2058-2065.
- Sheffer-Mimouni, G., Mashiach, S., Dor, J., Levran, D., & Seidman, D. (2002). Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation. *Human Reproduction*, 17(10), 2636–2640.
- Shehab, D., Duff, J., Pasch, L. A., Dougall, K. M., Scheib, J. E., & Nachtigall, R. (2008). How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics. *Institute for Health and Aging*, 89(1), 179-187.
- Shelton, K. H., Boivin, J., Hay, D., van den Bree, M. M., Rice, F. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2009). Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. *International Journal of Behavioral Development*, 33(5), 385-392.
- Silva, I., & Lopes, R. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: Uma revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 223-230.
- Silva, O., Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., . . . Hannaford, P. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, S45-S54.
- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M., & Suikkari, A. (2010). *Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years*. Obtido de Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/10/2535.full.pdf+html>

- Sousa, M. (30 de Junho de 2003). *Anexo Técnico-Científico: Doação de Ovócitos*. Obtido em 13 de Novembro de 2012, de Referendo-PMA: <http://www.referendo-pma.org/portugal/pareceres/anexo.htm>
- Sousa, M. (1 de Março de 2012). *Procriação Medicamente Assistida*. Obtido em 27 de Agosto de 2012, de pmabiogcu.blogspot.pt: <http://pmabiogcu.blogspot.pt/2012/03/entrevista-com-o-dr-mario-sousa.html>
- Stern, D. (1992). *Bebé-mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Salamandra.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stoop, D., Baumgarten, M., Haentjens, P., Polyzos, N. P., Vos, M. D., Verheyen, G., . . . Devroey, P. (2012). Obstetric outcome in donor oocyte pregnancies: A matched-pair analysis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 10:42.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra, maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- van den Akker, O. (2006). A review of family donor constructs: Current research and future directions. *Human Reproduction Update*, 12(2), 91–101.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., J.A., K., Kraaimaat, F., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36.
- Vicensoto, W. (2004). *Recepção de oócitos: Estudo retrospectivo para análise da técnica*. Dissertação de Mestrado, Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil.
- Winter, A., & Daniluk, J. C. (2004). A gift from the heart: The experiences of women whose egg donations helped their sisters become mothers. *Journal of Counseling & Development*, 82, 483-495.
- World Health Organization. (2009). *Sexual and Reproductive Health*. Obtido em 15 de Novembro de 2012, de World Health Organization: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf
- World Health Organization. (2011). *Infertility*. Obtido em 11 de Abril de 2011, de World Health Organization: <http://www.who.int/topics/infertility/en/>

IX. Anexos

Anexo A - Caracterização da Amostra

Tabela 9 - Caracterização da amostra

		Idade	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Estado Civil	Ano (união)	Situação Relacional Conjugal	União Anterior
Casal 01	Mãe 1	44 A	Ensino Superior	Empregada	União de Facto	2007	União de Facto	00
	Pai 1	44 A	Ensino Superior	Empregado				
Filho	Rapaz	02 A ½						
Casal 02	Mãe 2	42 A	Ensino Preparatório	Empregada	(União de Facto) Casados	(2001)	Em Separação	01 00
	Pai 2	37 A	Ensino Preparatório	Empregado		2009		
Filhos	Rapaz	02 A						
	Rapaz	02 A						
Casal 03	Mãe 3	44 A	Ensino Superior	Empregada	Casados	1996	Casados	00
	Pai 3	44 A	Ensino Preparatório	Empregado				
Filhos	Rapariga	02 A ½						
	Rapaz	06 M						
Casal 04	Mãe 4	39 A	Ensino Superior	Empregada	Casados	2005	Casados	00
	Pai 4	36 A	Ensino Secundário	Desempregado				
Filha	Rapariga	13 M						

Anexo B – Carta às Clínicas

Clínica _____

Morada _____

Lisboa, 02 de Novembro de 2011

Assunto: Pedido de colaboração.

Exmo. Senhor Dr. _____

No âmbito da dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), pretendo desenvolver em Clínicas de Infertilidade, entre os meses de Novembro de 2011 e Janeiro de 2012, a fase de colheita de dados da dissertação: “Da Infertilidade aos Desafios da Parentalidade após Recepção de Ovócitos”, **e a colaboração de V. Exa. é indispensável!**

Este projecto é orientado e supervisionado pelo Professor Doutor Emílio Salgueiro, docente no ISPA.

As tecnologias de reprodução assistida (ART / PMA) são uma parte importante no tratamento da infertilidade, nos países desenvolvidos. Estima-se que, até à data, tenham nascido 3.75 milhões de bebés ART em todo o mundo. Na maioria dos países da UE a acessibilidade e disponibilidade de ART é regulada nos termos da lei ou através de orientações profissionais e/ou recomendações. Contudo, a regulamentação difere de país para país. Em Portugal, à semelhança de outros países (e.g. Áustria, França, Hungria, Irlanda, Itália), o recurso a ART está acessível a casais heterossexuais em situação de infertilidade ou em risco de doenças graves transmissíveis. Em outros países (e.g. Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Grécia, Holanda, Espanha, Suécia, Reino Unido) ART está, também, acessível a casais de lésbicas e/ou mulheres solteiras. Na maioria dos países membros da EU a doação de esperma e/ou ovócitos ou embriões é permitido (Silva, 2011).

A importância da genética tem levado alguns países a rever a ética ligada à doação anónima de gâmetas (e.g. a Nova Zelândia “abriu o sistema” à de partilha de informação) e levou outros (e.g. Suécia, Áustria, Victória, Austrália, Holanda, Reino Unido) a mudar suas leis

permitindo aos descendentes de gâmetas de doadores o direito de obter informações de identificação sobre os seus pais genéticos (van den Akker, 2006). Em Portugal a confidencialidade acerca da identidade do dador ainda se mantém, excepto se este expressamente o permitir (artigo 15º, Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho).

Com o aperfeiçoamento e crescente utilização das técnicas PMA, é compreensível que as preocupações dos profissionais de saúde se tenham direccionado para o bem-estar destas famílias (Gameiro, S., Canavarro, M.C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I. & Almeida Santos, T., 2011).

Neste sentido, o estudo que me encontro a desenvolver tem como objectivo geral conhecer e compreender melhor as vivências gravídicas e de parentalidade de mulheres portuguesas que tenham passado pelo processo de PMA com recurso a ovócito doados.

Este poderá ser mais um contributo para melhor ajudar estas famílias.

Uma vez que a Clínica que V. Exa. dirige é um dos centros PMA referenciado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), venho por este meio solicitar a vossa colaboração no sentido de contactarem alguns com casais, que através dos vossos qualificados serviços, tenham concebido um ou mais filhos com recurso a ovócitos doados, divulgando este projecto e a importância da participação voluntária de algumas mulheres. O vosso contributo é fundamental para o desenvolvimento desta investigação e, desde já, ficar-vos-ei grata e a todas aquelas que tiverem a amabilidade e generosidade de participar.

Os dados deverão ser recolhidos através de uma entrevista individual com a duração média de cerca de 60 minutos, a realizar em dia e local da sua conveniência. A todas as participantes neste estudo será garantido total anonimato e total confidencialidade dos dados fornecidos. Estes serão somente utilizados para fins de investigação.

Mais informo que me encontro inteiramente ao dispor de V. Exa. para quaisquer informações adicionais, seja por escrito, pessoalmente ou por telefone.

Desde já agradeço a vossa atenção e preciosa colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Manuela Maria Dias de Figueiredo

Tel: 96 560 41 64/91 360 12 51

E-mail: manuela.maria@sapo.pt

Anexo C - Carta aos Pais

Lisboa, 25 de Janeiro de 2012

Assunto: Pedido de colaboração.

Prezados Pais,

O meu nome é Manuela Figueiredo e sou finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA.

Encontro-me a desenvolver a dissertação para a obtenção do grau de mestre sobre as vivências gravídicas e de parentalidade de casais portugueses, após procriação medicamente assistida (PMA/ART) com recurso a ovócitos doados. Dar voz aos pais, é abrir a possibilidade de conhecer como se vivencia este processo, é receber o feedback dos envolvidos, o qual permitirá ajustar e/ou alterar algum factor, é contribuir para o desenvolvimento da ciência. Em conjunto com a “Clínica X” pretendo, adquirir um conhecimento mais aprofundado nesta área e, contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

As novas tecnologias são uma parte importante no tratamento da infertilidade, nos países desenvolvidos. Estima-se que, até à data, tenham nascido 3.75 milhões de bebés ART em todo o mundo.

Com o aperfeiçoamento e crescente utilização das técnicas PMA, é compreensível que as preocupações dos profissionais de saúde se tenham direccionado para o bem-estar destas famílias.

Assim, venho por este meio pedir a vossa colaboração voluntária que consistirá numa entrevista. Esta será uma espécie de conversa informal sobre a vossa experiência enquanto casais que se tornaram pais recorrendo ao processo anteriormente referido. É-lhe ainda solicitada a autorização para que o conteúdo da entrevista seja gravado em formato áudio para posterior análise e tratamento dos dados.

O anonimato dos dados é garantido e em lugar algum aparecerá informação que identifiquem os casais participantes.

Uma vez findo o trabalho comprometo-me a enviar a quem desejar, através da “Clínica X”, um resumo dos principais resultados obtidos.

Desde já, muito obrigada pela vossa colaboração!

Manuela Figueiredo.

Tel: 96 560 41 64 / 91 360 12 51

e-mail: Manuela.maria@sapo.pt

Anexo D – Carta de Consentimento Informado



Consentimento Informado

Declaro que fomos informados de que o Estudo de Investigação do qual vamos participar tem como objectivo geral “*perceber o modo como os casais portugueses vivenciam o processo gravídico e de parentalidade com recurso a ovócitos doados*”. Estudos idênticos já foram efectuados em outros países, mas não em Portugal.

Sabemos que neste estudo está previsto o preenchimento de um questionário de 7 itens com os dados *sócio-demográficos*; um questionário de 7 itens com dados da *História de Vida e Infância*; e a realização de uma entrevista semi-estruturada onde serão abordados 7 temas (*História da Infertilidade; História da Gravidez; Parto; Parentalidade; Revelação; Outros Pontos; Comentários Livres*), tendo-nos sido explicado em que é que consiste cada um deles, assim como tudo o que nos poderia causar desconforto e/ou riscos.

O preenchimento de cada questionário levará cerca de 5 minutos e a entrevista terá a duração aproximada de 60 a 90 minutos.

(Sim/Não – colocar uma das opções) _____ Autorizamos a gravação áudio da entrevista para posterior análise e tratamento dos dados – transcrição.

Foi-nos garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sabemos que podemos recusar-nos a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendemos a informação que nos foi dada, tivemos oportunidade de fazer perguntas e as nossas dúvidas foram esclarecidas.

Aceitamos participar de livre vontade neste estudo.

Também autorizamos a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, sendo-nos garantido total anonimato.

Assinatura dos participantes

Data

___/___/___

___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada o consentimento livre e informado deste casal participante para a sua colaboração neste estudo.

Fornei ao casal uma cópia deste documento, assinado.

Data

___/___/___

(Manuela Maria Dias de Figueiredo, Aluna nº 15498)

ISPA – Instituto Universitário

Mestrado Integrado do Curso de Psicologia Clínica

Seminário de Dissertação

Contacto:

Manuela Figueiredo

Tel: 96 560 41 64 / 91 360 12 51

e-mail: manuela.maria@sapo.pt

Em colaboração com a “Clínica X”.

(Logótipo “Clínica X”)

Anexo E – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica (Mãe)

Nº de Identificação: _____

Data: ____ / ____ / _____

Questionário de caracterização sócio-demográfica

Leia atentamente todas as questões colocadas, respondendo na sua totalidade e com a maior sinceridade. Quando não tiver a certeza de um valor ou de uma resposta por favor seleccione a opção mais aproximada ou coloque no local destinado a observações que poderá encontrar no final da última página. A sua participação é muito importante, pelo que agradecemos a sua disponibilidade.

Mãe

Idade _____

Escolaridade

- Ensino Primário (0 a 4 anos de Escolaridade)
- Ensino Básico Preparatório (5 a 9 anos de Escolaridade)
- Ensino Secundário (10 a 12 anos de Escolaridade)
- Frequência Universitária
- Ensino Superior

Situação Profissional

- Desempregada
- Empregada

Profissão: _____

Estado civil

- Casada Desde_____ Divorciada Desde_____
- Solteira Desde_____ Viúva Desde_____
- União de facto Desde_____

Situação relacional conjugal

- Casamento Quantos casamentos teve anteriormente? _____
- União de facto Quantas uniões de facto teve anteriormente? _____

Composição do agregado familiar (elementos e respectiva idade):

Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

- Nunca teve Teve anteriormente Tem actualmente

Observações:

Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração.

Anexo F – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica (Pai)

Nº de Identificação: _____

Data: ____ / ____ / _____

Questionário de caracterização sócio-demográfica

Leia atentamente todas as questões colocadas, respondendo na sua totalidade e com a maior sinceridade. Quando não tiver a certeza de um valor ou de uma resposta por favor seleccione a opção mais aproximada ou coloque no local destinado a observações que poderá encontrar no final da última página. A sua participação é muito importante, pelo que agradecemos a sua disponibilidade.

Pai

Idade _____

Escolaridade

- Ensino Primário (0 a 4 anos de Escolaridade)
- Ensino Básico Preparatório (5 a 9 anos de Escolaridade)
- Ensino Secundário (10 a 12 anos de Escolaridade)
- Frequência Universitária
- Ensino Superior

Situação Profissional

- Desempregado Empregado

Profissão: _____

Estado civil

Casado Desde_____ Divorciado Desde_____

Solteiro Desde_____ Viúvo Desde_____

União de facto Desde_____

Situação relacional conjugal

Casamento Quantos casamentos teve anteriormente? _____

União de facto Quantas uniões de facto teve anteriormente? _____

Composição do agregado familiar (elementos e respectiva idade):

Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

Nunca teve Teve anteriormente Tem actualmente

Observações:

Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração.

Anexo G – História de Vida (Mãe)

Nº de Identificação: _____

Data: ___ / ___ / _____

1. História de Vida (mãe)

1.1. Família

a) Composição familiar:

Nº de irmãs/os _____ idades _____

Sobrinhos/as _____ Idades _____

Avós _____ Idades _____

b) Relações afectivas:

Parentais _____

Fraternais _____

Proximidade _____

1.2. Antecedentes familiares médicos ou cirúrgicos

a) Não _____ Sim _____

b) Quais _____

1.3. Antecedentes obstétricos (mãe)

a) Não: _____ Sim: _____ Quais: _____

2. Infância (mãe)

2.1. Como foi a sua gravidez e parto?

2.2. Como descreve a sua infância?

2.3.Recorda-se de ter tido traumas e/ou medos?

Anexo H – História de Vida (Pai)

Nº de Identificação: _____

Data: ____ / ____ / _____

2. História de Vida (pai)

2.4. Família

c) Composição familiar:

Nº de irmãs/os _____ idades _____

Sobrinhos/as _____ Idades _____

Avós _____ Idades _____

d) Relações afectivas:

Parentais _____

Fraternais _____

Proximidade _____

2.5. Antecedentes familiares médicos ou cirúrgicos

c) Não _____ Sim _____

d) Quais _____

3. Infância (pai)

3.1. Como foi a sua gravidez e parto?

3.2. Como descreve a sua infância?

3.3. Recordar-se de ter tido traumas e/ou medos?

Anexo I – Guião

Guião de Entrevista

Nº de Identificação: _____

Data: ___ / ___ / _____

1. História de Infertilidade (mãe): (e.g. Podem fala-me sobre como se depararam com a infertilidade na vossa vida?)

1.1.Descoberta

1.2.Causa

1.3.Soluções (adoção; tratamentos; outras)

1.4.Número de tratamentos de ajuda médica à procriação (PMA)

1.5. Doação de ovócitos

1.6.Que fatores vos ajudaram a tomar a vossa decisão

1.7.Qual a duração da infertilidade

1.8.Como vivenciaram esse período? Qual foi o papel da família, amigos, sociedade?
(fator de *stresse*, fator de apoio)

1.9.Como foi a vivência do processo de concepção

1.10. Tinham conhecimento da existência de legislação PMA

1.11. Tinham conhecimento de potenciais riscos associados à concepção com recurso ovócitos doados?

2. Dadora (e.g. Podem falar acerca da dadora e o que sabiam acerca dela?)

2.1. O que sabiam acerca da dadora

2.2. Anónima? Sim: ____ Não: ____

2.3. Historial clínico? Sim: ____ Não: ____

2.4. Em algum momento sentiram o desejo de saber quem é

2.5. Em algum momento sentiram o desejo de saber quem é

2.6. E de a conhecer ou contactar com ela

2.7. Quais são os vossos sentimentos em relação à dadora

3. História da gravidez (e.g. Como sentiram que decorreu o período da gravidez?)

3.1.Quantos embriões foram colocados

3.2. Como descreve os seus sentimentos quando se confirmou a gravidez

3.3. Como decorreu? (quantos embriões evoluíram, houve complicações, internamentos, alguma patologia ou não)

3.4. Qual foi a duração da gravidez, em semanas

3.5. Como foi a vivência da gravidez

4. Parto: (e.g. O que recordam acerca do parto?)

4.1. Como aconteceu o parto (tipo de parto, complicações ou não)

4.2. Qual foi o estado do(s) bebé(s) à nascença

4.3. Como descreve as emoções que o parto vos proporcionou

4.4. Quanto tempo permaneceu no hospital

4.5. Havia parecença física, ou não, com o(s) recém-nascido(s)

4.6. Quais foram as reações dos familiares e/ou amigos ao(s) bebé(s)

4.7. O que recordam de mais relevante das vivências do parto

5. Parentalidade (mãe/pai): (e.g. Como descrevem as vossas vivências de Parentalidade?)

5.1. Como tem sido a relação da mãe/pai com a(s) criança(s)

5.2. Quais têm sido as principais dificuldades sentidas

5.3. Como tem sido a relação da(s) criança(s) com a mãe/pai

5.4. Como descreve as principais vivências (sentimentos/emoções) da parentalidade

5.5. Como se sente na sua relação consigo mesma (só mãe)

5.6. Em algum momento sentiu necessidade de apoio psicológico ou outro

6. Revelação (e.g. Como têm gerido as questões relacionadas com a revelação?)

6.1. A outros:

6.1.2. Partilharam com alguém este acontecimento

6.1.3. Como foi a vossa primeira experiência, o que sentiram ao revelar

6.1.4. Em que circunstâncias ocorreu, e foi antes ou depois do nascimento do(s) bebé(s)

6.1.5. Foi por vossa iniciativa ou por influência de alguém, por exemplo, por indicação dos profissionais da clínica

6.1.6. Que motivações e/ou expectativas formularam

6.1.7. Como descrevem os sentimentos associados a esse acontecimento (antes, durante e após)

6.1.8. Tinham conhecimentos de outras situações semelhantes à vossa

6.2. À(s) criança(s):

6.2.1. Já revelaram à(s) criança(s)

6.2.3. Em que idade

6.2.4. Como aconteceu e em circunstâncias o fizeram

6.2.5. Tomaram essa decisão por iniciativa própria, ou houve influência de alguém (profissionais da clínica, outros pais)

6.2.6. Qual foi a reação da(s) criança(s)

6.2.7. Quais foram, ou que mudanças ocorreram com a revelação (relacionamento, conflitos com os pais, desacordos)

6.2.8. Quais os sentimentos vivenciados pelos pais

6.3. Não revelaram mas pretendem revelar

6.3.1. Em que idade o pensam fazer

6.3.2. Quais os motivos

6.3.3. Quais as vossas expectativas

6.3.4. Quais os vossos receios

6.4. Não pretendem revelar

6.4.1. Quais os vossos motivos

7. Outros Pontos:

7.1. Se fosse iniciar, hoje, o processo de conceção medicamente assistida com recurso a ovócitos doados, o que seria importante para si saber que não lhe foi dito naquela altura?

7.2. Há alguma referência, que possa partilhar, sobre algo que lhe tenha sido dito que a tenha ajudado durante o processo de conceção/gravidez/parto/maternidade?

7.3. Sente alguma alteração na sua relação conjugal que possa ser atribuída ao processo PMA?

7.4. Se tivesse conhecimento de alguma amiga sua que fosse iniciar um processo com o seu, o que lhe recomendaria?

8. Comentários Livres

Anexo J - Índice Temático

Índice Temático

1. História da Infertilidade

1.2. Infertilidade

1.3. Soluções

1.4. PMA

1.5. Tratamentos

1.6. Vivência da Tomada de Decisão com Ovócitos Doados

1.7. Vivências PMA

1.8. Relação Conjugal e PMA

1.9. Papel da Família/Amigo/Sociedade

2. Dadora

2.1. Dados da Dadora

2.2. Desejo de a Conhecer

2.3. Sentimentos Associados à dadora

3. História da Gravidez

3.1. Decurso da Gravidez

3.1.1. Complicações

3.1.2. Amniocentese

3.1.3. Hospitalizações

3.2. Vivências da Gravidez

4. Parto

4.1. Desenrolar do Parto

4.1.1. Parto

4.1.2. Estado do Bebê à Nascimento

4.1.3. Primeiro Contacto com o Bebê

4.1.4. Sentimentos ao ver o Bebê

4.2. Vivências do Parto

4.2.1. Parecença da Criança

4.2.2. Reação da Família ao ver o Bebê

5. Parentalidade

- 5.1.Desejo de ter um Filho
- 5.2.Desenvolvimento da Criança
 - 5.2.1.Amamentação
- 5.3.Preocupações
- 5.4.Relações
 - 5.4.1.Mãe-Criança
 - 5.4.2.Criança-Mãe
 - 5.4.3.Pai-Criança
 - 5.4.4.Criança-Pai
 - 5.4.5.Mãe Consigo-Mesma
- 5.5.Vivência da Parentalidade

6. Revelação

- 6.1.Revelação à Criança
 - 6.1.1.Motivos
- 6.2.Revelação à Família
 - 6.1.2.Motivos
 - 6.1.3.Setimentos/Expectativas ao Revelar
- 6.3.Revelação a Outros
 - 6.3.1.Motivos

7. Outros Pontos

- 7.1.Recomendava o Processo?
- 7.2.Comparação entre Clínicas
- 7.2."Clínica X"

Anexo L - Matriz

Anexo L - Matriz (Tema I - História da Infertilidade)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
		Subtema Infertilidade		Descoberta (M) “(...) nós juntámo-nos em 2007, estivemos 2 anos a tentar.”; (...) 1 ano toda a gente diz que é normal, 2 anos, se calhar, não podia esperar muito mais, com 38 anos, já era aquele limite. Começamos a ir ao médico e depois foi fazer os exames todos.”	(M) “Eu não conseguia engravidar... fomos ao médico (...); [partiram para exames e tratamento]
Subtema Soluções				Causas (M) “(...) não havia nada de errado, simplesmente os óvulos já não tinham qualidade (...)”	(M) “(...) descobriu-se que os espermatozoides do meu marido não eram muito bons, depois ele fez medicação [hormonal?] e eu engravidei [2 gravidezes ectópicas]; Depois só havia a hipótese de fazer a FIV porque eu fiquei sem trompas”; “(...) “os seus embriões até ao 2º dia são excelentes (...)”; <u>Entre o 2º e o 3º dia havia uma regressão deles</u> ”.
				Vivência “Não foi com muita surpresa, estas coisas é normal.”; “Angústia causa sempre, quer dizer, o facto que pode não... provavelmente não vai poder ter, é sempre uma angústia que está constante, mas... também não era nada que eu já não estivesse à espera, que eu já não andasse a pensar há mais tempo (...); (P) “Foi angústia q.b.”; (M) “É sempre um certo sustozinho saber que pode não acontecer (...)”; “(...) o médico disse: “agora vocês têm que decidir rapidamente se querem ou se não querem. Se querem têm que ir a uma clínica de infertilidade.”; (P) “o nosso obstetra é que sugeriu 2 ou 3 casas”;	Não revelou [Foi o processo PMA]
				Adoção (P) Pensámos, pensámos nisso...(M) Só que...na adoção já não nos dão nenhum bebé, com esta idade. (P) A Lei da adoção também é um bocadinho...se ultrapassarmos determinada idade já não podemos... com idade superior a 38 anos, os bebés a adotar já não pode ser com idade inferior a..., isto para quê, para que pais mais velhos não adotem bebés que tenham pais que vão ficando velhos, percebe.”; (M) “O processo da adoção também é moroso e complicado. (P) Não sei como é que se pode facilitar as coisas...(M) “Falámos nisso, falámos...”	(Mãe) “Tratei do processo de adoção, ia adotar uma criança com 6/7 anos.”; “Eu na altura, já tinha o processo para entregar na segurança social, embora...foi muito complicado para mim preencher o processo. Não é fácil responder aquelas perguntas. (P) Pois não. Parece que estamos num tipo de supermercado a escolher o tipo de criança que queremos. (M) E estamos. E estamos. (P) É muito frio. (M) E estamos. Porque nós fazemos a seleção e não queremos deficientes. Mas será que os deficientes não precisam de uma família? Mas nós queremos miúdos perfeitos...Foi muito difícil para mim. (...). Ter uma criança de cor ou ter branca, para mim não me fazia confusão. Para o meu marido fazia porque assim as pessoas, quando o vissem na rua, sabiam que não era filho dele. (P) É assim, a nossa sociedade manda, não está preparada para isto assim...(M) E...a cor não. A cor não. Agora, o ter que preencher se queria um filho deficiente ou portador de alguma doença crónica, para mim isso foi muito complicado. Dizer “não”. Porque, e se eu tivesse um filho assim? Um dos meus filhos podia ser deficiente!”; (M) Mas, eu quando vou para a adoção, o meu marido diz que parece que a gente está a escolher. E estamos! Eu escolhi, não quero ter uma criança deficiente (...). “ É um processo muito complicado, a adoção. Até psicologicamente, dizer que vamos buscar uma criança que não nos diz nada, trazê-los para casa, estar na convivência connosco...(P) E depois podem tirar-nos a criança. A pessoa começa a ganhar carinho por essa criança e, de repente tiram-na. Já tem acontecido isso. (M) Isso é muito complicado. Mas, era uma das hipóteses que eu tinha, era a da adoção.”
				Tratamentos <u>Tratamentos:</u> [Sim]	<u>Tratamentos:</u> [Sim]

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 1: Tema I - História da Infertilidade (Cont.) Subtema PMA	Legislação PMA	(M/P) Tomámos conhecimento da legislação e eu até li na altura (M) exatamente (P) até li na altura (M) não gostámos muito da Lei, havia lá umas partes que não concordávamos...(P) Já nem me recordo bem o que era (M) era da parte dos embriões e...porque é que tínhamos que esperar 3 anos...mas sim, informaram-nos.”; (P) Acho é que a Lei tinha alguns pruridos, já não me lembro exatamente...(M) Acho que em Espanha uma mulher sozinha pode recorrer, e cá não, por exemplo. (...) (M) “Mas se eu chegar lá sozinha e quiser ter um filho, não posso. Porque razão? Porque está na Lei! Isso, eu não concordo.”; (P) (...) achei a Lei muito hermética (...). (M) Mas essa parte dos embriões foi a parte que me tocou mais, porque eu sabia perfeitamente que, após aquele, eu podia doar os outros todos. Não queria. Mas tinha que esperar 3 anos para então decidir se queria doar ou destruir e, entretanto, tinha que estar a pagar, essa parte foi uma coisa...”	(P) Tínhamos, eles informaram-nos (M) e lá na Associação, também.” (P) “Prevê-se que seja alterada. Aliás, está em cima da mesa a discussão disto tudo.”	(M) “Eu acho que sim. Aliás, eu ia para lá já mais ou menos informada. Procurava antes. Mas pelo menos na “Clínica X”, houve esse cuidado, essa documentação toda que eles fornecem (P) e na “Clínica A” também. (M) na “Y” também, só que o processo não se alongou tanto, pronto. E entretanto, a legislação mudou. De uma clínica para a outra, o tempo vai passando, não é?”	(M) Eles explicaram como as coisas se processavam, sim. Disseram que era sigilo, eu agora não me recordo, deram-nos informações sobre isso, explicaram-nos como é que era o processo todo, desde o início.”;
	Opinião (anonimato)	(P) Relativamente aos anonimatos, eu acho que estou de acordo. (M) Eu acho que sim, eu também. (P) Acho que deve ser anónimo. Até para a própria dadora, quer dizer, isso deve ser uma proteção! Eu se fosse dador...”	(M) “A ser alterada e a haver proibição, é melhor deixá-la como está. (P) Sim.”; “(P) “Eu acho...[afirma] (M) Eu sobre isso, não tenho opinião sobre o anonimato. Eu acho que...não sei, eu lido bem com isso, não é? Mas não sei até que ponto é que as pessoas lidam bem com...o anonimato (...).”; “Isso é, também, como as barrigas de aluguer, (...) Então, porque não nesta situação, também sabemos? “(..) a mudar e não haver doação, é melhor ficar assim (...).”	(M) “Eu acho que o anonimato é de manter.”	(M) Acho bem, não é? (P) Pois.
	Conhecimento de outros casos	(P) “Sabemos de casos de fertilização <i>in vitro</i> , agora se são com óvulos ou não...(M/P) não sabemos.”; (M) “Nós temos um casal próximo que fez um tratamento e não conseguiu e ela agora, por acaso engravidou. Mas quando se fala da “Clínica X” (P) não podem falar (M) pois...” [PMA sentida como “estigma”]	“Há 2 pessoas da associação, a M. tem uma menina com 4 meses. Teve 21 anos de infertilidade e 5 anos antes perdeu 2 gémeas...às 21 semanas...(...)...a A., na semana a seguir. Estavam as 2 grávidas e na semana a seguir à M., perde 2 gémeos com 22 semanas.”; “A A., depois engravidou de gémeas, 2 meninas, esteve a gravidez toda na cama, em casa, de repouso (...) também esteve internada como eu e as filhas nasceram às 33 semanas e agora engravidou de um menino e fazia cerca de 60 ou 70km por dia para ir trabalhar para um lado e para o outro, nunca parou. Portanto, uma gravidez gemelar não é propriamente uma gravidez de um só bebé, o peso é muito.” [Tiveram influência na hiper-vigilância desta mãe durante a gravidez]	(M) Tinha uma amiga minha que dizia “é pá vai, ele conseguiu que a mulher ficasse grávida, vai, vai a ele, vai, vai!”; (P) “(...) um nosso amigo nos disse, “porque é que não vais a uma empresa assim, assim, porque há uma amiga minha que foi a Sevilha...” [Incentivo na procura de solução, ao mesmo tempo é uma fonte de pressão]	(M) “Foi...e ela [ginecologista] deu-nos sempre muita força, deu exemplos de até amigas dela que tiveram o mesmo problema e que tiveram resultados excelentes ao fim de 2, 3...(P) e outros não muito bons (M) e outros não muito bons! Passadas 1, 2, 3 tentativas conseguiram, portanto, através, também, da doação de ovócitos.”; “É, um pouco...queríamos ajuda, queríamos...nós não conhecíamos, nunca tínhamos estado numa situação destas, não é?” [Teve influência na tomada de decisão no recurso a ovócitos]
	Tipo de conhecimento	[Conhecimento direto e próximo]	[Conhecimento direto e próximo]	[conhecimento indireto]	[conhecimento indireto]

Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p>(M) (...) ainda fámos começar os tratamentos todos, não é, portanto naquela altura era fazer as coisas e...”; (...) tinha de ser aquela opção e quanto mais rápido melhor”; (P) “(...) nós fizemos 2 tentativas.”; “A 1ª tentativa foi com óvulos não doados, normais, portanto da M. (M) havia uma percentagem de 25% mais ou menos. (P) Sim 25% de hipóteses. (M) 22% ...pronto.”; (P) A 1ª foi com o óvulo dela, a 2ª foi com o óvulo doado. (M) Pois,...) da 1ª vez implantaram 3 porque era um mais ou menos e dois de baixa qualidade para o embrião (...) E a 2ª vez foram 2 (...) eram 2 bons, e eles também não querem quando é uma gravidez de risco, e já era de risco só por ser um, por 2 ainda é mais.” (P) Eles calculam a taxa de sucesso quase pessoal, face às circunstâncias, até porque o meu próprio espermatozoide já não era assim de... 100% (M) pois...(P) porque eu fumo, já não sou novo, etc., etc. Mas calculam isso pessoalmente.”; (...) eles foram corretos.”; (M) “A nós, deram-nos 20% de hipóteses, é uma questão de sorte, e é. (P) É uma questão de sorte e de qualidade de serviço, isto aqui há muita sorte, também há a sorte sim, mas há sobretudo a qualidade da clínic (P/M) do laboratório (P) do laboratório e depois da implantação, este suponho eu que não seja assim um processo tão (...)”;nós estivemos antes com uma médica, e depois com um médico, que era o chefe. E, resultou com o 2º e não resultou com a 1ª. Não sabemos também se terá tido influência ou não.”</p> <p>Nº tratamentos c/ ovócitos doados: 1</p> <p>Nº de embriões implantados: 2</p> <p>Total de Tratamentos PMA: 2</p> <p>Duração da Infertilidade: [+/- 3 anos]</p>	<p>(M) com...32 anos (...) sou muito despistada, nunca liguei muito às menstruações, nunca liguei a nada disso, quando dei por mim estava grávida. Levantei-me de manhã com muitas dores, (...); “Fui para o hospital (...) estava com uma gravidez ectópica (...)” e... 34 anos (...) Eu estava bem, fiz o teste de gravidez (...) e liguei para a minha ginecologista (...) Se está com hemorragias meta-se na cama e deixe-se estar!”; “(...) 2 dias depois (...) eu disse ao meu marido, “vamos ao hospital fazer uma ecografia, porque eu acho que é uma gravidez ectópica...” Não chegou a haver rutura da...trompa (...); “(...) o 1º tratamento foi em (P) 2004”; (M) “Eu andei na “Clínica Y”, fiz lá 5 tratamentos (...); “(...) lá tive 2 gravidezes que acabaram em aborto. (...); “(...) em 2006. “(...) deu que os meus embriões eram bons, que estava tudo bem.”; “Ele achou que eu devia voltar a fazer o tratamento lá com blastocistos, portanto, embriões com 5 dias, porque eu fazia com embriões de 2 dias, 3, era diferente. Fiz o 2º tratamento e voltou a dar negativo...”; “Depois só havia a hipótese de fazer a FIV, porque eu fiquei sem trompas (...); “ (...) os 1ºs 2 tratamentos que eu fiz, foi meteram numa incubadora e os espermatozoides procuraram [dá-se a fecundação] e foi feita a implantação; (...) de frescos, com o processo completo [FIV].”; os outros 3 eram com congelados [embriões], os excedentários”; “No “Professor” já fiz a ICSI, que é injetado [espermatozoide] diretamente no óvulo. (...) Fiz 2 de frescos”; e depois na “Clínica X” fui uma princesa, (...) Porque a Sra. fez as injeções, a Sra. retirou os óvulos e eu fui uma princesa, não fiz nada! [refere-se à dadora]; “Foi só recebê-los!”;</p> <p>Nº tratamentos c/ ovócitos doados: 1</p> <p>Nº de embriões implantados: 2</p> <p>Total de Tratamentos PMA: 8</p> <p>Duração da Infertilidade: (M) “(...) já desde 2001 e eles nasceram em 2009” [7/8 anos]</p>	<p>(M) “(...) E fui para Sta. Maria. Entretanto fui acompanhada na ginecologista aqui. Pronto, “é uma opção, vai ver o que é que se passa”; (M) “Andei alguns anos em “Hospital Público”, perderam-me o processo 2 vezes. Fizeram-me uma investigação de laparoscopia. Desisti de lá ir.”; (M) Uns 3/4 anos. (P) Mas entretanto ficaste grávida naturalmente. (M) Sim. (P) Portanto, ficou grávida sem fazer tratamento nenhum. (M) 2 vezes ainda. (P) Uma vez, andámos de avião, fomos fazer uma viagem e a médica disse que estava tudo bem. Quando voltou foi lá, estava uma consulta marcada...(M) Para fazer a ecografia...(P) fez a ecografia e estava o embrião morto.”; (M) “Enfim, estava em estudo, os tratamentos que haviam de ser feitos...”; (M) “E não lhe consigo dizer se foi 2 abortos enquanto andava em “Hospital Público”, se...já não foi bem assim. Sei que no total foram 4!”; (M) “4, sempre no 1º trimestre. (P) Sempre às 7/8 semanas. (M) Lá chegava às 9, quando era para fazer a ecografia para verificar como é que estava, descobria-se que estava morto. O coração não batia. Depois de já o ter visto bater antes.” Então eu fui à <i>net</i> à procura para onde é que havia de ir. Liguei para a “Clínica A”, marquei uma consulta, fomos lá, fomos parar ao médico que tinha tido em “Hospital Público”. (...) Por isso fomos parar ao mesmo médico. Andámos na “Clínica A”, exames para a frente, exame para trás. Espeta daqui, faz dali.”; Por fim, o Dr. dizia que “já não sei o que é que hei de fazer, e o que é que vocês há dem de fazer”. (P) Ainda engravidaste lá, uma vez ou duas, não foi? (M) Sim...acho que sim.”; (M) Não. “É assim, se vocês quiserem, tentem ir ao Porto, ao “Professor” ver o que é que ele diz! É mais uma opinião, eu já não sei o que é que hei de fazer.” (P) Fomos ao Porto umas 3 ou 4 vezes. (M) Fomos ao Porto. O “Professor”. iniciou o estudo. (M) Faz novamente os exames no Porto, as análises, fomos ao “Hospital Público” fazer o estudo dos cromossomas e tudo. (...) Foi feita a colheita dos óvulos e tudo. Telefonaram-nos a dizer que não iam fazer a transferência, porque havia muitas anomalias de cromossomas, nos estudados. Ficámos por aí. (...) “Fomos fazer mais um intervalo. Entretanto fui a outro médico.”; (...) “Era o horário diurno, mas nunca eram menos de 2 horas, 3 horas de atraso. Mas, ele disse-me “olhe, eu acho que deve fazer um estudo do útero”. Na “Clínica A” também já me tinham dito. O “D Rodrigues tinha-me dito. “O Dr. Sintra [nome fictício], a especialidade dele é mesmo úteros. Para ver qual é a opinião dele.”; “Os custos eram astronómicos, porque era tudo em particular. Eu disse, “esquece. Por aqui não vou...por aqui não vou.”; “Entretanto, este médico da I. N., diz “há uma médica que a especialidade é úteros. Devia de experimentar.” E eu, “está bem. Também não perco nada.” Foi mais uma consulta.”; “Foi assim, o exame mais doloroso que eu já fiz até hoje, porque, conforme ela teve que entrar com a câmara, eu acho que me ia passando para o outro lado, que elas ficaram aflitas e, não consegui.”; “Lá vou eu! Uma semana ou 2 semanas para a “Hospital Privado”, vá faz mais uns furinhos, espregia, e então, havia um septo que foi corrigido. Esse septo foi corrigido...só que eu, depois já tinha ido a uma consulta na “Clínica X”. Quando voltei à consulta da “Clínica X” para iniciar o tratamento, já ia com o septo corrigido!”</p> <p>Nº tratamentos c/ ovócitos doados: (M) “Na “Clínica A”, fiz um tratamento com doação de ovócitos, que não deu, não resultou, não deu em gravidez.”; “Fizemos um único tratamento na “Clínica X”; “Resultou. (P) À 1ª!”</p> <p>Nº de embriões implantados: 2</p> <p>Total de Tratamentos PMA: (P) “Ela para engravidar fez vários tratamentos.”; (P) “Não sei, ela talvez saiba. (M) Não. Se eu for ver aos papéis sei. Eu sei que quando fui...eu tenho no relatório de “Hospital Público”, o que foi lá feito, tenho no relatório da “Clínica A” do que foi lá feito, sei o que fiz no Porto, sei que fiz só um na “Clínica X”.</p> <p>Duração da Infertilidade: (M) Foram 13 anos.</p>	<p>(Mãe) “(...) deu-me algumas medicações, para tentar ver se produzia, se havia o aparecimento da menstruação, se seria novamente regular e isso acabou por não acontecer.”; “(...) uns meses largos, nós tínhamos que fazer experiências para ver com aquele tipo de medicação, se era necessário outro tipo de medicação (...) mas as coisas não vinham, não surgiam.”; “(...) depois mandou-me, também, para a especialidade de, a nível de estudar o...fazer todos os exames possíveis e imaginários, mesmo dos cromossomas para ver se havia outras coisa que...tentaram induzir a própria menstruação.”; “(...) deu-nos sempre muita força [ginecologista] (...); “(...) ela disse para nós irmos à internet procurar, que pensássemos, para não desistir”. Depois de muitos exames, foi o quê, 1, 2 anos assim.”; (P) Viemos uma vez...(M) A 1ª, exatamente. Acho que tivemos também uma pequena sessão (P) aqui (M) de apresentação. Foram impecáveis, deixaram-nos à vontade, aqui, na “Clínica X”. Foram espetaculares mesmo.; “(...) e depois, passado 1 ano e meio, para aí, voltamos novamente. A Dra. até era a mesma, foi impecável, (...)...aaa...eeee...pronto. Viu que nós tínhamos regressado novamente, trouxe os exames que tinha a trazer e foi, vamos avançar. Vamos. Ela foi impecável, disse-nos o que nós tínhamos a fazer, os procedimentos normais, tudo, marcou aquele dia, correu tudo bem. Fomos, até, almoçar à Expo, descontraídos [risos], depois viemos, pronto. Aaaa...fiz a fertilização na altura, foi tudo...correu super bem. Graças a Deus também, (P) Foi à 1ª! (...); (M) “Sim, eu já vinha informada da minha médica ginecologista. Mas vinha sempre com uma esperança que aqui (P/M) houvesse algum tratamento (M) algum tipo de situação que pudessem me ajudar nesse aspeto, para que os óvulos fossem meus. Que acabou por não acontecer, portanto, não foi possível, veio-se a confirmar os valores. As análises, tinha todos os exames, mas veio-se a confirmar aquilo que a minha ginecologista já tinha dito na altura.”; (M) Sim, foi mais o relembrar e tipo, pedir ajuda para...foi o empurrão, pedir o empurrão! Foi um bocado assim. Um descargo de consciência, ao mesmo tempo, vamos lá, porque eu sabia que ia chegar e eles iam dizer “vamos lá”, é isso. Nós queríamos avançar mas, ao mesmo tempo, queríamos que...pronto, às vezes custa dar assim o 1º passo. “Façam isto e aquilo”. Então, eles encaminhavam-nos, tudo impecável, tudo, foram impecáveis.”; “(...) e depois a Dra., também, através das fotocópias que tinha mostrou-nos os esquemas para nós compreendermos como é que as coisas se processavam e isso, porque é que é necessário fazer e tomar medicação. <u>Era vir cá, não tinha nada, era o processo normal, portanto, era a inseminação.</u>”;</p> <p>Nº tratamentos c/ ovócitos doados: (M) “(...) foi à 1ª, o que foi ótimo, também.</p> <p>Nº de embriões implantados: 2</p> <p>Total de Tratamentos PMA: [1]</p> <p>Duração da Infertilidade: (M) “Foi 2006, mais ou menos. 2006...mais 2007, exatamente, porque, em 2 anos andámos assim, agora já passou quase 2 anos , 1 ano e meio, digamos assim (...) Agora já não.”.</p>

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="text-align: center;">Unidade Geral 1: Tema I - História da Infertilidade (Cont.)</p> <p style="text-align: center;">Subtema Vivência da Tomada de Decisão com Ovócitos Doados</p>		<p>(M) “(...) na 1ª tentativa as percentagens eram de mais ou menos 20%, quando se vê a evolução de tudo (...) a percentagem passava para 2% ou 5%, quer dizer, não era. Portanto, para tentar outra vez, para gastar dinheiro, que se gasta muito, mais valia ir para...[ovócito doado] porque a 1ª vez, quando eles disseram, falam do processo todo, o que é que pode acontecer, o que é que não pode, depois as hipóteses que há. Porque nessa 1ª entrevista elas dizem, “ah não, há sempre a hipótese do óvulo doado”. E nós, “ah não, não”. Quer dizer, não pronto. Naquela 1ª não, claro. Mas depois explicaram as coisas e, sim, porque não. (P) Claro.”; (M) É mais um bocadinho como a adoção, não é?”</p> <p>[recurso a ovócitos visto como solução]</p>	<p>(M) “será que não é motivo para nós fazermos uma doação?”; “E eu dizia, “e uma doação?”; “Logo depois do 2º tratamento, mas eles acharam que eu devia continuar a tentar, porque eu era fértil.”; “Levei esta pastinha com tudo o que fizemos, e então, o “Doutor”. assim que viu disse que, é assim, já tinha 39 anos, tinha 7 tratamentos falhados (...) a idade também já era avançada, a qualidade dos meus óvulos também já não deviam ser muito bons. A taxa de sucesso para uma ou para outra não tinha nada a ver e que achava que eu devia fazer uma doação. Foi assim que partiu a doação.”; “A nossa história é mais ou menos esta, fui ao “Doutor”, fizemos então a doação, ele fez o tratamento e conseguimos logo estes 2 cromos!</p> <p>[recurso a ovócitos visto como solução]</p>	<p>(M) “Com todo o estudo que eu levava feito, eu levei tudo...a pasta com tudo, a Dra. analisou tudo e disse “olhe, é assim, eu acho que com a idade que tem (eu já tinha mais de 40), com todo o historial clínico...a..., já no Porto, com os vossos óvulos e com o vosso esperma, há anomalias cromossómicas! Então, eu acho que a melhor proposta é esta, para procurar um resultado.” (...) (P) foi a única vez que nos disseram isto...(M) Por causa das anomalias ...porque tinham feito um estudo, cá em baixo nunca era feito, só no S. João é que fazia. Aaa...nós aceitámos! Não fez diferença nenhuma, foi cá, não fazia diferença nenhuma!”; (P) “Nós queríamos era que ela engravidasse e que a Ana se aguentasse lá dentro! [risos]”</p> <p>[recurso a ovócitos visto como solução]</p>	<p>(M): “(...) a nossa médica (...) acompanhou-me sempre, (...) falou-me nesta situação.”; “(...) havia em Espanha e que, também havia em Portugal.”; “(...) nem se falava assim muito de...(P) sim, tinha aparecido há pouco tempo (M) até a nível dos hospitais públicos.” “(...) havia a minha idade a passar (...) era mais um risco (...); “Nós queríamos, mas ao mesmo tempo não queríamos acreditar naquilo que estava a acontecer.”; “Será que havia outra coisa, será que não era? E ao mesmo tempo, era...um passo que nós tínhamos que dar!”; “(...) eu queria um pouco, sentir o que era estar grávida!”; “(...) queria, não queria...aaa...havia o, tenho medo, depois pensava assim...aaa... “como é que irá ser? Será que vou rejeitar, será que vai ser bom para nós, não vai...havia ali...foi uma situação delicada.”; “(M) “E depois, acho que não queria aceitar muito bem, não sei. Havia ali qualquer coisa que...até que depois marcamos.”; Acabamos por marcar ... ela disse para nós irmos à internet procurar, que pensássemos, para não desistir...aaa...porque, o ser digamos assim, é de fam...a gestação é feita dentro de nós, é como se fossemos nossos, é como se fosse adotado porque também não são do mesmo sangue e, no fundo, são filhos...ainda para mais sendo gerado por mim, não é?”; “E com o pai, que seria a... (P) a mesma coisa.”; (M) “O que interessa é o amor que se dá (...) E nós ficamos assim, aquela fase, vai, não vai e depois a situação económica, (...) para nós também foi um bocadinho complicado.”; “(...) com um bocadinho de esforço, conseguimos (...)”; “(...) acabámos por marcar a consulta aqui, aquele impasse, aquela coisa de vir, aquele nervosismo (...); “(...) viemos cá conhecer, ver como é que as coisas eram, como é que era, onde é que nos podiam ajudar. Pensámos, há muita gente que já deve ter passado pelo mesmo, estas clínicas existem mesmo para isso, eles vão-nos ajudar, vão-nos esclarecer. Pelo menos para nós tomarmos uma decisão se aquilo que queremos é para ir frente ou não. E para nos ajudarmos ou não. (M) depois era, como é que seria a mãe, a outra, aadora...”; “Lembro-me de às vezes tentar levar a situação à frente, haviam sempre pressões da família, “então quando é que vem um filho, depois é tarde, vejam lá e não sei quê, o tempo passa, já não é nova.”; (P) “(...) Uma pessoa estar a fazer por fazer...(M) Não. Isso não. Até porque eu também tinha que pensar no futuro...em nós...na...e principalmente, também, na bebé, na nossa filha, porque...ela era o mais importante no meio disto tudo (P) é! (M) exatamente, é o mais importante. No aspeto, até nós concluirmos se fazíamos alguma coisa ou não...a...ela não podia sofrer com isso.”; “Com...o bom ou mau passo que, neste caso, poderíamos dar.”; “Eu ainda me lembro, quando saí daqui, vinha no outro dia a pensar, depois havia uma coisa que “eu, eu, cheguei uma vez a comentar contigo sobre isto”, porque eu trabalho ali na “Empresa K” e o meu caminho é passar todos os dias aqui. Portanto, para mim, às vezes, era um bocadinho...tortura, digamos assim. Na 1ª consulta, passar aqui, vai, não vai, faço, não faço, o que é que a gente faz, avançamos, não avançamos, portanto, passar aqui este caminho todos os dias, eu olhava aqui para este prédio aqui [risos], exatamente! Houve ali aquela fase, do desiste, não desiste, o tempo passa e vais passando, e vou marcar e não marquei ainda consulta, pronto. Ficámos com tudo esclarecidinho e foi tudo assim.”; “Vai ser agora, estas férias assim, sozinhos, e depois, daqui a uns anitos, nós viemos cá novamente com a nossa ou o nosso filhote! Pensávamos um bocado assim. (P) Foi, se calhar 6 meses, nem tanto.”; A “Doutora” dizia “bem, vamos em frente então? É mesmo para avançar? Agora não vão desistir!” Dizia ela! “Não vão desistir!” E nós “Não.</p> <p>[recurso a ovócitos visto como solução]</p> <p>Informação de riscos associados: (M) Sim, porque depois é uma gravidez normal...(P) Embora fosse diferente, não é? Porque eles trabalham o esperma em si (M) O esperma e a fecundação, neste caso. (P) e, à partida devem ter uma margem de erro, devem ter os riscos controlados, não é? (M) Aliás, porque nas próprias ecografias acaba por se detetar anomalias, caso as houvesse, não é? Mas aaaa, focaram-nos sempre essas situações todas. Depois, acaba por ser uma gravidez (M/P) normal. “</p>

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="text-align: center;">Unidade Geral 1: Tema I - História da Infertilidade (Cont.)</p> <p style="text-align: center;">Subtema Vivências PMA</p>		<p>(P) "... e essa tentativa, portanto, todo o processo é...aquelas injeções, todo o tratamento, tudo aquilo é muito pesado já de si, digamos assim, não é? E depois essa 1ª tentativa deu mal, quer dizer não resultou e...af houve uma certa...uma certa...aquilo criou uma certa angústia. Uma certa expectativa, não foi? (M) Pois (P) Eu acho que nunca nos faltou força para uma 2ª tentativa e, se a 2ª tentativa tivesse corrido... também não tivesse corrido bem, eu acho que aí sim, seria angustiante...(M) Nós já tínhamos combinado que seria só 2 tentativas, só aquela 2ª vez (P) Não tínhamos dinheiro também...(M) Pois... (P) ... e o processo é desgastante. Felizmente da 2ª vez deu bem. Sim, a angústia maior vem durante o processo... (M) Pois... (P) ... e o tratamento.”; (M) [lidar com o processo] “Muito bem não, mas lidei, acho que sim...sim, sim.”; (M) “Era um bocadinho, depois falamos e não sei o quê. Se calhar é mesmo assim, também não sei muito mais. A gente iria perceber os outros passos todos, não sei.”; (M) Pois. Durante o 1º tratamento eles telefonavam a dizer, “é assim”(…) “Nós estamos no trabalho e recebemos um telefonema, bem mas pronto, é normal, a dizer “há 3 óvulos que estão fecundados, há 3 embriões que estão fecundados e um dos embriões desenvolveu-se bem, outro não se desenvolveu bem, temos aqui um processo que é a desfragmentação que ajuda”. Isto não foi assim tão brusco! Mas foi num telefonema! [risos] “custa “_”€...e eu...uma pessoa fica assim...foi ali um momento estranho.”; (P/M) Uma pessoa fica ali apanhada de surpresa, não pode ser, uma pessoa fica... depois não disse nada, olhe...”; (P) “Acho que poderia ter sido feito (P/M) de outra maneira, de forma a não provocar um choque tão forte, de estar ali ao telefone e decidir uma coisa destas...quer fazer ou não? Como é que é? É só isso.”; (M) “Mas depois tudo passa, vemos esta coisinha e tudo se esquece! Agora que falamos nisso, lembrei-me mas já passou!”; (P) “Eu lembro-me que da 1ª vez que correu mal, ficámos muito... (M) chateados (P) a não coiso, forte. E, se da 2ª vez tivesse corrido mal teria sido mais forte, teríamos ficado revoltados. Provavelmente contra a “Clínica X”, contra nós, contra o mundo, contra Deus e contra tudo, mas... tudo muda a partir do momento em que se consegue.”; (...) a “Clínica X” até nos irritou um bocadinho por causa daquelas rececionistas, que te tratam assim um bocadinho como se tu fosses idiota, percebes? (M) “Ah, está bem-disposta?” (P) “Então, e está bem-disposto hoje?” É um bem-disposto que nos põe mal dispostos. (...) “só apetece dizer “ninguém vem bem-disposto para aqui”[risos], mudem essa frase! (P) exato! (P) Tudo isto passou, toda esta coisa, esta raiva que até vinha da angústia, passou a partir do momento em que a M. foi fazer a 1ª eco e se via lá um “feijão”, percebe? (M) pois...(P) Basicamente, tudo isso passou, ou nada disso teria passado, ou tudo isso teria ficado e muito mais (M) pois (P) se a coisa não batesse certo.”; “Pois é, se não corre bem, é muito doloroso. (M) É doloroso... (P) Eu acho que é muito doloroso ouve lá! Há tretas dolorosas! (M) Ah sim! Fisicamente não, mas psicologicamente é mais, é doloroso.”; (P) “A gente agora fala de uma forma, correu bem! Se tivesse corrido mal, estaria a falar de outra forma consigo, e nem sei se conseguíamos estar a falar. (M) Pois é...(P) E, se calhar, não estaríamos aqui a falar, percebe.”; (...) “É preciso ter dinheiro. (M) Ou idade. Os casos de infertilidade em que as pessoas são novas e andam no público, não é, eu, por exemplo, já não podia. Com 38 anos já não dá. (...) Há tantos casos de infertilidade, não porque esperaram muito tempo, mas porque têm alguma doença, problemas sérios, mas isso é normal.”</p>	<p>(M) Nós que somos inférteis, só podemos engravidar quando vamos fazer aquele tratamento. São 2 semanas de agonia para termos um resultado negativo! E para pensarmos que...daqui a 6 meses...eu vou tentar engravidar todos os meses. Uma mulher normal pode engravidar quando quiser ...Psicologicamente é muito complicado...o chegar aos 12 dias para fazer o teste, e se ia à casa de banho e ver o papel higiénico com sangue...é como se...o mundo nos caísse por cima!”; (P) Eu acho que cheguei a uma conclusão...(M) Canaleizei tudo para ali...(P) Eu cheguei a uma conclusão, que é esta, nós sempre tivemos uma vida limitada, a nível económico, porque isto é muito complicado, é tudo particular! (M) Tudo particular! (P) Fizemos alguns empréstimos bancários para que aquelas crianças que cá estão, já está tudo liquidado, felizmente, mas...tivemos que abdicar de muita coisa! (M) Abdicámos de tudo! (P) De tudo! Aliás, eu cheguei a um ponto que dizia, “ouve lá, não vale a pena!” Nós, também, temos que chegar a um ponto que temos que por um <i>stop</i> nas coisas...(M) Temos que parar...(P) Há quantos anos...(M) Há volta de uns7/8 anos.”; “Mas pronto, apesar de tudo, temos que dar graças a Deus porque fomos um caso de sucesso.”</p> <p>(M) “(...) havia um casal, que lá estava na Associação, que a dada altura disse uma coisa que eu nunca me vou esquecer: “Vocês lembram-se das salas de espera, <u>toda a gente com vergonha</u>”...(P) Com <u>vergonha</u>...(M) ...ninguém dizia nada, ninguém se cumprimentava...é...acaba por ser muito assim, pronto.”</p>	<p>(M) “Depois desisti de “Hospital Público”. Com as condições de “Hospital Público”, acho que aquilo também não ajudava muito. As condições físicas. Era lá nas catacumbas, na cave, uma coisa muito escura...(P) O médico de lá (...) tinha ido de lá e foi para uma clínica e...(M) E, eu disse, “não estou para isto”. Então perdem-me o processo 2 vezes e depois tenho que voltar a fazer tudo de novo!”; (P) Mas foi naturalmente.”; (P) “Tinha 30 anos, ela. Já lá vai muito tempo! (M) Pois...(P) A 1ª vez foi natural. Até pensámos que poderia ter sido de andar de avião, ou isto, ou aquilo. Foi o 1º!” (M) “O que é que vamos fazer a seguir? (M) “Não foi fácil...depois passámos pela médica de família, na altura, e ela disse “não, não desistas, procura outro! Não desistas, e está na altura agora!” (M) “Se calhar não devia ter sido tanto quando vi 3 diagnósticos diferentes, alguma coisa ali não estava certo...”; “Foram muitos anos, que se calhar foram perdidos por causa disso. (P) Porque, confiaste. (M) Porque confiei! Mas se eu estava em “Hospital Público”, parto do princípio que as melhores equipas estão lá, e me fazem o 1º diagnóstico... eu acredite! Eu também acredito sempre nos médicos, até prova em contrário!”; “Neste caso, o que eu fiz foi estar nas 2 consultas, estar na “Clínica X” e em outro médico em paralelo e comparar o que me dizia um e o que me dizia o outro. E depois avançar para o lado que achei que era o melhor para nós. (P) Aí chegamos a pensar, é um, é outro?” (M) “É hora, é hora! Agora estar 3 horas à espera de uma consulta, para mim fazia-me muita confusão. (P) Depois, lá fui a Lisboa, e diziam, vai a Sevilha e não sei quê, e a minha esteve muitos anos...; (P) “E depois fomos a uns tratamentos muito económicos [ironiza] e foram feitos, todos, logo de seguida, fizemos muitos para recuperar. (P) Fizemos muitos, logo de seguida.”; (M) “O processo tinha sido impecável, só que depois deixou-me assim um bocadinho, perdida. Não foi bem esclarecido antes, pode ter sido isso.”</p>	<p>(P) Depois tivemos (M) como se fosse tudo natural, e era! Era um pouco...exatamente, só que, eu muitas vezes estava bem e o Rui que está aqui pode dizer, estava bem, como de repente, parece que queria recuar, parece que...o medo, depois acho que queria desistir. Dentro de mim, às vezes havia uma revolta ao mesmo tempo por aquilo ter acontecido! Porquê!? E depois pensava, se eu tivesse engravidado mais cedo, nada disto tinha acontecido! É aquelas situações que nós questionamos, e nós pensamos, mas passou, passou. Até, até ao dia de engravidar...aaa...tive assim...foi complicado, no início, foi. Mas aqui foram impecáveis. Viemos, eu já nem sei em que ano foi...; (P) Viemos uma vez e passados 3 anos...(M) Acho que acabámos um pouco por desistir, não sei. Acabamos por não vir...(P) Foi passando...(M) Foi passando, o tempo passou assim, e eu ainda pedi novamente análises, outra vez. Sempre com aquela esperançazinha que...! Que houvesse algum medicamento, alguma coisa que me ajudasse, nem que fosse para tentar retirar os meus ovócitos, assim para, nem que fosse para a seguir fazer a fertilização <i>in vitro</i>, à mesma [o pai tosse], pronto, mas eram meus! [o pai tosse novamente]; (M) Aqui o facto era de ser de outra pessoa! Como é que seria a outra pessoa, também. E não eram meus, e pensava, também, um bocado no Rui, também. Como é que ele irá reagir, sabendo que não era meu! Ele sempre foi muito aberto e muito.....(P) Eu não vejo, não vejo...(M) ele não vê...(P) como é que eu hei de explicar...a filha não sendo dela, digamos assim. Sei que é uma coisa estúpida de estar a dizer, mas (M) não, é um bocado, ele sempre me deu muita força! (P) Eu cheguei aquele ponto, desliguei, pronto. Desligou. Aconteceu, aconteceu. Tentámos, conseguimos, ok. (M) Ele, nesse aspeto...(P) Está definido assim. O que passou, passou. (M) Não sei se era do problema ser meu...(P) Também acredito que para o homem seja diferente. Se fosse ao contrário...(M) Não sei se...achas que seria pior? É isso que achas? (P) Eu acho que sim, não sei. (P) Não conheço os outros casais, não posso falar dos outros casais. Mas eu acho que sim. Eu tenho essa sensação”; (M) Talvez...(P) para o homem seja pior, não sei. Não sei porquê...(M) Se calhar porque não fazê-la gerar, talvez. (P) Não sei. (M) Como o problema foi meu e fui eu a gerar, compensou, digamos assim. (P) Exatamente. (M) É um pouco...nós não sabemos, isto é tão... (P) Vai de casal para casal, de mentalidade para mentalidade de cada um. (M) Eu tanto tinha vontade, e avançar, como de repente recuava, ia-me abaixo. Montes de vezes, afinal como é que é...depois, ele dizia-me, “para estares assim, não vale a pena avançar”. Ele dizia-me muita vez, porque eu tanto tinha vontade como de repente, parece que havia qualquer coisa ali”; “(...) aaa...depois havia aquela hipótese de, podiam ser gémeos, trigémeos ou isso, a gente nunca sabe! (P) Pois. (M) Quantas vezes é que poderíamos fazer isto, ao nível psicológico podia ser muito mau também para nós e...não sei...havia tantas perguntas, tantas questões, tanta coisa...e depois, passado 1 ano e meio, para aí, voltamos novamente.”; (M) “com um bocadinho de esforço, conseguimos, não é? Mas acho que acaba por ser (P/M) compensador, muito! (M) Muito bom! (M) Nós tivemos uma boa experiência, foi há 1ª. A nível psicológico acho que não podia ter corrido melhor, porque imagine que corria mal...a 2ª vez será que, outra vez a passar por isto e se não corre bem outra vez!? Mais <i>stress</i>, e isso, também, não ajuda, não é?”; E, agora, passo aaa...e lembro-me sempre no aspeto positivo, e não, nunca, no aspeto negativo, é engraçado! E pronto, aqui estamos!”</p>

Unidade Geral 1: Tema I - História da Infertilidade (Cont.)		Subtema Relação Conjugal e PMA			
		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
		<p>(M) “Eu acho mesmo que a ser, foram positivas. [alterações] (P) Também, acho que sim”; (P) É, psicologicamente é chato e estraga a relação...eu não sei se a nossa relação (M) teria resistido a isto (P) teria resistido a 2 tentativas falhadas, aos 40 anos, sem outra alternativa. (M) pois (P) Quer dizer, o que é que fazemos à vida, não é? Portanto, a nossa relação provavelmente...não sei se teria resistido ou não. Não seria a mesma, de certeza. Os projetos não seriam os mesmos, os planos não seriam os mesmos, a forma de estar no dia-a-dia, as zangas não seriam as mesmas, não é? Nada disso...”</p> <p>[houve sucesso na 2ª tentativa]</p>	<p>(M) [no último tratamento quando houve perda de sangue] “E o meu marido até ficou muito danado, teve um ataque, assim, daqueles... “não vale a pena, eu bem te disse! Isto é um desgaste e não vamos continuar...” E eu dizia-lhe assim, “calma” (...) “O meu marido já tinha desistido há muito tempo, eram sempre guerras porque ele não queria. Eu continuei a achar que a minha meta era ser mãe.”; “Sim, eu lutei muito por estes filhos a fazer tratamentos, porque ele tinha parado. Ele preferia ir, com o custo dos tratamentos, fazer viagens...para viajar, e eu sempre lhe disse que não queria viajar, queria ter filhos!”; “Mas olhe, vou-lhe dizer uma coisa, o meu marido tem problemas! Ele vai-me desculpar...mas este comentário que ele fez, vou ter que lhe dizer uma coisa que ele não vai gostar. Ainda há 2 dias, numa discussão por causa da nossa separação, o meu marido disse-me: “liga para a “Clínica X” porque os filhos não são teus, portanto, se são meus eles têm que ficar comigo.” (P) Às vezes uma pessoa pode falar de cabeça quente...(M) O que é que as outras pessoas que estão de fora podem pensar? Que os filhos não são meus! (P) Uma pessoa de cabeça quente...(M) Se uma pessoa que viveu isto, não é, diz que me vai tirar a custódia dos meus filhos, porque eles não são meus filhos, porque é que as pessoas de fora não hão de dizer o mesmo? Temos que aceitar...(P) Isso foi de cabeça quente...foi um desabafo. (M) Eu tenho que pedir desculpa a ele, mas tive que lhe dizer, porque é muito feio dizer uma coisa dessas...(P) Isso está fora de questão...(M) Eu fui mais mãe do que muitas mães...eu lutei pelos meus filhos, até ao limite de tudo...”; (P) Desgastou-nos muito. (M) Afeta a relação, mas não é a causa do divórcio!”; “Afeta a relação sim. Afeta a relação a todos os níveis, até a nível sexual, porque...começa a deixar de haver interesse, porque, é assim, uma mulher normal, dita normal, pode engravidar 12 vezes por ano. (...) Só que é assim, o meu marido tinha... a tendência era revoltar-se... e não confiar em ninguém, eu para mim, dizer que ia desistir, ia custar muito mais do que ver o sangue, porque daqui a 6 meses faço outro! Desistir é que não! (P) Eu só tenho a agradecer a força dela! (M) Por isso, eu lutei sempre muito...(P) Se não fosse ela eu não tinha cá as crianças...(M) Eu sou mais mãe do que muitas mães! Eu lutei durante aqueles anos todos pelos tratamentos, para ter os meus filhos! Guerras infundáveis em casa com o meu marido, porque ele não queria...sempre, sempre! Foi uma gravidez completamente...e eu sempre lutei, lutei, lutei até os meus filhos nascerem. Sempre! Portanto, eu fui uma grande mãe (P) Nós chegámos...já falei com ela, várias vezes e, chegámos a uma conclusão: nós chegámos a um ponto que esquecemos a nós próprios!”; (M) “É assim, há ali coisas que são irreversíveis. É o sonho de uma vida para mim, de uma luta tão grande! Que ele sabe que eu lutei que eu sofri...”; “Foi desgastante, também!”</p>	<p>(M) “Não, é assim houve uma fase em que eu andei em Sta. Maria, foi mais complicada porque eu andei <u>sempre</u> sozinha, mas quando passamos a ir à “Clínica A”, e depois todo esse processo, o S. começou a acompanhar-me sempre.”; (M) “Não sei, não sei... houve uma altura em que eu disse “<u>acabou, não faço mais!</u>” Em Sta. Mª, aquilo é horrível, eu não passo lá mais manhã inteiras naquelas catacumbas escuras, cheiram mal, cheias de lixo. Já me perderam o processo 2 vezes, eu não vou lá. Não sei se foi isso, se foi por passar depois para a clínica, eu não sei.”; (P) O quê? (M) Em Sta. Maria, eu fui sempre sozinha! Tu nunca foste comigo, nem deves saber onde é que as consultas são! (P) Não! Fui sim senhora! (M) Uma vez! E porque tiveste que lá ir fazer a colheita, só! (P) Uma ou duas! Não, fui lá...(M) Isso não foi só a acompanhar-me, é diferente! Se bem que na maternidade acompanhava um bocadinho de mais, ele já era mais conhecido na maternidade do que eu. (P) Eu controlava aquilo tudo! Aquela gente era toda minha amiga.”; (P) “No hospital, eu lembro-me de ir lá a 2 ou 3 consultas. Uma foi naquele dia em que diagnosticaram que o feto estava parado, lembro-me disso tudo. Se calhar foste alguma vez ou outra que eu não fui! É pá, sei lá, por causa do trabalho, porque aquilo era uma grande seca! [risos]”; (P) “Eu não me lembro, também isto já foi há 10 anos ou mais! Mas, fui lá a muitas consultas, se calhar não fui a todas!”; (M) Sim, sim [são o grande suporte um do outro]. (M) Ao fim destes anos todos de tratamentos, ou cuidava bem da cria...porque é mesmo assim! Porque estava nas nossas, aquilo que pudesse depender de nós, não íamos deixar por mãos alheias, não é?; (M) “Não ia fazer disparates para depois pensar, mas porque é que eu fiz isto?”; (P) Acho que teria sido a mesma coisa...(M) “Passou por altos e baixos, como teria passado se não houvesse este processo.”</p>	<p>[risos] (M) “Pronto, às vezes brincávamos com a situação [a mãe baixa o tom de voz, diz num sussurro] “ai se nos trocam o esperma da...imagina que...ai eu não vou dizer isto! Imagina que vem de cor, ou que...enfim! [risos] (P) Mas era só mais para aliviar a pressão! (M) Brincávamos um bocadinho, depois das coisas terem corrido bem.”; (M) “Mas, ele deu-me sempre muita força, nesse aspeto, e... eu acho que tinha que ser eu a tentar, se calhar...(P) Eu acho, a tal situação de, para o homem ser pior, porque a mãe gera e o homem vê-se, talvez um pouco (M) à parte (P) um pouco à parte, por isso é que eu à bocado disse aquilo, podia ser do lado dela, podia ser do meu, por isso é que, acho que temos que nos acompanhar um ao outro. É mesmo assim. (M) Ele fazia-me ver “imagina se fosse eu, era bem pior porque, não tens que te culpar disso, tu ainda vais gerá-la, vais senti-la aaaa, é diferente, sentes, está aí. Eu, fazia um papel de acompanhamento, mas diferente porque se calhar, a nível psicológico ia ser pior, não sei”. (P) Se calhar, era igual! (M) Pois, não sei (P) Se calhar acaba por ser igual (M) Mas no fundo, ao mesmo tempo eu compreendia o que ele dizia, dava-me um bocado de força, se fosse ele ia ser pior. Eu tinha hipótese de gerá-la, de a ver crescer dentro de mim, de ter a sensação do que é ser mãe, do que é estar grávida e pronto.”; (M) Não. Eu falo por mim, também. (P) Não tenho...(M) Se calhar agora, não temos tanto tempo para nós, o que é normal, pronto. (P) Acho que é normal. (M) Agora o facto de, por exemplo, eu pensar assim, temos um filho mas os ovócitos não são dela, não sei se é isto que quer dizer...”; (M) Ah sim, sim...(P) Não...(M) Exatamente. (P) Porque era isto que a gente andava à procura, não é? (M) Porque conseguimos, nesse aspeto, <u>acho que, até consolidou</u>. E, porque olhamos e dizemos assim “ai a nossa menina é tão linda! Não é por ser nossa, mas já viste os olhos amendoados dela?” [gargalhadas] (P) Uma pessoa chegou àquele, chegou ao fim, fez o processo (M) Ou queremos ou não queremos (P) o que passou, passou, e (M) é mesmo assim (P) acho que é assim, temos que seguir agora.”; “(M) “Nós até brincamos um pouco, até, com a situação. (P) A gente tem que levar isto... (M) porque é assim (P) chega àquele ponto em que consegue, tem que esquecer o mau...o mau, né, que aconteceu na vida de um ou de outro, tem que esquecer esse bocado e, não, daqui agora é para a frente, esse aspeto.”; “Ele, ele, ele comigo, de vez em quando achava que eu ia-me um pouco abaixo, mas acabei por não precisar [de apoio psicológico]. (P) Hum hum (M) Aqui, ainda nos perguntaram “não é melhor serem acompanhados...”; (P) Acho que o que custa é o 1º passo (M) é, a decisão de vamos avançar ou não vamos avançar? E depois é (P) a pessoa tem que estar preparado psicologicamente, mentalmente, para aquilo que vem, é. <u>Pode acontecer o caso de, a mãe ou o pai entrar em depressão, porque...o filho não é meu. Não estava preparado para acontecer (M) Eu estava com receio disso, mas por acaso não (P) acho que é o mais perigoso que possa acontecer, penso que possa ser isso, mas...</u>a pessoa chegar a um certo ponto e dizer “mas o que é que aconteceu?” (M) Esse era o meu medo. (P) Porque (M) era um bocado. Depois de ter a criança, o bebé, né? Como é que eu vou reagir? Era esse o meu medo, também.”</p>

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="text-align: center;">Unidade Geral 1: Tema I - História da Infertilidade (cont.)</p> <p style="text-align: center;">Subtema Papel da Família/Amigos/Sociedade</p>		<p>(M) Acho importante as pessoas saberem que isto existe, por exemplo, eu tenho lá um caso no trabalho, eu já lhe contei que fiz tratamento, que ele é de FIV, nunca contei a parte da doação do óvulo e, por exemplo, eu sei de uma menina que engravidou agora, como tem gémeos e tudo, eu perguntei-lhe, isto tudo por e-mail, e ela “ah sim, mas não digas a ninguém”. E eu, “está bem!” Mas não sei porquê, eu acho que estas coisas têm que ser faladas e divulgadas, acho que isto não tem problema nenhum, as pessoas ficam é felizes! Não tem que ser nenhum estigma. Por isso, quanto mais informação melhor!”</p> <p>[Divulgação deste tipo de tratamentos – Não deve ser um estigma]</p> <p><u>Sugestões:</u> (M) “Ah, Acho importante qualquer tipo de estudo e de divulgação, divulgação destes métodos porque eu acho que as pessoas não sabem.”; “(P/M) É, é bom que se façam mais estudos e que as pessoas tenham acesso a mais informação sobre estes assuntos.”</p>	<p>(M) “Ele devia ter tido um filho, pronto, e ele sempre foi um bocado gozado pela família dele...” (...); “Veja, eu trabalho num escritório de contabilidade, foi lá uma moça formada, nova, (...) E ela vira-se e diz: “ah sim, esses tratamentos são muito complicados, veja lá, tive uma amiga que há uns tempos fez um tratamento com doação. Se não podia ter não tinha, agora ir buscar o material de outra mulher?!” Era uma pessoa formada! Mal formada, mas formada! [risos]”; “Eu não sei até que ponto é que a nossa sociedade está preparada para essas senhoras que fazem essas doações. Porque nós, casais, agradecemos! E as outras pessoas, eu não sei se abrisse a minha janela e começasse a dizer aos meus vizinhos o que se passava, eu não sei até que ponto, é que, as pessoas riam-se e depois comentavam por trás.”; Que...eu não sei até que ponto, também, as pessoas aceitavam bem...eu acho que há pessoas que não aceitavam bem que “a”, “b”, ou “c” está a doar óvulos para outros casais.”</p> <p>[Pressão externa para ter um filho – família; Sociedade - estigma associado aos tratamentos]</p> <p><u>Sugestões:</u> (M) “Era mais informação, claro.”</p>	<p>(P) “Quando me encontrava dizia, “é pá, então já és pai ou quê?” “Não.” “Uma amiga minha foi a Sevilha, vai lá.” Deu-me o contato (...)”</p> <p>[Pressão externa para ter um filho – amigos; amigos como fonte de informação]</p>	<p>Papel da família/amigos/sociedade: (M) “Nunca ninguém soube se podíamos ou não. Sempre nos desculpamos um pouco, isto porquê, para não dar azo às pessoas tentarem saber, ou o que é que se passa. Mais por causa da vida profissional, que também era, mas não era esse o caso. O já termos casado tarde, a vida profissional, queríamos gozar primeiro um ano ou dois, aquelas coisas assim para dar um bocado, digamos de tempo, para não nos incomodarem, digamos assim, com aquelas perguntas, do “nhã nhã nhã” (M) “Podemos dizer que <u>ninguém, ninguém sabe da nossa família</u>. Depois havia sempre aquela pressão, era a minha mãe porque eu já tinha idade. Porque nós já casamos tarde, digamos assim...aaa...e depois é, nós namoramos, quando é que casam. Casamos, quando é que têm filhos. Agora que veio o 1º já estão a perguntar quando é que vem o 2º. É sempre assim. Mas aaaa..., quando é que têm filhos e porque é que não têm...havia sempre aquela...não gosto. E depois, como eu tinha o problema, ainda para mais, cada vez que faziam aquela pergunta, parece que era de propósito! [risos] Parece que ainda ficava mais...fogo...isto é complicado. Aquelas coisas. E pronto, têm um pouco razão, não é, só que, nós sabíamos o problema que havia...aaa... pronto.”;</p> <p>[Pressão externa para ter um filho – família e amigos]</p> <p><u>Sugestões:</u> (P) “Sim, sim [estudos]. (M) Exatamente, mais esclarecidos, estamos. Porque se a pessoa não estiver esclarecida, vai dar um tiro no escuro, não sabe. (P) É, é. (M) Vai ficar na dúvida e assim, estando mais alerta em relação aos problemas que poderão surgir ou não, de como as coisas se processam e tudo isso, ajuda a tomar uma decisão, de avançar ou não avançar. Mas pelo menos não vai, vai com o intuito de avançar sem medos ou então, não “com isto assim, não é isto que eu quero, pronto.” Pelo menos não fica na dúvida porque pode avançar e vai com medo e depois ser frustrante, depois de as coisas acontecerem ou vice-versa.”; (M) Nós às vezes não sabemos. Mas, com informação vamos mais esclarecidos, vamos mais esclarecidos”</p>

Anexo L - Matriz (Cont.) (Tema II – Dadora)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 2: Tema II - Dadora	Subtema Dados da Dadora	(M/P) – Nada, não soubemos nada.”; (M) Preenchemos lá um questionário “; “Dissemos só mais ou menos o fenótipo, como eu era, não é? Preenchemos o inquérito, dizia que era caucasiana, olhos castanhos, olhos verdes, olhos azuis...(P) sabemos que não é asiática e que não é africana, (M) pois (P) basicamente é isso, é o que soubemos, mais nada”(…) (M) “o que nos disseram é que não tinham problemas hereditários, nem nada dessas coisas mas...”;	(M) Muito pouco...(P) E sabemos muito pouco ainda!; (M) É a única coisa que nós temos, é que é uma moça de 26 anos, à partida, com a mesma fisionomia que eu...(P) Estudante universitária, era o que eles diziam...(M) Agora não temos mais informação sobre isso.”; (P) Eu penso que, em casos críticos, será facultado os dados da dadora.	(M) “Eu gostava de saber mais do que aquilo que sei. Só soubemos que tinha 20 anos. Mais nada. Em princípio que é mulher, pronto. [risos] Que de outra maneira não podia ser.”; (M) Foi. “Não, não, não dizemos mais nada.” (P) Nós também não fizemos força para nos dizerem.”; “Agora, o fornecimento de mais dados sobre a dadora, eu acho que deveria ser feito.”; (M) (...) “Eu também estou convencida que, espero que nunca seja preciso, que se tiver algum problema, que recorra à clínica e que me dão os dados da dadora, para alguma coisa que seja necessário para a Ana, não é? (M) É assim, não é os dados da dadora a dizerem-me quem é ou onde está, mas em termos de história familiar, a ficha médica, espero que isso nunca seja preciso.”; (...) saber dados da dadora, eu gostava. Acho que era importante.”	(M) “Pouca coisa. Acho que não nos chegaram a falar...(P) não nos chegaram a falar de nada, não. (M) Nada, no aspeto de não...só que vinha cá naquele dia, não nos íamos cruzar, não ia ser nos mesmos sítios, não é? Não nos íamos cruzar com ela!”; “Aaaa Mas viemos cá... não foi no mesmo dia? (P) Acho que não. (M) Tu vieste cá, um dia, dar o esperma, na altura. Depois houve aqueles dias da fecundação e só depois a seguir é que houve a inseminação. Exatamente.”; Aaaa... mas na altura, sobre a dadora, pronto, o que nos garantiram é sobre a informação que tinham, é que a dadora não tinha problemas de saúde, portanto, nada que, pronto, tinha os requisitos necessários ótimos para que nessa altura fosse uma dadora. Mas não nos deram, pelo menos, nenhuns dados, se era Portuguesa, se não era Portuguesa (P) alta...(M) alta [risos] possivelmente deve estar dentro daqueles parâmetros, devia ter mais ou menos as nossas características, pronto, tendo em conta nossa fisionomia [fenótipo] (...); “Nós preenchemos um formulário com as nossas características, pronto, ao nível da cor dos olhos, do cabelo, da pele, da altura, o nosso tipo de sangue, portanto, isso tudo. Há uma série de situações, portanto.”; (P/M) Tiveram que ver a fisionomia..., portanto, para ver se encontravam uma dadora (P) compatível, (M) compatível, não é verdade?
	Subtema Desejo de a Conhecer	(M) “Não...(P) não...só por curiosidade, curiosidade visual (M) só mais uma curiosidadezinha.”	(M) Não me fazia confusão. (P) Mas, eu gostava.”; “(...) eu gostaria de saber, pronto, gostaria de saber sobre a doadora, mais dados concretos sobre a doadora...”;	(M/P) “Não, não. (M) Não fazia questão disso. Acho que é complicado.”; (M) Não sei. Acho que pode ser complicado por qualquer coisa que surja. Não digo “o conhecer”, mas depois, mais tarde, sei lá, vamos querer procurar comparações na maneira de ser da Ana com a dadora e podemos sempre fazer comparações. (...) depois, nós íamos à procura e, não vale a pena. (P) A Ana é toda nossa! A Ana é toda nossa!” [sentimento de posse]	(M) Eu já tive. (P) Eu não. (M) Tive. Não é assim, achava melhor, não. Mas ao mesmo tempo é aquela curiosidade feminina, “como é que ela será? Como é que será? Será bonita? Como é que será?” Também para imaginar como é que ela, se a minha filhota, se a nossa filhota, seria parecida, com ela! Às vezes, é aquela curiosidade que eu acho que depois de ver, se calhar preferia não ter sabido, não sei...é aquela curiosidade, só. Mas não me...acabo por ter a noção que, o não conhecer é melhor para todos. Porque é que nós vamos querer saber? Era só aquela curiosidade, não é que me afete. Se calhar queria, podia querer, digamos assim aaaa conhecê-la mas que ela não soubesse quem eu era, porque a filhota é minha! [gargalhada] É nossa!” [sentimento de posse]; (M) “A única coisa que eu poderia perguntar era aquela curiosidade de como e que será a dadora [risos] mas nem isso! Não”
	Subtema Sentimentos Associados à Dadora	(M) “Que teve uma bela ideia (P/M) [gargalhada] (M) Teve uma bela ideia, bolas! (P) Sei lá, eu pensando nisso eu até admiro, essas pessoas que doam (M) seja por que for (P) é um tratamento que tem que fazer, se recebem dinheiro, tudo bem, se for presidiária receberá as suas benesses, se for estudante receberá as bolsas ou dinheiro mesmo, não sei exatamente. (M) ou alguém que saiba de casos e que se lembre que pode fazer isso para ajudar (P) também pode haver isso (M) deve ser uma mínima parte”	(M) “Eu sinto todos os dias o ato de caridade que ela fez. Graças a estas mulheres nós tivemos os filhos...(P) Não foi o que nós pagámos que.. (M) Aquilo é mesmo uma doação, é um processo muito complicado. Não nos podemos esquecer que nós temos uma reserva ovárica, que é de não sei quanto e, em cada estimulação, são muito mais, portanto...e para essa mulher, além do perigo que corre, pode haver uma complicação, pode haver um acidente, podem acontecer muitas coisas. Portanto, eu acho que é mesmo um ato de caridade da parte delas, dessa Sra. que doou.”; (M) “De gratidão, de muita gratidão, como é óbvio! (P) Sim, sim. (M) Acho que é uma mulher excepcional.”; “Eu fiz uma tatuagem com as iniciais dos meus filhos e com os óvulos da doadora! Porque foi graças à dadora que eu consegui ser mãe. Está escrito, está gravado na minha pele e tudo! Foi uma das coisas que eu fiz. Eu tenho uma enorme gratidão à senhora por este gesto de caridade...E, vou ter sempre! [risos]”	(P) “Eu não sinto nada.”; (M) Eu só tenho que agradecer a todas as dadoras! Elas que o fazem da forma mais desinteressada possível. Eu só gostava de saber porque é que o fazem?! Não sei porque é que o fazem. (P) Recebem dinheiro por isso, não é? (M) Não. Só lhe é pago o tratamento. Pagam-lhes o tratamento, mas porque é que o fazem? (P) É como as pessoas que dão sangue. (M) Mas é diferente S., dar sangue é diferente. (P) Sim... silêncio (M) Em termos físicos é bem diferente...acho eu, mas como nunca dei sangue...”; (M) “Gostava de saber. Isso aí dava outro estudo, não é? O que é que as leva...não é? (P) Para ajudar o próximo!”; (M) Mas o que leva uma miúda de 20 anos a fazer isto? Sim, porque é uma miúda de 20 anos...o que é que a leva a fazer isto? [silêncio]; (M) “Se me dizem...posso-me lembrar logo de perguntar (...) (M) mas a seu tempo, lá vai. Claro que nas horas vagas sou capaz de pensar nisso. Mas não vou questionar ninguém sobre isso.”	(M) “Bons, eu acho que bons. Bons, apesar de tudo... às vezes podia ficar assim, ah não são meus, são da dadora. Ela não tem culpa, aliás ela, ela ela ela (P) prestou (M) colaborou na nossa felicidade, num projeto que nós não podíamos sequer seguir, sozinhos, sem a presença dela! (P) Dela, sem a dadora. (M) Exatamente, penso que sim (P) Se a pessoa pode, quer (M) se não fosse uma dadora, neste caso, ela, nós não tínhamos conseguido avançar com um projeto que para nós é, foi e está a ser excelente! (P) Acho que sim (M) Por isso mesmo é que nós avançamos, não é? (P) E ainda bem que há pessoas assim! (M) Exatamente! Isto é como o sangue, por exemplo, eu sou dadora de sangue. Porque é que não hei de dar sangue se há algumas pessoas a precisarem?”; “Também podem utilizar o meu sangue mas não sabem se é meu ou não, não interessa. No caso da dadora de sangue é exatamente a mesma coisa. Pronto, não é uma coisa tão normal, não é, mas digamos que o raciocínio acaba por ser idêntico, não é?”

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 2: Tema II - Dadora (Cont.)	Subtema Dadora Imaginária	<p>(P) Fizemos montes de fantasias (M) sim (P) montes de filmes... (M) ...porque não podemos saber.”; “Provavelmente será espanhola visto que a “Clínica X” é em Espanha (M) provavelmente...”; o nosso médico disse-nos que na altura dele, agora já está velhote, já não está muito a par, quem doava muito era, nessa altura não se doava óvulos, era mais esperma, nessa altura era os criminosos que estavam na cadeia porque tinham amnistia de dias e...era mais o quê, que ele disse? (P) Eram os alunos de medicina, ganhavam 500 paus [risos] (M) normalmente tinham bolsas de estudo e eles iam lá doar porque era pago, exatamente, porque era pago. Portanto, nós brincamos sempre com a presidiária [risos], esperando que fosse médica...” [risos]”; (P) “Pressupusemos que era saudável.”; (M) “(...) que tenha saúde, (M) “Ser dadora, é serem saudáveis mas, nós, essas coisas nunca se pode saber.”;</p>	<p>(P) Nós mais ou menos...(M) Não, não é nós mais ou menos! [risos] Uma das vezes, nós fomos à “Clínica X”, eu já sabia o que ia ser e eu cruzei-me com uma Sra. muito parecida comigo...e nós quando vamos a entrar, passamos e olhamos um para o outro e pensamos, é esta! [risos] (P) No mesmo dia! (M) A fisionomia dela era muito idêntica à minha, mas muito, muito idêntica! ...nós ficamos sempre com a ideia!”; (P) “Eu, acredito que sim! (M) Eu não acredito que seja, porque eles são demasiado controlados para isso acontecer!”</p>	<p>(M) (...), (P) Parte-se do princípio que, é uma dadora com 20 anos, (M) eu tive...(P) é uma dadora saudável. (M) mas há uma história de família [da dadora]. Vamos por aqui, eu fiz a diabetes gestacional da Ana (P) e dele não fez [filho biológico]. (M) O meu pai era diabético (P) Fez vários exames. (M) Mas a Ana não vai buscar isso de mim!”; (M) Será que...? Não é? [será da dadora?]</p>	<p>(M) “A gente pensava assim, “se calhar...” a gente olhava para toda a gente quando íamos a entrar [risos], olhávamos assim, para toda a gente, tipo “será? Não será?” Às vezes, numa brincadeira para tentar descontrair, porque no fundo estávamos um bocadinho nervosos, não é?”; eles tentam encontrar uma dadora mais ou menos com a mesma estrutura, com as mesmas cores de olhos ou cabelo, a pele, portanto, tudo isso eles tentam aproximar o mais possível (P) Achamos! (M) Pois! [gargalhada geral, iniciada pelo pai] (P) Achamos nós, mas não sabemos, não é? (M) Exatamente, exatamente! Eu penso que sim! (P) Achamos nós, mas não sabemos. (M) Claro, mas pronto”</p>

Anexo L - Matriz (Cont.) (Tema III – Gravidez)

Unidade Geral 3: Tema III - História da Gravidez		Casal 01		Casal 02		Casal 03		Casal 04	
		Subtema Decurso da Gravidez							
Gravidez sem tratamento	Complicações	[Não] (M) “O risco, mesmo assim, é grande.”	(M) (...) na 3ª feira ia fazer o teste de sangue para saber se estava grávida ou não, ainda, e no sábado comecei a perder sangue.”; “(...) estava a ser uma gravidez complicada e portanto...tinha 39 anos e era a minha 1ª gravidez!”; “Eu antes de saber que estava grávida já estava a perder sangue...”; “(...) às 10 semanas (...) as recomendações foi: cama, cama, cama e cama.”; “Às 12 semanas, na cama, tive um descolamento de placenta.”; “(...) às 23 semanas, continuava com contrações (...); “(...) o perigo que havia, era do rebentamento das águas.”	(M) “Aconteceu também com o par da Ana, porque eram 2. E na ecografia, para aí, às 7/8 semanas...(P) 7/8 semanas... 9...(M) Sim, para aí às 8 semanas, na “Clínica X”, a Dra. foi fazer a ecografia e não batia, o coração. Já a Ana, era mais forte, com certeza, e ficou!”; (M) “Qualquer gravidez que eu tivesse, eu sabia que ia ser uma gravidez de risco, não é? Como da Ana.”; (M) Por causa da idade. A Ana foi posta cá dentro ao dia 7 de Dezembro, já não trabalhei mais...; (M) “Foi até ao fim. Depois, entretanto a Dra. C. da “Clínica X” encaminhou-me logo para a MAC, por causa do outro [gémeo] ter-se perdido. Fui acompanhada na MAC desde as 13 semanas...(P) Andou na “X” a levar uma série de injeções, todos os dias...(M) Íamos lá levar injeções dia sim dia não, para segurar a Ana, e isso assim.”; (P) E depois na cama, comia na cama e tudo!”; “A Ana foi acompanhada na MAC, nasceu lá. Foi acompanhada na consulta de gémeos, por causa de terem sido gémeos, ao início, podia haver alguma coisa...”; Porque a Dra. também, na altura, descobrimos que um bebé tinha morrido e que o outro se mantinha e ela disse: “olhe, agora vou encaminhá-la, porque não pode ter mais acompanhamento aqui.” Eu fiquei assim, um bocadinho, a olhar, ao “Deus dará”, como é que eu vou (P) na altura (M) não tenho outro médico que me acompanhe fora!”; (M) Tinha a ver com a questão das plaquetas, da Ana fiz a diabetes gestacional, que do menino não fiz.	(M) “(...) e a gravidez, toda ela foi...boa, pronto. Tendo em conta a situação e a minha idade também...”; “Tirando de início que apanhei um sustuzinho (P) ah pois foi. (M) porque apanhei um pequeno sangramento e eu pensei “ai meu Deus, vai acontecer alguma coisa”. Eu fico logo muito stressada [risos] e, mas correu tudo ótimo.”				
	Amniocentese	[Não]	(M) “(...) eu não fiz amniocentese, também porque era uma doação de uma mulher mais jovem (...).”	(M) Mas aí é diferente [da Ana não fizeram porque a dadora tinha 20 anos]”; (P) Mas dele também não fizemos, não quisemos fazer. Não quisemos correr o risco de fazer (...).”	[Não]				
	Hospitalizações	[Não]	(M) “(...) sempre contrações. Foram tantas que ... dei entrada no hospital e já estava sem colo do útero”; “(...) às 32 semanas, (...) tinha o pé dele cá encaixado em baixo, já sentia o pé. Acho que cada vez que me tocavam sentiam o pé (...) mantive-me lá até às 34 semanas, até aquele senhor [filho] mandar o pontapé de saída e rebentar as águas.”;	(P) “Ela, da Ana, esteve lá 15 dias “hospedada”! E dele esteve 8! (M) Da Ana estive internada desde o dia 1...”; (M) Da Ana, eu estive internada desde o dia 1. O meu problema durante a gravidez, foi baixa de plaquetas. Ao longo da gravidez, as proteínas e as plaquetas foram baixando sempre, sempre. Agora dele, ainda pior, ainda baixaram mais, mas internaram-me mais tarde. Não havia vaga.”; (M) A...36...talvez. Eu sei que fui internada...”; “A Dra. tava de banco naquele dia 1 e diz-me ela, passe por cá para fazer análises para ver como é que está. As plaquetas tinham baixado mais um bocadinho”; (M) “(...) “Agora, ir para a maternidade e estar internada na maternidade, não. Não me fez diferença nenhuma, era mais um dia, cada dia era mais um dia que tinha passado e que passava.”	[Não]				
	Gravidez sem tratamento			(M) “Depois de fazer o tratamento assim, veio a produção independente, que afinal, até resultava! [risos] Pronto!”)					

Unidade Geral 3: Tema III - História da Gravidez (Cont.)		Subtema Vivências da Gravidez	
		Vivências	
Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p>(M) “Eu lembro-me quando ele foi ver viu só um saquinho e eu queria 2 porque era aquela oportunidade de, ao menos tenho logo dois! [risos] E ele, “não é só um! Felizmente que é só um.”; (P) <u>Ela parou logo de fumar! [risos] Não, foi uma grande alegria! (M) Claro, e ao mesmo tempo, também, muito receio porque... (P) Muito receio... (M) A gravidez é sempre por fazes. Até aos 3 meses, que é o risco maior. Pronto. Passou os 3 meses.”;) “(...) Depois, agora é ver se ele está bom, se tem tudo, os dedinhos, se é preciso a amniocentese. Mas isso já é com outro ânimo, não é. (P) É o normal. (M) Normal, se calhar não, porque eu duvido que um casal jovem vá estar a pensar...” ; “(...) era a ecografia do coração que também há um sinal que os Down têm sempre...mas sim, foi com alegria, claro, claro, sem dúvida!”; (M) Correu bem, muito bem (P) sim (M) correu muito bem!”; (M) “(...) mas foi pouco porque eu trabalhei sempre até ao fim e nessa semana, aí, já estava mesmo pesadona, percebe? Eu fiquei mesmo grande! A barriga, doíam-me os rins e não sei o quê e fiquei em casa nessa semana, foi para aí 3ª feira, isso eu lembro-me.</u></p>	<p>(M) “vai lá buscar um teste de gravidez à farmácia. “Para quê, para quê?!” Porque, eu acho que eu estou grávida!” Porque eu sentia-me grávida! Sentia os meus peitos, coisa que nas outras eu não tinha sentido.”; “Na 2ª feira fui fazer o teste de gravidez da farmácia e deu logo as 2 risquinhas!”; “A minha gravidez ... eu respirava e sentia... telefonava e dizia “Dra. estou a sentir qualquer coisa, o que é que acha que é? “Você é uma chata”, dizia ela. Mas graças à chata eles estão cá!”; “Porque eu dava alarme por tudo. Eu telefonava-lhe por tudo, por tudo. A qualquer hora, ela sempre me atendia o telefone...” (...) ela foi excepcional! Aturou-me as chatices, já com os bebés a querer nascer, o colo do útero aberto, já a fazer dilatação, tudo pronto para os rapazes nascerem, já estavam fartos!”; “Sempre de cama!”; “Desde as 23 semanas deitada, é que a minha gravidez foi sempre assim. O meu marido dizia...chegava a casa, às vezes, e dizia-me assim, “eu nunca vi ninguém como tu, tu estás sempre com um problema!”; “Estava atenta a tudo”; “queiramos ou não, eu acho que fiz aquilo que devia, acho que me portei bem enquanto grávida, respeitei todas as regras...se me diziam que tinha que estar de lado, estava, mas se deitada de frente era melhor...deitava-me de frente e estava horas ali. Portei-me sempre bem. A alimentação, comia, comia, comia este mundo e o outro! (P) Muito peixe...(M) Mas eu comia...eu não gosto de leite mas, as enfermeiras diziam: “leite ou chá?” e eu “leite porque os faz crescer”; “Portanto, era tudo o que fosse bom para eles...fui uma ótima grávida, portei-me sempre bem...a...”; “Mas acabamos sempre por nos culpar...também temos uma culpa ali, naquilo, ou porque estamos sempre um bocado nervosas...porque é normal, eu estava nervosa.....cada vez que me vinham aquelas contrações eu gritava: “Sra. Enfermeira, meta-me as mãos na barriga, eu estou outra vez com contrações, veja lá!”; “(...) eu nunca a pude mostrar a ninguém, eu era uma vaidosa com minha barriga, ficou uma barriga linda, enorme! Parecia um monstro! Porque eu estava toda igual, não engordei nada de especial.”; (M) “Na barriga, ele nunca os sentiu!”; “Não se podia mexer na barriga por causa das contrações!”; (P) “Vi, assim, de longe, não é! Ouvi os batimentos do coração pelo aparelho...”.</p> <p>[O marido nunca tocou na barriga da mulher para não provocar contrações, no hospital a mãe pede para lhe colocarem as mãos na barriga porque está com contrações – hipótese: a mãe quer afastar o pai dos próprios filhos ???]</p>	<p>(M) “(...) da gravidez da Ana foi a maior gripe que eu já tive até hoje! [implantação] Na antevéspera eu não saía da cama...por isso...mas pronto. Por isso é que ela é assim, forte! [risos]; (M) “Um dia de cada vez. Foi sempre assim. (...) (P) Cada dia era importante. (M) mais um que já passou.”; (P)” Contavam os dias todos! Cada semana era...(M) Depois de tudo aquilo que tínhamos passado, era uma vitória! Cada dia era mais um dia! (P) “Ela, da Ana, esteve até à Páscoa sempre em casa, sempre de cama!” (P) “Esteve para aí...(M) Por conselho médico não era necessário o repouso absoluto (P) Mas...eu também sou “médico”! [risos] (M) ...eu podia andar cá em casa, mas, por cautela...”; Não me deixava sair da cama! (P) Depois, começou a ir uns fins de semanazinhos para a praia! Mas de 2ª a 6ª deitada! (M) “Depois, quando chegou à Páscoa, ele achou que eu já estava melhor e que podia ir até à E., já me deixou ir à rua...de vez em quando lá fomos um fim-de-semana à E. ou à C., porque temos casa num lado e noutro (...) entretanto, às 13 semanas, no dia em que comecei a ser acompanhada na MAC, a minha mãe teve um enfarte. (...) “foi para Sta. Maria. (...) aquilo correu um bocado mal. E depois, ficámos as duas em casa a fazer companhia uma à outra [risos]”; (M) O que me custou foi pensar ir para a MAC...”; Não é que tivesse qualquer problema com a MAC, foi chegar lá, foi sair da “Clínica X”, porque eu chegava lá com a hora marcada, não havia confusões, não havia nada e ir para a MAC onde caía tuudo, tudo, tudo... aquela sala de espera, uns de um lado gritavam, outros do outro (...) ahahah [a mãe descreve esta mudança com enorme desagrado]; (M) “Custou-me pensar, mas depois de lá estar não me custou, pronto. Estava com os melhores acompanhamentos, lá tinha tudo...ah, só me custou pensar que ia para lá, pronto.”; (M/P) 8 semanas, 9 para aí [de gravidez]. (M) Eu tenho andado de clínica em clínica, de hospital em hospital, não tenho uma ginecologista lá fora para me acompanhar, para onde é que eu vou? (P) Na altura, nós pensamos que... a “Clínica X” acompanhava.”; (M) Aí custou-me um bocadinho.”; (P) “Acho que foi a única coisa que não estávamos elucidados para esta situação, (...) (M) depois, não ia haver acompanhamento durante a gravidez.”; “Agora chego às mãos de alguém e digo, eu venho grávida de tratamento, mas quem mo fez não me acompanha (...) depois correu bem.”; (M) “Foi sempre tudo tão calminho, ouvia muita música zen [risos], depois vi que a partir das 26 semanas eles começavam a ouvir e eu, quando a Ana estava mais agitada, metia música!”; “Nunca conduziu com a Ana...a...e com ele sempre conduziu, até ir para a maternidade.” (M) “Realmente foram diferentes!”; “Não sei...foi tudo tão próximo, foi tudo tão próximo que não deu tempo para digerir uma e começar a pensar na outra. Uma, veio quase na sequência da outra, não é?”; (M) “Mas pronto, apesar de ter tido os cuidados, de ter isso tudo, mas já foi de outra maneira. Da outra vez eu fiz isto, agora, se calhar também já posso fazer, vou ter cuidado, não vou abusar...(P) Da Ana era a única hipótese que a gente tinha! A Ana, cada dia que passava era diferente (M) todos os cuidados eram poucos (P) cada vez que ela ia à casa de banho e estava tudo bem e não sei quê, não havia sangue e não sei quê, era ótimo! Com esta era diferente... (P) “Estávamos mais tranquilos, já tínhamos uma (M) quando eu ia fazer os exames já não ia ansiosa. (P) tinha corrido bem uma vez, podia correr bem a 2ª também! Agora da Ana sabíamos que tinha corrido mal muitas vezes e deste já sabíamos que tinha corrido bem uma vez (M) Pensávamos nós!” (P) “Ela diz que se fosse mais nova (M) eu gostei de estar grávida! (P) ela se fosse mais nova, não se importava de ainda ter mais.” (P) “Mas quando ela estava grávida, eu não me importava que fosse uma menina [2ª gravidez]. A Ana é tão especial, é tão especial, que eu não me importava que viesse outra menina. Agora um rapaz, é aquilo que a gente sempre sonhou em ter, mas se viesse outra miúda também estava bem.”</p>	<p>(M) “Vínhamos nesse dia, estive ali uma hora de repouso, nem tanto, e depois ia embora como se nada... pronto...uma coisa assim... [a voz baixa] (P) Pronto, estava grávida [o pai dá uma gargalhada e todos rimos] (M) Depois vim cá para acompanhar, estava tudo bem. Tive alguns cuidados, mas os cuidados normais, nada de...não pegar em pesos e essas coisas, mas de resto, fiz a minha vida normal. (...) Ligaram-nos, não foi? (P) Hum hum (M) (...) eu tive que cá vir fazer os testes para ver se estava grávida mesmo (...). Parece que foi tudo assim, uma explosão ...que nós estávamos naquela expectativa, será que correu bem, não correu. Já tínhamos avançado um passo, será que podemos avançar com o próximo? O nosso objetivo era sempre o próximo, o próximo, nunca o final mesmo, mas o próximo. A pouco-e-pouco, não é?”; Foi um alívio, saber que estava bem, que estava grávida; “Depois, é assim, também não queríamos dizer a ninguém, eu acho que isto é normal até aos 3 meses, mais ou menos, porque podia haver um aborto espontâneo, podia haver qualquer coisa que fosse, algum problema e então, para evitarmos algumas situações de “então, está a correr tudo bem?” ou “olha, não, afinal correu mal.” Tínhamos que dizer isto se acontecesse alguma coisa. Acabámos por deixar chegar os 3 meses. (P) Deixaste de beber café (M) “(...) às vezes um moscatelzinho ou qualquer coisinha assim, deixei de beber, ou então bebia do dele, fingia que bebia e coiso e tal! [risos] Para ninguém desconfiar!”; “Depois na altura, já perto, não se notava muito, mas já dava para ver. “(...) as pessoas olhavam assim para mim e quando falavam na gravidez ou nisto ou naquilo, eu dizia assim “lá sabes tu!” [risos]. E quando disse, então foi uma festa.”; “Só no final mesmo da gravidez, pela pressão que fazia no estômago, tive uma pequena azia mas uma coisa que era só à noite, e que se tolerava muito bem. Haviam pessoas que vomitavam, que não se davam bem, enjoavam, mal dispostas, eu graças a Deus não, impecável mesmo.”; “Acho que isso [à 1ª tentativa], ao mesmo tempo, também... (...)”; “E é engraçado, porque um dia destes aconteceu, houve um cheiro qualquer, não sei, eu às vezes sou um pouco...que me fez lembrar esta situação, naquela semana, houve um cheiro característico, algo, não sei o que foi, que me fez lembrar esta situação que eu estava a passar na altura. E então...foi tudo assim, de repente...e a gravidez...o parto foi (...); “E de início, ui, quando ainda não temos a certeza se são 1, se são 2, às vezes, sempre aquela...tem a certeza que é só um? Mas não é? Sempre aquele receio que fossem gémeos! Se viessem eram muito bem-vindos, não é?”; (P) custa é dar o 1º passo, não é? (M) Custa é dar o 1º passo, depois é um dia de cada vez. Será que vamos aguardar até aos 3 meses? E ao mesmo tempo, dizer às pessoas que estava grávida...mas, vamos ver com calma e tal, pronto.</p>

			Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 3: Tema III - História da Gravidez (Cont.)	Subtema Vivências da Gravidez (Cont.)	<u>Bebé Imaginário</u>	<p>(M "(...) Ah, e porque eu tenho um sobrinho que tem síndrome de Down. Portanto, eu sei que a situação não tem nada a ver, não é, mas é sempre uma coisa próxima, eu tenho bem presente que pode acontecer muito facilmente. E, depois era esse medo (...)</p>	<p><u>Bebé Imaginário:</u></p>	<p><u>Bebé Imaginário:</u> (M) "Olhe (P) é assim...(M) às 13 semanas imaginava-a ciclista [risos], porque quando foram fazer a ecografia para me aceitarem lá na MAC, aquelas pernas só andavam assim, assim (...) e foi sempre assim. Às 32 semanas fizemos a ecografia das 3D, para ver a carita dela, que era para ver se era mais ou menos, o que é que víamos! (P) Vimos logo que era bonita. (M) E realmente é fantástica, eles são exatamente como se vê. <u>Mas não imaginava que era assim ou que era assado, maginava o movimento.</u></p>	<p><u>Bebé Imaginário:</u> (M) "Eu acho que nem imaginava, assim...nem sei. Não sei descrever. (P) <u>Acho que não.</u> Eu pelo menos e acho que ela também (M) Não (P) acho que não tínhamos um...1º porque isto, ela queria um rapaz (M) eu não era bem "queria um rapaz!" Exatamente! [risos] estas situações agora, fazemos as ecografias, quando nós fizemos as ecografias...aaa..a médica até tinha dito que..."tou a ver aqui qualquer coisinha (...)." E eu acho que, inconscientemente...coloquei na cabeça que poderia ser um rapaz. Ele sempre dizia, é indiferente. Mas, quando soube que era uma menina, acabou por dizer que preferia que fosse uma menina do que um rapaz! [risos] (P) Não, não era, porque... (M) Não sei! (P) Pronto, queria muito uma menina, não sei porquê! (M) Mas inicialmente dizia sempre que era igual, também! (P/M) "Realmente, nós não sei se idealizamos depois de saber (P) acho que não (M) ...aaa...fiquei assim, ah afinal é uma menina! (P) Acho que ninguém consegue imaginar, penso eu! (M) Nós vemos as fotografias através da ecografia (P) é (M) não tentava idealizar. Nós sabemos que os bebés quando nascem, também às vezes não são assim bonitinhos. Têm aquele ar de bebé recém-nascido mesmo, não são, pronto, alguns conseguem superar, não é!?" [risos] mas não temos assim..."</p>

Anexo L - Matriz (Cont.) (Tema IV – Parto)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Unidade Geral 4: Tema IV - Parto</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Subtema Desenvolver do Parto</p>	Parto	(M) “37.” [semanas]; “Foi cesariana, que ele estava pélvico”; <u>Anestesia</u> : Epidural; <u>Permanência no Hospital</u> : (P/M) 3 dias.	(M) “ 34 semanas e 5 dias”; “Foi cesariana [apresentação pélvica]; (P) “Nasceu a um sábado...”; <u>Anestesia</u> : Geral; <u>Permanência no Hospital</u> : “Estiveram 13 dias nos neonatais...” [mãe – 2 dias]	(M) “38 semanas e 4 dias, exatamente o mesmo do João (P) Mas, qualquer deles tiraram-nos, porque senão ficava lá mais tempo.”; “(M) <u>Nasceu de cesariana</u> , porque estava sentada.; <u>Anestesia</u> : (M) “Foi epidural.”; <u>Permanência no Hospital</u> : (M) “Isso foi 3 dias (P) 3 dias. Da cesariana são 72 horas. (P) Com ela também foi 3 dias, é tudo assim.”	(M) “E acabou por...já tive com 40 semanas e mais 3 dias.”; “(...) acabou por ser cesariana porque o meu útero estava muito fechado.”; <u>Anestesia</u> : [Epidural]; <u>Permanência no Hospital</u> : (M) “Estive lá 4 dias. Estive lá 4 diazitos e aprendeu-se, também, umas com as outras...aaa...foi muito giro.
	Estado do bebé à nascença	(P) “Estava bem, correu tudo bem.”	(M) “O F. tinha 47cm e 2,270kg! O D. tinha 48cm, com 2,190kg [risos], 2 belos bebés!; O F. nasceu com a cabeça, do lado direito, metida para dentro, tinha um grande coágulo no cérebro. A médica dizia-me (...) que ele poderia ficar cego”; “O D. precisou de ajuda para respirar nas primeiras horas e ficou nos cuidados intensivos durante 2 dias, e o F. não, o F. ficou só nos cuidados intermédios, no caso de ser preciso alguma coisa. Mas eram 2 bebés enormes!; (P) “O D., algumas vezes parava a respiração, foi preciso ligarem um tubinho para auxiliar a respiração...a oxigénio e eu começava a ver os batimentos cardíacos a baixar, chamava logo os enfermeiros e os médicos”;	(M) “3 quilos120 e 48 centímetros e meio.”; “Correu tudo bem”	(M) “Com 48 e meio, não foi muito. E com 3 quilos e 85.”; “Tudo, tudo bem. Tirando aquele pormenorzinho que já estava a beber o líquido amniótico, de resto, foi tudo bem.”; “Só que mudar a fralda, só xixi, porque cocó só fez passado 24 horas. Tiveram que lhe fazer mesmo aquela massagem mesmo nos intestinhos, para dar, pronto, para amadurecer o próprio intestino, para ela fazer por si, não é?”
	1º Contacto com o bebé	“Depois eles puseram o bebezinho assim [peito], a outra até ralhou, “ai ele não pode estar tanto tempo aí, porque está frio”	(M) “Eu estive sempre na cama...estava debilitada, só os vi 24h depois...e...(...)”	[não a puseram em cima de si?] (M) Não, não. Depois trouxeram-na para junto de mim e eu olhei assim para ela, cheguei-me a ela e levaram-na outra vez, pronto”; “Mas não estão em cima de nós nem nada, só se for mesmo no parto normal e mesmo assim não sei se na maternidade isso acontece!”	[Viu-a logo que nasceu] (M) “Sim, sim.”; “Primeiro foi saber se ela estava bem, depois foi o choro dela logo e eu assim “ai, aconteceu!”
	Sentimentos/emocões ao ver o bebé	[Físico e visual]	[Visual após 24h]	[Visual]	[visual e auditivo]
	[os pais riem] (P) [Risos] devia ter vindo com um interruptorzinho “on” “of” [Risos] (M) não sei, ele é perfeito! (P) é bonitinho e está perfeito!	(M) “Triste.”;) “(...) mas quando eles nasceram a gente acaba sempre por se culpar um bocado...vê-los tão pequeninos, quando as coisas podiam ter sido diferentes...” ; (P) “(...) acompanhei as incubadoras para os neonatais...é uma <u>sensação estranha</u> ... (M) ...eram bebés de fios... (P) ...eram fios por todo o lado...era um ambiente... o meu D., com muito cabelo, muito cabelo preto, escuro mesmo...” (M) “Essa fotografia ainda me faz muita impressão! [Viu-os 1º em fotografia.]”; (P) Fez-me muita <u>confusão</u> ! [mostra a fotografia do bebé na incubadora]; (M) “(...) uma cadeira de rodas e o meu marido levou-me até lá. Assim que entrei...disse-lhe assim: “ <u>tens que me dizer porque eu não os conheço</u> !”; “Fez-me muita confusão...”; “É estranho, é estranho porque achei-os muito pequeninos...”; “Não, não, o pai pegou depois de mim...porque o enfermeiro disse: “não, não” e ele: eu quero pegar!” E o enfermeiro: “a mãe é que vai pegar!” [risos] (P) ...na incubadora, não é, já tinha lá posto as mãos...” (P) Puseram-lhe a criança ao colo, já não sei se foi o D. ou se foi o F... (M) ...e eu tive o enfermeiro que dizia: “oh mãe, quer pegar?” E eu dizia: “não Sr. Enfermeiro, não quero.” Porque eu estava <u>apavorada</u> ! Eu pensava, se eu pego neles eu vou magoá-los!” Mas peguei!; “mas foi só aquele 1º impacto, depois não”; “...eu estava mais com o F. porque eu estava mais debilitada, <u>tinha mais conforto no F. do que no D. Além de que, o Diogo estava nos cuidados intensivos, fazia-me muita confusão</u> e...porque é assim, o meu filho era o melhor daquela sala, os outros tinham 600 ou 700grs...”; “(...) o facto de estarem a soro, terem os tubos para os alimentar...tudo isso me fez confusão.”	(M) “Vi, vi.”; (M) “Primeiro achei que era <u>uma coisa um bocado estranha</u> , vi passar uma coisa cinzenta, ainda por cima estava a receber oxigénio, estava um bocado mal da epidural.”; “Achei que era assim, <u>uma coisa estranhíssima, cinzenta, sem graça, ai...</u> [mostra desagrado, repulsa?] (P) Eu estava cá fora, saíram da sala de partos (M) Era sossegadinha (P) “é o pai da bebé que nasceu?” “Sou.” “Correu tudo bem, ela é muito bonita.” E a seguir sai uma doutora, novinha (M) por isso é que ele [risos] (P) Não. Saiu uma doutora nova, muito bonita e disse-me “O senhor é que é o pai da bebé que nasceu agora?” “Ai a sua bebé é muito bonita!” (M) <u>Como é que é possível verem, numa coisinha acabada de nascer...ai que horror...</u> (P) “É muito bonita, muito linda!; (P) Sendo dito por uma doutora nova e muito bonita, que ela era muito bonita, eu achei que ela era mesmo muito bonita! [riso mãe] Esta é a primeira fotografia que eu lhe tirei, quando ela chegou ao pé de mim! [o pai mostra uma foto da bebé recém-nascida, muito orgulhoso da filha] Essa ou outra igual a essa, uma com um telemóvel, outra com outro, ou com a máquina fotográfica. Foi a 1ª fotografia que eu lhe tirei!”, (P) Esta foi a 1ª fotografia quando ela chegou ao pé de mim e ao pé da mãe. (M) <u>Sossegadinha, caladinha.</u> ”; “ <u>São emoções que não são fáceis de descrever. Sente-se, eu senti, mas...descrever, não é fácil.</u> Principalmente quando estamos assim, meio grogues e...”. (M) “Ele, desde que o tiraram gritou, gritou (P) de olhos abertos a gritar, a gritar.”	(M) “E quando a vi, também foi espetacular, ainda assim meio, meia zonzas, <u>realmente é indescritível! É uma sensação...</u> Depois saber que vinha perfeita, tudo, tudo, tudo como deve ser. Aquela coisinha pequenina, assim... oh foi muito giro! [risos. O tom de voz denota alegria e a expressão facial do pai também]”	
		[Esta mãe necessitava ela própria de conforto e foi procurá-lo no filho mais saudável (Canavarro, 2001, p.43)]			“É minha! Sei lá, não sei! Eu acho que é um cruzar de sentimentos, eu acho que, eu não sei se na altura pensei que não era minha no aspeto de que os ovócitos não eram meus, não sei. Primeiro foi saber se ela estava bem, depois foi o choro dela logo e eu assim “ai, aconteceu!” Parece que estive ali a, “aconteceu!” É a realidade, é verdade! É um bocado...Nós sabemos, sentimos, mas depois de a vermos é diferente, acho que, nesse aspeto acho que são todas as grávidas, todas as mães! Até verem, até aí sim, saberem que tudo está bem, parece que há um descargo ou assim. Está tudo bem, agora é tomar conta dela, é um bocado assim! [risos]”;

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="text-align: center;">Unidade Geral 4: Tema IV - Parto (Cont.)</p> <p style="text-align: center;">Subtema Vivências do parto</p>		<p>(P) “o parto correu tudo bem (M) Sim, mas rebentaram-me as águas e ainda faltavam umas semanas (P) foi um bocadinho antecipado (...)E foi a uma 6ª, só fiquei em casa 4 dias”; rebentaram as águas e eu telefonei ao João “é agora, tens que vir.” Fui tomar um banho assim, com calma relativa, e correu bem, só que, realmente é um momento, eu não gostei nada do parto mas as pessoas dizem aquelas coisas, “ah que lindo momento” Mas, foi horrível. A epidural, eu não sei se aquilo é bom ou mau, mas sente-se tudo, eram os repelões terríveis, aquilo a abanar e depois aquilo é horrível [risos]. É uma sala de partos, portanto está frio, eu que fico toda nervosa, fico a tremer, a tremer e disse assim, “dói-me tudo!” A senhora disse, “mas dói-lhe o quê?” E de vez em quando fazia-me festinhas. A anestesista dizia-me, “mas dói-lhe o quê?” – “Dói-me tudo!” “Pudera, está nessa tensão!” Eu tremia, tremia [risos]. Não sei se era do nervoso, provavelmente era!”</p>	<p>“(…) o parto foi muito complicado” (M) “Tantos anos, afinal...e depois ter um parto assim... regressar a casa, dois dias depois sem nada...sem barriga...e sem filhos...” [a voz da mãe reflete a sua mágoa]; “Acho que para tantos anos de infertilidade...acho que merecia um sonho diferente.” “A gravidez foi toda monitorizada e quando eles nasceram continuaram monitorizados!”; Porque eu fiquei um bocadinho apática para tudo (...)”</p>	<p>(P) Ela nunca teve sintomas para eles nascerem...(M) Eu nunca tive uma <u>contração nas duas gravidezes</u>.”; (P) “Estava no tempo, já.”; (M) Da Ana correu (P) Foi muito simples, meia hora, nem tanto. Fui para lá às 9h, às 9,30h já tinha nascido. [silêncio]; (M) “Foi epidural...a...foi a primeira. Sabemos ao que vamos mas não sabemos muito bem. <u>É tudo assim...muito...um bocadinho estranho...de ver aquela sala de partos, aquela coisinha pequenina...a sala de partos acaba por ser um bloco operatório...;</u> (M) <u>Mas correu tudo muito bem, foi impecável.</u>”; (M) E até já tinha pedido oxigénio...e, acho que foi a anestesista que me disse “veja, veja a sua filha!” E eu virei assim a cara para o lado, para ver passar. Ui...mas depois estava muito ansiosa que me dissessem <u>alguma coisa do lado de fora, se estava bem, se não estava bem, como é que era...</u>”</p>	<p>E pronto, e o parto também...e no parto também me fui um bocadinho abaixo, a tensão foi um bocadinho abaixo. Estava lá logo na altura, a minha própria médica, também...aaa...mais outra colega, correu bem, também foi rápido.”; (M) “Estava tudo impecável, só que estava o útero muito fechado, não estava maduro, estava muito fechado.”; “Ela acabou por fazer cesariana e ainda bem porque a bebé já estava a começar a beber o líquido amniótico. Portanto, foi mesmo...(P) no limite! (M) no limite. Não fiz praticamente contrações. Quando ela tentou induzir o parto ainda fiquei com menos contrações, foi mesmo por descargo de consciência que ela fez. (P) Ela queria fazer normal. (M) Ela queria fazer normal e eu também estava preparada, mas ela disse logo, poderás fazer normal ou não. O teu útero está um bocadinho fechado, preparou-me logo. E eu estava super preparada para isso. Então, foi na “Maternidade Pública”, ela sempre me deu assistência, foi impecável, não só em particular como também na maternidade algumas vezes. (M) E depois de entrar na sala...ah, e depois, entretanto, tive lá logo de manhã a preparar, a tentar ver se tinha algumas contrações. Nada, nada. Induziu, nada. E passada meia horinha fui para a sala de partos, muito frio, muito frio e pensava eu “agora como é que vai ser”, “como é que será”, “como é que, como é que ela será”, aaa...aquela coisa, até a ver (...); (P)” Acho que a cesariana é bem melhor [risos] (M) Não, mas teve que ser mesmo a cesariana! E foi, e correu tudo bem graças a Deus e a recuperação correu assim um bocadinho mais, mais complicada.</p>
	Parecência da criança	<p>(M) “(...) ele era giríssimo, portanto, nunca pensámos nada (P) ele era muito giro (M) nunca pensamos nada, eu não” [parecências com o pai ou família, à nascença].</p>	<p>(M) “(...) eu tenho a noção que...eu não sou mãe biológica dos meus filhos. Eu tenho uma amiga, minha, que também era da Associação, que dizia “<u>oh querida, tu és uma incubadora!</u>” Ela disse sempre isso. Eu tenho a noção, porque é assim, <u>os meus filhos não podem ser parecidos comigo porque eles não têm nada meu!</u> Ou por outro, eles são meus filhos biológicos, não são é genéticos porque, geneticamente não têm nada meu!”</p>	<p>(M) “É assim, ela é muito parecida com ela. (P) É...(M) Ela é muito ela!”; (M) Não conseguimos encontrar...na Ana, parecências, parecências, seja com quem for! Quando se põem, “ai, mas é igual a ti”. <u>É pá, é igual a ela mesma, pronto!</u> Por um processo completamente diferente, não é.</p>	<p>(M) “(...) muito cabeluda ela era, um espetáculo! Nisso ela sai logo ao pai! Aí sai mesmo ao pai! [risos] Muito cabeluda mesmo! O cabelito no ar, assim tenho aquela ideia e depois os olhos, meio amendoados, meio achinesados! E eu pensava assim para mim “a quem é que ela sai assim?” [risos] “Será há mãe, digamos, a quem pertenciam os ovócitos?” Às vezes pensava um bocadinho assim, mas nós, às vezes até brincávamos com a situação! [risos]; (P) Eu acho que miúdos quando são pequenos, não é, quando são pequenos não, quando nascem, não são parecidos com ninguém.”; (M) Mas a resposta dele sempre foi “é parecida com ela”. (P) É com ela. (M) Sempre foi a resposta dele, “é parecida com ela”.; (P) Bem para ficar bem “ah é parecida com a mãe!”</p>
	Reação da família ao ver os bebés	<p>(M) “A gente ficava sempre na expectativa, porque as pessoas têm sempre que dizer, “ai ele parece-se com este ou com aquele” [risos], ele era giríssimo (...) (P) ele era muito giro (...)”</p> <p>[A família procura de parecências físicas na criança]</p>	<p>(M) “Muito contente, muito contente. Talvez até mais eufóricos do que eu!”</p> <p>[Contentes]</p>	<p>(M) “Andavam sempre à procura das parecências!” “Se bem que inventam mais parecências com o lado dos meus tios e dos meus primos e isso assim, a cabeça, a testa e isso tudo, procuram mais parecências.”</p> <p>[Procura de parecências físicas]</p>	<p>(M) “Ai é parecida, aquela coisa, aquela coisa, não é?”; Tem de ser assim uma coisa “é a cara chapada do pai!” E depois há sempre aquela coisa, “Ah é parecida com o pai, é parecida com a mãe, tem os olhos da mãe, tem os olhos do pai” (M) E uma pessoa a saber da situação [risos], nós olhávamos assim um para o outro tipo...(P) Acho que era engraçada essa parte; (M) “Ai tu também, quando eras pequenina...” “é parecida com o teu irmão”, que era com o meu irmão, tem os olhos meio arredondados...depois já era com um sobrinho dele, quer dizer, isto às tantas acaba por ser giro, porque nós sabemos o que se passou, não é. Quando as situações são normais, ok, realmente se calhar é, não é, agora nós sabemos que aconteceu [risos]”</p> <p>[Procura de parecências físicas]</p>

Anexo L - Matriz (Cont.) (Tema V – Parentalidade)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 5: Tema V - Parentalidade	Desejo de ter um Filho	<p>(M) “Eu queria ter, mas a nossa situação também não permitiu, nunca se tinha resolvido, nós já nos conhecíamos há muito tempo, mas só naquela altura é que decidimos, portanto ou era ali ou não era.”</p> <p>[Motivação psicológica]</p>	<p>(M) “(...) eu sempre fiz questão, eu queria muito ter um filho.”; (P) [Silêncio]; (M) “...eee...sim... (P) Claro que depois ficou tudo muito complicado. Continuo a dizer que...o ideal é um de cada vez. 2...é muito complicado... (M) Mas sim, para mim nada fazia sentido sem os meus bebés.”</p> <p>[Motivação psicológica]</p>	<p>(M) Aos 29, foi assim que casámos. (P) Casámos aos 28. (M) E depois, à volta dos 29, tentámos logo a seguir.; (P) Eu, desde miúdo, sempre pensei em ter 2. Um casal, pronto, é um casal.</p> <p>[Motivação psicológica]</p>	<p>(M) “Sim, tínhamos o projeto de sermos pais.”</p> <p>[Motivação psicológica]</p>
	Subtema Desenvolvimento da criança	<p>(M) Mas ele está ótimo (P) ele está normal, é normal.”; “[começou a andar] (M) Aos 14 meses. [a falar] (M) A falar, falar mesmo, aos 2 anos ou menos. (P) aos 18 meses para aí. (M) sim. [Controle dos esfíncteres] (P/M) Agora, diurnos, 2 anos e meio.”</p> <p>[idade] (M) “Dois anos e meio (P) quase três,” “(...) ele agora está naquela fase que tem muitas birras, que todos os miúdos têm.”; portanto, está mesmo na fase da birra”; (M) é os mimos”; (M) Depois é o mais pequenino da família toda, da minha e da dele (P) não tem irmãos, os primos já são mais velhos já, contacta pouco com crianças...”; (M) “É muito engraçado! Eu vou ter que contar esta! Ainda no outro dia aconteceu uma coisa muito gira, estávamos aqui com uns amigos de confiança e até estávamos ali a jantar num tabuleiro, assim em cima, e o pai chegou e disse, “ai estás com gente, tenho que me ir embora”. Ele comeu qualquer coisa e foi-se embora. Então ele disse, “o pai não cabe, o pai não janta”. Estava ele a pensar, “estão vocês para aí a comer”, e ele todo preocupado com o pai!”; (M) “<u>Às vezes, lembro-me quando se fala de feições, ou quando ele começou a fazer as birras. Eu às vezes dizia, “será que isto é normal?”</u> [risos] “<u>mas de onde é que vem isto? Eu sempre fui tão sossegadinho, mas...</u>”, não tem nada a ver! São coisas que nos passam pela cabeça mas uma pessoa tem que racionalizar.”; “(...) nós identificamos traços do “João” [nome fictício do pai] (P) e há traços que não identificamos, ou formas de ele por a boca, ou assim que não identificamos (M) e, outros nós pensamos que “é teu”, e não é nada [risos] (P) só nesse aspeto.”</p>	<p>(M) Eles dizem que na barriga, os bebés aprendem a comer entre as 34 e as 35 semanas e eles ainda não sabiam comer. Eu acho, na minha ignorância que me fez muita falta não terem posto os meus belos rapazes a mamar... (...); “Eu sempre achei que o facto de ...tive pena de não me terem deixado pôr os meus filhos ao peito, porque eu acho que, se calhar, a alimentação tinha sido diferente. Quando eles acabaram de nascer deviam logo mamar...”</p>	<p>“A Ana, antes de 1 mês dormia a noite toda! (P) E ele, só para lá dos 3 meses. (M) (...) acordava para comer, dormia, estava sossegadinha, dava para fazer tudo...dava para descansar, dava para tudo. [A tom de voz vai baixando]”; (P) “Ela tem o quarto dela desde (...) desde que tinha um ano”; (M) “Entre os 12 e os 13 meses. Aos 13 meses ela andava bem.”; (M) [falar] “Muito cedo! Para aí aos 9/10 meses, por isso é que ela é uma papagaia! (P) E ela faz, as pessoas ficam... ficam de boca aberta com ela porque ela faz frases completas! (M) Faz conversas completas! (P) Conversas completas! Mas muitas vezes, eu digo isto na brincadeira e ninguém se apercebe porque é que eu o digo, e digo porque a clínica é espanhola. <u>Eu acho que ela tem ali qualquer coisa de espanhola!</u> (P) <u>de Sevilhana!</u> (M) Sevilhana! [risos] Agora se tem ou se não tem, eu não sei!”; (M) Para ali é muito movimento. [risos] Quando a Ana se começou a mexer ele dizia “ai ela mexe-se tanto!”, (P) Porque eu, porque eu também sou muito diferente da minha irmã, (...) Não temos nada a ver...(M) Mas não é isso, não é isso (P) Mas somos irmãos! (M) É o desenvolvimento pá! (P) Eu sou muito diferente da minha irmã! (M) Não digam que é por estar com a mãe, que é por a mãe ser professora, que é por isto ou por aquilo, porque não é! Tem a ver com ela! (P) Tem a ver com ela...”; (M) Ela consegue estar aos pulos de manhã até à noite, desde que se levanta, aos pulos, a correr, a dançar, a cantar a bater palmas (P) batia, batia, batia, batia, batia com os calcanhares com uma velocidade (M) que era uma coisa maluca (M) era uma coisa maluca (P) Ele não, ele não. (M) Pernas esticadas e a bater com os calcanhares. Eu não consigo fazer com os braços, quanto mais com os calcanhares. Ela conseguia estar ali tempo que sei lá, tempo infindo, a bater, a bater, a bater, a bater, a bater, a bater, a bater, fazia impressão.”; “ (...) ela é o máximo!”; (P) “Ela sabe as letras do alfabeto todas (...) relaciona os animais todos com o toque”; (P) “A A. é o máximo, a A. é o máximo!”; (M) “Ela quer é muita confusão, muita música, muita agitação! Quer é festa, Carnaval! (P) Ela sabe mexer naquilo e mexe e tira e põe, e sabe.; (P) “ (...) uma das coisas que mais confusão me fez quando ela começou a falar, ela nunca trocou o “o” pelo “a”! É o menino, é a menina, se eu chamar assim “anda cá meu bebezinho, anda cá meu bebezinho!” Ela diz “Oh pai, eu não sou um bebé, sou uma bebé!”; (M) “Depois, como diz tudo, faz um bocado de confusão quando vou e dizem “Ah, dois anos e meio! Ai o meu é da mesma idade e não diz nada!” Como é que eu tinha vivido este tempo todo em casa, se ela não falasse?! (P) Ela parece uma papagaia, ela não se cala.”; “(P) “Agora nela...veem-na igualzinha à mãe assim, veem-na igualzinha...”; (P) “Ela tem umas fotografias aí (M) Está ali [uma fotografia na parede] (P) no Carnaval, que é a mãe quando era pequena, por exemplo. É muito parecida. [Mostram várias fotografias dos bebés] Este sou eu, esta é a Ana. Ela está aqui a mostrar isto, é ela com um ano! (M) Esta sou eu e ela.”; (P) “A tua mãe é que tem lá em baixo a fotografia de ti em Nazarena e outra da Ana quase igual.”; (M) “(...) andam sempre a fazer comparações, se é parecida com o pai, se é parecida com a mãe, é tal e qual a mãe, é tal e qual o pai e é assim e á assado...”</p>	<p>Quer mexer em tudo.”; (P) “(...) ela tem os olhos, assim meio amendoados, é. (M) É, meio amendoados, exatamente. Ainda um dia destes estávamos a ouvir uma música [risos], era chinesa, não era? (P) Era! [risos] E nós ainda nos rimos! Olhamos para ela e rimos num aspeto “olha, final <u>se calhar ela é mesmo chinesa, porque dançava muito!</u> [risos] Mais nesse sentido, porque às vezes, até acabamos por brincar! (P) Acho que a gente temos que levar a situação como se fosse normal. (M) Exatamente. Ela não tem problema.”; “ela é impecável, é super...vê-se que é uma criança feliz. Há muita gente que também nos diz, pela expressão. Dorme a noite toda, come muito bem. <u>É...é muito ativa, ativa, pronto, gosta muito... muito curiosa, deve sair ao pai!</u> [risos] Há mãe eu não sei! <u>Tudo que é mau, eu digo que é da outra mãe</u> [risos] <u>Tudo que é mau, eu digo que é da outra mãe,</u> [risos] mas é excelente. Ela é muito querida, é muito, e depois, é assim, é também uma criança alta para a idade que tem, está no percentil 95.”; (M) Está excelente. Por acaso é impecável, é. Depois dá-se muito bem lá com as vizinhas, com os avós. Tudo o que é crianças, ela adora, também. Observa muito o que nós fazemos. Agora está naquela fase do imitar coisas, provoca, sabe quando é que está a fazer mal. É assim, nós ralhámos com ela, abrimos os olhos, ela faz aquele beicinho e chora mesmo. [O pai ri] Se a gente lhe dá o que ela quer, desliga, fica tudo bem, mas não pode ser assim! (M) “(...) há muita gente que diz “ah, é mais parecida com ela! Olha que o filho não é teu!” [do pai]. “O filho, não sei não.” Viram-se para mim “andaste-te a portar mal!” [Risos] E eu a pensar “Se calhar foi ao contrário!” [risos] (P) Porque dela é sempre! [risos] (M) Meu é sempre! [risos] [risos] Vem o pai, “ah, estás a ver!” Aquelas situações ... (P) É parecida com ela, pronto. (M) Então ele diz sempre, é parecida com ela e a malta assim, fica tudo [risos], é, é [risos].</p>

Unidade Geral 5: Tema V - Parentalidade (Cont.)		Casal 01		Casal 02		Casal 03		Casal 04	
		Subtema Desenvolvimento da criança (Cont.)		Subtema Preocupações		Subtema Desenvolvimento da criança (Cont.)		Subtema Preocupações	
		Amamentação							
		[Não referiu]		<p>“Muito pouco, muito pouco. Lá ainda tirava leite na máquina para darem naquela seringazinha, por sonda...depois ainda tentámos algumas vezes ao peito mas, também o leite não era muito, não dava também por causa das preparações médicas. Quando vim para casa, eu tentava sempre tirar com a máquina, insistia para ver se conseguia continuar com leite. Mas depois, eu cheguei a casa e sozinha, para tratar de dois, o tempo também não é muito.”; “(...) estar ali com eles...porque, <u>eles eram muito ruins de comer, mesmo</u>; “Os meus filhos eram ruins de comer. Eu tive, muitas vezes, a...a dar comida a um com o outro a chorar. Eu dava comida a um e abanava com a perna o outro. Eram horas infundáveis assim.”; (M) “(...) o meu Francisco, às 4 da manhã, acordava a berrar, se não acordasse às 3. O meu Francisco não dormia noites seguidas até aos 22 meses. 22 meses!”; (P) Muito trabalhosos...não é? (M) Precisavam de muitos cuidados (...) “O pediatra desvalorizou. (M) Desvalorizou. Era o pediatra que os acompanhou nos neonatais (...). Diz que há crianças que dormem mais do que outras. (P) Eu disse-lhe: “Sr. Dr. um tranquilizante para a criança ficar mais calma”. “Não, não. Isto passa.”; (M) “Foram sempre crianças muito agitadas. “(...) o Francisco sempre foi muito trabalhoso. (P) Eu acho que ele foi um bocadinho mais trabalhoso que o irmão. (M) Agora está melhor que o irmão. (P) O Diogo só faz birrinhas, de uma criança, não é? (M) Mas foi uma criança muito complicada, o meu Francisco foi uma criança muito complicada.”; “Portanto, foram sempre 2 crianças muito desinquietas, e nada de sossego! Saudáveis! Isso, graças a Deus, saudáveis! Mas são crianças que não param quietas o dia inteiro. Agora estão mais calminhos, há 2 meses atrás estão mais calminhos.”; “(...) o pior é a alimentação que continuam a ser mauzinhos para comer.”; “ eles estão a evoluir muito, embora eles já dissessem o abecedário, o meu Francisco já dizia o abecedário (...) (P) O Diogo segura na caneta na perfeição! Há crianças que pegam com a mão fechada na caneta, ele não.”; “Temos 2 filhos perfeitos! Sem nenhuma deficiência, portanto, são meninos saudáveis. (P) “Eles são parecidos com a minha família... (M) Este é pai! Aquele é avó...da parte do pai. (M) “Mas, eu tenho um sobrinho meu, aquele ali [foto na parede], que em pequenino era muito parecido com o F.. Então ele [marido] dizia assim, “não vêes que ele é tal e qual o Primo quando ele era pequenino!” (P) Dizia isto por causa do Primo (M) Mas não pode ser, porque ele é biológico porque veio de dentro de mim, mas não é genético!”</p>		<p>(M) Amamentei a Ana durante um mês sempre com suplemento (P) E dele foi a mesma coisa (M) dele foi 15 dias, só. (P) Foi pouco. (M) A Ana aqui é que interessa mais!”; (M) Mas é sobre a Ana.”; “ Super tranquila!”;</p>		<p>(P) “tínhamos que a acordar (M) Tínhamos que a acordar! Porque a médica, a nossa pediatra dizia “até ela ter um determinado peso, seria conveniente não estar mais que x horas, por exemplo, 6 horas ou 7.”; “(...) Depois mais para a frente, acabei por não a acordar, deixava-a dormir e quando acordava mamava. Impecável, nesse aspeto, mamava muito bem.”; “Ainda estou a amamentar!” (M) “Até aos 6 meses...só mamava. Até aos 4... sempre só leite, até aos 6 meses, sim (P) até aos 6 (M) começou com a introdução da papa (P) papa (M) e depois as sopas e tudo isso, depois fazia alternado. Ia alternando, à noite o leitinho e de manhã, depois era a refeição, era papa ou sopa, depois os iogurtes. À medida que foram aparecendo as outras refeições, digamos assim, ia retirando a maminha, mas dou sempre...agora já tenho muito pouco e é sempre quando ela vai deitar, acaba por acalmar, acaba por adormecer. Sou capaz de já não ter muito leite, pronto, não tenho essa noção. Antes os peitos inchavam e tudo isso, mas sempre tive, o meu leite sempre foi bom para ela e é uma maravilha. Porque, há muita gente que não gosta de dar leite, não sei. Eu acho que...”; “É, é muito prático! É económico, vai para qualquer lado é só sacar da maminha (...); “E depois, estarmos ali a olhar! Ai é tão giro!”; “E a maminha, continuo a dar até ter.</p>	
		<p>(P) “(...) tenho algum receio, o nosso receio é que ele seja muito, o centro das atenções, e ele próprio se sintia tão o centro das atenções e que isso depois se reflita numa forma muito mimada de ser (M) Por ser filho único, mais do que com o processo (P) não tem nada a ver com o facto de ter sido com o óvulo doado. Pois é isso que nos preocupa, ser demasiado mimado.”; (M) “A única coisa que me preocupa são as doenças hereditárias, essas coisas, isso é a única coisa que me preocupa, eu espero que seja verdade...”</p> <p>[Desenvolvimento normal]</p> <p>[Presença da dadora pelas feições e comportamento da criança, que é diferente dos pais]</p>		<p>(M) “Geneticamente, ele não tem nada meu. Assustou-me não nessa parte, pensei durante muito tempo, assustei-me porque é assim, imagine que um dia os meus filhos podem namorar com uma irmã! Porque, com certeza que a dadora também fez mais doações a outros casais. Nada me garante que eu, de hoje para amanhã, não vá morar para outra zona qualquer e que o meu filho, ou que outro casal que venha morar para aqui e que tenha feito o mesmo processo, que o meu filho não vá namorar com uma irmã dele! (P) Isso é uma coisa mínima...”; <u>Mas isso foi o que me assustou. Foi o não saber, e um dia o meu filho namorar com uma irmã.</u> Esse era o maior problema que eu tinha na minha vida. Era o não saber nada; (M) Esse foi outro dos problemas que eu...me fez pensar <u>que um dia, se eles tiverem um problema, eu não sei nada sobre a mãe biológica, genética...Essa também foi uma das coisas que em mim, também me causou algum receio.</u></p> <p>[Dificuldades com a alimentação e no sono; falha na relação precoce]</p> <p>[Presença da dadora por ausência de parencças com a mãe, por não ser mãe genética]</p>		<p>(P) “A coisa que mais confusão me fez, quando ela começou a falar, foi ela não trocar os ... e conjuga os verbos muito bem, essas coisas todas!” (M) É outra questão que me leva a pensar, como é que seria a dadora?”</p> <p>[Desenvolvimento precoce da linguagem]</p> <p>[Presença da dadora pelas feições e comportamento da criança]</p>		<p>” Problema de doenças, também nunca teve, tirando agora uma pequena virose, deixou de comer o normal (...); “Agora está no percentil 95. Ela cresceu sempre muito.”; “(...) e o peso está no 50...entre os 50 e os 75. Portanto, nem está gorda, nem está magra.”; (M) “(...) o andar também está quase, porque ela quer andar muito rápido e ela a gatinhar chega mais rápido onde quer, percebe?”; (M) Se calhar, atrasa-se mais um bocadinho a andar mas não, já está ali quase, nota-se bem nela. A postura já é outra, já tem mais força nas pernas, já (P) tudo a seu tempo!”; (M) É, é “já tá” “mã” Não sabemos se é “mãe” que ela quer dizer, mas deve ser. “Papa” que será “papá”, normalmente antes de, faz frases à bebé “brabrabraaaa”. Às vezes está a ralar! Ela ralha e nota-se que está irritada e repete a mesma coisa, portanto, nota-se que ela está a dizer alguma coisa e nós não percebemos é nada do que ela diz” [risos] E nós “pois sim, mas diz lá” e falamos com ela, “ã?” e depois “queres isto?” e ela faz com a cabeça ou então aponta, porque quer isto ou aquilo.</p>	

Unidade Geral 5: Tema Parentalidade (Cont.)		Subtema Relações			
		Mãe-Criança	Criança-Mãe	Pai-Criança	Criança-Pai
		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
	Mãe-Criança	(M) “Eu sou a má da fita, porque eu estou mais tempo com ele.”; “Tem que ser assim, também porque estou mais tempo com ele, portanto, ele tem mais confiança comigo e joga, é como se fosse “tu cá, tu lá”, pronto, (...), mas na boa. <u>A relação é boa</u> , ele é muito engraçado.”;	(M) “Boa, mas ficou melhor agora, desde que eles estão no infantário. Mas acho que sim, eles agora são fantásticos.”; [Antes, não era boa?] “Eu acho que não, mas eu também não tinha muito tempo.”	(M) Boa!	(M) Tem sido ótima, ela é aquela coisinha, não sei. Acho que é normal, como qualquer mãe, não sei, de querer dar todo o carinho e... tudo o que é necessário. Às vezes o tempo não é muito pronto, isto hoje em dia, eu fiquei o máximo de tempo que podia com ela, portanto, eu acabei por ficar 5 meses, mais, e depois pus mais 1 mês de férias.”; É muito reconfortante! Não é? (P) É!”
	Criança-Mãe	(M) Conversa muito, as viagens de carro, da escola para casa, umas conversas muito engraçadas, acho que a relação é boa, abusa um bocadinho de mim (risos) mas pronto, acho que é normal.”	(M) “Boa. Boa, melhor agora nestes últimos 3 meses. Melhor, muito mais agarrados a mim. Quando eu chego ao infantário, é uma alegria enorme: “mãe!”. Agarram-se a mim! Muitos miminhos, sempre! É uma relação muito chegada mesmo.”	[ligada à mãe] (P) “É, é. (M) Muito, muito. Durante a manhã, onde é que eu passo a maior parte do tempo? Na cozinha. Ou é o almoço, ou é a sopa para um, ou é roupa, ou é isso ou é aquilo. Ela vai-se enrolar nas minhas pernas (...) anda para ali (...);(M) “Oh mãezinha, tu és a queridinha da A.!” [risos]; (M) “E a mãe é a minha melhor amiga!”; (M) “Apesar de estar muito ligada, muito agarrada...a...se for preciso ficar com a minha mãe, com a minha tia, que é com quem ela está mais habituada, fica.”	[Boa]
	Pai-Criança	(P) O polícia bom e o polícia mau! [risos]; (M) “(...) o respeito é mais [risos] com o pai (...);	(P) “Acho que é a melhor coisa que a gente pode ter!”	(P) “(P) “A Ana é tão...é tão especial.”; “Ela anda na ginástica no sporting desde que fez um ano. Ao sábado de manhã vamos sempre. Mesmo que esteja na E., elas ficam lá e ela vem comigo para ir fazer. Esteja ela onde estiver, ela quer ir sempre fazer; (P) eu é que vou quase sempre com ela à ginástica [riso mãe]. Às vezes a mãe vai também. (M) A mãe ia quase sempre, mas depois ficou de estágio [risos] em casa outra vez! (P) A tratar do mano, tinha que ir eu!; (P) Foi. É, mas a Ana sempre foi comigo bem, sozinha. Nunca disse que não queria ir, nunca chorou”; (P) É, ela é o máximo!”; (P) “A gente explica-lhe as coisas, ou basta ouvir uma vez só.	(M) “Mas, ele trata muito bem dela, nesse aspeto, dá comida, muda a fralda... (P) O normal.”
	Criança-Pai	(P) “por enquanto deixa-me lá usufruir, isto acaba, o pai afinal já não é o herói! Tenho que aproveitar!”	(M) “Eles são muito agarrados ao pai. É pai, pai, pai, pai. (P) O Francisco então, meu Deus! (M) Passa a vida a perguntar... (P) Diz-me ele, eu estou na sala, ele está no quarto dele... (M) Está sempre a gritar, “pai, pai!”	”; (P) ela lida muito bem comigo; [Têm uma boa relação, vocês] (P) Sim.”; “Ó pai, não arrumes aí porque isso não é daí! Isso é do outro lado.” Tem que ser tudo no sítio dela!” (P) Anda de roda das minhas pernas, ela, quando eu chego à noite. Quando eu cá chego, “Ana, o pai vai tomar banho”. A Ana vai também, a Ana vai ver. (M) Sempre, sempre na casa de banho. (P) A Ana sempre ao pé do pai e não sei quê. Desde bebé. (M) Ela nunca vai à casa de banho sozinha”; (P) Comigo também, eu vou-me despir, e ela vai sempre agarrada “ó meu queridinho, ó meu lindinho”; (M) “Noutro dia “ó pai, tu és o meu melhor amigo!”	[Boa] Dificuldades: (P) “Não.”
	Mãe-Consigo-Mesma	(M) “Estou muito contente, estou feliz com o que me aconteceu, com ele...sim, estou.”	(M) “Neste momento, é boa.”; <u>Tive uma fase muito complicada. Depois de ter nascido os meus filhos. Primeiro, foi muito difícil eu deixar de ter barriga e houve dificuldade em deixar de estar grávida. Durante muito tempo ainda sonhava com uma nova gravidez, porque a barriga fazia-me muita falta.</u> ; “Depois, como mulher mesmo, eu fui-me muito abaixo. Muito abaixo mesmo...a...muito stressada, psicologicamente muito destruída...” <u>E como mulher, eu perdi por completo o interesse por mim mesma, não me arranjava, estava-me borrifando como é que eu ia para a rua. Não me importava com nada, era como se eu não existisse, como se eu fosse, sei lá, um objeto que ali estivesse. Como mulher, eu fiquei assim.</u> ; “(...) eu estava muito debilitada, portanto, enquanto mulher eu desinteressei-me por completo, foi como se eu não existisse, foi como se eu tivesse acabado.” [Depressão pós-parto muito grave]	(M) Começou logo a fazer festinhas na barriga, a dar beijinhos e a dar ao irmão (P) Ela passa o dia à volta do irmão “Ó meu queridinho, anda cá à mana!” Ali à mesa é assim, “tu está a olhar para o pai, estás? Estás a olhar para o pai queridinho?! Estás a olhar para o pai?”	(M) “Bem, nesse aspeto, porque acabei ao mesmo tempo por gerar, pronto não foi uma adoção, porque acho que poderia ser diferente, não sei se o sentimento seria igual ou não, como nunca adotei uma criança, mas foi gerada dentro de mim, é como se fosse minha, não...”

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<p style="text-align: center;">Unidade Geral 5: Tema V - Parentalidade (Cont.)</p> <p style="text-align: center;"><u>Subtema Vivência da Parentalidade</u></p>		<p>(P) “ela mima-o muito, é o menino, é o menino!”; ... (M) Também não posso estar sempre a ralar com a criança, não é? [risos]; (M) Mas a relação é gira porque eu protejo-o muito. Como vê, este ambiente todo, estou sempre preocupada se ele come, se ele dorme, se ele estuda, portanto, isto roda tudo um bocadinho e ele também.</p> <p>(P) “Portanto, a relação é diferente, a relação que eu tenho com ele e a relação que a mãe tem com ele (M) é diferente (P) ... (M) mas é giro também, ser diferente, mas eu acho que é giro ser diferente (P) a relação que ele tem connosco também vai sendo diferente, um bocadinho diferente”; (M) Até aos 5 meses, 6 [ficou com a mãe]. Depois, um mês com ele [com o pai], aquele mês de parentalidade (P) depois 4 meses com a avó materna, depois, só a partir de 1 ano, ou 1 ano e 1 mês é que ele (M) ele fez 1 ano em Julho (P) e entrou para a escola em Setembro, não foi? (M) Outubro (P) portanto, até ao 1 ano e 2 meses ficou com a avó, e só depois foi para a escola.”; (P) [risos] Eu, tenho um problema, não é um problema mas, eu estou muito menos tempo com ele do que a mãe. Porque a minha vida é um bocado complicada (M) O João está agora a tirar medicina, resolveu agora, ao fim de não sei quantos anos (P) não importa isso, não interessa isso [risos] (M) nada mais, nada menos do que medicina! O que lhe ocupa o tempo todo! (P) o que interessa é que estou pouco, ou estou menos tempo com ele e portanto, e a Mariana passa mais tempo com ele e...aaa... não é fácil, às vezes passar tanto tempo com ele, ou seja, é trazê-lo e depois de um dia de trabalho é chegar a casa às sete e meia, dar-lhe banho, o jantar, pô-lo a dormir e não sei o quê e eu chego às nove e, às vezes, quando chego já ele está a dormir. E quando saio de manhã ainda ele não acordou, percebe?”</p>	<p>(casal) [Silêncio] (M) E é muito bom. Bom e agradável, gratificante, continuo a achar. Mas pronto, acho que vale a pena e não só, já tenho dito isto ao eu marido, <u>ter uma vida sem filhos, independentemente de ser assim ou por adoção, para mim não faz qualquer sentido</u>. Por isso é que eu disse, eu hei de ser mãe! <u>Não conseguia ser mãe sem esta intervenção, agora deixar de ser mãe, não.</u>; (M) Depois, nasceram os meninos...eram meninos muito pequeninos...”; “Ele podia ter dado mais apoio, mas ele também se assustou, com o nascimento dos gémeos e com o facto de elas serem crianças tão complicadas! Está a perceber? E eu acabei por nunca ser aquela mãe que eu desejava, porque eu própria também já não conseguia (P) Eu com a minha vida profissional também não conseguia! Mesmo que eu quisesse era complicado!”; (M) “Foi muito difícil para mim, e sei que o meu sonho, durante tanto tempo, com os meus filhos cá...eu, estraguei esse sonho. Não fui uma boa mãe para os meus filhos porque eu não consegui, não consegui.”; (M) “<u>O meu Francisco era daquelas crianças que acordava a chorar, até à noite</u>. Sempre, sempre.”; (...) “Porque é assim, tenho roupa para passar, tenho comida para fazer. O meu marido só há 3 meses é que me está a dar apoio, porque ele também...desapareceu... portanto, eu fiquei muito sozinha, eu não tinha tempo para brincar, para lhe dar a papa, era “despacha-te a comer que eu tenho que dar comida ao teu irmão”. Foi mais um bocado isso. Portanto, eu também acabei por não me dedicar muito a eles.”; (...) fiquei muito fechada em casa, sempre, não conseguia sair com os 2.”; Fazia-me falta andar com pessoas, fazia-me falta passear com os meus meninos, com os meus filhos e, eu não podia fazer isso. Tinha que estar sempre dependente de terceiras pessoas para tudo “(...) eu sabia que assim que chegasse aos meus filhos, a única coisa que eu iria ouvir era 2 crianças a chorar e a pedirem, a pedirem e eu a não conseguir saber satisfazê-las. E isso, para uma mãe é muito difícil, só uma mãe de gémeos é que percebe o que é isto, porque isso é destrutivo na pessoa.”; (P) “Ainda há dias eu fui buscá-los ao infantário e levei-os, o tempo estava bom, fui com eles para o parque da cidade com eles. Uma guerra, uma guerra! Eu entrei em pânico! Uma pessoa sozinha com eles, é muito complicado. Com um consegue. Com 2 é muito complicado, muito complicado mesmo. Ir a um café, sentar-se numa mesinha, lanchar com uma criança...com os 2, nem pensar!”; “E depois se um faz o outro vai fazer pior. É uma confusão desgraçada.”; (M) “Tristeza. Muita tristeza. Se pudesse, engravidava outra vez para poder...Há uma coisa que eu dizia, às vezes, que é assim, adorava poder agarrar no meu filho e lhe poder dar 100 beijos, mas não posso porque eu tenho que me dividir pelos 2.”; “(...) eu não tinha alegria (...); Psicologicamente é muito difícil, não temos capacidade.”; (P) “Eu e ela, já estoirados de sono e cansados. (M) Porque são 2 bebés! (P) Eu deitava-os na cama e dizia assim, olha acho que esse arrotou...se calhar não arrotou...[risos] É verdade!”; (M) Eu acho que a relação foi afetada...(P) Indiretamente...também foi pelo cansaço e pelo trabalho que as crianças deram. (M) Eu acho que a nossa relação foi afetada...(P) Nós tínhamos que pensar em miúdos, miúdos, miúdos...(M) E o meu marido como não tinha muita disponibilidade para me ajudar...também, acabei por ficar muito sozinha. Depois eu, injustamente, acabava por o culpar a ele disso, porque eu estava de rastos! E ele não entendia, às vezes, que as minhas iras com ele, que era a pessoa que estava mais próxima de mim, que eram, também, motivadas pelo excesso de cansaço.”</p>	<p>(M) “Quando a Ana nasceu, eu nunca tinha mudado uma fralda. ... e eu tinha 42 anos. (P) Eu já mudei a fralda a Ana.”; (M) “16 meses [idade da Ana quando nasceu o irmão]”; (M) “Foi tudo muito rápido. (P) Mas tinha que ser assim. (M) Para digerir...foi a Ana e este apareceu logo de seguida. (P) Quando foi a passagem de ano, quando viemos da passagem de ano (M) foi muita coisa para digerir (P) quando dissemos à mãe dela “vocês são malucos!” (M) Por acaso, a Psicóloga, a minha colega dizia “estás à espera de quê? De que é que estás à espera?” “Fiz uma cesariana, a gravidez foi difícil, agora meto-me noutra já a seguir, e se eu tenho que ir para a cama? Tu já viste? Depois a Ana, como é que é?” Olha, depois ele apareceu e foi.”; (M) Foi complicado. A Ana esteve 3 meses a dormir na nossa cama. Constipou-se, ficou com problemas de respiração, o nosso colchão é articulado, levantávamos a cabeceira...até pela Páscoa, para irmos para a E., aí ela teve que ficar mesmo noutra cama. Eu dizia-lhe, “filha, aqui a cama é mais pequena, tu não cabes, não cabes lá. Pronto, tens que ir para a tua cama”; (M) Foi complicado com a Ana tão pequenina e eu ter que estar em repouso, não poder pegar na Ana. (P) está bem, mas, (M) não poder dar banho à Ana (P) está bem, mas comecei a dar eu, mas (M) não fiz o mesmo, o mesmo que com a Ana, <u>porque não pude!</u> Eu deixei de pegar na Ana, deixar de dar banho à Ana (P) mas passei a dar eu, tu estiveste de cama (M) não fiz o mesmo porque não pude, não era possível! (P) Foi ali 8 dias ou 15 só, de repouso.”; (P) “Ela está cá mais durante o dia, mas (M) Não é fácil...”; (M) “Não, é assim, eu estive em casa o tempo da gravidez mais a licença, mais as férias, eu estive em casa 15 meses.”; (M) Eu fui trabalhar quando a Ana tinha feito 7 meses; “(...) a Ana estava em casa porque a minha mãe ficava com ela quando eu ia para a escola. (P) É isso que vai acontecer agora, e com o J., vai ficar aos bocados com ele. Ele também vai ficar.”; (M) “Eu acho que ela devia ir em Setembro, quando ela fizesse os 3 anos (P) Eu acho que (M) Ele acha que é só aos 4 (M) O pai tem que ponderar que não é ele que está em casa com os 2, e depois este começa a andar.”; (M) “É complicado! Este dá a ideia de vir a ser um bocadinho mais agitado do que ela (P) não, mas eu sei que não é fácil! Não é fácil mas olha que não me parece que ele vá ser muito calmo, por isso, uma pessoa...”; “Dra. a Ana é a coisa mais linda que há!!! Sabe tudo, é muito esperta e meiguinha e tudo! É maravilhosa! [muito orgulhoso, o pai fala da filha] (M) Ela tem estado a estudar, tem estado a estudar agora...(P) Depois, ela encanta toda a gente!”</p>	<p>[Quando a bebé nasceu] (M) “Estava cheia de dores mas acho que na altura as dores até...depois sem experiência nenhuma, ter que mudar a fralda e essas coisas. E esteve ali, foi noite e dia e eu, praticamente sem pregar olho, sem experiência nenhuma, sem nada, mas no fundo, acabou por ser engraçado os dias que lá estive.”; (M) “Está passado. Mas, às vezes sem querer ia buscar estas situações, aquela revolta, mas agora olhamos para a miúda e realmente, é...agora não penso assim! [o rosto ilumina-se]”; (P) “Está resolvido. E temos contornado, o problema já foi, já está resolvido.”;“(...) o pai agora está no fundo de desemprego e é ele de manhã que vai levá-la à ama, se eu chego mais tarde ou se saio daqui mais tarde e vejo que não há muito tempo, ele vai buscá-la. Portanto, escuso de manhã de acordar às 7 ou às 6 e meia e levá-la para a ama. Não, assim ela dorme o que tiver que dormir, ele como está lá em casa dá-lhe o leitinho. Hoje de manhã fiz eu o leite, outras vezes faz ele e dá-lhe Ele é impecável, também, nesse aspeto. Eu não gosto de dizer estas coisas, porque ele está aqui, não é? [risos]”; (P) Acho que pai é pai e mãe é mãe (M) É um pai muito presente (P) acho que foi para isto que sempre lutámos, acho que, nós e os outros casais, digamos, normais.”; (M) Ou um ou outro que abrimos mais os olhos, ou não faz isto ou aquilo, às vezes só uma chapadinha, assim na mão que é para ela saber que não pode ir ali, só para ela ter noção. (P) Acho que é igual. (M) É (P) Ela ainda não tem aquela, percepção para ver quem é o mau [risos], é verdade! (M) Às vezes eu digo “tu sais mesmo ao teu pai, és mesmo refilona, és mesmo isto ou aquilo.” Mau é sempre o outro. Isto, nós a falarmos um com o outro, não é? (M) Dar banho, damos sempre os dois e ela adora. E chora quando é para sair do banho. Agora aprendeu a chapinar a molhar o chão todo, pronto, é aquelas coisas de bebé, o normal. Ele é muito brincalhão com ela, também. Às vezes a brincar no chão, são mesmo 2 crianças! [risos] Visto de fora é um espetáculo [risos] É muito giro, muito giro! [risos]”; Agora temos que ter muito cuidado, realmente com as prateleiras ou o que está em cima da mesa, porque ela já chega e já se estica mesmo. Às vezes é perigos, não é? Os cuidados que nós temos que ter.”;</p>
		[Dificuldade do pai em conciliar a Parentalidade com novos desafios]	[Parentalidade não gratificante, difícil, extenuante]	[Elevada satisfação Parental mais evidente por parte do pai]	[Partilha das tarefas] [Houve a integração da identidade materna (Canavarro, 2001, p. 44)]

Unidade Geral 5: Tema V - Parentalidade (Cont.)			Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
<u>Subtema Vivência da Parentalidade</u>	<u>Esquecimento da doação</u>	<p>(M) Às vezes nem me lembro. Uma vez fui ao médico com ele, dos olhos, porque ele tinha esta coisinha das sobrelhas, mas foi fazer o teste do estrabismo e, depois, estava lá a conversar com a médica e ela, “ai tem alguma coisa na família, o pai e a mãe...” e eu disse, “ai eu só vejo mal de um olho, uma anisotropia num olho”, mas depois disse, mas espere (<i>risos</i>) não tem nada a ver, porque ele é de um óvulo doado! E ela, “ah então, é mesmo bom, já nem se lembra disso!” “É verdade doutora, já nem me lembro!”</p>	<p>(M) “Tanto que eu até me esqueci que tinha feito uma doação, esqueci.”; (e.g.) “No dia em que fui fazer a 1ª ecografia, o médico começa assim, “então você fez com um tratamento!” “Sim, eu fiz uma ICST”. “Então e fez...vai fazer a amniocentese?” E eu disse “não, não vou fazer porque a gravidez está a ser complicada e a Dra. L. acha que não devemos arriscar.” (...) “então e você fez o processo todo da ICST?” “Fiz Dr.!” Depois disse: “não doutor, não fiz! Isto é uma doação!” [risos] Foi tal e qual! Portanto, eu já estava tão envolvida que até já tinha feito tudo!”</p>	<p>[<u>Não refere</u>]</p>	<p>(M) “(...) há sempre um receio, a nível de todos os casais, eu acho (P) claro que, pois...(M) não é fácil, de início a pessoa tomar esta decisão, mas agora é...até me esqueço!”; (M) “Eu acho que passámos muito bem isto, já passou 14 meses como se nada...”; “Mas não, engraçado, agora é tudo, não sei se por sermos nós a gerar, parece que esquecemos de...de vez em quando lembro-me. Lembro-me mas é um lembrar positivo, não é de... estar, ficar magoada ou estar chateada ou aborrecida, não. Penso no aspeto positivo, “olha ainda bem que avançámos”, acho que é um bocado nesse aspeto.”</p>	

Anexo L – Matriz (Cont.) (Tema VI – Revelação)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 6: Tema VI - Revelação	Subtema Revelação à Criança	(M) “Não sei...(P) Isto daqui a 30 anos, provavelmente, metade dos putos vão ser com óvulos doados, percebes? E, isto é como o bebé proveta de há 30 anos. Se um tipo fosse dizer que era proveta, era uma coisa estranhíssima! Hoje, provavelmente, bebês de fertilização <i>in vitro</i> deve haver <i>bué</i> . Ser <i>gay</i> há 30 anos era um escândalo, ser <i>gay</i> hoje (P/M) está na moda! Era assim, e agora está na moda.”; (M/P) “Sim, sim. (P) <u>Deixamos isso em aberto, claro.</u> ” [Ainda não decidiram]	(M) “Sim, quando eles tiverem idade para compreender.”; (P) “Eu sempre fui contra isso...”; (P) “Saber.....mas mais tarde...”; (M) “Não sei, talvez...sei lá...13...14 anos...(P) Não, eu acho que é muito cedo... (M) Não! Então, com 13 ou 14 anos eles já têm capacidade para compreender as coisas! (P) Eu acho que não. (M) Porque...é claro que sim, eu vou dizer! (P) Eu acho que é muito cedo.” [Vão revelar]	(M) “Quanto a dizer à Ana, para já não. Da maneira que ela é esperta...também depende do que eles são, daquilo que, depois como é que ela vive e isso tudo.”; (M) Agora, um dia que ela cresça...(P) Na...(M) se saberá, se não saberá. Depois logo se vê. É importante em termos médicos, isso aí é importante para ela (...) tenho consciência disso. E depois já não me faz confusão nenhuma”; “Com o tempo logo se vê. Nós podemos dizer, olha, foi isto assim assim...[silêncio]” [Ainda não decidiram]	(M/P) “Não, não. Não há necessidade.”; (M) “Se calhar daqui por uns anos aqui também será igual e nós vamos revelar!” [Ainda não decidiram]
	Motivos	(M) Eu não vejo, a não ser em caso de doenças estranhas, coisas, aquelas leucemias, aquelas coisas, incompatibilidades, não vejo qual é a necessidade de dizer alguma coisa, para mim, para ele muito menos.	(M) “Isto tudo é para eles verem da luta que eu tive, dos exames que eu fiz, da estereoscopia, os exames que eu fiz. Tudo o que eu tive que fazer para conseguir que eles cá estivessem. Vou-lhes contar tudo e também da doação.”	“Não vejo interesse nenhum nisso, não é?”; (P) “Não. (M) A questão é nossa. (P) Mas eu acho que isso não tem interesse para ela. (M) Não, pode ter interesse, pode não ter.”	(P) Acho que é um bocado um choque para a criança (M) Talvez por não haver a tal informação e não se falar nestas situações. (P) Mas a criança fica sempre com aquela curiosidade de conhecer o pai ou a mãe.”
	Subtema Revelação à família	(P) “A minha mãe e o meu pai [sabem] (...); (M) Combinámos não dizer a ninguém. (P) A tua irmã não sabe? (M) Não! (P) É que a irmã é muito chegada, mas pelos vistos não.” (P) Os teus pais também não sabem? (M) Não. (P) Então olhe, não. (M) não. (P) eu também não me lembro de ter dito nada. (M) Sabem que foi um processo de fertilização mas não sabem do óvulo, acho que não acrescenta nada	(M) “É assim...Eu própria, ainda quase ninguém sabe que eu fiz uma doação.”; A minha família sabe toda a gente menos o meu irmão.”; “A minha irmã sabe.” <u>Reação:</u> Encarou bem! Encarou bem. (P) Aliás, eles são sobrinhos e afilhados!	(M) “Isto é um processo interno. Aqui em casa...até porque depois há aquela questão, aí vamos perguntar, não vamos perguntar...não contámos com essa ajuda. (M/P) A gente resolve, gere a situação...”; (P) Não, isso sabem! (M/P) sabem que fizemos tratamento. Mas dizer, olha agora vamos fazer isto e tal, isso não; olha, agora andamos em tal sítio assim, assim, isso não.”;	(M) Podemos dizer que <u>ninguém, ninguém sabe da nossa família</u> . Ninguém o sabe.
	Motivos	Motivos da revelação: (M) “(...) porque eles são médicos e (P/M) emprestaramos dinheiro! [risos] (P) deram! Deram-nos dinheiro para fazermos a 2ª tentativa, portanto (M) mas antes disso (P) nem foi por causa disso, eu tinhas-lhes dito mesmo” Reação: (M) “(...) até a tua mãe disse, depois do 1º tratamento, “ah isto agora, se calhar, só se resolve com óvulo doado”.	Motivos da não revelação: (M) Não sei até que ponto o meu irmão ia aceitar isto. E depois é assim, a minha mãe vive num meio pequeno, se as minhas vizinhas, que já são velhotas, soubessem isto, meu Deus, punham as mãos à cabeça e diziam: “mas os filhos não são teus!”; “Mas, eu não sei, a nossa sociedade ainda está um bocado fechada a essas...aliás, quando eu fui ao apoio...porque o meu próprio marido tinha muita dificuldade em falar...”; (P) Quer dizer, eu acho que é uma coisa nossa, não é?; (M) Ele que viveu isto tudo, continua a achar...		Motivos da não revelação: (M) “Acabamos por não querer dizer porque a minha mãe já tem uma certa idade 78 anos (P) E, acho que não há necessidade.”; (M) “Não há necessidade, mesmo por causa da nossa própria filha, mais tarde, não sei para ela não sei se seria bom ou se soubessem! São coisas que se falam. Estas coisas, normalmente, falam-se logo. Á não sei o quê, afinal a tua mãe..não sei, às vezes há aquelas coisas, brincadeiras que os miúdos podem ouvir os outros pais a falar e para ela podia ser, a nível psicológico...Então é assim, nós estamos bem, ela está bem e acho que não há necessidade de...(P/M) de saberem, de saberem. Não é?”; “É uma coisa nossa, que nós estamos muito contentes por o ter feito. E, o que podemos partilhar com as outras pessoas, é a nossa linda menina que nós temos! Pronto, acho que ninguém tem necessidade de saber!”; (M) Porque nós, na altura, até dissemos à médica, não sei se ela colocou essa situação no processo ou não, nós não queríamos divulgar a ninguém da nossa família, pronto, nem família, nem amigos. Eramos nós e era ela, faz de conta que eeeee e aos mesmo tempo, agradeço muito à “Doutora” (...)”
Sentimentos/Expectativas ao revelar	Sentimentos/Expectativas ao revelar: P - Pois...não sei, foi um misto, foi em conversa, uma conversa íntima, não é, com os meus pais, com a minha mãe na altura, o meu pai até nem estava lá...aaa...também numa de apoio, de discussão, se é possível, se não é...o que é que...(M) Como eles são médicos também... (P) Foi numa de apoio, também. (M) foi mais isso. São pessoas sensatas (P) pois.				

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 6: Tema VI - Revelação (cont.)	Subtema Revelação a outros	Motivos			
		<p>Motivos da não revelação: (M) “porque eu ainda não decidi o que é que vou dizer ao F., se digo, se não digo. Não sei se há necessidade, se não há, ainda nem pensei nisso. E o facto que haver alguém, nem que seja chegado, não sei quê, às vezes as coisas conversam-se e às vezes...”; (M) “Os meus pais são sensatos, não tenho dúvida, mas são pessoas, para já mais velhas, o meu pai tem oitenta e tal e a minha mãe tem oitenta, depois, também tem o facto de serem muito católicos...acho que não valia a pena estar a preocupá-los (<i>risos</i>) para mim foi...não valia a pena (P) Ia ser confuso (M) mais do que qualquer coisa, ia ser confuso para eles, são velhotes, não vale a pena estar a contar estas coisas, pelo menos foi o que eu achei.”; “Acho que é mais pelo facto de qualquer conversa, ele poder vir a saber alguma coisa, que não por nós, acho que é mais nesse aspeto, porque as pessoas da minha família e os meus amigos, acho que todos iriam perceber, não tinham qualquer tipo de problema, não, nesse aspeto não.”</p> <p>(M) “Combinámos não dizer a ninguém.”</p>	<p>(M) (...) eu falava abertamente a qualquer pessoa. Chegava um casal, e eu a dada altura, está a ver, a meio da conversa, eu dizia: “os meus filhos vieram por doação. Foi uma senhora que me doou os óvulos e graças a ela eu pude ser mãe.”</p>	<p>(M) Não, foi um processo nosso.”; (P) Às vezes apercebiam-se que ela estava grávida, depois, às vezes abortava e as pessoas vinham cá a casa visitá-la e não sei quê...”; (P) Isso acontecia, não é? A gente, às vezes nem queria divulgar que ela estava grávida e não sei quê, com medo que corresse mal, como correu muitas vezes, mas as pessoas depois apercebiam-se e...”; (...) só nós é que sabemos. E agora este estudo.”; (M) “Agora em termos de maternidade, pronto, na maternidade também tive que dizer porque os dados são diferentes. (P) Para fazer os (M) se tiver que fazer uma amniocentese. Os dados lá, têm que entrar no computador e se for uma mãe de 20 anos, não é a mesma coisa que uma mãe de 42.”</p>	<p>(M) “Para além de nós, ninguém soube. (P) Ninguém. (M) Pelo menos que a gente saiba, não é?”; (M) Aqui, confiamos na “Clínica X”.”; (M) “(...) Nunca ninguém soube se podíamos ou não. Sempre nos desculpamos um pouco, isto porquê, para não dar azo às pessoas tentarem saber, ou o que é que se passa.”; que acabamos por achar bem não dizer.”; (M) “(...) O porquê de nós também não termos dito, olham com outros olhos, digamos assim, ninguém tem nada a saber. Porque o tratamento que nós damos às crianças acaba por ser o mesmo, não é? (...) às vezes aquelas pessoas são um pouco inconvenientes, não sei, e não há necessidade disso.”; “Neste caso, no nosso caso, dizermos para quê? Ela está bem, daí não termos que dizer! É uma coisa nossa, é como se fosse outro segredo, está connosco, mas que para ela é normal, somos uma família normal, como outras tantas e pronto. Isso é que interessa.”; (M) “Mas depois, ela ficou muito contente quando soube [ginecologista]. Depois acabamos por decidir fazer, pronto, e foi ela que nos incentivou. Depois, foi ela que acompanhou a gravidez, ela própria e ficou contentíssima por mais um caso de sucesso. Ainda para mais, ela disse, “vocês tiveram sorte, foi logo à 1ª!”</p>

Anexo L - Matriz (Cont.) (Tema VII – Outros Pontos)

		Casal 01	Casal 02	Casal 03	Casal 04
Unidade Geral 7: Tema VII - Outros P.	Recomendava o processo?	(P) Agora, acho que sim. Porque a coisa nos correu bem, porque se nos tivesse corrido mal, não recomendaríamos, provavelmente.”; (M) “Quando se é bem-sucedida. Eu acho que sim.”		(M) “Avancem [silêncio] e com muita calma! Confie. Foi sempre isso que eu fiz.”	?: (M) “E...acho que todos os casais que têm estes problemas devem não desistir, não desistir, não sei. Porque, realmente e muito reconfortante, porque mesmo que na 1ª vez não corra bem ou na 2ª, eu digo isto porque, por acaso tive a sorte de nos correr bem à 1ª, à 1ª vez, não é? Depois e tão reconfortante que o resto, depois fica para trás, supera!”; (M) “Portanto, eu acho que, é não desistir e eu acho que, as pessoas quando sabem e têm conhecimento que as coisas podem correr bem, devem tentar, e dizer às outras pessoas para não desistir facilmente. (P) E tenham possibilidades, também. (M) Pois, e tenham possibilidades porque também é complicado hoje em dia e cada vez mais. Agora não sei se há mais sítios, a nível público sei que já há. (P) Mas o público tem uma desvantagem, não é, o tempo que se perde (M) a idade, é o desgaste se calhar psicológico, pois não sei, se calhar o (P) Se calhar o acompanhamento também é diferente. (M) Não sei, porque são muitos casos, não é?”; “Será que eu ia partilhar a minhaaaa (P) experiência? Não sei (M) “Sem partilhar, podia dizer “ouvi dizer que é muito bom, ouvi falar dali, dizem que é muito bom. Ouvi falar, ou vi uma reportagem, ou vi na internet (P) af sim.”; (P) “Sim, sim.”; (P) “Mas é assim, é muito pessoal, não sei qual é a ajuda que possa ter dado, percebe, mas, portanto... o bom é. É de certeza, só que há outras partes negativas, não é? Como já tínhamos falado aqui e depois vai de cada um. (M) Tentar ultrapassar aquelas partes menos boas pelo (P) qual é (M) o aspeto grande e positivo, que é, nós termos conseguido ter um filho! Neste caso, não é?”
	Comparação entre clínicas		Clínica A”: “eles não eram nada coordenados, aquilo era uma bagunça total e uma confusão. (P) era uma correria...O Dr. R., ele, praticamente fazia tudo...; (M) Na sala de espera (...) aquilo enchia de gente.”; “(...) você ia para lá para uma consulta às 2 e, às vezes, era atendida às 6, portanto, está a ver a quantidade de casais que estavam a chegar. Chamavam de ¼ de hora ou 20mn, portanto, era tudo cheio de gente.”; “(...) passamos lá grandes tardes...	A gente via muitas grávidas na “Clínica A”; (M) “Quando foi na “Clínica A”, foi-nos dito a idade, a estatura, os estudos, a formação. Se aceitávamos, se não aceitávamos, pronto. Não soubemos mais nada!”; (P) A coisa também não evoluiu. (M) Não, mas foi-nos perguntado se aceitávamos e pronto. Lá, “Então doutora, mas não me dizem mais nada?”	
Unidade Geral 7: Tema – VII - Outros Pontos	“Clínica X”	(P) “O que é importante que a “Clínica X” consiga, é a maior taxa de sucesso possível, o resto é tretas, o resto são tretas. Ou seja, podem dar o apoio psicológico, podem fazer isso tudo, claro. Mas não há melhor apoio psicológico do que aquilo dar certo. Pronto. Se passarem de uma taxa de sucesso de 70 para 75% eu acho isso muito melhor do que montarem montes de clínicas, de apoio, e não haver esse sucesso. Isso é que é importante. O melhor apoio psicológico é, de facto, que resulte. Agora quando não resulta é claro, é necessário esse apoio todo.”; “(...) agora se de facto as coisas no laboratório estão bem montadas, está muito experimentada e muito batido, e a técnica que faz as coisas já fez 30 mil vezes, e já viu 30 mil óvulos e se já pipetou aquilo 50 mil vezes e se o médico já implementou aquilo milhares de vezes, a taxa de sucesso aumenta. É a única maneira de as pessoas saírem dali mais contentes, pá.”; “Portanto, o que eu digo é, o apoio psicológico todo, as rececionistas todas, o confortozinho todo, a musiquinha a tocar, os sofás confortáveis, a água ao dispor, etc, e cafezinhos também, mas melhorem a taxa de sucesso. Isso é o melhor apoio, isso é, o melhor que podem fazer. Eu acho que já está muito elevada, eu acho que esta clínica, esta e outras andam a lutar por isso, ou andam a trabalhar para isso e, é por aí que temos que ir. (M) exato (P) e evitar que clínicas menos boas, comecem a proliferar por aí. Uma “Clínica A”ntes de ser boa tem que ser menos boa, não é, ninguém nasce já com o dom de já saber fazer as coisas logo bem.”; “Agora, quanto mais bons, melhor. E isso é o que importa, ou seja, a taxa e sucesso. É o número chave aqui, o resto é tudo periférico. É por aí que têm que avançar, é aí que têm que melhorar.”;	(M) (...) “Até porque eles são todos muito orientadinhos e muito coordenados...”; (...) os casais raramente até se encontram; (...) as pessoas não se encontram assim tanto, porque eles são todos muito coordenados nas horas.”; (...) você tem consulta ao meio dia, se não era ao meio dia pouco falhava para entrar na porta do consultório do “Doutor”. (P) Era diferente, não dava tanto para que as pessoas se encontrassem.	(M) “O que me custou foi pensar ir para a MAC...(...) foi sair da “Clínica X”, porque eu chegava lá com a hora marcada, não havia confusões, não havia nada (...); “Na altura, nós pensamos que... a “Clínica X” acompanhava. (P) Mas é, em relação ao acompanhamento! (M) É assim, está certo, mas se fosse sempre seguida pelo mesmo médico, qualquer coisa como mudar (P) A clínica em si não faz acompanhamentos. (M) Mas devia fazer. Eu achei que faziam! (M) A consulta é dos dois meses, dois meses e meio, mas vimos lá muita gente com mais. Acho que a clínica também devia fazer o acompanhamento das gravidezes conseguidas lá! (M) Não há de ser assim tão inviável ou tão complicado quanto isso. Parte delas serão gravidezes de risco”	(P) “Eles têm aqui uma coisa que eu acho que é excelente! É a pontualidade! (M) Ah, eles também, nesse aspeto, não há aquele stress de estar à espera de... (P) eu acho que (M) ... (P) é aquela hora, não pode ser mais pontual. Eu não gosto muito de esperar, depois a gente chegava aqui, marcava para as 5 (M) era aquela hora (P) às 10 para as 5, já nos estavam a chamar.”; (M) Até nestas pequenas coisas, pela pontualidade, nós percebemos, um pouco, como é que as coisas funcionam, o profissionalismo, o deixarem-nos à vontade, aaa...acho que isso tudo...aaa... (P) ajudou! (M) ajudou. Acho que sim, porque se chegassem tarde, ou se não fossem pessoas que tivessem atenção connosco quando nós estamos a chegar, ficamos um bocadinho com o pé atrás. Será que isto corre bem? Será que é um sítio de confiança?”; “(M) Nós estamos a pagar por isso, também estamos a pagar! Custou-nos um bocadinho, também, pronto. Mas isso é uma situação (P) há sítios em que pagas e esperas! (...) (M) mesmo para os próprios pais, também. (P) pronto, para terem atenção à pontualidade. Eu achei interessante. Disse logo desde o 1º dia, chamou-me a atenção. (M) São pequenos pormenores que às vezes... (P) Há certos sítios que também se paga igual, ou mais ou menos, e uma pessoa marca uma hora e às vezes está ali 1 hora, 2 horas, à espera. (M) A situação em si já é complicada (P) assim, a pessoa chega ali (M) quanto mais as coisas não correrem...não é?”; (M) “A gente às vezes dizia, se fosse a nível público, se calhar poderia haver erros, sei lá, situações...aqui nós tínhamos confiança. Às vezes, não sei, se poderá ser da imagem, acho que a imagem, é a tal situação, a pontualidade das pessoas, da maneira de dizerem, das explicações, seguros daquilo que estavam a dizer. Portanto, para nos porem à vontade “estejam à vontade, se quiserem nós estamos aqui, vamos a isso.” Pronto.”; (M) à sim, isso foi essencial. Portanto, podia dizer, por exemplo “olha, é importante sentires que estás num sítio de confiança, procura, vê.” (M) Sim, acho que ééé essencial, já não basta a situação em si que é complicada, a pessoa se não se sente à vontade, se não tem confiança no sítio, como é que vai ter confiança naquilo que vai fazer?”