

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

# ÁGUA DA LUA

Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica

Por: Maria da Conceição Tomás Faria Kol de Almeida

Orientador: Professora Doutora Isabel Leal

Lisboa, 1997

Ref. 11721  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
BIBLIOTECA

## AGRADECIMENTOS

É impossível, num momento como este, expressar o meu agradecimento a todos os que no trabalho e na vida contribuíram para esta obra.

À Prof. Dr.<sup>a</sup> Isabel Leal, pelo apoio, motivação, modelo e exemplo vivo do orgulho de ser Psicóloga Clínica.

A todos os que no Departamento de Psicologia Clínica viveram comigo esta aventura de ser Psicóloga numa Maternidade, referindo particularmente as minhas colegas Lília Ferreira e Maria de Jesus Correia, os "meus" estagiários e a Zé.

Aos técnicos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, pela forma calorosa com que acolheram o nosso trabalho e, como incluíram as "nossas verdades" nos seus trabalhos.

Gostaria de fazer especial referência a todos os que na Consulta de Infertilidade tornam possível um verdadeiro trabalho interdisciplinar; com o perigo de esquecer alguns gostaria de salientar os Dr.s Luís Barroco, Sá e Melo, Luz do Céu Pires, M.<sup>a</sup> José Carvalho, António Neves, Gervásio Silva e Tiago Rocha; a bióloga Dr.<sup>a</sup> Cristianne Arnaud e as Sr.<sup>as</sup> enfermeiras Fátima, Rosália e Florbela, assim como à sempre disponível Gabriela.

Aos casais da Infertilidade, que aceitaram prontamente a psicologia e, com os quais tenho vindo a trabalhar e a crescer.

À minha irmã e aos meus pais por Tudo.

Ao José Eduardo, meu marido, e aos meus filhos Afonso e Gonçalo, que na alegria da família me demonstram no dia-a-dia a tristeza de ser infértil.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
I - CASOS CLÍNICOS	11
1 - Preambulo	11
2 - Casos	27
2.1 - A Importância de se Chamar Ernesto	27
2.2 - O Anjo Azul	38
2.3 - Um Tardio Filho Precoce	47
2.4 - Será Que Tem Os Olhos do Pai ?	55
2.5 - Santa Maria Madalena	62
2.6 - O Mito do Super Homem	68
II - FERTILIDADE E INFERTILIDADE	75
1- A Situação Demográfica Portuguesa em 1992	75
1.1- A População	75
1.2- Natalidade e Fecundidade	76
1.3- Hipóteses de evolução para a fecundidade	78

1.4- Causas da Baixa Fecundidade	81
III - O DESEJO DE UM FILHO	82
-Identificação	83
-Desejo de Ser Omnipotente	84
-Desejo de Fusão e União	84
-Desejo de se Rever no Filho	85
-Realização de Ideais e Oportunidades Perdidas	85
-Desejo de Renovar Velhas Relações	87
-Oportunidade de Substituição e Separação da própria Mãe	87
IV - NO REINO DA FECUNDIDADE E DA INFERTILIDADE	96
1 - Fecundação	97
2 - Vivência Psicológica da Gravidez	102
3 - Infertilidade	116
3.1 - Definição do conceito	118
3.2 - Incidência	119
3.3 -Causas da Infertilidade	121
3.3.1 - Factores Femininos	121

3.3.2 - Factores Masculinos	122
3.3.3 - Factores Mistos	124
3.3.4 - Factor Desconhecido	124
3.4 - Aspectos Psicológicos da Infertilidade	127
3.4.1 - Infertilidade Feminina	128
3.4.2 - Infertilidade Masculina	143
3.4.3 - Infertilidade Conjugal	152
3.5 - Infertilidade e Família	162
V - FAMÍLIA	163
1 - Ponto de Partida	163
1.1 - Parentesco e Nomenclatura	164
1.2 - Mecânica e Arquitectura	165
1.3 - Configuração da Família	167
2 - Evolução Histórica da Família	170
2.1 - Pré-História e Família	170

---

2.3 - Família Babilónica	170
2.4 - Egipto	172
2.5 - Roma	173
2.6 - Séc. III , IV- XV	175
2.6.1 - Bárbaros	175
2.6.2 - Mundo Germânico	176
2.6.3 - Carolíngios Séc. VIII - X	177
2.7 - Séc. XI - XIII	178
2.8 - Séc. XVIII aos nossos dias	180
3 - Família Actual	182
3.1 - Fases do Ciclo de Vida Familiar	193
VI - A FAMÍLIA INFÉRTIL	204
1 - Breve História da Resolução da Infertilidade	205
2 - Tratamentos de infertilidade e suas vivências psicológicas	215
3 - Ciclo de vida de família infértil	225
4 - As Crianças (Concretas) Nascidas por FIV	229

---

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	233
O Nosso "Admirável Mundo Novo"	233
BIBLIOGRAFIA	242

## INTRODUÇÃO

Quando, por convite do médico responsável, começámos a colaborar na Consulta de Infertilidade pouco ou nada sabíamos sobre infertilidade, tínhamos alguma experiência em psicologia obstétrica e, uma enorme curiosidade. Pensamos agora que essa “ignorância” nos foi extremamente útil e, nos permitiu treinar e aprofundar, o instrumento que consideramos mais importante para trabalhar esta problemática: “a disponibilidade para ouvir”.

Provavelmente se tivéssemos ideias pré-concebidas, muitas teorias e muitos saberes feitos, não teríamos conseguido ouvir os casais na sua especificidade, nem estaríamos tão receptivos a receber tudo o que de novo partia de cada casal.

Assim, passo a passo, casal a casal, fomos introduzindo teorias e ideias que aos poucos foram completando este puzzle, que sabemos agora muito incompleto.

Quando analisamos o nosso percurso na infertilidade vem-nos à memória a frase de Pessoa “primeiro estranha-se, depois entranha-se”, é isso mesmo: de início é tudo muito estranho. A vivência destas pessoas não tem a haver com nada, são pessoas estranhas, com problemas estranhos que os vivem de uma forma estranha. Depois, aos poucos começamos a perceber e a ter esta problemática como um referencial para olhar o Mundo.

Pois não é verdade que Infertilidade é um acontecimento presente em tudo? No físico, no psíquico, no cultural, histórico e social e, que só pensando um pouco em todas estas ciências se poderá ter uma visão mais global da situação.

Cabe aqui debruçarmo-nos um pouco sobre os aspectos psicológicos da infertilidade.

Ao longo do tempo, e ao avançar no trabalho de avaliação e acompanhamento psicológico de casais submetidos a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas, fomos nos apercebendo de algumas dimensões verdadeiramente dolorosas desta problemática, quer a nível individual, quer a nível conjugal; assim a reflexão que vamos fazer foi-nos aproximando de um pensar a família: a família e os seus ciclos vitais e a família que não “cumpre” o programa previamente estabelecido.

Que estratégias, defesas e fraquezas iram reger esta família. Que aspectos eventualmente positivos podem advir desta situação e, como podemos ajudar estes casais a serem família (que não são se olharmos para os ciclos de vida familiar) e, a serem pessoas (que não são totalmente se olharmos para o desenvolvimento normativo do adulto).

Como é que podemos ajudar estes casais a Ser, e como é que sendo inférteis podem deixar de ser estéreis da e na vida.

Chamámos a este trabalho “Água da Lua”, por essa expressão índia significar o impossível. Esta frase surgiu-nos, muitas vezes, ao trabalhar com casais inférteis que percorriam esta terra árida (não é a lua o expoente máximo da aridez?) dos tratamentos e técnicas em busca de um sonho impossível. Impossível porque nunca sonhado, querido mas não fantasiado, conquistado mas não ganho.

Este trabalho pretende traduzir alguma da realidade clínica desta problemática, pretendemos que partindo de alguns casos se reflecta um pouco, acerca de algumas das questões mais problemáticas que envolvem esta situação.

Assim partindo do indivíduo, do homem e da mulher infértil para o conjugal e familiar, e ilustrando cada teorização com casos clínicos, pretendendo no final contribuir para uma melhor compreensão destes "Donos da Lua".

Num primeiro momento, apresentaremos casos clínicos que nos parecem ilustrativos de situações bem dispare, que podem surgir num contexto de Infertilidade e, das novas Técnicas da Reprodução.

Abordaremos em seguida questões teóricas ligadas à Fertilidade e Infertilidade, tais como aspectos psicológicas da Gravidez e da Maternidade e da Infertilidade.

Pareceu-nos também importante, trabalhar a família; a família dita "normal" e a família infértil, para finalmente repensarmos a sua trama social e familiar, neste momento em que as Procriações ou Reproduções Medicamente Assistidas (P.M.A. ou R.M.A.) levantam tantos novos problemas, e nos lançam, também a nós psicólogos, tantos novos desafios.

## I - CASOS CLÍNICOS

### 1 - Preambulo

Começaremos por contar uma pequena história, uma historinha de encantar como tantas que nos foram contadas ao adormecer e, que todos nós tomámos, em determinada altura das nossas vidas, como realidade:

O Príncipe e a linda Princesinha conheceram-se e, no meio de algumas vicissitudes, (como interdições paternas ou intervenção de bruxas más), foram cimentando a sua relação, até que chegaram ao final da historinha de encantar e, surge o “casaram e foram muito felizes”, só que nesta lenda que vos vou contar a verdadeira história começa depois deste final.

"O Príncipe e a linda Princesa, casados há mais ou menos tempo, começam a interrogar-se sobre o destino dos seus domínios, o que lhes acontecerá quando morrerem, como o castelo está a ficar vazio de emoções, de como é necessário algo que vá mudar esta situação. A solução achada é a de encontrar um herdeiro...mês após mês este herdeiro não faz a sua aparição e, aí a linda Princesinha começa a ficar triste (normalmente as Princesas ficam tristes mais cedo do que os Príncipes); consoante a sua maneira de ser prévia, a Princesa fica mesmo muito triste, ou vai fingindo que nada a preocupa.

Por vezes esta fase afasta os Príncipes um do outro, pois enquanto a Princesinha está já muito preocupada, o Príncipe está a pensar noutras lutas.

Mas um dia a preocupação de ambos junta-os novamente e, aí decidem procurar ajuda, essa ajuda é pedida ao feiticeiro, seja ele a bruxa má, à qual têm que se fazer sacrifícios, ou à fada madrinha que ajuda pela sua bondade.

Nos tempos que correm a história não é muito diferente e, após um tempo mais ou menos longo em que cada membro do casal, ou ambos em conjunto, elabora internamente o seu desejo de ter um filho, tentam conscientemente ter esse filho. A criança não se digna a aparecer e, o casal, também mais cedo ou mais tarde, começa a preocupar-se. Alguns casais preocupam-se prematuramente, outros há que só procuram uma solução no limiar do impossível (à beira da menopausa). Aí, também dependendo da sua capacidade de achar resoluções, dirigem-se ao médico de família ou a um centro especializado.

Esta é uma história comum a muitos homens e mulheres, é uma história que sempre aconteceu e, que agora mais do que nunca poderá ser a história de cada um de nós, mas assim como não sabemos o que fazer aos lobos maus das nossas histórias infantis, também não sabemos lidar, muito bem, com esta realidade que é o ser infértil.

A infertilidade é uma questão paradigmática, pois se por um lado se insere numa consulta médica, num serviço de Ginecologia, num Hospital...por outro lado ainda se nos coloca a questão de saber se é efectivamente, ou não uma doença.

O que é este imbricar do físico e do psíquico? É sem dúvida um campo fértil de emoções psicológicas e de vivências emocionais únicas.

Só se é infértil quando se decide provar a fertilidade, quando se procura a transcendência da continuidade, a imortalidade do ser. Se tal não se concretiza e, o

filho não nasce, o indivíduo vê-se confrontado com a sua mortalidade e, com a falência do seu sonho de imortal onipotência.

O reconhecimento da infertilidade pode ter sérias consequências para o casal, as quais englobam alguma sintomatologia como abatimento, crises de choro, sentimentos de vergonha, de incapacidade, de perda da feminilidade/masculinidade etc.

A vivência emocional da infertilidade depende não só da história prévia do sujeito, como de toda uma vivência conjugal e familiar... enfim social.

Numa sociedade ocidental voltada para o consumismo imediato, o "casal dito normal" é obrigado a cumprir determinadas metas e, após um ou dois anos de casamento surge a "obrigação" de ter filhos.

Se bem que em algumas sociedades metropolitanas, seja mesmo moda o não ter filhos em determinadas fases da vida - como na América dos finais dos anos 80 em que estaria na moda os *DINK COUPLES*, sigla de um tipo particular de relacionamento conjugal associado a quadros superiores, normalmente com nível sócio-económico muito acima da média e sem filhos - *DOUBLE INCOME NO KIDS*. Passada esta fase *DINKY*, mais cedo ou mais tarde, a mulher (principalmente esta) é alertada para o seu relógio biológico e, para o finalizar da sua capacidade reprodutiva. Reavivando-se então o desejo de maternidade.

Ao longo dos anos de trabalho nesta área, temos sentido que nesta fase o que dói mais é não ter a capacidade de ter um filho, ao contrário do que se teve tudo na vida... como e quando se quis. Muita da onipotência e gestão do seu devir fica truncada ao ser infértil.

Quem não tem filhos não pode enganar a morte, deixando sobre a terra uma parte de si como receptáculo e, portador das suas capacidades, pois morre-se menos tendo filhos.

Como gerir esta desilusão? Como lidar com este insucesso? Uma imagem que nos ocorre é a do casal profundamente deprimido, cuja fertilidade perturba o seu dia a dia, fazendo com que a tristeza invada todas as áreas do seu ser. Esta depressão se bem que dolorosa, poderia ser facilmente trabalhada; no entanto o que se verifica com mais frequência é a não depressão, é mesmo a fuga desta, fuga agida numa procura incessante de técnicas e tratamentos, muitas vezes com inibição da expressão dos afectos a ela associados.

A confirmação de um quadro de infertilidade leva a uma profunda ferida narcísica, como já foi referido o corpo é vivenciado como *“defeituoso e mal funcionante”* quebrando-se a identidade corporal e morrendo o sonho de continuidade.

Começa então a procura de uma solução; começa a caminhada de médico para médico, de centro para centro na esperança messiânica que lhe seja resolvido o problema. Muitos casais raramente falaram da sua infertilidade e muito dificilmente conseguem imaginar a sua vida sem filhos, numa reacção que parece muito próxima de uma fuga (*“fuga para a frente”*) negando a situação.

Em todas as sociedades, a infertilidade tem um papel importante e, todas as civilizações têm rituais próprios ligados à fecundidade/infecundidade. Na maioria das sociedades são encontrados rituais e, actos mágicos com vista à gestão da infertilidade. De entre estes tratamentos mágicos citamos a ingestão de placentas humanas, a ingestão de leite de mulheres férteis e, o uso de ervas mágicas e amuletos

Também na maioria das sociedades, a mulher infértil é vista como amaldiçoada e, muitas vezes é punida e banida em virtude da sua condição de não fecunda, pois aquela que fecunda terá influência mágica e, ajudará os campos também a fertilizarem. Em algumas sociedades o que dá à rapariga o estatuto de mulher não é a perda da virgindade, nem o casamento, mas sim a gravidez.

A questão da infertilidade reporta-se pois à do desejo de um bebé, que tem a sua génese na infância. Segundo Lebovici, *“ser mãe ou pai corresponde a um desejo, e para alguns a uma pulsão universal que aparece desde a mais tenra idade não só nas raparigas, como nos rapazes...”*

Ao nível consciente, conceber um filho significa representar-se pai e mãe de acordo com o ideal social e familiar do sujeito e, criar depois de si esse *“estranho familiar”* no entanto bem real que é o seu filho. Na mulher, o desejo consciente de um filho liga-se ao da gravidez e, ao desejo de estar completa que este implica. O desejo de gravidez pode prevalecer ao desejo de ter um filho distinto de si; é um desejo traduzido por *“quero estar grávida”* e não *“quero ter um filho”* que são bem diferentes; se bem que ao nível consciente e verbal por vezes sejam expressos de modo semelhante.

Sabemos, desde há muito, que os acontecimentos da vida emocional têm uma influência imediata sobre a função de reprodução, em particular ao nível da ovulação e da espermatogénese, o que nos remete para a componente psíquica na esterilidade que, apesar de dificilmente demonstrada, é amplamente evidente na clínica.

A infertilidade tem uma definição médica que se prende com a questão do tempo. Um casal é infértil após dois anos de relações sexuais não protegidas..

Calcula-se que em Portugal atinja actualmente cerca de 40.000 pessoas, e que este nº estimado por baixo tenha tendência a aumentar.

O aumento da infertilidade é multifactorial, contribuindo para tal questões físicas, psíquicas, sociológicas, ambientais etc. A título de exemplo nomearemos apenas alguns dos factores que estarão na origem deste fenómeno:

- O adiar do tempo da primeira gravidez, pois segundo um estudo feito pelo Grupo de Trabalho para o Estudo da Medicina Familiar, Fertilidade e, Reprodução Humana, a idade média para ter o primeiro filho situa-se hoje aos 27 anos, o que quererá dizer que um nº muito significativo de mulheres tenta hoje ter filhos pela primeira vez numa idade em que o seu potencial fértil está a diminuir.

Como aparte lançaríamos uma proposta de reflexão que poderá parecer da ficção científica, mas se calhar o Admirável Mundo Novo da Reprodução Medicamente Assistida, estará mais de acordo com as necessidades socio-afectivas das mulheres. Provavelmente algumas mulheres só estarão "preparadas" para ter filhos aos 40/45 anos e a solução poderá ser mesmo uma R.M.A.

- O aumento do stress, sabe-se hoje que a função reprodutiva é altamente sensível a situações de stress ficando mesmo comprometida quando este é máximo (como exemplo lembraremos que na Segunda Guerra Mundial as presas dos campos de concentração deixaram sistematicamente de menstruar).

Este será um dos aspectos que estará a contribuir para a diminuição da quantidade e qualidade do esperma. Coadjuvado, provavelmente com o aquecimento global do Planeta, pois sabe-se hoje que os espermatozóides são extremamente sensíveis ao

---

aumento da temperatura - os cozinheiros, soldadores, camionistas etc. são profissionais de risco em termos da sua fertilidade.

A utilização de produtos tóxicos como álcool, tabaco etc. terão também alguma influência na diminuição da fertilidade humana. Parece no entanto que a fertilidade masculina é bastante mais sensível a factores exteriores e ambientais e, a fertilidade feminina a factores mais de índole afectivo-emocionais.

A conceptualização da infertilidade e, conseqüentemente a investigação nesta área, foi impregnada pela representação social de que a infertilidade é um problema feminino.

Até há muito pouco tempo, quando havia um problema este era atribuído à mulher pelo que se excluía o homem de qualquer investigação (mesmo médica) ou intervenção.

Também a Psicologia acompanhou este movimento e, até há relativamente pouco tempo, considerava-se apenas a mulher como objecto de estudo nesta área pelo que para orientação deste trabalho apresentaremos sumariamente alguns dados sobre:

- Infertilidade Feminina
  
- Infertilidade Masculina
  
- Infertilidade Conjugal

## Infertilidade Feminina.

Uma série de trabalhos tentou estabelecer uma tipologia da personalidade (particularmente na mulher estéril), mas nenhum estudo conseguiu estabelecer uma relação directa entre a personalidade e o sintoma: isto é, não existe um perfil de mulher infértil. Outros autores, nomeadamente psicanalistas, apresentam nos seus estudos de casos isolados os conflitos psíquicos subjacentes à infertilidade.

Em estudos feitos de forma não directiva, com entrevistas livres, revelou-se a não existência de qualquer perfil psicológico, nem de qualquer acontecimento comum que possa ter o lugar de traumatismo psíquico causador de infertilidade. Pelo contrário, a esterilidade, como sintoma e causa de sofrimento, vem inscrever-se num contexto biográfico singular. Este sofrimento resulta frequentemente de um compromisso psíquico entre o desejo consciente - ter um filho - e desejos inconscientes contraditórios.

Apesar do que foi referido, Morse identifica alguns factores que têm sido apresentados como podendo explicar situações de infertilidade:

- A qualidade das experiências infantis, já que o desejo de maternidade se desenvolve a partir de uma identificação não agressiva com a imagem materna;
- A existência de condições "stressantes" que vão influenciar os processos reprodutivos, altamente sensíveis a estas condições;

- A vivência de conflitos psíquicos, conscientes ou inconscientes, entre o papel tradicional do sexo feminino (deveres de esposa e mãe) e as solicitações da vida moderna.

Neste quadro teórico situa-se uma investigação realizada por Astor (1985) na qual se identificaram três subgrupos de mulheres estéreis:

- As que não queriam engravidar, mas desejavam um filho;
- As que rejeitavam a reprodução;
- As que queriam engravidar mas não queriam ter filhos.

#### Infertilidade Masculina:

Se a questão da infertilidade é dolorosa para a mulher, não o é menos para o homem. De tal modo a questão da fertilidade é perigosa e amedronta o homem, que durante anos não se considerou o homem estéril. Se não havia filhos a “culpa” era da mulher, e todos os exames e estudos recaiam sobre ela. Só muito recentemente se começou a estudar a fertilidade masculina e, se verificou que havia numerosos casos em que a não concepção poderia ser atribuída ao homem.

Mas se no campo do orgânico já se reconhece a infertilidade masculina, no campo do emocional muito dificilmente ela se aceita.

Quando um casal é infértil a causa é sempre feminina (esta é a “verdade” que se diz para o exterior - e é assim que se partilha com familiares e amigos a dor de não ter filhos). Para um homem, ser estéril é talvez ainda mais doloroso do que para a mulher; nos homens é-lhes constantemente posta a equação que existe entre fertilidade e virilidade.

Um homem infértil não é macho, é como se fosse uma mulher, sofrendo terrivelmente na sua identidade psicosexual. Curiosamente este aspecto é como que absorvido pela mulher que se sente menos feminina, ou posta em causa, quando casa com um homem infértil; pois se homem infértil é igual a impotente, a mulher não pode assumir o seu casamento com um impotente, preferindo assim fazer-se passar ela própria pela infértil.

Esta vivência da infertilidade não fica circunscrita na vivência individual, mas alarga-se a toda a vida relacional, o homem estéril reprova-se de privar a sua companheira da maternidade, sem falar da culpabilidade de não dar netos aos seus pais.

#### Infertilidade Conjugal:

Mas a infertilidade é acima de tudo um problema conjugal, pelo que a dinâmica conjugal é um factor a ter em conta em relação a estas situações. A quase totalidade dos casais estáveis deseja num momento, ou noutra da sua vida, conhecer a experiência da maternidade/paternidade (apenas 3% dos casais não desejam nunca ter filhos).

Raros são os estudos feitos sobre o casal estéril, no entanto alguns autores relatam tipos particulares de casal na sua relação com a infertilidade.

Françoise Cahen preocupa-se com a infertilidade do casal, referindo-a como sendo “*um sistema, um grupo com a sua própria dinâmica*”. Para esta autora, existe um certo número de casais que se encontram, e formam, sobre uma “procura” totalmente inconsciente, que é a de não ter filhos, de se manterem numa relação dual constituindo assim um sistema fechado, de onde a criança é excluída. Cahem descreve assim três tipos de casais estéreis. Aqueles para os quais :

-A relação do casal se cimenta sobre o modelo de simbiose mãe/recém-nascido: os cônjuges estão em dependência recíproca, não há dois indivíduos nitidamente diferenciados, mas dois seres presos num sistema fechado, fusional. Os limites são exteriores: há um mundo que os envolve e eles.

-A relação de tipo edipiano, onde cada um dos parceiros reencontra no cônjuge o “*papel parental*” do sexo oposto ao qual continua profundamente ligado. A eventual criança será fantasiada como incestuosa, logo perigosa.

-A relação do casal do tipo pai/filho, onde há troca de papéis, em que cada um dos parceiros é o filho do outro. Os sentimentos de amor parental são investidos no cônjuge e, o lugar do filho está pois ocupado.

Associado à dinâmica conjugal existe um outro aspecto; ao longo do tempo fomos nos apercebendo que por vezes há desejo (mesmo que inconsciente) de um filho em ambos os membros do casal, não há é o desejo de um filho do casal, pois como diz um

psicanalista francês se há amor de uma forma ou de outra o filho acaba por vir, só que em algumas relações perguntamo-nos onde está o afecto, onde está a conjugalidade.

Do que temos vindo a demonstrar, não é difícil perceber que a situação de infertilidade é uma situação particularmente rica do ponto de vista psicológico.

A fecundidade e a reprodução humanas assumem actualmente funções sociais relevantes, não só porque asseguram, como é óbvio, a continuidade da espécie, mas também porque influenciam o equilíbrio e a própria dinâmica interna da família ao interferirem com aspectos da sexualidade e, até mesmo, por se repercutirem com crescente importância no campo económico, através das variáveis demográficas que influenciam de forma significativa.

As mudanças que ocorrem na sociedade e no indivíduo levaram a alterações profundas nos campos da reprodução, da fecundidade e da família, também as mudanças que ocorrem nos domínios da Reprodução Medicamente Assistidas contribuíram para mudanças profundas no ser humano. A possibilidade de separar a reprodução da gravidez, a possibilidade de recorrer a terceiros para a concepção de um filho, o recurso a dadores, a mães de aluguer, as possibilidades de “clonagem”, todos estes assuntos interligados entre si vão contribuir para um Ser Humano substancialmente diferente.

Toda esta evolução levanta-nos também a nós psicólogos vários desafios, por um lado e, numa dimensão mais clínica, acompanhar e ajudar os indivíduos que se deparam com esta situação, que para além de toda a problemática intrapsíquica se vêem

confrontados com uma multiplicidade de situações e problemas que não encontram suporte na ordem social estabelecida.

Por outro lado a nós psicólogos é-nos lançado o desafio de conceptualizar novas teorias nas quais caibam estas situações, pois o seu avanço e frequência não permitem mais que sejam vistas como algo do campo do fantástico e do inusitado.

As novas tecnologias de Reprodução Medicamente Assistida fazem hoje parte da rotina, é cada vez mais comum o recurso a esta técnicas, o seu aumento é em exponencial e as suas terminologias fazem já parte do dia-a-dia: "Bebé-proveta", "Inseminação Artificial", "Esperma de Dador", "Fertilização in Vitro" são apenas alguns dos termos utilizados e que já não necessitam explicação ou tradução.

Se a primeira criança nascida por Fertilização In Vitro tem hoje 20 anos (Louise Brown nascida em 25 de Julho de 1978), uma verdade é que na ultima década o recurso a estas técnicas banalizou-se.

Nos Estados Unidos da América contam-se mais de meio milhão de crianças nascidas por inseminação artificial; em França, desde 1973, verificaram-se 25.000 nascimentos por inseminação artificial com dador, ou seja com recurso a dação de espermatozóides e/ou ovócitos exteriores ao casal. Para as técnicas de Fertilização in Vitro calcula-se que nasçam em França 2.5000 crianças por ano. Em Portugal, apesar da primeira criança nascida por esta técnica ter apenas dez anos, estimam-se em várias centenas, senão já um milhar de crianças.

Esta evolução vai influenciar como já referimos anteriormente o Ser Humano, quer na sua relação consigo próprio, quer na relação com os outros. Como lidaremos com

algumas verdades que para nós, psicólogos, regiam a nossa organização psíquica e determinavam a nossa actuação terapêutica. Que fazer das leis do incesto, quando uma criança pode ser gerada com óvulos da sua avó biológica no útero daquela que legalmente será sua mãe ou vice-versa; que fazer das leis da filiação se se recorrer a dadores de esperma, óvocitos ou útero. Como lidar com as actuais concepções teóricas que sobrepõem os conceitos de feminino e materno e que estão dissociados, senão mesmo antagonizados quando se recorrem a estas técnicas.

Neste trabalho pretendemos fazer um caminho sobre estas realidades compreendidas à luz da Psicologia.

## 2 - Casos

Em seguida apresentaremos alguns casos clínicos decorrentes da nossa prática diária, as leituras teóricas e propostas terapêuticas estão imbuidas dos conhecimentos científicos que posteriormente se darão conta, certos porém que num futuro mais ou menos próximo serão lidos e lidos de forma distinta.

### 2.1 - A Importância de se Chamar Ernesto

Quem conhece a história de O. Wilde entenderá o porquê deste título, ligado às questões da identidade e da infertilidade. Nesta peça surgem uma série de equívocos relativamente ao nome do tal Ernesto. Ernesto, surge como aquele que não é amado por si próprio, mas sim pelo seu nome, com tudo o que isso implica de despersonalização, de falta de conhecimento do outro e, de expectativas que têm de ser cumpridas. Uma das protagonistas diz a determinada altura para o seu amante (no sentido daquele que ama): *"Eu desde que ouvi o teu nome apaixonei-me por ti e, nunca poderia amar alguém que não tivesse o teu nome"*. Infrutiferamente, o protagonista tenta ser amado por aquilo que é, mas a importância do seu nome sobrepõe-se à importância do seu ser.

De que forma é que esta peça, e mais precisamente este título, se relacionam com as problemáticas que temos vindo a abordar. A ideia deste capítulo surgiu através da experiência clínica de alguns casos particulares, que a nosso ver merecem uma reflexão pormenorizada.

Trabalhando numa consulta de infertilidade há já alguns anos, várias vezes se nos têm deparado pedidos de resolução da infertilidade, após a perda de um filho.

Com o avanço das técnicas, e principalmente com o interesse crescente que a comunicação social tem demonstrado por estas temáticas, o conhecimento do que é uma técnica de reprodução medicamente assistida chega a cada vez mais casais e, de uma forma cada vez mais simplificada.

Actualmente, já se considera na maior parte dos casos que a P.M.A. é algo absolutamente (demasiadamente) normal e, muitos dos medos e ansiedades, que se denotavam nos primeiros casais que " embarcavam " nesta aventura, têm já muito menos peso.

Com uma certa " banalização " da técnica, surge também um alargar de pedidos. E várias vezes os casais procuram-nos muito cedo após o diagnóstico, ou suspeita de infertilidade.

Qualquer perda é uma situação emocionalmente dolorosa, que acarreta sofrimento psíquico e, uma série de ajustamentos e emoções que lhe são próprias. Se bem que a morte seja algo de tão presente na vida como o nascimento, uma verdade é que estamos cada vez mais longe da morte, não assistimos à morte dos que amamos, e não os ajudamos nem nos ajudamos a deixá-los morrer ( Thomas, L. V. ,1982).

O ritual da morte está cada vez mais reduzido, morre-se longe de casa e longe dos que são afectivamente significativos.

Sempre tivemos tendência a afastarmo-nos, e a protegermo-nos, do que nos incomoda ou magoa; os doentes mentais foram postos em asilos, os deficientes em colégios

especiais, os marginais em prisões e actualmente os moribundos..., mesmo os nossos moribundos mais queridos, são postos no hospital, longe de nós. Todo este afastamento, em vez de contribuir para uma boa adaptação à morte, vai contribuir para uma fuga para a frente e, um não enfrentar do trabalho de luto (Leal, I. ,1889)

O luto é necessário e saudável. Face a uma perda, só chorando verdadeiramente o que se amou, se pode aceitar que se perdeu e, se pode investir noutra objecto.

O luto é um processo que se desenvolve e, que demora algum tempo (variando de pessoa para pessoa, de acordo com as suas características pessoais e, o seu ambiente social), mas é algo que deve e tem de ser vivido , e que normalmente passa por determinadas fases, bem distintas, que devem surgir sequencialmente.

De acordo com Kubler-Ross (1969) um luto bem vivido deverá passar pois pelas seguintes fases:

**Negação** - Nesta fase o indivíduo não aceita o que lhe aconteceu, e age como se nada se tivesse passado, (por vezes o sinal desta negação é uma certa apatia e desinteresse).

**Raiva** - Aqui, o indivíduo questiona-se sobre o que lhe acontece, a justiça ou não desse acontecimento e a forma de agir; esta raiva pode voltar-se para o exterior, agredindo os que estão próximos, como os médicos " responsáveis pela morte etc., ou tornar-se uma auto-agressão, com ideias suicidas, e em casos extremos com suicídio mesmo

**Negociação** - Nesta fase, o indivíduo já começa a aceitar a morte, e questiona-se sobre a perda e o que poderá ter feito, ou não, para a evitar ou prolongar. Aqui, a culpabilidade tem grande peso, e é um factor que tem de ser trabalhado.

**Depressão** - Esta depressão, se bem que por vezes muito intensa, é saudável e tem de ser vivida. Muitas vezes no trabalho de luto, o que acontece é que, a depressão não é suficientemente vivida, e fica como que encaputada não permitindo que o sujeito siga em frente.

**Aceitação** - Se se passou mais ou menos bem as fases anteriores, vem a fase da aceitação, e a possibilidade de investir novos objectos.

Mais uma vez questionamos: o que tem esta situação a haver com a infertilidade, e com as técnicas de procriação medicamente assistida?

O que se pretende chamar a atenção é para um fenómeno, que não é específico da infertilidade, surge em todos os contextos relacionais, e muito especialmente em contextos obstétricos.

Todos nós somos, ou fomos, testemunhas de gravidezes após a morte de um ente querido, nomeadamente um filho.

Se o problema da morte já é difícil de lidar em relação aos antecessores, e colaterais mais o é ao nível dos descendentes.

Se bem que não estejamos muito preparados, todos estamos mais ou menos "programados" para a inevitabilidade da morte dos nossos pais, e eventualmente dos nossos esposos, não o estamos de maneira nenhuma aquando da morte de um filho. Não só pela morte em si, como por toda a problemática de culpabilidade, e testemunho de incapacidade parental que tal acarreta.

Quando tal acontece, o primeiro movimento que surge é muitas vezes o do desejo de um novo filho, que venha reparar esta perda, e que venha substituir o filho morto, muitas vezes com o desejo de atribuir à nova criança o nome desse filho perdido.

Mas, na nossa cultura e no nosso tempo, cada criança tem o direito de nascer por si, ser amada por aquilo que é, enfim...tem o direito de ser única e não substituto, substituto de um filho morto e como tal idealizado e dificilmente igualável.

Se numa situação obstétrica normal não é muitas vezes possível fazer este trabalho prévio à gravidez, numa procriação medicamente assistida, nós psicólogos temos a "possibilidade" de tentar perceber se o desejo é por aquele filho que eventualmente virá, ou do outro perdido, e aqui sim, temos o tempo suficiente de fazer, com o casal ou com a mulher, um trabalho psicológico prévio à eventual gravidez.

Convém lembrar que, por vezes, a infertilidade tem uma função psicológica, e que poderá ser uma defesa contra sentimentos inconscientes insuportáveis.

Sabemos desde há muito que os acontecimentos da vida emocional têm uma influência imediata sobre a função de reprodução, em particular ao nível da ovulação. Como nos aponta Moisés, *"as emoções actuam como impulsos nervosos no cérebro, assim os centros corticais superiores, comunicando com o sistema límbico, influenciam nesta*

*função. A hipófise poderá não libertar hormonas, não havendo ovulação, transporte de ovo e fertilização".*

Cada vez mais os efeitos emocionais podem ser encontrados nos dois parceiros (sabemos por exemplo que a espermatogénese é modificada pela fadiga e stress psicológico); tal leva-nos à questão da esterilidade conjugal pelo que a dimensão dinâmica do casal não poderá ser negligenciada.

O sofrimento psíquico, ligado à esterilidade, resulta frequentemente (como já referimos) de um compromisso psíquico entre um desejo consciente - ter um filho - e desejos inconscientes contraditórios: isto faz entrar o sintoma estéril num campo mais largo de sintomas. Na sua maioria, estes casos não se parecem com o que tem sido descrito nas personalidades psicossomáticas, caracterizadas tradicionalmente pela pobreza da vida fantasmática; pelo contrário apesar da manifestação ser orgânica, a maior parte dos sujeitos deixa emergir com facilidade uma "rêverie", um cenário imaginário, uma representação pré-consciente centrado na maternidade, no nascimento e na filiação (Silva, M. 1984).

Como psicólogos, devemos estar atentos à infertilidade após a morte de um filho, pois esta poderá ser o sinal de que esta mulher ou casal não está preparada para uma nova gravidez ou filho. Como dissemos anteriormente, só investindo completamente o filho morto, só o chorando suficientemente, o casal poderá ter outro filho **único**

Todos nós temos consciência que nesta sociedade imediatista e consumista não nos damos o espaço suficiente para sofrer as nossas " penas ", já não existem carpideiras que nos ajudem no nosso luto, pelo contrário os que estão à volta vão contribuir para

dificultar o trabalho de luto, dizendo entre outras coisas "tens de esquecer", "a vida tem de continuar".

Obviamente que a vida tem de continuar, mas um continuar com um objecto interno, e não com o objecto não existente. Os pais têm que conseguir integrar o seu filho, que morreu, como uma parte significativa da sua vida, recordando os momentos bons - falando dos maus - mas sempre continuando com a sua existência. Se deixam de falar do filho morto, e o substituem por outro filho (com o mesmo nome eventualmente) é como se o estivessem a matar segunda vez - morreu fisicamente e morreu no imaginário - ou então mais grave ainda, o último filho nunca chegará a nascer na cabeça dos seus pais, será uma continuidade do que morreu, uma substituição, um "tapar buracos", com todos os problemas que tal acarreta, nomeadamente ao nível da relação, na adaptação a um bebé que é diferente, e exige que o tratem na sua especificidade.

É pois este o trabalho que tem de ser feito pelo Psicólogo. Dar a possibilidade a estes casais de falarem muito do seu filho morto, de chorarem muito para se poderem reconstruir. Temos que ajudar os casais a passarem as fases de luto, que referimos anteriormente, e ajudá-los a lidar com a culpabilidade inerente à morte. Ajudá-los, principalmente, a perceberem que se bem que o tenham perdido fisicamente, ele continua a existir ao nível dos objectos afectivos internos.

Só depois disto o casal poderá ou não desejar um outro filho.

Passaremos em seguida a ilustrar com um caso, que nos parece significativo desta situação:

Dulce e Paulo, com 35 e 36 anos respectivamente, surgem na consulta de Psicologia após terem expresso na consulta de infertilidade, onde se dirigem pela primeira vez, o desejo de "fazer um bebé proveta", visto que há dois anos que tentam engravidar sem sucesso.

Graças à sensibilidade do médico, que os atende, foi possível filtrar este pedido, e perceber que este surge na sequência da morte da sua única filha. Esta filha de 12 anos, morre num brutal acidente de viação.

Dulce e Paulo, são ambos naturais da Guarda, tendo começado o seu namoro nos bancos da escola, apesar de muito diferentes sempre se namoraram, e o casamento foi a sequência lógica deste longo namoro.

A primeira grande zanga do casal começa logo após o casamento, pois Paulo quer vir para Lisboa, onde consegue um emprego de escrivão no Tribunal, e Dulce quer ir para França onde tem os irmãos.

Vêm para Lisboa, com Dulce contrariada, refugiando-se na pintura, efectivamente gosta muito de pintar, pouco fala com o Paulo, e fecha-se na sala onde improvisou um atelier.

A filha de ambos (Inês) é o elemento de comunicação, e separação, do casal, raramente fazem programas a três, no entanto Inês é a companheira do pai e da mãe.

Paulo sempre quis ter outro filho, desejo que não foi secundado pela Dulce, achando que não tinha disponibilidade para outro filho. Quando, por falha do método contraceptivo, engravida novamente, recorre ao aborto provocado, só contando ao

marido depois da consumação do mesmo. Paulo fica muito zangado mas resigna-se á ideia de que não terá mais filhos.

Cada vez mais Inês preenche o espaço afectivo do casal, que olha muito pouco um para o outro

Após uma "zanga" do casal, Paulo decide ir passar o fim-de-semana à sua terra e leva a Inês, pois a mulher não o quer acompanhar (a relação com a sogra nem sempre foi das melhores), numa ultrapassagem perigosa colide com um camião, Inês sentada no banco da frente sem cinto é projectada e morre instantâneamente. Paulo sai ileso.

A dor é terrível, a zanga maior, a culpa e culpabilidade imensas. Mas face à dor Dulce e Paulo fecham-se na sua mágoa. Aparentemente amam-se muito, e tentam ter outro filho.

A gravidez não acontece, a investigação determina um factor tubário.

Entretanto, o casal unido no desejo do filho está cada vez mais afastado, irritam-se por todos os pequenos nadas, e cada um vive à sua maneira a morte de Inês. Dulce evitando falar dela, não entrando no seu quarto, que se mantém intacto. Paulo indo diáriamente ao cemitério, passando horas e horas no quarto da filha, parado a olhar para as paredes. Uma coisa é certa ambos querem ter outro filho.

Depois de uma consulta de psicologia, mais ou menos longa, foi possível determinar que todo o trabalho de luto estava por fazer, e que o casal não deseja um filho, mas sim a Inês. Foi evidente a dimensão de ambivalência em relação ao desejo de um filho, e foi proposto apoio psicológico semanal, ao qual aderiram perfeitamente.

Ao longo do apoio, foi possível falar da Inês, das suas virtudes de anjo encantador, foi possível falar do acidente, da raiva da Dulce em relação ao Paulo, da culpabilidade e depressão do Paulo.

Foi também possível falar de um futuro filho, que de início era sonhado enquanto uma menina a quem chamariam Inês e para a qual existia já um quarto pronto.

Dulce e Paulo tomaram consciência que um filho a nascer não seria a menina de 12 anos, que ajudava a mãe, e acompanhava o pai à praia, mas sim um bebé pequenino, que exigia que o amassem por si. Aqui também, foi possível projectar o desfazer do quarto da Inês, e foi possível fazê-lo. Foi ainda possível ao casal perceber a natureza, e qualidade do vínculo emocional que os unia, apesar da dor imensa.

A Dulce conseguiu voltar a pintar, algo que não acontecia desde a morte da filha, começou por pintar o retrato da filha morta, mas conseguiu também pintar um quadro para o filho de uma amiga que ia nascer.

Quando, entre todos, considerámos que era o momento de prosseguir com a investigação de infertilidade (durante cerca de meio ano foram trabalhados apenas os aspectos psicológicos), foram então reconduzidos para a consulta, onde após uma procriação medicamente assistida surgiu uma gravidez, que decorreu sem qualquer problema.

O parto desenrolou-se com alguma dificuldade, com a Dulce a chamar pela filha morta (num momento em que estão em jogo as pulsões de vida ou morte não é de estranhar que este morto, tão querido, faça a sua aparição), mas finalmente nasceu uma menina a quem chamaram Daniela, e que tem agora dois anos.

Numa última consulta de follow-up, quando a Daniela tinha ano e meio, foi possível constatar com satisfação que a Daniela era amada por aquilo que era, e que mesmo quando comparada com a irmã, umas vezes ganhava outras perdia, como acontece com todas as comparações entre irmãos.

## 2.2 - O Anjo Azul

Se a infertilidade é por si só algo de extremamente doloroso e, difícil de integrar do ponto de vista psicológico; a infertilidade de causa desconhecida é duplamente dolorosa. O ter que lidar com o insucesso de fertilidade, e simultaneamente, com a estranheza da não concepção quando "tudo está bem" é algo que desorienta os indivíduos, e não os ajuda a elaborar psicicamente, porque estão constantemente em expectativa.

Na expectativa de que lhes seja encontrado algo, que explique a infertilidade, esta acaba por ser a maior procura...muitas vezes mais ainda do que a procura de um filho.

Nas situações que permanecem por explicar do ponto de vista médico, são por vezes sugeridas causas psicogéneas. Alguns autores sugerem mesmo a existência de uma certa inibição do mecanismo da reprodução, como resposta a indicadores desfavoráveis do ambiente, ou condições físicas do próprio insuficientes (Wasser, 1986). Mecanismo supressor que existe em alguns mamíferos, e que se pode manifestar sob a forma de atraso da maturação sexual, falha na ovulação ou na implantação, aborto espontâneo etc.

No entanto, falar de psicogénese pode ser abusivo, a metodologia dos estudos retrospectivos feitos não permite esclarecer, de forma segura, até que ponto é que estes factores psicológicos não são secundários à carga psicossocial da infertilidade, pois os indivíduos que vivem esta situação parecem sofrer as consequências de um "handicap social invisível, que vem afectar profundamente a sua situação emocional"(Lalos, 1985).

Relataremos em seguida um caso de infertilidade de causa desconhecida.

Teresa apresentava-se como uma mulher extremamente bem cuidada (demasiado bem cuidada), com uma maquilhagem tão perfeita que quase consegue esconder a cara. Ou seja, não nos dá a dúvida de como será aquela face, quando retirada a camada de make-up que a cobre.

É alta, loira e extremamente contida. Muito bem educada, fala num tom muito baixo, aparentemente calmo mas denotando ansiedade e nervosismo.

A imagem que nos transmite numa primeira abordagem é a de uma Diva, uma Marlene Dietrich, bela, fria, forte e frágil. Pois toda a encenação, força, educação e cuidado físico ficam quase patéticos, e quando olhados mais em profundidade revelam um ar de menininha perdida, de fragilidade e insegurança. Como se Teresa precisasse dos cremes, cabelos, roupas e carros de marca para esconder a menina pequenina que não se permite ser.

Surge na consulta de Psicologia na sequência de uma rotina hospitalar prévia à sua entrada numa Fertilização in Vitro; devido à sua extrema boa educação não questiona esta entrevista, mas avizinha-se um laivo de recusa e de desconfiança. Aos poucos, consegue falar da sua infertilidade e de si própria.

Teresa tem 36 anos, é Economista, natural de Lisboa, filha de pai Engenheiro e de mãe Doméstica. É a mais nova, de uma frateria de três, uma rapariga, um rapaz e ela.

O marido, António é também ele Economista, filho do meio de uma fraterria de cinco, é aparentemente um homem reservado e contido.

Teresa começa por falar da estranheza desta infertilidade, em relação a qual não se encontra qualquer explicação. Tanto mais que aos vinte anos terá havido uma

gravidez, já desta relação, em que Teresa terá optado por um aborto provocado, vivido aparentemente sem dificuldade no momento. Teresa e António namoravam, mas estavam zangados quando Teresa descobriu que estava grávida, estavam no final do curso, e não havia espaço para um filho nas suas vidas.

Segundo Teresa, não havia desejo de um filho naquela altura, para além do facto de não ter sido capaz de enfrentar a família e a sociedade, "eu nunca quis prevaricar, sempre quis ser a filha modelo", justifica ainda o aborto como uma questão de época, alegando que o aborto na sua geração e naquela época era visto como uma forma de libertação da mulher, que muitas das suas colegas de Faculdade se vangloriavam mesmo por terem feito abortos.

No entanto Teresa viveu o "seu" aborto com alguma ambivalência, o seu lado mais universitário e moderno achou que era um acto de grande afirmação e maturidade, o seu lado mais conservador, mais ligado à moral vigente na família viveu-o com muita vergonha, medo que descobrissem (foi faze-lo sózinha), e muita culpabilidade. Este foi o polo que prevaleceu, e sente que ainda hoje não perdeu a si própria.

Teresa, sentia que não havia espaço afectivo na família para que uma gravidez antes do casamento fosse sequer equacionada. Curiosamente, pouco tempo depois do aborto refaz a relação com o António (que rejeita a sua decisão) e casam rapidamente - para também fugir aos olhares da família que poderia perceber o que se tinha passado, ou descobrir que mantinham vida sexual.

Segundo Teresa, o ambiente familiar era muito tenso, nunca houve uma boa relação entre o pai e a mãe, e que isso causou grande tristeza nos três irmãos "até hoje somos

todos individuos tristes", o mau ambiente referido terá levado também a um certo afastamento entre os irmãos, não havendo qualquer solidariedade entre eles.

Segundo o relato da Teresa, nunca se uniram para ultrapassarem o mau ambiente, mas sim fecharam-se cada um sobre si próprio para tentar encontrar o seu equilíbrio. Para Teresa o estudar, valorizar-se intelectualmente sempre foi a melhor defesa.

"Não eramos ricos, mas eramos da média burguesia, nunca nos faltou nada do ponto de vista de educação, vestir, calçar, divertir...nunca sofremos privações mas do ponto de vista afectuoso nunca fomos aquilo que considero uma família".

Para Teresa uma família por excelência não é um conjunto de pessoas que vive debaixo do mesmo tecto, pois deve haver um efeito de energia que não se verificava..."para mim a família é um sitio onde chego ao fim do dia e posso dizer dos meus problemas, das minhas sensações, das minhas duvidas, sem ter problemas de ser reprovada, pelas minhas fraquezas e erros, mas também um lugar onde possa encontrar o reconhecimento dos meus pontos fortes, das minhas vitórias".

A mãe de Teresa é descrita como uma mulher neurótica, muito insegura e demasiado preocupada com as supostas infidelidades do marido para ter espaço para se preocupar com os filhos, principalmente a terceira da qual já não se esperava nada (já tinha nascido o casalinho desejado), o pai é visto como um homem frio, distante e austero, dando pouco mas exigindo obediência e bom comportamento total, chegando por vezes a ser violento.

Teresa lembra, que na infância tinha modelos de família que gostava, e que sempre teve o desejo de que, em sua casa, se repetisse o que observava em casa da madrinha. Esta madrinha é efectivamente uma irmã da mãe, que é casada com um irmão do pai.

Em que, apesar de irmãos dos seus pais eram completamente diferentes na harmonia que viviam, e no afecto que transmitiam. Teresa sonhava que era sua filha que por algum engano tinha ido parar à casa errada, e procurava estar lá o mais tempo possível para se afastar dos problemas familiares.

Durante toda a infância e adolescência desejou ser como a prima, filha destes tios, mais uma vez se viu afastada dos pais pois a prima tinha ciúme da sua proximidade aos pais. A adolescência foi caracterizada por um grande isolamento, Teresa refugiava-se nos estudos.

No início da Faculdade começa namoro com António, namoro algo atribulado porque António se queixa da pouca disponibilidade de Teresa. Teresa é aparentemente auto-suficiente, sofrendo uma grande insegurança e solidão, mas levantando o nariz e dando a imagem que tudo é perfeito.

Este continua a ser o mecanismo de defesa e dificilmente assume a sua depressão e sofrimento emocional. Consegue no entanto manifestar a sua revolta face ao diagnóstico de causa desconhecido, levantando no entanto a hipótese que esta infertilidade esteja de alguma forma relacionada com a culpabilidade face ao aborto, e o seu medo de prosseguir um tratamento de fertilização in vitro, e de não ser capaz de se adaptar.

Foi assim proposto apoio psicológico, no sentido de avaliar os seus medos e de ponderar a continuação do tratamento. Teresa sentia que estava a pressionar algo que deveria acontecer espontaneamente, ao mesmo tempo manifestava o seu vazio, baixa de auto-estima e menor valia por não conseguir ter um filho, a quem conseguiria dar o afecto que não conseguia dar a mais ninguém.

Curiosamente todo o relato emocional da primeira consulta foi negado, e Teresa não voltou a falar da sua família senão para referir quão perfeita e apoiante esta era, e de como o não ter filhos também era importante para os seus pais, pois sendo a filha preferida haveria logicamente o desejo de um filho seu.

A relação com o António é também descrita desta forma idealizada, em que tudo é perfeito, só falta um filho para completar este idílio. A questão que mais a preocupa é o medo da dor física inerente ao tratamento, mas depois de trabalhar a ansiedade inerente a este decide avançar.

A sua postura, ao longo do tratamento, foi sempre oscilando entre a super-mulher e a menina pequenina que pede um colinho. Fazia anteceder a sua chegada à consulta de Psicologia de um telefonema do seu "secretário Pessoal" a informar que a Dra tinha acabado de sair de uma reunião, e que talvez chegasse atrasada. Raramente chegava atrasada, mas a propósito do telefonema iniciava as sessões a falar do seu sucesso e afazeres profissionais.

Aos poucos ia deixando cair a máscara e podia falar do seu sofrimento, medo de ficar sózinha e baixa de auto-estima. O filho era imaginado como mais um "Gaget" que era importante ter para ascender e manter o estatuto social, e ser igual às outras mulheres, não se questionava enquanto mãe e só referia o afecto que tinha para dar.

A sua atitude, face aos diversos técnicos da consulta, era de total fragilidade e mesmo algum patetismo, aquando do insucesso afivelou uma máscara de sofrimento que denotava alguma teatralidade, pois quando lhe era oferecida uma ajuda mais efectiva levantava a cara e punha a máscara de Dra bem sucedida.

Na sequência do insucesso, quis terminar o apoio psicológico referindo que tinha optado por uma ajuda psiquiátrica no exterior pois o espaço físico Maternidade estava-lhe a ser muito penoso, porque via muitas mulheres grávidas.

Resultante do tratamento havia três embriões congelados que a Teresa nunca solicitou a sua transferência, nem nunca procurou repetir o tratamento.

Passados quatro anos, Teresa procurou o Serviço de Psicologia para ser ajudada a pensar o destino desses embriões. Alguns dados de vida tinham-se alterado substancialmente. Teresa tinha sido dispensada do seu bem sucedido emprego, e tinha encontrado grande dificuldade em arranjar novo emprego, acabando por optar por trabalhar como profissional liberal, o que lhe causava grande angustia.

A relação conjugal (com uma duração de vinte anos) tinha também terminado, estando actualmente o casal divorciado, pois o António tinha estabelecido uma nova relação.

Teresa não conseguia pensar num destino para os embriões que não fosse a implantação em si própria e uma eventual gravidez, afirmando o apoio do António para a tomada desta decisão.

Parecia-nos uma decisão de risco, tomada numa fase de grande fragilidade emocional, em que o projecto de um filho parecia mais um antídoto narcísico, algo que de alguma forma era sentido como a resolução da sua frustração, uma fuga para a frente contra a depressão, um tapar o vazio existencial que Teresa estava a viver, do que um verdadeiro projecto de Maternidade, e o ser capaz de pensar um filho diferente de si.

Quando questionada sobre a organização do seu dia a dia com um filho, como se imaginava a integrar um filho na sua vida, como integrar o António numa relação com

um eventual filho dos dois, Teresa não conseguia pensar nesses cenários. Só pensava que não tinha feito as pazes consigo, e com o seu diagnóstico de infertilidade, e que não podia desprezar esta possibilidade de ser mãe, tanto mais que no entretanto tinha estabelecido uma relação afectiva que tinha também terminado, por vontade do companheiro.

Teresa percebeu que uma decisão de transferência de embriões poderia estar a ser reactiva a uma série de desilusões e lutos, e que provavelmente era mais saudável para ela, e uma eventual criança, tentar reequilibrar-se emocionalmente, para posteriormente poder ter uma decisão mais ponderada.

Foi assim proposto apoio psicológico ao qual aderiu e que se mantém até ao momento.

### 2.3 - Um Tardio Filho Precoce

Emília e Rui surgem na Consulta de Psicologia na sequência da rotina Hospitalar de uma abordagem psicológica prévia a um tratamento de P.M.A.

Emília tem 37 anos, trabalha numa seguradora, Rui tem 39 anos e é economista. Estão casados há 17 anos, e há dez anos que andam centrados na questão da fertilidade/infertilidade.

Houve já quatro abortos espontaneos, do primeiro trimestre (sem explicação aparente), mas há cinco anos que não voltou a haver gravidez, tendo a investigação médica determinado uma infertilidade de causa desconhecida.

A Emília é uma mulher baixinha e redondinha, com um rosto alegre mas com ar triste; efectivamente tem um daqueles rostos redondos de grandes olhos expressivos que são caracteristicamente alegres, mas o seu tom de voz e postura denota uma certa tristeza e tensão. Apresenta-se cuidada, mas com um aspecto envelhecido, vestindo mais de acordo com quarenta e muitos anos do que com 37.

O Rui é um homem alto e magro, aparentemente calmo e afectuoso; a relação entre ambos parece gratificante mas neste momento denota-se algum mau-estar pois a Emília reage mal à proposta de tratamento. Segundo Emília, já consagrou demasiados anos à maternidade, que não aconteceu, e agora está num momento da vida profissional em que quer apostar na carreira, não sabendo mesmo se agora quer ter um filho ou não.

Rui parece reagir mal a esta postura, mas sendo um homem extremamente contido afirma respeitar este movimento da Emília, ao mesmo tempo que questiona a sua motivação para ter filhos, pois já há alguns anos atrás houve um episódio semelhante.

Quando de uma proposta de P.M.A. noutra hospital , Emília deprimiu-se, tendo mesmo necessidade de recorrer a acompanhamento psiquiátrico.

Parece aliás que a depressividade é uma característica da Emília, referindo a sua visão negativista face à vida.

A Emília é filha única, mantendo uma relação muito tensa com os pais, sentindo que a sua mãe não teve prazer na sua maternidade, vivendo o ter filhos como um fardo demasiado pesado, daí ter transmitido sempre o pânico de uma nova gravidez, justificando assim o ter uma filha única. Emília refere-se à mãe como uma mulher nunca foi suficientemente apoiante e afectuosa, e que nunca a preparou para a vida, mas por outro lado sempre a formou para ter medo, de tudo e todos. Relata vários episódios em que ficava desde muito cedo sózinha em casa, não podendo demonstrar medo pois era logo criticada pela mãe, mas em que simultaneamente a mãe lhe telefonava várias vezes a relatar-lhe episódios de mortes, raptos e violações de miúdos como ela.

No entanto , nunca sentiu espaço afectivo para manifestar que tinha medo e que não aguentava ficar sózinha em casa.

Parte da sua problemática actual prende-se com o mau modelo de mãe, a inexistência de uma mãe suficientemente boa, e o não ter a certeza de ela própria vir a ser diferente.

Sempre descuroou o lado profissional, cumprindo sem grande entusiasmo as tarefas, mas sentindo que neste momento é uma área a investir.

Pareceu-nos que a relação conjugal era suficientemente boa, e estruturada, para que o Rui conseguisse integrar o recuo da Emília, e foi assim combinado a suspensão do processo FIV e o início de uma psicoterapia à Emília.

Esta aderiu muito bem, mobilizando-se para o espaço terapêutico e para a mudança. Ao longo da psicoterapia (que durou cerca de dois anos) foi compreendendo e evoluindo na sua relação com a mãe, foi trabalhando a sua auto-estima e imagem de mulher, mesmo o aspecto físico se foi modificando, apresentando-se a Emília com um aspecto menos carregado e mais leve e alegre - quer na expressão física quer na forma de vestir.

O Rui nunca a pressionou, o que permitiu que a própria relação conjugal melhorasse a sua dinâmica e funcionamento.

Subita, e precocemente a Emília engravida espontaneamente, numa fase em que a mobilização para a maternidade era aparentemente nula.

O primeiro trimestre de gestação é caracterizado por um demasiado bem estar. A Emília não se sente grávida, e não tem incomodos ou mau-estar de gravidez. Fala da irrealidade desta gravidez, agora aos trinta e nove anos, nada a faria prever e de como conciliar o grande investimento que tem vindo a fazer ao nível profissional com o ser mãe.

Emília foi agora promovida, a gerente de Agência, e tem de fazer um estágio de um mês no Algarve, equaciona a sua ida ou não, o estar fora de casa a cansar-se, mas a questão profissional é prioritária neste momento.

Pouco fala ou vive esta gravidez, no emprego não sabem do seu estado e vai para o Algarve.

Após este estágio e às 24 semanas de gestação Emília é internada com pré-eclampsia. A percepção dos movimentos fetais é por demasiado incomoda, o "não sou capaz de ser boa mãe" é o seu lema.

A tensão emocional e arterial vai subindo, e Emília piora. Os médicos falam de cesariana, apesar da prematuridade do bebé, e agarra-se a esta ideia "se me tirarem o bebé ela fica bem" - Efectivamente o bebé é uma ela - na incubadora estará melhor, eu não sou boa mãe, ela sente que dentro de mim não está bem, e eu não tenho nada de bom para lhe dar...eu vou ser má mãe como a minha mãe foi.

"A minha barriga não a comporta, eu sei que na Estufa ela estará quentinha e protegida".

Um dia durante o internamento, e quando a eminência da cesariana era evidente, Emília pede para nos chamarem e quando chegamos perto dela encontramos-a a chorar compulsivamente...o seu discurso é de luto e morte...durante algum tempo trabalhamos com ela a problemática da morte, preparamo-nos para a ajudar a fazer o trabalho de luto, quando atónitos nos apercebemos que o bebé está vivo, e que esta é uma "crónica de uma morte anunciada". Antes de morrer fisicamente esta bebé estava já morta no espaço afectivo da sua mãe.

Foi então feito todo um trabalho de ressurreição, falando de um nome para este bebé (Rita) e das características que esta Rita teria, Emília imaginou-se como mãe, quer o bebé vivesse ou morresse. De salientar que nos quatro abortos anteriores (todos do

primeiro trimestre) nunca houve vivência de gravidez, nem luto ou perda. Emília precisava de se ligar a algo para poder crescer e evoluir na perda.

Nesta intervenção na crise, sentimos que um pequenino fio de afecto se tinha tecido, e que o pequeno laço que separa ou liga Gravidez e Maternidade se começava a tecer; um fio grosseiro, irregular (o fio tecido pelas mãos inábeis de uma criança), mas que mesmo assim tinha possibilidade de ser melhorado e tratado, dando origem a um pano fino e real.

Parece-nos, que nesta sessão, carregada de tensão e emotividade, Emília se vizualizou pela primeira vez como mãe, e começou a acreditar nela como mulher. Foi como um rito de iniciação, e a Emília-menina foi dando lugar à Emília-mulher.

No dia seguinte a cesariana foi feita, uma vez que a tensão arterial não descia, Rita nasceu com 700g, e 24 semanas. Apesar da sua prematuridade, Rita era uma bebé muito bonita que cativou todos os que lidavam com ela.

Durante os 2 meses que Rita esteve na incubadora, nunca desistiu de se fazer amar, e usou todos os seus recursos, de sedutora, para abrir o espaço e caber no coração da mãe. O pai se bem que nunca mencionado foi de uma importância vital, muito calmo, maternal e afectuoso foi-se afadigando e esbanjando afecto por ambas, cuidou igualmente com desvelo as duas, Emília menina-mulher e Rita mais forte que a sua mãe.

Também durante estes dois meses, nós psicólogos tivemos de trabalhar a/e com a equipe médica que nos dizia "temos de preparar esta mulher para o pior, com estes bebés nunca podemos esperar o melhor", apesar disso fomos trabalhando a vida,

fazendo a Emília acreditar na sua vida com uma filha, e fomos fazendo sonhar consigo como a mãe de uma linda filha de olhos grandes.

Curiosamente parte deste trabalho era feito junto á incubadora (onde Emília passava longas horas de desespero) e quando acentuávamos a evolução (real) da Rita, a candura dos seus olhos etc., esta abria os olhos e olhava no fundo de nós e pedia-nos "cativa-me".

Este trabalho, muito intenso, foi feito ao longo do 1º mês, em que nos apercebe-mos que só ligando-se verdadeiramente à Rita, Emília poderia crescer e ser mulher-mãe (de um filho vivo ou morto, não importava).

No final do 1º mês percebemos que o investimento era excessivo (por precoce em termos psicológicos), e que Emília não aguentava tanto tempo, e espaço, dedicado à filha que ainda não era verdadeiramente sua.

Como se levantava a questão prática da prematuridade do bebé, e que se Emília gozasse os três meses de licença, enquanto o bebé estivesse na incubadora, não teria "tempo" quando o bebé fosse para casa, A Emília decidiu voltar ao trabalho, e vir ver o bebé à hora de almoço, e à hora da saída. Curiosamente este desdobramento mãe-profissional foi-lhe muito fácil (porque havia uma mãe-incubadora que cuidava da sua filha), e Emília estava mais calma e mais receptiva para a sua filha.

Foi acompanhada em todos os momentos difíceis; curiosamente cada evolução da Rita - que no fundo exigia um novo comportamento materno da Emília - era visto como um sobressalto, e como algo que iria correr mal.

Emília não acreditava em si, quanto mais frágil e mais na incubadora Rita estivesse mais segura estaria, pois a máquina era bem mais securizante que ela Emília.

Assim estivemos juntas no 1º momento de mudar a fralda, de dar banho, de dar biberon, ajudando, apoiando, reforçando as suas praxis, maternalizando (no fundo fornecendo à Emília a imago de uma mãe suficientemente securizante, que apoia, incentiva, acarinha e acalma, mas também promove e faz andar e crescer).

Quando Rita teve alta (para grande "desgosto" da mãe) combinámos apoio quinzenal, que se prolongou até ao 4º mês da Rita. A evolução desta sempre foi optima, Rita foi sempre uma excelente co-terapeuta. Sentindo os recuos afectivos da mãe, estimulava-a, puxava por ela, não desistindo nem se deprimindo.

Mais uma vez, salientamos que tal só foi possível devido às características inatas do bebé, (que rápidamente foi "adoptado" por todos) e do pai, que sempre na retaguarda apoiou as duas.

Agora a Rita tem 16 meses, continuamos a vê-las regularmente; Rita está muito bem, é um bebé calmo, interactivo, sem qualquer aparente sequela da sua prematuridade.

A relação familiar parece bastante equilibrada, com Emília funcionando mais como o polo de autoridade (assim como assim o afecto nunca foi o seu forte), e o Rui como o polo mais afectuoso.

Iremos estar atentos à evolução da relação para que o conflito autoridade/afecto não se polarize demasiado, e Rita não entre em ruptura com a mãe. No entanto, parece-nos que Emília, dentro de si, lhe conseguiu reservar um suficiente espaço de afecto feito.

#### 2.4 - Será Que Tem Os Olhos do Pai ?

Se a questão da infertilidade é dolorosa para a mulher, não é menos para o homem.

De tal modo a questão da fertilidade é perigosa, e amedronta o homem, que durante anos não se considerou o homem estéril. Se não havia filhos a "culpa" era da mulher, e todos os estudos e exames recaiam sobre. Só muito recentemente se começou a estudar a fertilidade masculina e se verificou que havia numerosos casos em que a não concepção poderia ser atribuída ao homem.

Para um homem ser estéril é, talvez ainda, mais doloroso do para uma mulher; nos homens é-lhes constantemente posta a equação que existe entre fertilidade e virilidade.

A esterilidade masculina está também muitas vezes associada à vergonha e punição. O individuo vive a sua esterilidade como uma punição de actos conscientes ou inconscientes.

A paternidade (tal como a maternidade) é mais que tudo um reconhecimento social. Actualmente existe um conjunto de expectativas, que socialmente pressionam continuamente o individuo no sentido da reprodução.

Nas sociedades tradicionais existe um conjunto de práticas rituais, um conjunto de relações sociais que ajudam os individuos estéreis à "renascença" sexual e social. O homem, nestas sociedades, realiza a sua paternidade de outras formas (muitas vezes através da autoridade que exerce por exemplo nos sobrinhos)

Na sociedade ocidental recorre-se a outros artificios, tais como: a inseminação com esperma de dador ou IAD, uma das técnicas de reprodução medicamente assistida que vai mascarar a vivência da infertilidade.

Do ponto de vista psicológico, o recurso a uma inseminação com espermatozoides de dador não vai resolver o problema da fertilidade, de um indivíduo, mas sim operar uma pseudo-resolução. Passa-se a conceber a três, e não a dois e, o recurso ao espermatozoides doado funciona como um medicamento no imaginário de alguns casais.

Para além desta pseudo-restauração, e do efeito de protese, um outro problema que se nos levanta, ao nível da inseminação com espermatozoides de dador, é o problema da filiação.

Como serão estes filhos do desconhecido? Os trabalhos de Pierre Aulagnier (citado por Parseval) sobre a génese da psicose, mostram que a incapacidade para ter um discurso verdadeiro sobre a filiação, em vez de salvaguardar o filho, levam a que por um processo delirante primário este substitua as falhas do discurso parental, cheio de não ditos.

A psicanálise refere a importância dos fantasmas, das criptas (segredos selados na caixa negra do inconsciente) para a história do indivíduo, assim como o efeito patogénico dos buracos da genealogia. Assim, para nós um dos aspectos mais preocupantes do recurso a IAD, para além do seu efeito máscara do sofrimento emocional da infertilidade masculina, é o problema da filiação.

Na quase totalidade dos casos que acompanhamos, os casais optam por IAD como uma forma de esconder a infertilidade masculina. Os familiares e amigos, não estão ao corrente da situação de infertilidade, (não sabem mesmo que o casal deseja um filho), e de repente surge um filho do casal...

Só que, quer no real quer no imaginário, este filho não é fruto da relação amorosa daquele casal. É sim fruto de uma outra relação-transgressão, tornada possível através de um acto médico, entre a mãe (membro do casal), e outro homem (anónimo

efectivamente, mas dotado de vida no imaginário). Não nos parecerá pois estranho que o "futuro pai" compare, por denegação, esta sua opção com uma situação de adultério. Quando confrontados com o seu estado emocional, respondem muitas vezes "também há muitos homens que pensam que são pais de algumas crianças e elas são fruto de adultério".

Esta é uma questão que nos preocupa não só pelas repercursões ao nível da relação do casal (como continuar a viver com um terceiro de premeio), como na relação pai/criança.

Como podem estes homens adoptar verdadeiramente este filho que não é seu, como lidar com os aspectos deste filho (não será de estranhar que nos momentos maus a recordação do pai - esse ente desconhecido ao qual se podem atribuir todas as virtudes e defeitos - venha, se não ao discurso pelo menos ao inconsciente).

Também para a mulher, que se submete a uma experiência deste tipo, a carga emocional é por demais pesada. Como se pode "carregar no ventre" um filho do nada, um filho do desconhecido. Tal só é possível se a mulher dotar este desconhecido de características, vai assim começar a imaginá-lo, a atribuir-lhe as características dos seus desejos afastando-se cada vez mais do outro membro do casal.

E a nível social? Como lidar com este acto maldito ( o recurso a IAD é algo de pecaminoso e mal visto), como lidar com os comentários do exterior e qual o impacto emocional que tal terá na criança e na sua relação com os pais.

Intitulámos este capítulo "Será que tem os olhos do pai" pois foi com esta frase que demos verdadeiramente início ao processo de acompanhamento psicológico de um casal em situação de IAD.

A Ana e o Mário estão casados há dez anos, desde há cinco sabem que não têm qualquer hipótese de ter filhos pois o Mário sofre de uma deficiência, ao nível dos canais deferentes, que impossibilita a fertilização. A situação de infertilidade nunca foi partilhada com ninguém, pois "sempre" pensaram recorrer a IAD.

Estabelecemos contacto, aquando da sua entrada no processo de IAD, numa entrevista que foi marcada pela adesão-recusa em falar do emocional. Se bem que no aspecto formal o casal tenha aderido bem á consulta de psicologia, referem ambos que não entendem porque é tão difícil fazer IAD, se é isso que eles querem, se estão certos da sua opção e se não é nenhum crime. No entanto, foi patente um estado de ansiedade e de exaltação (quase maníaca) na Ana que nos levou á marcação de novas consultas.

Nas consultas seguintes, foi evidente a fuga à depressão que quer o Mário quer a Ana vinham fazendo; nestes cinco anos, apesar de todos os diagnósticos que confirmaram a infertilidade, tinham percorrido várias consultas e vários especialistas na tentativa de resolução do problema. Finalmente surge-lhes a hipótese de inseminação com esperma de dador. Dão os passos necessários, com as várias análises e a escolha de um dador com fenótipo semelhante ao Mário.

Numa das consultas de psicologia, já após a confirmação de gravidez (esta deveria ter na altura 6/7 semanas) a Ana começa a chorar e diz "só agora entendo a necessidade destas consultas, não imagina o que sofri quando a minha mãe disse 'será que o bebé terá os olhos do Mário?'...Que olhos terá o meu bebé!

Ao longo da gravidez (Ana foi acompanhada até à trigésima semana de gravidez, altura em que por motivos externos se teve de interromper o acompanhamento) Ana foi verbalizando dificuldades de imaginar este filho de um estranho, a dificuldade de viver

esta gravidez "é algo estranho que trago dentro de mim, e se o pai é um monstro...sinto-me constantemente ameaçada"

Ao longo da gravidez foi também patente a dificuldade do Mário de se empenhar em todo o processo e, as dificuldades de relacionamento que tal provocava.

Não foi possível acompanhá-los mais tempo, mas foi notória a importância do espaço terapêutico onde a Ana podia dizer "não sei se fiz bem, se quero este filho" e, onde o Mário podia expressar "o facto de estares grávida é a verdadeira prova de que nunca te darei um filho" ou, "tens de compreender que a tua gravidez me faz sofrer".

Parece-nos que para este casal foi fundamental este espaço terapêutico, onde podiam calmamente exprimir estas emoções e, onde puderam enfrentar juntos as dificuldades que os esperam.

Esta é talvez uma das formas possíveis de viver a IAD, não é frequente os casais procurarem a nossa ajuda durante a gravidez (talvez devido à complexidade de sentimentos que estão envolvidos), mas parece-nos que pelo simples facto de ter surgido esta vivência nos obriga a reflectir sobre ela.

Pretende-se tão somente alertar para aspectos que nos foram revelados e, chamar a atenção para a importância do espaço psicoterapêutico proporcionado o mais cedo possível no processo e, onde os dois membros do casal possam antecipar as reacções emocionais e, possam elaborar fantasmas e medos associados à situação.

Só assim nos parece possível que uma eventual gravidez progrida da melhor forma, na qual a particularidade da concepção possa ser integrada, não se tornando a tal "maternidade branca" (sem bebé imaginário e sem vivência de gravidez), e de forma a

que o homem possa adoptar plenamente, e o mais precocemente possível, este filho a que vai chamar seu.

Em nosso entender tal só poderá ser feito se a vivência da infertilidade for aceite e partilhada e, se o recurso a dador for vivido como uma paternidade adicional, e algo que possa ser partilhado com a criança num futuro mais ou menos próximo.

Só assim, a criança terá a chance de "perceber" que foi concebida de uma forma especial e muito investida. Podendo ao nível consciente/inconsciente não se sentir em falta (um pai completamente pai) mas sim alguém mais rico e mais desejado. Sentindo assim todo o Amor necessário para que a sua concepção fosse possível - Amor de mãe, pai e alguém que Dá.

## 2.5 - Santa Maria Madalena

Madalena surge na Consulta de Infertilidade com um pedido de Inseminação Com Esperma de Dador (IAD), quando o médico tenta explorar este desejo parece-lhe que há "algo de estranho" e, que Madalena se encontra emocionalmente perturbada e encaminha para a Consulta de Psicologia.

Madalena tem 38 anos, é professora do ensino secundário e mora nas Caldas da Rainha. É a segunda filha de um casal de funcionários públicos, o irmão tem mais três anos e aparentemente mantém uma relação afectuosa com os pais e irmão.

Relata uma infância e adolescência sem problemas, descrevendo-se como uma jovem alegre, com bastantes amigos e dedicada ao desporto.

A família se bem que oriunda de Lisboa, vive nas Caldas desde os dois anos de Madalena, por questões profissionais.

Aos dezasseis anos inicia uma relação amorosa com um homem mais velho, precisamente o seu professor de Educação Física.

Madalena refere que não sabia que ele era casado e só descobriu algum tempo depois de terem iniciado a relação. Refere ainda que sente que foi seduzida e, que esta relação a afastou dos colegas e amigos, pois para estar com ele não ia a festas, nem saídas de escola.

Quando descobriu que ele era casado e que a mulher estava grávida (viu-os por acaso), deprimiu-se muito, fazendo mesmo uma tentativa de suicídio, com ingestão medicamentosa. Este movimento levou a uma reacção em cadeia, pois a família soube o que se tinha passado e reagiu mal, limitando-lhe as saídas, pondo a Madalena de

castigo, apenas podia ir á escola onde pai ou mãe a iam por e buscar, isto levou a que Madalena se afastasse ainda mais dos outros.

Nunca se falou abertamente da situação e Madalena fingiu aceitar a decisão dos pais, quando estes abrandaram a vigilância a relação manteve-se, de uma forma cada vez mais clandestina.

Madalena relata que vivia com grande culpabilidade a situação, mas não se conseguia separar dele. Acha que Pedro (assim se chama o "namorado") só se mantinha com ela por medo que houvesse uma acção em Tribunal, visto ela ser menor. Construiu a ideia de que ele só estaria com ela até aos 18 anos. Quando fez 18 anos ela própria rompeu a relação, acabar antes de ser largada foi a sua opção.

Na altura a família muda-se para Queluz, facto que a Madalena aceitou com entusiasmo, encarando como mais um factor a contribuir para o afastamento. Esta opção surge por questões escolares, pois os pais não sendo ricos acharam que era mais fácil pedir transferência e vir viver para mais próximo de Lisboa, do que manter dois filhos em Universidade fora.

Madalena estava aparentemente bem (talvez um pouco isolada, mas não valorizava este dado), entra na Universidade - em Linguas e Literaturas Modernas - com o propósito de ser professora. Faz o primeiro ano de Faculdade num estado de adormecimento e no segundo ano tem uma crise emocional forte, descreve um episódio depressivo de alguma intensidade, que leva a recorrer a apoio psiquiátrico medicamentoso, que se mantem durante todo o tempo da Faculdade.

Refere que conseguiu recuperar um pouco e se bem que não tenha conseguido constituir um verdadeiro grupo na Faculdade, tinha duas ou três amigas com quem

estudava, trocava apontamentos e por vezes fazia algumas saídas. Conta também que neste espaço tentou uma ou duas vezes estabelecer uma relação afectiva, com alguns colegas que se interessavam por ela, mas que nunca conseguiu passar da fase do beijinho.

Aos poucos foi alimentando a ideia de que não conseguia estabelecer relação com mais homem nenhum, e começou a elaborar o projecto de voltar para as Caldas (onde os pais mantinham casa). Assim fez, terminado o curso candidatou-se ao estágio nas Caldas onde se efectivou.

Passado algum tempo procura Pedro e retomam a relação, mantendo-se a Madalena sempre no lugar da "outra". Salaria que faziam vagos projectos de uma vida em comum quando a mulher de Pedro tem um acidente cardio-vascular, que a impossibilita e, que faz ruir este esboço de projecto em comum.

Madalena aceitou passivamente, nunca questionou a posição de Pedro nem nunca o confrontou com uma escolha ( tinha medo que quando pressionado Pedro a deixasse)

A relação foi-se mantendo, com pouca vida em comum, passam alguns fins de semana juntos (aleadamente de trabalho) e alguns poucos dias de férias, não partilham casa, projectos ou ideias. Pedro visita-a na casa que é de seus pais, o que é para Madalena um factor acrescido de desconforto (está a portar-se mal e ainda por cima em casa de seus pais).

Aos poucos a ideia de um filho começa a impor-se a Madalena, sentindo que o seu relógio biológico não pára e que quer ter um filho. Quando partilha o seu desejo com Pedro este é peremptório na sua negativa, recusando-se a ter um filho e a discutir sequer o assunto.

Madalena diz não aceitar esta ideia, não aceita o egoísmo de Pedro que a priva de algo tão importante, mas ao mesmo tempo continua a fazer contraceção e começa a pensar em IAD. Partilha esta ideia com Pedro que diz apoiar esta ideia, oferecendo-se mesmo para a ajudar económicamente se tiver necessidade disso.

Quando em Consulta de Psicologia exploramos este pedido, como será integrar uma criança nascida por IAD na relação com Pedro, na sua vida social (os seus amigos e colegas de escola não sabem da existência de Pedro, e pensam que ela não tem qualquer relação afectiva), verifica-se que este projecto de filho está muito pouco elaborado, e que surge com a ideia inconsciente de que um filho (do Pedro ou do Divino Espírito Santo) irá mudar a relação e, fazer Pedro assumir a situação.

Madalena não consegue imaginar as mudanças na sua vida que uma criança acarretaria, não há consistência no seu projecto de Maternidade. Parece uma menina pequenina que quer dar um filho-cóco ao seu pai, para lhe oferecer algo e assim cativar o seu amor.

Madalena expressa o seu pedido de ajuda psicológica, para reflectir no seu pedido de IAD e na sua vida emocional.

Inicia-se uma psicoterapia semanal, Madalena consegue perceber que não quer um filho de IAD, que não se imagina grávida de um desconhecido, que não consegue imaginar-se a enfrentar a Sociedade, família e amigos.

Percebe que quer um filho do Pedro, ou se calhar nem isso, deseja o amor do Pedro. Madalena sente-se muito pouca amada, referindo que Pedro é um homem muito pouco afectuoso e que sempre lhe deu muito pouco. Mas sabe também, sem saber ainda o porquê, que não é capaz de se separar.

Madalena apresenta-se muito deprimida, desvalorizada, com uma auto-estima muito baixa, não acreditando em si enquanto mulher.

A vida social é muito pouco gratificante, se bem que Madalena tenha consciência disso não faz nada para mudar. Não consegue criar um grupo de amigos (pois Pedro separa-a dos outros), pois não se consegue juntar às colegas solteiras ou divorciadas (porque tem alguém), nem às colegas casadas (porque não tem ninguém).

Recentemente fez um movimento de afirmação que foi mal aceite pelo Pedro, pois pela primeira vez nestes anos todos partilha com a sua família a relação amorosa que mantém. Se bem que a família não tenha gostado da situação, não a criticam e Madalena sente que não a rejeitam e apoiam.

Neste momento Madalena vive um momento particularmente difícil, em que questiona a relação e, em que sente que tem que optar por continuar esta relação pouco gratificante e, renunciar ao pouco consistente projecto de Maternidade, ou pensar em terminar a relação não acreditando que consiga estabelecer uma outra relação satisfatória em tempo útil.

A proposta terapêutica mantém-se no sentido de melhorar a sua auto-estima e, reforçá-la enquanto pessoa e mulher, para poder então, suficientemente forte, tomar uma decisão em que não confunda o ser Mulher com o ser Mãe.

## 2.6 - O Mito do Super Homem

Vitor tem 40 anos, Engenheiro bem sucedido profissionalmente, é casado há três anos com Luisa de 38 anos, Directora de Marketing de uma Multinacional.

Surge na consulta de Psicologia após despiste de problema de impotência, na sequência da procura de resolução de uma infertilidade.

Vitor é um homem sedutor, que gosta de falar das suas aventuras amorosas, mas que deixa transparecer uma nota de fragilidade e depressão. Adere muito bem á proposta de acompanhamento psicológico regular, tanto mais que lhe faz todo o sentido que a sua impotência tenha uma "base" psicológica, pois esta só acontece com Luisa (Vitor tem mantido relações extra-conjugais e nunca se verificou o mais leve esboço de impotência).

Ao longo do apoio semanal - curiosamente Vitor chegava habitualmente 10 minutos mais cedo e, ficava á espera no corredor onde frequentemente só havia mulheres, muitas delas grávidas à espera de consulta - Vitor foi falando dos seus sucessos profissionais, pautados no entanto por alguma inconstância, com mudanças frequentes de emprego, algumas das quais pouco pacíficas.

Oriundo de uma família relativamente pobre desde muito cedo (por volta dos 18 anos) assumiu o cuidado económico da casa e, comprometeu-se a dar-lhes o melhor... o que em algumas alturas de crise de emprego o obrigava a grandes esforços, suores e sofrimento.

A relação com a mãe é de grande dependência, se bem que esta seja descrita como uma mulher fria e devoradora, sentindo que nunca foi reconhecido pelos seus esforços.

Actualmente está com dificuldade em lidar com a rivalidade com os colegas mais novos "uns garotos com a mania que sabem " e, sentindo que já não tem tanta facilidade na mobilidade de emprego, e que à medida que vai saltando de emprego para emprego está a fechar portas e, que há já muito poucas para abrir.

A relação com Luisa é também fria mas, muito idealizada. Luisa é descrita como uma mulher extremamente inteligente, elegante, cuidada e bem apresentada...Vitor aprecia muito a sua forma de vestir. Vitor fala de Luisa com um misto de admiração e medo. Neste contexto surge a impotência, que começou por ser intermitente mas, que se mantém constante desde há dois anos.

Quando ao longo do apoio fomos "dissecando" esta impotência, foi possível ao Vitor relacioná-la com o início do desejo de um filho, expresso por Luisa, e que possivelmente a intermitência dos primeiros episódios estaria relacionada com "supostos" períodos férteis.

Vitor tem já uma filha de um primeiro casamento, que tem actualmente 18 anos e, com a qual começou há pouco tempo a restabelecer a relação.

Luisa não aceita a Marta, achando-a mal-educada e petulante e, é difícil ao Vitor lidar com "as duas mulheres da sua vida". Aliás este é sentido como um dos factores mais geradores de stress da sua vida, fazendo Vitor andar num estado constante de tensão e mal-estar.

Apesar de terem iniciado a relação conjugal quando Luisa tinha já 35 anos, e sendo uma profissional de sucesso, Luisa mantém uma relação extremamente fusional e dependente dos seus pais, filha única de pais idosos, nunca conseguiu autonomia afectiva, fazendo tudo na sua vida em função dos pais, que não pode desiludir. Assim,

os pais de Luisa não poderão nunca aceitar a sua relação com um homem divorciado e, com uma filha.

Aos olhos dos pais de Luisa, Vitor é solteiro "e bom rapaz". Esta solução, aparentemente pacífica, torna-se cada vez mais difícil de gerir.

Vitor e Luisa casam pela Igreja (com Luisa vestida de noiva) e, fazem uma festa para 200 convidados, festa à qual Vitor só leva os seus pais (instruídos para não falarem do seu casamento anterior). Marta não vai ao casamento do pai e, até ao início da psicoterapia não sabe que o pai casou. Os encontros de Vitor com a filha passam-se fora de casa e, quando por acaso Marta vai a sua casa (no meio de grande "ginástica" para não se cruzar com os pais de Luisa) as fotografias do casamento são retiradas.

Marta sabe que Luisa é uma namorada do pai. Vitor quer estar mais tempo com Marta (sente que tem de se aproximar mais da filha), mas não consegue tempo livre dos pais de Luisa, que passam muito tempo com a filha. Vitor consegue estar mais com a Marta nalguns (poucos) fins-de-semana, numa casa de férias que o casal mantém nos arredores. Normalmente nestes fins-de-semana Luisa fica em Lisboa, ou organiza um programa com os seus pais.

Neste contexto a impotência instala-se, assim como o recurso a aventuras extra-conjugais, que têm como função manter o seu narcisismo e confirmar a sua virilidade/potência. No entanto, estas aventuras são vividas com muita culpabilidade, facto que não acontecia no passado. Vitor sempre foi infiel em todas as relações que manteve e, nunca se preocupou com isso (era até motivo de satisfação), na relação com Luisa não consegue integrar estes episódios pois "Luisa é uma mulher excepcional, que não merece isto".

Tal como já foi referido, Vitor só é impotente com Luisa...esta impotência inscreve-se no desejo inconsciente de não ter filhos, Vitor quer ser pai da sua filha, não tendo disponibilidade afectiva para outro filho, não se consegue imaginar com um filho pequeno e, passar novamente por todas as fases de crescimento de uma criança...biberons, fraldas e doenças já não é para ele.

Esta "vontade" de não ter filhos não pode ser dita, consciencializada ou partilhada com Luisa...realmente Luisa não lhe permite o espaço afectivo para ter dúvidas sobre paternidades...quando finalmente Vitor compreendeu, aceitou e admitiu não querer ter filhos conseguiu falar com Luisa, fazer contracepção e fazer desaparecer a impotencia.

Vitor conseguiu também assumir com Luisa que a situação de mentira em que viviam lhe estava a ser particularmente difícil de aguentar, conseguiram entre os dois assumir uma situação de compromisso. Partilhariam com a mãe de Luisa (mais receptiva e afectuosa e sra com a qual Vitor mantinha uma relação muito próxima) e, continuariam a manter a situação como estava para o pai de Luisa, pois este estava num estado terminal (o que teria avivado o desejo de Maternidade na Luisa) e "não valia a pena" dar-lhe esse desgosto.

Efectivamente, apesar da muita tensão e mau-estar, o casal parecia ter uma relação suficientemente gratificante para que este movimento fosse feito e, Vitor conseguisse relaxar um pouco. Se bem que a mãe de Luisa ainda não conheça Marta, já sabe da sua existência e já se pode falar dela. E mais importante, Vitor pode contar tudo a Marta, podendo levá-la a casa sem medo de se ter esquecido de uma fotografia.

Para Vitor sempre foi difícil conciliar mães, filhas e esposas...o 1º casamento aconteceu, porque a namorada engravidou, nunca foi aceite pelos seus pais e, Vitor

sempre se dividiu entre o apoio (afectivo e financeiro) aos pais e o apoio à mulher e à filha.

Os seus pais não gostavam da ex-mulher e, achavam que esta tinha engravidado de propósito, para aproveitar a boa situação que ele tinha. Esta relação nunca foi gratificante e, Vitor sempre viveu muito afastado da mulher e da filha (e muito próximo da mãe).

Quando se divorciou (tinha a Marta 8 anos) voltou a viver em casa dos pais - que ele pagava - nunca assumindo perante estes nenhuma das suas muitas namoradas, o que o obrigava a muitos "suores" para poder passar noites fora e fazer vida de divorciado.

Quando iniciou a relação com Luisa, sentindo que agora era algo de diferente, apresentou-a aos pais que a aceitaram de imediato, mantendo no entanto uma relação muito cerimoniosa. Os pais não contestam a sua decisão de não falar do passado e entram no jogo, mas nunca podem ser espontâneos e autênticos porque poderiam falar de mais.

Todo o dia-a-dia é muito tenso, vivendo-se uma série de relações afectivas pouco gratificantes, mas que não são assumidas como tal, aparentemente tudo está bem mas na verdade não gostam, ou não estão à vontade uns com os outros e Vitor está cada vez mais dividido.

Na psicoterapia consegue perceber, que se calhar não têm que fingir que tudo está bem e, que se calhar é mais saudável Luisa assumir que não quer estar com Marta, do que fazer este jogo do gato e do rato, e inventar sempre uma reunião ou jantar de negócios quando Vitor quer estar com Marta.

A questão das férias é outro problema, Vitor prometeu a Marta uma viagem a Itália se esta entrasse numa Universidade Estatal, mas Luisa não vai com Marta. Vitor acaba por ir com Marta para Itália e, Luisa com uma amiga para a Índia. O casal está cada vez mais afastado e, o projecto de um filho cada vez mais longe.

Vitor assumiu que não quer um filho, Luisa não voltou a falar do assunto, mas ainda não elaborou a sua aceitação e potencial renúncia.

Após estas férias, o casal decidiu procurar terapia conjugal, sentem que as melhorias sexuais são importantes, mas que há outros dados igualmente importantes que têm de ser trabalhados.

## **II - FERTILIDADE E INFERTILIDADE**

Ao abordarmos a questão da Fecundidade/Infecundidade é importante ter presente dados como a situação demográfica, pelo que apresentaremos em seguida alguns dados recolhidos pelo Grupo de Trabalho para o Estudo da Medicina Familiar, Fertilidade, e Reprodução Humana.

### **1- A Situação Demográfica Portuguesa em 1992**

#### **1.1- A População**

A população residente em Portugal foi estimada para Janeiro de 1993 em 9 859 630 indivíduos, tendo em conta os resultados pré-definitivos do Recenseamento de 15 de Abril de 1991, o saldo natural observado em 1992 e o saldo migratório estimado para o mesmo ano.

A taxa de crescimento efectivo, em 1992, foi nula (0,043%), como resultado de um crescimento natural bastante fraco (0,141%) e de uma taxa migratória líquida negativa (-0,101%).

De 1991 para 1992 registou-se um ligeiro aumento da população, embora os níveis tenham permanecido bastante baixos. O saldo actual, que em 1991 foi de 12 400 indivíduos, elevou-se a 14 300, em 1992; paralelamente o saldo migratório estimado em -25 000 indivíduos, em 1991, avaliou-se em -10 000 indivíduos, em 1992. A

evolução destes dois movimentos explica a inversão na tendência do crescimento populacional português no último ano.

O saldo natural em 1992 é o mais elevado dos anos 90, como consequência da diminuição da mortalidade registada naquele ano. A redução do saldo natural foi de 75% no período de 1981 a 1992.

Pode afirmar-se que o saldo migratório se tornou a componente mais importante do crescimento total da população portuguesa durante o período 1986-1991; em 1992 registou-se, contudo, um aumento da contribuição do saldo natural.

O processo de envelhecimento da população prosseguiu nos últimos anos: a proporção de jovens com menos de 15 anos passou de 25,5%, em 1981, para 18,9%, em 1992; enquanto que a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumentou de 11,4% para 14,1% no mesmo período. Em 1981, por cada 100 jovens com menos de 15 anos, existiam cerca de 45 pessoas com 65 e mais anos; estima-se que esta relação tenha subido a 75 em 1992

## **1.2- Natalidade e Fecundidade**

A diminuição do número de nados-vivos prosseguiu em 1992. 114.924 nados-vivos contra 116.299 em 1991 e 152.061 em 1981. A importância relativa dos nascimentos fora do casamento não deixou de aumentar: 16,1% em 1992 contra 15,65 em 1991 e 9,5% em 1981.

A importância dos nascimentos de primeira ordem aumentou: 52,3% em 1992, contra 52,0% no ano anterior e 44,2% em 1981; os nascimentos de segunda ordem registaram

um ligeiro aumento em relação a 1991 (32,0% em 1991 e 32,2% em 1992), mas a evolução estabilizou entre 1981 e 1992. Os nascimentos de ordem igual ou superior a quatro sofreram uma baixa importante: 6,3% em 1992, 6,6% em 1991 e 11,8% em 1981.

A taxa de fecundidade das mulheres com idade compreendida entre os 25 e os 29 anos permanece a mais elevada. As taxas de fecundidade das adolescentes continuam a baixar; paralelamente, a taxa de fecundidade das mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos aumentou. O indicador conjuntural da fertilidade permanece abaixo do nível de substituição das gerações e estimou-se, em 1992, em 1 546 crianças por 1000 mulheres.

A idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho aumentou 1,4 anos no período de 1981 a 1992 e situa-se, no presente, em 27 anos.

### **1.3- Hipóteses de evolução para a fecundidade**

A evolução demográfica da última década foi marcada pelo acentuado declínio da natalidade. A questão que se coloca é saber se a natalidade num futuro próximo irá manter o actual ritmo de decréscimo; se esse ritmo tende a estabilizar ou, ainda, a atenuar-se, como consequência de modificações entretanto ocorridas na estrutura etária da população; ou, finalmente, se se registará um aumento, à semelhança do ocorrido em alguns países da Europa.

É um dado que Portugal tem seguido, embora desfasado no tempo, o padrão de evolução da fecundidade de outros países europeus. A estrutura favorável da população portuguesa, como consequência das fortes taxas de crescimento

demográfico registadas num passado relativamente recente, impediram que os efeitos da forte queda de fecundidade se tenham manifestado com toda a sua amplitude. Atendendo a que só muito recentemente a fecundidade em Portugal, deixou de assegurar a substituição de gerações, não parece muito provável uma inflexão de tendência acentuada num futuro próximo.

Os factores explicativos da queda da fecundidade extravasam o campo puramente demográfico e devem ser identificados no contexto socio-económico em que se tem vindo a desenvolver a sociedade portuguesa. A incerteza sobre o andamento futuro da fecundidade torna difícil prever o número futuro de indivíduos dos grupos etários mais jovens. A incerteza é tanto maior quanto depende também da evolução dos movimentos migratórios externos e do efeito induzido que estes movimentos determinam nos níveis de natalidade.

Sabendo-se que a queda da fecundidade é um movimento que acompanha os processos sociais de modernização, não se pretende incorrer no erro de estabelecer qualquer relação entre a quebra de fecundidade em Portugal e a questão da infertilidade. Apesar de não se conhecer o número exacto de casos estéreis, é calculado pelo método da simples extrapolação realizada a partir de números de outros países, o que nos indica que em Portugal poderão existir cerca de meio milhão de pessoas, em idade fértil, que não terão filhos embora o desejassem.

O Instituto Nacional de Estatística não dispõe, de momento, de projecções de população residente, aferidas para o último Recenseamento da População, que permitam avaliar com segurança os efeitos da recente queda da fecundidade nas gerações futuras e, concretamente, na população em idade activa.

As últimas projecções demográficas divulgadas pelo INE reportam-se a Janeiro de 1991 e têm subjacentes as seguintes hipóteses de fecundidade:

\* **Baixa Fecundidade:** declínio contínuo da fecundidade de modo a atingir o nível mais baixo observado, naquela data, entre os países da Comunidade (1,3 crianças por mulher).

1990-1995	1,462 crianças por mulher
1996-2000	1,407
2001-2005	1,354
2006-2010	1,304
2011-2015	1,304
2016-2020	1,304

\* **Fecundidade Média:** ligeiro aumento dos níveis de fecundidade até atingir 1,7 crianças por mulher.

1990-1995	1,462 crianças por mulher
1996-2000	1,505
2001-2005	1,580

2006-2010	1,580
2011-2015	1,664
2016-2020	1,664

\* Fecundidade Alta: o retomar do nível de substituição de gerações ao longo de todo o período de projecção (não provável e apenas aplicado para estudar o efeito de um aumento de fecundidade na estrutura etária portuguesa):

#### **1.4- Causas da Baixa Fecundidade**

De entre os factores associados à acentuada queda da fecundidade apontam-se, normalmente, o progresso no campo da mortalidade e, em particular, da mortalidade infantil; o recuo e o retardar do casamento e, como tal, da idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho; a difusão dos métodos modernos de contracepção; a dificuldade de acesso à habitação e ao 1º emprego entre os jovens; o grau de instrução e actividade profissional da mulher; a afirmação social e profissional do casal; o processo de urbanização e as correntes migratórias.

Ainda este mesmo estudo prevê que haverá um crescimento progressivo dos casos de infertilidade conjugal, admitindo-se que o recurso a terapêuticas R.M.A. aumentará e contribuirá para o nascimento de cerca de 5.000 a 6.000 crianças por ano.

Estima-se pois que em Portugal 12 a 15% dos casais sofrem de problemas clínicos ligados à reprodução.

### III - O DESEJO DE UM FILHO

*O coração vê o bebé primeiro que o olhar*

Falar de fertilidade/infertilidade implica falar do desejo de ter um filho. A decisão de ter um filho resulta de motivações conscientes ou inconscientes. O desejo de um filho é algo de profundamente humano, difícil e complexo de definir, pois são muitos os motivos que estão envolvidos neste desejo.

Do ponto de vista da Psicologia, como refere Eduardo Sá (1995): "*o bebé nasce nos pais antes de nascer num plano obstétrico(...) Nasce-se quando se deseja um filho mas também quando não se deseja, logo que se pensa nele(...)*"

Como refere S. Dinis "*apesar das crescentes dificuldades da vida de hoje, o desejo do filho continua a ser uma situação "banal" das famílias contemporâneas*". Existe todo um contexto ideológico, social e cultural que rodeia o indivíduo e, que de uma forma mais ou menos explícita, o pressiona no sentido da maternidade/paternidade. E é este mesmo contexto que determina "*a existência de um conjunto de expectativas socialmente aceites sobre o modo como as mulheres concebem o que é estar grávida, como darão à luz o seu filho, o que é ser mãe/pai*" (Hubert 1983, Macfarlane).

Lebovici (1983, citado por S. Dinis) refere que "*ser pai ou mãe corresponde a um desejo, e para alguns a uma pulsão universal, que aparece desde a mais tenra idade não só nas raparigas como também nos rapazes*".

Brazelton e Cramer (1992, citado por G. Santos) procuram identificar alguns aspectos mais importantes no desejo de ter um filho, encontrando factores como: Identificação; Necessidades Narcísicas; Tentativas de Recrear Vínculos Passados; Desejo de Ser Onnipotente e Completo; Desejo de Fusão; Realização de Ideais e Oportunidades Perdidas.

### **-Identificação**

Todas as mulheres que se vão autonomizando, começam a assumir os papeis das mulheres que lhes estão próximas. Vão imitando as suas mães, aprendendo assim a ser mães. Esta imitação é reforçada pelo meio ambiente, que olha agrado para a menina que imita a sua mãe, mantendo assim este movimento.

A observação de crianças mostra para ambos os sexos a identificação com o objecto primário, a mãe pré - edipiana, é pré - figurado nos jogos e na fantasia, muito antes de existir alguma possibilidade física de maternidade/paternidade(Kestenberg 1974, citado por Pines)

### **-Desejo de Ser Onnipotente**

Entre os motivos narcisistas, que alimentam o desejo de ter um filho, contam-se o desejo de manter um conceito idealizado de nós próprios, como seres completos e, onnipotentes, o desejo de nos duplicarmos ou vermos ao espelho.

O desejo de ser completo é satisfeito através do estado de gravidez e, da existência de um filho, a gravidez proporciona às mulheres a oportunidade de estarem cheias,

completas, e de sentirem que o seu corpo é poderoso, produtivo. Este desejo de engravidar revela-se nas brincadeiras infantis, em que tanto a rapariga como o rapaz tentam simular a gravidez.

O desejo narcisista de completude através do filho é diferente, pois a mãe começa por encarar o filho como uma extensão de si própria, como um apêndice do seu corpo.

### **-Desejo de Fusão e União**

Ao desejo de fusão do eu com o seu filho junta-se o desejo de regressar à união com a própria mãe. Este desejo representa uma força vital no desenvolvimento normal, é uma fantasia fundamental para a manutenção do amor próprio e, extremamente importante para a vida amorosa adulta.

### **-Desejo de se Rever no Filho**

Vermo-nos ao espelho é uma dimensão fundamental do narcisismo, do desenvolvimento e da manutenção de uma imagem saudável de nós próprios. O desejo de uma mulher ter um filho tende a implicar a esperança na existência de um duplo. Esta esperança mantém vivo um sentimento de imortalidade. O filho será o testemunho vivo da nossa existência contínua. Este desejo de nos vermos ao espelho estende-se aos ideais e à tradição familiar: o filho representa uma promessa de continuação, a corporização dos valores familiares, o filho é visto como o elo seguinte de uma longa cadeia, que une o pai ou a mãe aos seus progenitores e antepassados. O poder desta filiação cria expectativas intermináveis: o filho terá as feições, o nome da família etc..

### **-Realização de Ideais e Oportunidades Perdidas**

Muitos pais imaginam que o seu futuro filho será bem sucedido, naquilo em que eles falharam. Sabem que não podem realizar todos os sonhos de poder, beleza e força que tiveram na infância.

O futuro filho representa uma oportunidade de inverter a série de limitações e compromissos. O filho imaginário encerra o ideal do ego dos pais, trará consigo a ânsia de onipotência já tentada. O filho fantasiado tem pois, de ser perfeito e realizar todas as potencialidades adormecidas nos pais.

É importante compreender que estes desejos narcisistas são indispensáveis apesar, de poderem mais tarde vir a interferir no desenvolvimento de uma criança. Eles preparam a mãe para a vinculação com o bebê: ela deve encarar o filho como um ser único, como um possível redentor de esperanças perdidas, que tudo pode fazer para realizar os seus sonhos.

Durante os nove meses de gravidez, a mãe vai construindo dúvidas, medos e alguma ambivalência em relação ao filho que está para vir. A fantasia do filho perfeito serve para contrabalançar estes sentimentos. Quando chega a altura, o bebê dará à mãe a certeza de que ela é capaz de criar vida, que o seu corpo funciona bem e, que os seus ideais e esperanças são finalmente realizados.

### **-Desejo de Renovar Velhas Relações**

O desejo de um filho implica também o desejo de um novo parceiro, com quem possamos reatar velhas relações. Uma criança encerra a promessa de renovar laços

perdidos, afectos de infância, e deste modo será dotado de atributos pertencentes a pessoas importantes no passado dos pais. Este potencial é ilustrado no caso de filhos que parecem ser substitutos para um pai, um irmão ou um amigo falecido.

É curioso, por exemplo, observar a frequência com que uma gravidez surge na sequência de uma mulher ter perdido um parente próximo (Coddington, 1979, citado por Brazelton e Cramer, 1992)

A promessa de renovar vínculos passados constitui um incentivo para se ter um filho. O filho da fantasia é dotado de poderes mágicos: o poder de desfazer antigas separações, de negar a passagem do tempo e a dor provocada pela morte e pelo desaparecimento (vide Cap. Casos Clínicos "A Importância de se chamar Ernesto")

Um novo filho nunca é totalmente um estranho. Os pais vêem em cada futuro filho uma possibilidade de reviverem afectos, que podem ter estado adormecidos durante anos, numa nova oportunidade de os recuperarem.

#### **-Oportunidade de Substituição e Separação da própria Mãe**

No desejo de ter um filho, uma mulher identifica-se, ao mesmo tempo com a sua própria mãe e com o feto, desempenhando simultaneamente os atributos de mãe e filha.

Ao gerar um filho, ela acalenta um sonho há muito vivido de se igualar à sua própria mãe, tomando os seus atributos mágicos e invejados da criação.

O desejo de ter um filho também pode incluir um desejo de recuperar imagens da sua própria mãe e, que a agora futura mãe sentiu que agrediu com a sua inveja. Uma mulher pode sonhar oferecer o seu novo filho à mãe, como prova de gratidão. O reaparecimento da relação com a sua mãe é um processo intenso durante a gravidez e, pode revelar-se numa reaproximação com a mãe, surgindo uma nova forma de relacionamento (mais positivo ou mais negativo).

O desejo de ter um filho provem pois de uma necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas tendências latentes. A um nível biológico, o desenvolvimento pubertário e o amadurecimento do aparelho reprodutor tornam viável a concretização do desejo inconsciente à muito acalentado pelo indivíduo. Não só ao nível inconsciente se verifica variação do desejo de ter um filho, também ao nível das motivações mais ou menos conscientes há uma grande variedade de motivos pelos quais um casal deseja ter um filho, motivos que se prendem com questões conjugais (reter o marido ou mulher), questões da relação com os pares (rivalizar com os amigos e ser igual a eles), questões familiares (modificar, assegurar ou reformular a sua posição na família), questões económicas (legar uma herança etc.).

Como já foi referido, desejar uma criança a nível consciente significa representar-se mãe/pai de acordo com as normas ideais sociais e familiares em que o sujeito se encontra inserido. Ter um filho pode significar perpetuar-se, para transmitir a outro o seu destino, “*deixar o transitório para o imortal*”, ou como referenciou Eurico Figueiredo (1993) constituir a “*Imortalidade Simbólica*”.

Na mulher, o desejo de ter um filho é a forma que esta encontra de comprovar a sua própria fertilidade, negando a castração.

Ao nível inconsciente, o desejo de ter uma criança tem as suas raízes no inconsciente de cada indivíduo, apresentando a teoria psicanalítica duas linhas de força que dirigem esse desejo:

1- O Desejo Edipiano - Na mulher o filho desejado é o desejo infantil de presentear uma criança ao seu pai (o filho incestuoso do pai), podendo o feto representar para o seu inconsciente o pénis desejado. Mas o filho desejado é também aquele da filiação materna

2- O Desejo Partenogénico - tendo um filho a mulher reencontra a sua própria mãe, ela a seguirá e a prolongará: é a vertente homossexual da maternidade (Bydlowski, 1978). Assim, desejar um filho, tem o significado de recuperar a sua própria mãe, permitindo-lhe também identificar-se com ela.

Também para o homem o desejo de um filho tem as suas repercussões ao nível consciente e inconsciente. De acordo com Brazelton e Cramer (1989) enquanto que para a mulher, ter um filho, permite-lhe confirmar a sua fertilidade e capacidade reprodutiva; ao homem confere-lhe a sua potência e o seu poder de engravidar uma mulher.

O desejo de reproduzir o próprio sexo é mais frequente nos homens do que nas mulheres, traduzindo por parte destes, uma maior necessidade em confirmar a sua identidade masculina (Brazelton e Cramer 1989).

Também ao nível social muitas alterações têm vindo a ocorrer neste desejo e valor de ter um filho.

Segundo Delaisi de Parseval (1989) nos nossos dias ter um filho tornou-se um dever, no sistema de representações do indivíduo e da família. Símbolo da perpetuação da espécie, a criança também representa a identidade sexual, a integridade psíquica e a integração social do indivíduo e do casal.

Como nos diz Soulé (1982 )," *o fantasma mais profundo não será exactamente o desejo de ter um filho, mas o desejo de possuir o poder de fazer um*".

Mas, nem sempre foi assim. Os estudos de P. Ariés (1983) mostram que com o nascimento da família nuclear, na Revolução Industrial, a criança "*privatizou-se*". Na Sociedade Medieval o sentimento de infância não existia. Sentimento de infância não se confunde com a afeição pelas crianças, mas a consciência da especificidade infantil, essa mesma especificidade que distingue a criança do adulto jovem. Tal consciência não existia. Por isso, assim que "*a criança era capaz de viver sem a solicitude constante da sua mãe, da sua ama ou aia, passava a pertencer à sociedade dos adultos e deixava de se distinguir deles*".

Ainda segundo este autor, na Idade Média, as crianças entravam sem transição na grande comunidade dos homens, compartilhando com os seus amigos, jovens, ou velhos, os trabalhos, os divertimentos de cada dia.

Nestas existências demasiado densas, demasiado colectivas, não havia lugar para a privacidade. A família desempenhava uma função: a de assegurar a transmissão da vida, dos bens e do nome, mas não tinha grande influência na sensibilidade.

A família moderna, surgida após a Revolução Industrial, afasta-se do resto das pessoas e, opõe à sociedade o grupo dos pais e dos filhos. Todas as energias do grupo se

consagram à promoção dos filhos, de cada um deles em particular: os filhos passam à frente da família.

A família moderna subtrai à vida colectiva não apenas as crianças, mas também uma grande parte do tempo e das preocupações dos adultos. Esta nova família corresponde a uma exigência de intimidade e, também de identidade: os seus membros encontram-se unidos pelo sentimento, pelo hábito, e pelo modo de vida.

Nestas famílias, os pais passam a ter o monopólio dos papeis parentais, ao contrário do que sucedia nas sociedades pré-indústrias, nas quais estes se encontravam distribuídos por uma multiplicidade de pessoas.

Assim, a família alterou-se profundamente, na medida em que modifica as relações internas com a criança. Antes do aparecimento da família moderna, ter um filho era indispensável para a sobrevivência: era um **capital** no sentido económico do termo. Procriar representava uma segurança para a velhice. A esterilidade, naquela época, não era só uma doença, mas uma verdadeira catástrofe.

O significado da criança modificou-se no Séc. XX, principalmente após o aparecimento da contracepção. A criança adquiriu um novo sentido: deixa de ser um **capital económico** e passa a ser um **capital afectivo e narcísico**, o que vai trazer novas consequências tanto à vida da criança, como à dos seus pais. De criança “*benefício primário*”, passa a “*criança benefício secundário*”, ao “*filho gratuito*”, obrigatoriamente gerado para que os casais daí retirem prazer. Do ponto de vista psicológico, este filho vem também “curar” a angustia de castração sentida

durante muito tempo pelos seus pais. Acentuada com o uso prolongado de contraceptivos.

A utilização do contraceptivo aumenta a liberdade de decisão em relação ao desejo do filho: o nascimento de um filho ocorrerá, eventualmente, quando o casal sentir que existe uma relação sólida e estável.

A concepção de uma criança comportaria assim duas fases, como nos refere Athéa (1987, citado por Silva M.):

- o reconhecimento do desejo de ter um filho. Tudo se passa como se esse desejo fosse necessário para ser pai e, suficiente para ser bom pai. Caso ele não exista, os bebés não desejados estão destinados a não serem amados;

- uma passagem deliberada ao acto, que se apoia no reconhecimento e é expressão desse desejo: a interrupção da contracepção.

Pelo menos, este parece ser o quadro ideal e racional no qual um casal estaria apto a projectar e conceber um filho desejado, e não a tê-lo por necessidade económica. Este fenómeno contribuiu para que a natalidade, nos países industrializados mais desenvolvidos, tenha diminuído e, por outro lado que a criança seja considerada um bem precioso e valioso socialmente.

O desejo de um filho provém pois desta necessidade psico-socio-biológica. Necessidade esta que nem sempre é coincidente no tempo e no espaço.

Como nos diz Eduardo Sá (1995, citado por M. Torcato )”(...) *uma mulher engravida emocionalmente a um ritmo diferente de uma gravidez obstétrica (...)*”.

A expressão “desejo de um filho” é datada nas representações francesas. Aparece por volta do começo da contracepção química, repousando sobre um fantasma de onnipotência de poder ter, ou não ter, esse Poder de não querer um filho. Esta noção foi mais tarde aplicada às Procriações Medicamente Assistidas; onde a questão do direito a uma criança, reenvia para a concepção objectal da procriação - forma contemporânea do desejo de criança. Tudo se passa neste fantasma como se, por fundar um casal, os protagonistas tenham o direito de reivindicar (por vezes de uma forma um pouco paranóica) a chegada do filho biológico. Este quadro possível coloca a ênfase na vontade, no desejo, ou não, do casal ter filhos, sendo este e só este - o **poder de decidir** - o responsável sobre a sua descendência (Parseval 1994).

Segundo Pasini, referido pela mesma autora, o desejo do filho remete para um nível além do cognitivo e do racional. Perdendo-se, desta forma, a possibilidade saudável referida por este autor:

*“os bons filhos a nascer são aqueles que podemos desejar sem que*

*eles sejam indispensáveis. São os filhos sobre os quais podemos*

*projectar um desejo sem que se tornem uma necessidade”*

Assim, entre o desejar ter um filho e o poder ter um filho há todo um jogo de forças físicas e psíquicas, de maturações e defeitos orgânicos, de pulsões e contradições, de desejos e de interditos. Da resolução destas forças, por vezes contraditórias entre o desejo de ter um filho e o querer ter um filho (o desejo a um nível mais inconsciente e, o querer a um nível mais consciente), seguirá por vezes o indivíduo o caminho da Gravidez ou da Infertilidade; pois tal como numa balança, o pêndulo oscilará entre desejo e recusa, situando-se no reino da fecundidade ou no reino da infertilidade.

## IV - NO REINO DA FECUNDIDADE E DA INFERTILIDADE

*Families with babies and families without babies  
are sorry for each other*

O processo de gravidez tem sido abordado por vários ângulos e várias disciplinas científicas. O nascimento representa para a mulher, e para o seu companheiro, o atingir da maturidade física e psíquica e, o assumir do papel para que estavam biologicamente programados: Ser Mãe/Pai.

Ao nível físico é necessário que estejam reunidos uma série de factores para que a reprodução seja possível.

## 1 - Fecundação

Nothing grows in your garden, only washing and  
babies

Dylan Thomas

Ao mecanismo de fecundação está subjacente a fusão dos gâmetas masculino e feminino, no período fértil da mulher. A produção destes gâmetas dependerá dos sistemas reprodutivos feminino e masculino.

Para que se verifique uma fecundação é necessário que estejam assegurados os seguintes pressupostos:

- 1- Suficiente produção de espermatozóides móveis e normais.
- 2- Deposição de espermatozóides em contacto com o muco cervical.
- 3- Ascensão de espermatozóides no aparelho genital feminino.
- 4- Libertação do óvulo pronto a ser fecundado.
- 5- Trompas anatómica e funcionalmente adequadas.
- 6- Útero propício à correcta nidação do ovo

**NO HOMEM** é fundamental existirem as seguintes condições fisiológicas para que ocorra a fecundação:

- Estimulação testicular pela FSH e LH
- Progressão dos espermatozóides nos tubos seminíferos.
- Mobilização dos espermatozóides nos tubos seminíferos
- Mobilização dos espermatozóides no epidímio
- Ejaculação dos espermatozóides no líquido seminal.

**NA MULHER** também são indispensáveis determinadas condições fisiológicas para que possa ocorrer a fecundação.

- Desenvolvimento folicular influenciado pelas gonadotrofinas FSH e LH
- Produção adequada de estrogénios e sua acção nos receptores específicos da célula-alvo.
- Descarga de LH , libertação do óvulo e formação do corpo amarelo.
- Acção simultânea dos estrogénios e da progesterona no endométrio.

-Captação do óvulo pelo pavilhão da trompa.

-Encontro dos espermatozóides e do óvulo no lúmen tubar e fusão dos 2 gâmetas.

-Encaminhamento da mórula para a cavidade uterina.

-Implantação do blastocisto no endométrio.

-Suporte trófico uterino para o desenvolvimento do produto de concepção.

O processo de fecundação decorre do percurso dos gâmetas, em que os espermatozóides são depositados logo após a ejaculação durante a relação sexual, no fundo da vagina perto do orifício do colo do útero.

É assim depositado um grande número de espermatozóides, visto que o volume médio do ejaculado é de 2 a 3 cm, e cada cm contém normalmente 60 a 120 milhões de espermatozóides.

No período fecundável, os espermatozóides encontram na vagina, um meio fisiologicamente favorável através da segregação do muco cervical, permitindo-lhe atingir o interior da cavidade uterina. Este muco cervical representa assim um elemento indispensável para a ascensão dos espermatozóides, ou seja, de fecundação e de fertilidade.

Atingindo a cavidade uterina, os espermatozóides irão subir para as trompas sob a tripla influência:

-da sua mobilidade própria (flagelo).

-das secreções útero-tubárias que os incitam quimicamente a subir.

-dos movimentos anti-peristálticos da mucosa útero-tubária.

A fecundação dá-se quando, no momento da expulsão do óvulo, o pavilhão da trompa “se cola” ao ovário, dentro do qual está o folículo maduro, de modo a “aspirar” o óvulo libertado e a encaminhá-lo posteriormente para o lúmen tubar.

A fusão dos dois gâmetas ocorre no terço externo de uma das trompas e, origina a formação de um ovo fecundado, que rapidamente inicia um processo de multiplicação celular, ao mesmo tempo que se vai deslocando para o interior da cavidade uterina, através dos movimentos peristálticos da trompa, bem como dos batimentos dos cílios da sua mucosa.

Aquando da nidação do embrião no útero materno, processam-se trocas entre os dois sexos de natureza vascular, tissular e endócrina. O “programa” hormonal, segregado neste período, adquire particular importância quanto à manutenção e ao aumento do suporte trófico uterino necessário à evolução de uma gravidez saudável, particularmente nas primeiras semanas de desenvolvimento embrionário.

## 2 - Vivência Psicológica da Gravidez

*A baby is something you carry*

*inside you for nine months, in*

*your arms for three years, and*

*in your heart till the day you die*

*M. Mason*

A gravidez é um período crítico do desenvolvimento físico e psicológico da mulher. Durante este período ocorrem grandes alterações ao nível orgânico e psicológico, alterações essas caracterizadas por uma grande instabilidade.

É um período de “*crise de maturação normal e organizadora com as suas alterações endócrinas e psicológicas que lhe são próprias*”. Fase caracterizada por reajustamentos e adaptações a um novo papel social, à aquisição de uma nova identidade.

De salientar que as respostas de mulheres grávidas a um teste de personalidade, como é o Teste de Rorschach, apresentam sinais semelhantes aos das adolescentes, tais como labilidade emocional, agitação psíquica etc.”.

Segundo vários autores o desejo de engravidar e a gravidez representam a realização do que de mais profundo existe na mulher psicologicamente amadurecida.

A feminilidade está em estreita ligação com a gravidez: ser feminina implicaria, de certo modo, que se deseje ter um filho.

Para Langer, o desejo de dar à luz um filho provém da sua necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes, que implicam simultaneamente o receio de perder laços de dependência quer em relação ao marido, quer às figuras parentais.

As modificações psicológicas, que ocorrem durante a gravidez, variam de mulher para mulher em função das suas características pessoais.

Brazelton sustenta que todas as experiências da vida da mulher vão influenciar de algum modo as suas aptidões de mãe. Como consequência, é claro que quanto melhor tiver sido o ajustamento da mulher nessas suas experiências mais ela será capaz de assumir as suas novas responsabilidades.

Um dos movimentos fundamentais, que se verifica em todas as grávidas, é o reavivar da passada relação mãe-filha da mulher grávida com a sua própria mãe.

Segundo Maldonado, a gravidez pode permitir o alcançar de novos níveis de expressão de personalidade, ou por outro lado levar a mulher a adoptar uma solução patológica, que se irá prolongar na relação que irá estabelecer com o seu filho.

A gravidez surge assim como um grande período de resolução de conflitos, ou pelo contrário da sua não resolução e cristalização sob uma forma “definitiva”. A mulher grávida terá de renegociar as vicissitudes do desenvolvimento relacionadas com a separação, autonomia e dependência de sua mãe. Está a trabalhar e a viver temas

edípianos de competição, culpa e retaliação. Este período é contudo essencial no crescimento e integração maturativa da mulher.

As grandes alterações psicológicas, que surgem nesta fase, têm pois como núcleo essencial o reactivar dos conflitos vivenciados pela mulher na sua infância com a própria mãe.

A relação com a mãe será um modelo para a relação que iniciará com o filho. Muitas das forças que a ligaram, enquanto criança, à mãe, serão agora mobilizadas de novo para a ligar como mãe ao seu filho (Therese Benedek, 1956).

Soiffer refere-se à gravidez como uma experiência regressiva em que a grávida vai assumir uma atitude de identificação com o feto, o que irá atingir o seu mais elevado grau no processo de parto.

Para Dias Cordeiro a gravidez é fundamentalmente marcada pela vivência da vida infantil. O reavivar de conflitos com a mãe, quando este se acompanha de sofrimento ou de regressão intensa, iria corresponder a uma falta de maturidade para a mulher se identificar com uma mãe sexualmente activa e fecunda. Pelo contrário, a mulher afectivamente madura conseguirá, por seu lado, estabelecer uma identificação estruturante e não conflituosa com a mãe, que a liberta da dependência infantil e lhe permite estabelecer uma relação entre duas mulheres psicosexualmente maduras.

Como é referido por Deutsh, os processos orgânicos que estão implícitos no estudo biológico característico da gravidez, são facilmente utilizados para a manifestação de tensões e conflitos. Estes podem ser pré-existentes (conflitos com a relação com a sua própria mãe, por exemplo), ou ser reactivos ao início da gravidez.

Manifestações psicossomáticas do primeiro trimestre, como as náuseas e os vômitos, são um exemplo desta dupla vertente que coexiste no bio-psiquismo da mulher grávida. Se por um lado (o biológico) há modificações rápidas do equilíbrio hormonal, as alterações psíquicas da gravidez “normal” sucedem-se de forma mais ou menos homogênea, relacionadas com a vivência da mulher se aceitar como madura e que vai gerar um filho diferente de si e do qual se vai separar.

Muita vivência psicológica da gravidez está traduzida na frase anterior, pois aceitar-se como mulher madura que vai gerar um filho implica um processo de incorporação; o aceitar que o filho é diferente de si, um processo de diferenciação; e o aceitar que o filho se vai separar de si, um processo de separação.

Estes três aspectos, **Incorporação; Diferenciação e Separação** assumem uma extrema importância no desenvolvimento psicológico da gravidez.

A mulher grávida começa por viver (no primeiro trimestre) sentimentos de incerteza quanto à realidade da concepção; que reflectem os sentimentos de ambivalência entre aceitação/rejeição de se assumir como mulher adulta. Esta ambivalência leva a uma situação de conflito, cuja “resolução” tem papel importante na gravidez, orientando-se no sentido da aceitação ou da rejeição da futura criança. Neste período podemos situar sintomas como indisposição matinal, náuseas, vômitos etc.

Se a rejeição é mais intensa, o sintoma oral não é suficiente para diminuir a angústia e há uma concentração das tendências inconscientes contra a gravidez na zona anal, o que no limite pode levar a que o aborto aconteça.

Mas, como afirmam Delcros e Widlocher, a resolução deste conflito ocorre durante o primeiro trimestre e, a persistência deste sentimento de ambivalência pode por seu lado estar relacionado com uma incapacidade da mulher para resolver os seus próprios conflitos e dificuldades relacionais com o mundo, sentimentos de hostilidade para com a sua própria mãe, ataques imaginários contra o corpo materno, com a inerente culpabilidade e angústia de perda.

Soiffer discrimina períodos específicos de aumento de ansiedade durante a gravidez que, persistindo por algum tempo, podem chegar a produzir sintomatologia física própria.

Por outras palavras, as mudanças fisiológicas que se processam (orientadas à sustentação física do bebé) sensibilizam a mulher para a mudança psicológica. É o momento em que a mulher se orienta para si própria, transferindo uma parte de si para o bebé crescendo dentro dela.

O bebé imaginário ganha uma nova consistência. A mãe imagina-o em função das sensações que tem, antecipa traços de personalidade e mesmo o seu futuro. Tudo isto será de extrema importância para a relação mãe-recém-nascido, quando o bebé real for confrontado com o bebé imaginário.

É com a percepção consciente ou inconsciente da gravidez que se inicia um dos processos mais importantes na génese do desenvolvimento humano: a relação mãe-filho. É também neste momento que se vão produzir uma série de alterações nas relações da mulher grávida com aqueles que a rodeiam.

A gravidez leva a mulher a um retraimento, a um fechar-se sobre ela própria conduzindo isto a um maior desinteresse por aquilo que a rodeia. A mulher volta-se sobre si, sobre o filho que traz com ela, sobre o seu mundo interior, sobre as suas próprias fantasias.

Este aumento de interesse narcísico por ela própria e, pela relação de simbiose que ela constitui com o seu próprio filho, vai fazer-se em detrimento dos outros objectos de amor: o marido e os filhos.

Contudo, e ainda segundo Delcros e Widlocher, este movimento narcísico regressivo da mulher grávida representa um processo de adaptação à sua nova situação. A identificação regressiva na mulher grávida manifesta-se em variadas áreas do comportamento, tais como: aumento da necessidade de dormir, incremento dos hábitos alimentares e redução da frequência sexual etc.

Mesmo como feto o bebé é um ser activo. Para além das funções corporais básicas de respirar e nutrir-se o bebé bate os pés, dá cambalhotas, engole, fecha o punho, soluça e suga o polegar, responde a estímulos sensoriais, como som e vibrações e pode até demonstrar audição pré-natal.

Uma mãe pode por exemplo perceber que o seu feto se agita se está num ambiente barulhento. Por outro lado, é igualmente no decurso da gravidez que a relação se começa a estabelecer, para além do nível intra-psíquico.

É também no decurso do primeiro trimestre que a actividade onírica se começa a alterar. Se bem que só nos dois trimestres seguintes o conteúdo manifesto dos sonhos apresente relações directas com a gravidez e parto, já nos primeiros meses se nota que

o conteúdo latente se refere à relação da mãe com o feto. Podem ser considerados típicos do primeiro trimestre os sonhos em que algum perigo ou dano físico acontece à mãe ou à criança.

É no fim do primeiro trimestre que se instala a reavaliação que a futura mãe tem de operar acerca do relacionamento mãe-criança que viveu na sua infância. Neste momento, jogam-se novamente os sentimentos de amor e de raiva, de frustração e de satisfação, de dependência e de revolta, outrora experimentados e, superados ou não, segundo a harmonia interna que se organizou em cada mulher.

Com a percepção dos primeiros movimentos fetais há um corte no equilíbrio narcísico da simbiose, que se estabeleceu entre a mãe e a criança. É então aqui, que a grávida começa a fantasiar e a perceber o seu filho como um novo objecto de amor distinto, separado, individualizado.

A futura mãe tem de lidar com a sensação de que o processo de gravidez não é totalmente controlado por ela, isto é, que o desenvolvimento do feto tem um percurso próprio, com regras e ritmos que são independentes da sua vontade. É nesta altura que a futura mãe continua a falar com ele. Além de falar, a futura mãe canta para o seu bebé e mais do que isso, começa a acariciar o ventre, fazendo festinhas, dando palmadinhas etc.

O estabelecimento da comunicação verbal e não verbal da mãe para o filho, constitui o indicador externo de que o processo de familiarização entre os dois seres está a concretizar-se, o que envolve a capacidade da mãe imaginar vários aspectos do seu futuro filho, tais como a face, o sexo e o nome.

Também o conteúdo manifesto dos sonhos se altera nesta fase. Segundo o trabalho clínico de Arthur e Libby Colman, é frequente constatar -se que a mulher grávida deixa de sonhar com perigos e ameaças directamente relacionados consigo ou com o bebé, para passar a sonhar com perigos e ameaças directamente relacionadas com outro elemento da família, ou com um estranho.

O deslocamento da agressividade, elaborada no trabalho onírico, é tanto mais importante quando se sabe que é nesta altura da gravidez que se opera uma transferência das necessidades de dependência e competição da grávida ao nível dos seus objectos preferenciais de relacionamento.

Descrevemos como em relação ao primeiro trimestre a mulher grávida regride a um nível de relacionamento mãe-filho em que disputa as qualidades maternas com a sua própria mãe. Agora no segundo trimestre passa a uma situação de competição com o seu marido e, de necessidade de protecção conjugal. Nas palavras de A. Colman” *esta necessidade de dependência que se opera da mãe para o marido constitui a tarefa psicológica essencial do segundo trimestre*”.

Com o aproximar do momento do parto, a mãe confronta-se com a fantasia inconsciente da perda de uma parte de si própria, que veio investindo ao longo dos últimos meses. Surgem então as ansiedades, os medos, os pesadelos, que longe de serem negativos são um passo importante na elaboração dessas fantasias. Alguns estudos remetem-nos para a ideia de que a ausência da capacidade onírica (ou de fantasia) estaria relacionada com trabalhos de parto significativamente mais longos e mais difíceis. Isto é compreensível se tomarmos em conta que, deste modo, o momento

do parto é igualmente o choque brutal com todas as fantasias que estas mulheres sempre negaram.

A ruptura dos laços biológicos e psicológicos remetem-nos para angustias arcaicas de fragmentação e aniquilamento. Este é o momento em que os sentimentos negativos face à gravidez são justificados através do mal-estar físico e das fantasiadas perturbações do trabalho de parto. Não é raro que a aproximação da inevitável separação mãe-filho acenda um sentimento de perda em relação aos benefícios relacionais a que a grávida se habituou.

De facto, na nossa sociedade é cada vez mais notório que, a grávida é atendida como alguém muito especial, pelo que dar à luz significa, entre outras coisas, perder alguns dos privilégios adquiridos durante a gravidez.

A preparação interna para o parto envolve um aumento de ansiedade. No nono mês de gravidez observa-se geralmente uma inesperada recuperação de energias por parte da futura mãe. A dilatação das veias e o mal-estar geral tendem a desaparecer. Esta alteração promove o ressurgimento do investimento nas tarefas domésticas ou profissionais, de modo a alcançar uma redução da ansiedade que resultava do receio de perda de auto-controle durante o trabalho de parto, ou o receio de perda da criança.

O tempo de gravidez - que é um tempo de espera e como tal de frustração - é, simultaneamente, um tempo de elaboração psíquica, um tempo em que se pára para imaginar, para se "construir" um bebé.

No fim de tantos reajustamentos físicos e psicológicos a que a mulher grávida foi obrigada pela evolução da gravidez, e durante a qual usou todos os recursos à

disposição, um elemento permanece incerto: o desencadear do trabalho de parto. Assim, embora seja uma experiência que dura apenas algumas horas, o parto marcará a vida das duas pessoas de uma forma indelével.

Até aqui referimo-nos apenas à mãe e ao bebé mas cada vez mais o homem vive e se envolve no processo de gravidez. Segundo Brazelton e Cramer (1989), a gravidez da mulher é um período importante para a consolidação da identidade de um homem.

O pai não é somente aquele sobre o qual a separação mãe-bébé se opera, mas aquele cuja aproximação ao bebé tem bastante influência na unidade diática, (sabemos por exemplo que os prematuros se desenvolvem melhor quando os pais acompanham as mães às visitas ao bebé).

Também os pais vivem de uma forma intensa o nascimento de um filho; quase todos os pais referem um sentimento de exaltação maníaca a seguir ao nascimento da criança: o bebé parece ocasionar, para a maioria dos pais, uma brutal libertação de energia psíquica. Como em todo o estado maníaco, fica-nos a pergunta sobre a depressão que ele pode estar a cobrir, o que levou alguns autores a estudarem já a depressão post-parto nos pais.

Um outro aspecto a salientar é que o pai parece viver uma experiência comparável à da mãe dar à luz, (que parece ter alguns pontos de contacto com sentimentos de despersonalização). Muitos pais parecem exprimir surpresa por se sentirem tão implicados nos momentos do parto e seguintes.

Durante a gravidez, o pai sofre a frustração de assistir a um processo do qual ele é separado. Pelo que a ocasião do nascimento é uma parte dele que, brutalmente, lhe é

restituída, e ele tem a possibilidade de mostrar um contra investimento libidinal contido: o que luta contra um desejo de tomar uma posição feminina e de ser mãe durante a gravidez.

A saída do bebé, do ventre materno, constitui uma nova libertação libidinal e a ocasião de investir essa energia no novo objecto agora disponível.

É natural que o pai tenha partilhado com a mãe a angustia de ver nascer um bebé monstruoso, fruto dos seus ataques contra o corpo da mulher, ataques que reeditam os desejos sádicos que ele dirigia na infância contra o corpo de sua mãe.

O pai ao investir no seu bebé torna-se assim como um sistema na relação dual, posição defendida por muitos autores contemporâneos, nomeadamente Brazelton e als. Para eles, a relação mãe-criança, desde o seu início até ao fim, é toda uma sucessão de estados de equilíbrio/desequilíbrio, que permitem atingir novos estados de desenvolvimento maturativo, quer da mãe como mulher, quer da criança como um ser em formação, bem como do pai e de todos os elementos que estejam ligados à família.

Os novos pais são tão sensíveis quanto ao seu bebé que estão aptos a descobrir em cada etapa da evolução o sistema de controle e, de equilíbrio/desequilíbrio adequado. Cada vez que a criança atinge um novo estado eles devem adaptar-se: eles conhecem a excitação e a dor de uma ruptura e, depois uma gratificação quando encontram novamente um equilíbrio homeostático.

Vê-se assim pai e mãe a descobrir que também eles estão em evolução, desde que se familiarizem com o seu bebé. Sistema de feedback recíproco encontra gratificação tanto para os pais quanto para a criança. A ideia de feedback é integrada desde que se

espera homeostase e, nele assume grande importância as forças desorganizativas e a aprendizagem que deve surgir para provocar uma reorganização depois de cada momento de desequilíbrio. É um modelo de adaptação aos contratemplos e mudanças com um fim interno de auto-regulação ( Brazelton )

Já referimos brevemente o papel do pai e de outros membros das interações sócio afectivas e fantasmáticas, pois o tratamento exclusivo da relação mãe-bébé não passa de um isolamento artificial.

Os tipos de interações que determina a criança que nasce inscrevem-se na vida problemática do casal, em que a gravidez da mãe lhe dá pleno sentido em função dos seus fantasmas e dos do marido, assim como as que emergem das obrigações culturais inscritas na comunicação transgeracional.

Também os bebés imaginários devem ter o seu lugar no equilíbrio interpessoal que se institui na família. Após o seu nascimento, os bebés entram mais ou menos facilmente nestes sistemas, que se podem encontrar mais ou menos desorganizados e, podem retomar mais ou menos facilmente o seu equilíbrio.

Por seu lado, também os bebés que não vêm (quando se instala um quadro de infertilidade ) podem ocupar mais ou menos espaço e, desorganizar mais ou menos os sistemas familiares.

### 3 - Infertilidade

*É preciso muito caos interior para poder parir uma estrela que dança*

Tal como foi referido anteriormente, entre o desejo de um filho e a procura desse filho há toda uma mediatização individual, conjugal e familiar.

Na nossa realidade social, assistimos a uma crescente planificação dos nascimentos, produto da contraceção, coincidindo com um decréscimo da nupcialidade e da fecundidade, o casamento dilata-se no tempo, fruto de um novo estar e viver da mulher na nossa sociedade e, em que o projecto de maternidade é cada vez mais um projecto conjugal vivido pelo casal, muitas vezes a par com outros projectos de ordem mais material - casa , carro etc.

Face às condições sócio económicas, o núcleo familiar é constituído por poucas crianças, devendo a criança nascer apenas quando e como o casal quiser. Neste tipo de funcionamento mecanizado o corpo da mulher é visto como mais um bem de consumo e a mulher sujeita-se a uma revisão antes mesmo de se disponibilizar internamente para conceber. Com este pressuposto e, de acordo com o ritmo imediatista do nosso dia a dia, não é de estranhar que muito precocemente se recaia na infecundidade e no recurso à panóplia de técnicas médicas.

O tempo representa um factor essencial, embora relativo e elástico, em matéria de fecundidade, como afirma Delaisi de Parsevak (1983). Assim, enquanto alguns casais desejam impacientemente um filho, outros por seu lado desejá-lo-ão de forma menos impaciente.

Quando se fala em fecundidade do casal, é necessário ter presente não só a valência ginecológica e andrológica, como também a componente emocional que poderá fragilizar a capacidade fecundante e poderá ser fragilizada pela demonstração de infecundidade.

### 3.1 - Definição do conceito

#### **Infertilidade**

A O M S propõe como definição de infertilidade a incapacidade de engravidar ao fim de 2 anos em que são mantidas relações sexuais sem o uso de contraceptivos.

Esta noção parte da observação de que 63% dos casais que desejam gravidez o conseguem ao fim de 6 meses, 80% ao fim de um ano e 5% nos seis meses subsequentes.

Convém ainda distinguir 2 termos directamente relacionados:

**Fecundabilidade:** facto materializado pela concepção de uma criança e;

**Fertilidade:** potencialidade para engravidar.

Devemos distinguir também entre infertilidade primária e infertilidade secundária.

**Infertilidade primária:** incapacidade fisiológica para dar à luz o 1º filho;

**Infertilidade secundária:** incapacidade de dar à luz um 2º, 3º ou mais filhos.

### 3.2 - Incidência

Na Europa cerca de 10 a 15% da população em idade fértil experimenta problemas de infertilidade, havendo a percepção de que este nº está a aumentar. Em causa está o aumento de incidência de doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente as infecções por Chlamydia e as sequelas morfo-funcionais de esterilidade tubo-peritoneais.

Por outro lado, com a crescente entrada de mulheres no mundo do trabalho e a necessidade de realização profissional, tem-se vindo a adiar o nascimento do 1º filho para uma fase de vida em que há já um acentuado declínio do potencial fértil, tal facto associado a uma diminuição da actividade sexual (como consequência do stress), e do uso de produtos tóxicos (tabaco e álcool) estará a contribuir seguramente para o acentuar da infertilidade (Pereira Coelho).

Depois de muitas décadas em que se considerou a infertilidade como exclusivamente feminina (a tal não será concertiza alheio o facto de a maioria dos médicos ser, até à muito pouco tempo, do sexo masculino...), considera-se agora que cerca de 40% dos factores podem ser atribuídos à mulher; 40% ao homem; 20% a factores mistos, dos quais cerca de 10% serão de causa desconhecida.

Segundo Morse os casais que sofrem de infertilidade não constituem um grupo homogéneo e define 3 subgrupos:

- os com problemas orgânicos claramente definidos;
- os que não apresentam causas orgânicas detectáveis;
- os que tendo solucionado os problemas orgânicos continuam a não conseguir ter filhos.

Segundo este autor esta situação pode atingir um em cada seis casais que querem ter um filho.

O nº de crianças por casal anda à volta de 1,7. Alguns estudos apontam para que o nº de filhos desejados se situará perto dos 2,5. Existe alguma adequação entre as aspirações e a realidade (0,7 bebé de diferença é de facto muito pouco...) mas fazer 1,8 filho...! Esta virgula mostra que ao nível da fecundidade/infecundidade algo está "mal no reino da Dinamarca" ( Parseval, 1985 citado por Silva M.)

### **3.3 -Causas da Infertilidade**

#### **3.3.1 - Factores Femininos**

##### **\* Origem útero-vaginais**

- a) Factores vulvares e vaginais ( vaginismo e malformações )
- b) Factores cervicais ( alteração do muco cervical, incompatibilidade muco-espermática )
- c) Factores uterinos, os quais podem ser congénitos ( malformações ) ou adquiridos (incluindo fibromas, pólipos, sinéquias)

##### **\* Origem tubo-peritoneal**

- a) Ausência de trompas, obstrução ou incapacidade de captação ovular
- b)Salpingite ( infecções, principalmente por Chlamydia Trachometis )
- c) Intervenções cirúrgicas abdomino pélvicas

##### **\* Origem ovárica**

- a) Tumores benignos ou malignos do ovário
- b)Radiações

**\* Origem hormonal**

a) desordens endócrinas e metabólicas: insuficiência ou desregulação hipofisária, hipotalâmica ou gonadotrófica, ou ainda alterações iatrogénicas ou patológicas das supra-renais ou da tiróide

**3.3.2 - Factores Masculinos**

**\* Baixa qualidade do esperma**

Nem sempre é possível determinar as causas da baixa qualidade do esperma. No entanto, têm sido postuladas explicações como as varicoceles (que podem causar oligospermia e alterações morfológicas anormais do esperma), as infecções parasitárias ou virais, as anomalias do desenvolvimento (criptorquidismo, por exemplo), as tensões, o tabaco, o álcool, a ingestão de drogas, o calor, as radiações, as lesões neurológicas e outras.

**\* Obstrução dos canais**

As causas podem ser: gonorreia, tuberculose ou chlamydia (infecções), ausência congénita do canal deferente ou de vesículas seminais, trauma pos-operatório nas zonas genitais, vasectomia.

**\* Distúrbios ejaculatórios**

Incluem ausência de ejaculação, ejaculação prematura ou ejaculação retrógrada (esta última pode ser causada por diabetes ou ser consequência de uma intervenção rectal ou à próstata). Estes distúrbios podem ocorrer após acidentes que provoquem a transacção da medula espinal ou após simpatectomia lombar. Hipospadias, epispadias e fimoses são factores locais do pénis que podem também impedir o depósito normal da espermatozoa na vagina, temos ainda a impotência orgânica ou psicossomática.

**\* Factores genéticos**

Incluem aberrações cromossómicas como o síndrome de Klinefelter (XXY) e outros.

**3.3.3 - Factores Mistos**

Dependem normalmente da ocorrência de interacções entre os sistemas reprodutivos masculino e feminino. Existem distúrbios etiológicos específicos e a oportunidade das suas combinações é quase ilimitada.

Salienta-se a falta de conhecimento básico da fisiologia reprodutiva do casal (o casal tem, por exemplo, relações sexuais fora do período de ovulação ou sem penetração vaginal), a incompatibilidade imunológica (entre os espermatozoides e o muco cervical), as deficiências de nutrição (em zonas pobres, podendo causar anemia ou avitaminose, o que pode afectar as funções hormonais dos órgãos reprodutores), a fertilidade diminuída (por vezes, por qualquer razão, ambos os cônjuges têm uma

fertilidade diminuída, o que dificulta ou impossibilita a concepção), e os factores psicológicos (um homem pode ser impotente com uma determinada mulher e não o ser com outra - vide casos clínicos. O Mito do Super Homem)

### **3.3.4 - Factor Desconhecido**

Esta situação ocorre em cerca de 10% dos casos examinados. Mas como as técnicas de investigação da infertilidade estão ainda em desenvolvimento, poderá vir a revelar-se patologia em alguns casos com diagnóstico actual de causa desconhecida.

Cerca de 40 a 50% dos casais com infertilidade de causa desconhecida vêm eventualmente a conceber. Por este aspecto é que é importante que qualquer casal que caia nesta categoria seja informado do seu prognóstico, para evitar que se submetam precocemente a tratamentos, sem sentido. Pois actualmente, verifica-se que muitos casais são inférteis antes de o serem, ou seja recorrem a médicos e começam a tratar um factor que o próprio tempo (externo ou interno) iria tratar.

Além das causas somáticas desconhecidas devem considerar-se também as causas psicológicas. Por volta de 1960, pensava-se que os factores emocionais seriam a causa de aproximadamente metade dos casos de infertilidade, esta visão reducionista veio no entanto a alterar-se com o tempo.

O papel dos factores psicológicos como causa de infertilidade é complexo e confuso. O efeito da infertilidade sobre a psique e da psique sobre a infertilidade não é facilmente destrinsável, parecendo no entanto que ambos se influenciam reciprocamente.

Certamente para algumas pessoas os factores psicológicos induzem infertilidade, mas para muitos autores os problemas emocionais e psicológicos ligados à ausência involuntária de filhos são mais provavelmente o resultado da infertilidade do que a sua causa.

Independentemente da causa, a infertilidade é sempre origem de grande sofrimento. A perda da função reprodutiva pode influenciar as relações sociais e emocionais, as fantasias e os sonhos.

### 3.4 - Aspectos Psicológicos da Infertilidade

Não pensamos que os factores psicológicos possam " per si" ser exclusivamente causa de infertilidade, ou que toda atenção deva ser focada nas perturbações psicológicas precoces. Parece-nos antes que *"componentes biológicos, psicológicos e sociais, contribuem para o modelo explicativo de infertilidade em diferentes proporções e diferentes momentos"* ( Morse 1987 )

Independentemente da causa, a infertilidade é sempre origem de grande sofrimento. Este dado, por si só, coloca os indivíduos inférteis num plano especial de hiper-fragilidade. No entanto, os estudos recentes deste tipo não são verdadeiramente claros.

De uma revisão de bibliografia sobre este tema, e muito principalmente de trabalhos mais recentes efectuados em equipas médicas que lidam com esta problemática, verifica-se que a maior parte dos referidos estudos faz apelo a testes individuais, cuja objectividade como indicadora de psicopatologia e patologia relacional é relativa. De salientar ainda o escasso material dirigido especificamente a esta patologia.

Segundo certos autores, os testes de personalidade, de nível de ansiedade ou de depressão não revelam diferenças significativas entre a população infértil e a população geral. De tempos a tempos alguns estudos mencionam uma tendência neurótica mais acentuada nos casais com infertilidade de causa desconhecida do que com causa conhecida.

Os trabalhos nesta área mantêm duas tendências mais ou menos comuns, por um lado trabalhos de cariz mais teórico e numa compreensão mais psicodinâmica da

infertilidade e trabalhos de investigação mais centrados sobre as reacções emocionais à infertilidade e aos tratamentos.

### **3.4.1 - Infertilidade Feminina**

Bos e Cleghorn (1958) descrevem várias categorias de mulheres pré-dispostas a sofrerem de esterilidade psicogénea:

- Mulheres com imaturidade física e psíquica, emotivas, fracas, hiper protegidas, com hostilidade em relação à mãe e que estabelecem no casamento uma relação Pai-criança;
- Mulheres masculinas, agressivas, que recusam a feminilidade e a maturidade: (salienta-se que a imaturidade e a dependência do primeiro grupo podem dissimular-se por detrás de uma atitude agressiva e dominante da segunda categoria);
- Mulheres de tipo feminino erótico que receiam os cuidados da maternidade e temem ficar feias pela deformação física;
- Mulheres com ansiedade crónica que receiam qualquer modificação e temem a carga emocional da gravidez.

Autores americanos (Helman, Kroger, Mandy, Romn, 1962), distinguem dois grupos de mulheres estéreis:

- Mulheres imaturas, infantis física e emocionalmente. Em virtude das suas necessidades imperiosas de dependência tentam recriar no seu casamento uma relação de tipo parental. São tipicamente " femininas", tímidas, tranquilas, indecisas. Toda a emoção e em particular a agressiva é de difícil expressão. Em consequência da sua necessidade

de protecção e da sua exigência afectiva, são incapazes de assumir o seu papel de mulheres e mães;

-Mulheres agressivas e de comportamento masculino, fortes, ambiciosas, independentes e dominadoras. Triunfam geralmente no domínio profissional em virtude da sua hiperactividade. O casamento é aceite como uma convenção social. Uma criança e a maternidade constituem para elas uma ameaça.

Estes autores concluem que na maior parte do tempo estas mulheres não desejam a maternidade que parecem reclamar.

Kroger ( 1962 ) considera que a psicopatologia mais frequente seria a identificação com a mãe hostil. Segundo Rubinstein, essa hostilidade inconsciente para com a mãe é por vezes tão forte, que chega a criar o sentimento inconsciente de que " *se fossem mães odiariam os seus filhos o suficiente para os matar*"

Helene Deutsh ( 1945 ) insiste na culpabilidade relacionada com a masturbação infantil que originaria o receio de ter deteriorado os seus órgãos e de não poder procriar. Na perspectiva de H. Deustch, a mulher grávida identifica-se com o feto, revivendo desta forma a sua própria vida intra-uterina. Acrescido que o feto representa para o inconsciente da mulher grávida a sua própria mãe e especialmente o seu Super-Ego Materno. A mulher estéril compreende que não pode ter filhos por se ter rebelado contra a mãe.

Frequentemente a mulher que mais tarde fará tudo ao seu alcance para curar a esterilidade (deprimindo-se profundamente em cada menstruação), passou os primeiros anos da sua vida sexual obcecada pelo receio de engravidar, esperando com ansiedade a chegada pontual da menstruação.

Parece que nestas mulheres, tanto a possível fertilidade como a infertilidade desencadeiam o mesmo grau de angustia. Isto parece comprovar que a sua capacidade procriativa apresenta dificuldades, mesmo antes de se confirmar de facto a esterilidade.

Nestas mulheres a gravidez não é um processo biológico como objectivo de terminar num nascimento, é sim uma exposição a graves sofrimentos e perigos que podem levar à destruição da sua feminilidade ou à sua morte.

Estas mulheres apesar de tudo decidem engravidar (por vezes por pressão social), fracassam e angustiam-se com a sua esterilidade, pois esta é interpretada como a comprovação de já haverem sido destruídas anteriormente.

O ódio à mãe, o desejo de continuar menina mimada e a fixação inconsciente à mãe fazem-na sentir culpada e impedem-na de amadurecer e transformar-se ela própria em mãe.

Segundo a mesma aurora, haveria frequentemente na história das mulheres inférteis, um acontecimento trágico ocorrido durante a infância e que faria crer na eficácia e onipotência do seu ódio.

A maior dificuldade para a maternidade da filha reside em problemas de identificação com a sua própria mãe.

Obviamente que o efeito destes episódios trágicos depende de uma série de factores, alguns dos quais poderão funcionar como reparadores de eventuais consequências traumáticas. No entanto, segundo Deutsch, as mães de muitas mulheres estéreis possuíam uma estrutura neurótica e eram mães frustradoras, não havendo ninguém

suficientemente forte no ambiente familiar da menina para contrastar eficientemente a influência nefasta desta mãe.

Parecem, ainda segundo a mesma autora, existir factores típicos nas mulheres com esterilidade psicogena:

\* Presenceiam-se constelações familiares muito desfavoráveis para o desenvolvimento feminino normal.

\* A mãe é a figura central, o pai é uma figura pouco activa e tem relativamente pouca importância para a criança; o pai é sentido pela menina como fraco, e esta não se sente protegida contra a mãe a quem teme.

H. Deutsch sustenta que muitas destas mulheres enquanto crianças viveriam no temor e na obsessão permanente de que a mãe possa engravidar e se o bebé da mãe não nasce, a criança acredita que foi ela que a impediu magicamente pela violência dos seus desejos maus.

Acontecimentos trágicos, em relação com a maternidade da mãe, interviriam como factor fundamental para gerar sério obstáculo; obstáculo esse que impede a filha de se identificar com a mãe precisamente nas suas funções maternas. Esses acontecimentos trágicos, fazem-lhe acreditar na eficácia da sua inveja, os seus ciúmes e na debilidade e inutilidade do seu amor e desejo de reparação. Deste modo a maternidade torna-se extremamente perigosa para ela, fazendo-a temer um destino igual ou pior ao da mãe.

Para algumas mulheres se a gravidez ou a maternidade intervesse junto delas, realizar-se-ia uma representação de tal forma catastrófica, que a esterilidade é o único obstáculo a esta eventualidade..

Na mesma ordem de ideias existiriam esterilidades por disfuncionamento, em mulheres potenciais portadoras duma tara hereditária. De uma forma mais ou menos consciente, elas têm receio de transmitirem algo maligno à criança que delas possa nascer. A sua infertilidade protege o eventual descendente.

Langer (1951) refere que a incapacidade de identificação da rapariga com a mãe fértil, que é sentida como uma mulher sexualmente adulta, é uma consequência das fantasias hostis e invejosas para com esta. Tal seria o factor central na esterilidade psicogena.

Os fantasmas hostis contra a mãe teriam o controle obsessivo destes pensamentos. Langer insiste na frequência de frustrações orais em relação ao nascimento de irmãos, onde o ódio, o rancor contra a mãe grávida foi confirmado por acontecimentos reais, donde um receio de identificação, porque ela é pressentida como perigosa, tentando vingar-se dos sentimentos de ódio que a sua filha sentiu por ela. O medo das represálias originaria a dificuldade de identificação

Langer (1986) refere que se pode observar claramente em várias análises que a falta de fecundação é a expressão de factores psicológicos negativos para a gravidez.

Também Langer, à semelhança de Deutsch, aponta alguns factores que estariam associados ao fenómeno infertilidade:

- a constelação familiar, em que a mãe é a estrela principal e brilhante, tendo o pai um papel relativamente pouco importante;
- é comum encontrar nestas mulheres uma frustração durante a etapa oral, frustração essa que não se refere exclusivamente a uma alimentação inadequada (um desmame brusco, p. e.), mas também ao sentimento de falta de carinho ou de atenção. Tudo isto

"provoca o ódio contra a mãe frustradora e o seu desejo de sugá-la, esvaziá-la, e tirar-lhe a força e o conteúdo negado do seu corpo". Estas fantasias inconscientes podem levar, mais tarde, a menina a acreditar que a sua mãe, numa vingança justa, a tenha esvaziado e privado assim da sua capacidade de ter filhos. Estas fantasias inconscientes podem levar ao medo de engravidar, temendo que a mãe a possa privar do "conteúdo valioso do seu próprio corpo, representado pelo bebé".

- acontecimentos trágicos em relação à maternidade da mãe, também podem criar barreiras que impedem a menina de se identificar com aquela nas suas funções maternas. Estes acontecimentos levam-na a acreditar na eficácia do seu ódio.

- infantilismo ou virilização das mulheres, para se protegerem dos "*perigos da maternidade...*", esta virilização não é senão uma defesa contra a sua fixação a uma mãe frustradora. Esta fixação obriga-a a manter a mãe a seu lado, encontrando para isso a melhor forma possível. Se a mãe a quer e a mima como uma menina indefesa, ela ficará infantil. Se espera conseguir mais da sua mãe fingindo ser homem e dominando-a, viriliza-se e fantasia ter um pénis, a virilização permite-lhe, por outro lado iludir os supostos perigos incluídos na sua feminilidade.

Ainda segundo Langer, a mulher infértil quando engravida fá-lo impulsionada por uma necessidade de reparação.

Thérèse Benedek (1951) considera que a esterilidade funcional é uma defesa somática contra o stress da gravidez e da maternidade, ou contra os perigos inerentes à função procriadora. A autora salienta que é importante levar em linha de conta a ideia de que, a gravidez e a maternidade podem estar em conflito. E ainda o facto da rapariga

crescer muitas vezes em contacto com mães, que estão mais preocupadas em manter o seu aspecto físico, do que aceitar com naturalidade o seu papel biológico.

Wittokner (1940) considera que a ligação das mulheres inférteis com os seus pais foi privilegiada e, que do ponto de vista fantasmático a infertilidade teria um carácter de realização incestuosa, como tal a mulher permanece estéril porque toda a concepção teria um carácter incestuoso.

Alguns autores encontram uma alta frequência de imaturidade psico-sexual nas mulheres inférteis. Do ponto de vista dinâmico existe uma fixação, ou regressão, a um nível, ou uma idade, em que os conflitos não surjam.

Danielle Labrousse (1980) a partir do trabalho de Reboul comenta, como muitos outros autores de linha psicanalítica, que todas as gravidezes são ambivalentes e a espera feliz de uma criança é o produto do equilíbrio dos afectos inconscientes contraditórios.

Autores como M. Bydlowski, M. Dayan- Lintzer; B. Fonty; L. le Vaguerese consideram a esterilidade como um sintoma em si mesmo indutor de um sofrimento psíquico e, de um pedido que motiva a consulta do médico, estando ou não assente este sintoma numa patologia médica acessível a uma terapêutica somática ou não.

Estes autores indicam que uma causalidade funcional pode estar correlacionada com as emoções, vida psíquica e vida afectiva, Acrescentam que, no plano psicológico, a esterilidade não tem nenhuma explicação caracteriológica privilegiada.. Não há nenhum perfil psicológico de mulher estéril.

A esterilidade/sofrimento inscreve-se num contexto biográfico onde adquire um determinado sentido, não podendo haver referência a uma explicação unívoca.

Este sofrimento é resultante dum compromisso psíquico entre um desejo consciente - desejar ter uma criança - e desejos inconscientes contraditórios. Esta preposição faz entrar o sintoma estéril num campo mais vasto do que o sintoma histérico, que nasce do conflito psíquico entre um desejo inconsciente e o seu interdito.

Desejar uma criança a um nível consciente significa, como já referimos, representar-se mãe de acordo com as normas, ideais sociais e familiares em que o sujeito se encontra inserido.

Na mulher, o desejo de ter um filho é uma forma de comprovar a sua própria fertilidade - é negar a castração. Podemos assim ter em consideração que, o desejo consciente de ter um filho camufla o desejo de gravidez em si mesmo e, o sentimento de plenitude que a mulher retira da gravidez.

Na outra perspectiva, o desejo de uma criança tem as suas raízes no inconsciente de cada mulher. A teoria e prática psicanalítica apresentam-nos duas linhas de força que dirigem este desejo:

1 - O desejo edipiano - na mulher o filho desejado é, de forma diversa consoante os casos, o desejo infantil de presentear uma criança ao seu pai (o filho incestuoso do pai). O feto pode representar para o seu inconsciente o pénis desejado. Mas é também o filho da filiação materna. tendo um filho a mulher reencontra a sua própria mãe, segui-la-á e prolongá-la-á - esta é a vertente homossexual da maternidade (Bydlowski 1978). Assim, desejar um filho tem o significado de recuperar a sua própria mãe e

também permite identificar-se com ela, encontrando assim a resolução da angústia de castração.

2 - o desejo de reprodução partenogénico - nomeadamente o desejo de ter um filho provindo de uma necessidade psicobiológica.

Para as mulheres que se encontrariam em conflito com a sua feminilidade, atingir a finalidade da maternidade "negar a castração" é algo que se lhes depara com grandes dificuldades.

O conflito, vivido por estas mulheres, poder-se-á formular por duas correntes diferentes de fantasias inconscientes descritas por M. Klein - as posições esquizo-paranoides e a posição depressiva. Segundo estas posições, vamos analisar em qual se encontra a mulher em conflito com a sua feminilidade: abrigar o pénis, o sémen e o feto dentro de si, significa para a mulher ter roubado algo que pertence à mãe, significa ainda ganhar e triunfar sobre esta. Posto isto, adquire também o significado de perigo do castigo e da destruição da sua mãe sobre ela. A mulher encontra assim a solução para estes factos através da esterilidade.

No entanto, estes desejos entram em conflito com o desejo de reparação da posição depressiva, pela sua própria gravidez e parto deseja devolver-lhe o que lhe roubou, através de um filho sadio, dando assim conta tanto da tolerância e bondade como da excelência e integridade do seu corpo. Assim se explicaria como após anos de infertilidade, um dia impulsionada pela sua necessidade de reparação a mulher engravidaria.

Marie Langer considera que, na mulher estéril prevalecem os temores paranoides. E assim, a mulher, edificaria segundo a sua estrutura de personalidade, diferentes barreiras contra a incorporação do pénis e do sémen, ou do alojar do feto dentro de si.

Encontramos assim a barreira inorgástica como tentativa de defesa, ainda que de carácter fantasmático. A mulher inorgástica, ao não sentir prazer no acto sexual, espera iludir as suas consequências nefastas.

Outras mulheres recorrem ao transtorno hormonal, traduzindo desta forma inibições relacionadas com o funcionamento somático, anulando assim passageiramente a sua feminilidade que se tornou tão perigosa.

O espasmo das trompas, encontra-se entre as defesas mais íntimas e primitivas contra a fecundação. Por detrás do seu disfarce histérico podemos perceber a atitude autista de cortar toda a comunicação com o mundo hostil.

Relativamente à esterilidade psicogena, o problema torna-se complexo. na medida em que a mulher manifesta um desejo consciente de ter filhos, no entanto paralelamente ao seu desejo, estão em jogo factores muito importantes inconscientes em maior ou menor grau, correspondendo a um intenso receio de que tal aconteça (expressos sob a forma de sentimentos de culpa, castigo, destruição e morte eminente, abandono, medo do parto etc...). Actuando assim, a esterilidade como uma defesa para uma situação que é sentida como um perigo.

M. Langer refere ainda que a esterilidade, a impossibilidade da mulher engravidar, deve-se a uma fixação oral intensa à mãe, provavelmente em consequência de um desmame brusco, de uma retirada de carinho ocorrida por uma nova gravidez da mãe e o nascimento de um irmão mais novo. Esta fixação nunca teria sido plenamente

Marie Langer considera que, na mulher estéril prevalecem os temores paranoides. E assim, a mulher, edificaria segundo a sua estrutura de personalidade, diferentes barreiras contra a incorporação do pénis e do sémen, ou do alojamento do feto dentro de si.

Encontramos assim a barreira inorgânica como tentativa de defesa, ainda que de carácter fantasmático. A mulher inorgânica, ao não sentir prazer no acto sexual, espera iludir as suas consequências nefastas.

Outras mulheres recorrem ao transtorno hormonal, traduzindo desta forma inibições relacionadas com o funcionamento somático, anulando assim passageiramente a sua feminilidade que se tornou tão perigosa.

O espasmo das trompas, encontra-se entre as defesas mais íntimas e primitivas contra a fecundação. Por detrás do seu disfarce histérico podemos perceber a atitude autista de cortar toda a comunicação com o mundo hostil.

Relativamente à esterilidade psicogénica, o problema torna-se complexo. Na medida em que a mulher manifesta um desejo consciente de ter filhos, no entanto paralelamente ao seu desejo, estão em jogo factores muito importantes inconscientes em maior ou menor grau, correspondendo a um intenso receio de que tal aconteça (expressos sob a forma de sentimentos de culpa, castigo, destruição e morte eminente, abandono, medo do parto etc...). Actuando assim, a esterilidade como uma defesa para uma situação que é sentida como um perigo.

M. Langer refere ainda que a esterilidade, a impossibilidade da mulher engravidar, deve-se a uma fixação oral intensa à mãe, provavelmente em consequência de um desmame brusco, de uma retirada de carinho ocorrida por uma nova gravidez da mãe e o nascimento de um irmão mais novo. Esta fixação nunca teria sido plenamente

ultrapassada: o ódio que a menina sentiria pela mãe frustradora impedi-la-ia de se identificar à mãe grávida e, alcançar por sua vez a maternidade.

Em alguns casos a mulher para se ilibar da sua culpabilidade nega e projecta a sua rejeição de mulher grávida - não é ela que proíbe à mãe a maternidade mas esta que não lhe permite ter um filho.

Noutras famílias em que o pai não desempenha nenhum papel importante e em que os filhos só têm cuidados maternos, vivem num ambiente de frustração afectiva, sendo o pai sentido como aquele que lhes tira o carinho da mãe (dormindo com ela e engravidando-a). A menina, nestes casos, estabeleceria com o pai uma franca rivalidade. Não podendo ter um filho sem renunciar definitivamente à esperança de ter um pénis e conquistar a mãe.

A menina assume assim uma posição viril. Rejeita a feminilidade - rivalizando com o pai ela pode conquistar a mãe; com esta defesa consegue salvar-se da identificação perigosa com a mãe, protege-se do seu castigo (protecção essa que será a esterilidade).

Infantilismo ou virilização aparecem assim como mecanismos para manter resultados. A menina na puberdade fica infantil, ou viriliza-se, para se proteger contra os perigos que a fertilidade lhe trás. Partindo da dificuldade de se identificar com a mãe, a criança elege outra forma de se aproximar dela: ficará criança ou tentará transformar-se parcialmente em menino, porque assim acredita poder retê-la ou conquistá-la melhor.

H. Deutsch refere que acontecimentos trágicos, relativos à maternidade da mãe, poderiam intervir como obstáculo fundamental, que impediria a filha de se identificar com a sua mãe nas suas funções maternas. Estes acontecimentos trágicos, fazem-lhe acreditar na eficácia da sua inveja, dos seus ciúmes e ódio.

Deste modo a maternidade torna-se extremamente perigosa para ela, fazendo-a temer expor-se a sofrer como castigo um destino igual ou pior que a sua mãe. A reagudização destas fantasias quando adulta poderia causar múltiplos transtornos somáticos.

A vivência da infertilidade vai ser diferente de individuo para individuo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar e da importância de que se encontra investido o futuro filho. Sabe-se que a infertilidade é mais traumático para as mulheres do que para os homens.

De acordo com Berger e al (1986), a descoberta da infertilidade nas mulheres gera sentimentos de impotência transitórios, perda de auto-estima, afastamento dos maridos, raiva, culpa e desejo de reparação.

Estas mulheres relatam também menor satisfação com as suas vidas. Em contraste com mulheres com filhos, elas avaliam a vida como menos interessante, menos recompensador, mais vazia, mais sombria e sentem-se menos felizes (Callon e al, 1988).

Um estudo conduzido por Gusman e al (1988) revelou que a manifestação psicopatológica mais frequente era a depressão com tristeza, desalento, insónia, inapetência etc. como reacção à frustração do desejo de engravidar. Estas mulheres exibiam fortes sentimentos de inferioridade, sentindo-se desvalorizadas e inferiores às outras mulheres. Verificou-se ainda que, 37% não apresentava qualquer reacção emocional, no entanto os autores apontam que esta reacção emocional de indiferença era aparente, e que na realidade o que operava eram mecanismos psicológicos defensivos como a negação e a racionalização.

Também este estudo relatou a existência de problemas de relação com o cônjuge num nº significativo da amostra (11%).

Plat e al (Citado por Rosenfeld et Mitchel, 1975) encontraram níveis elevados de ansiedade, neuroticismo e distúrbios emocionais em grupos inférteis.

Mai e al (citado pelos mesmos autores) estudou dois grupos de mulheres férteis e inférteis, através de entrevistas psiquiátricas e apesar de ter encontrado mais desordens de personalidade históricas e agressivas nas mulheres inférteis, não encontrou mais neuroticismo ou psicotismo neste grupo.

McEwan e al (1987) investigou 62 mulheres e 45 homens sobre o ajustamento psicológico ao medo de se ser incapaz de ter um filho, revelou que aproximadamente 37% de mulheres e 11% dos homens com casamentos inférteis apresentavam distúrbios psicológicos. As mulheres mais jovens e as mulheres que ainda não tinham recebido um diagnóstico estavam mais angustiadas que as outras.

Wright, Duchesne e al (1991) num estudo sobre a angustia psicossocial e a esterilidade em homens e mulheres concluíram que ambos eram significativamente mais angustiados que a média da população.

As mulheres inférteis mostravam ainda maior angustia que os seus parceiros numa escala de sintomas psiquiátricos e nas sub-escalas de ansiedade, depressão, hostilidade e distúrbios cognitivos, bem como nas medidas de stress e auto-estima.

Perturbações sexuais e inferioridade sexual podem ser um dos muitos e complexos problemas emocionais dos casais inférteis.

Macgrad e Toloc (1981) confirma que, um grande nº de homens e mulheres reconhecem o stress emocional, a tensão, a maior incidência na função sexual associados à infertilidade.

Freeman e al (1983) numa investigação com mulheres inférteis, com ausência de ovulação apurou a existência neste grupo de maiores inibições sexuais que poderiam resultar da longa frustração em tentar engravidar.

Morse (1987) no seu artigo de revisão identifica alguns factores explicativos de infertilidade:

-A qualidade das experiências infantis, já que o desejo de maternidade se desenvolveria a partir de uma identificação não agressiva com a figura materna;

-A existência de condições stressantes (entendido o stress como o processo contínuo que se desenvolve a partir das transacções do individuo com os ambientes exterior, social e interno);

-A vivência de conflitos psíquicos conscientes, ou inconscientes, entre o papel tradicional do sexo feminino, centrado nos deveres de esposa e da maternidade e as solicitações da vida moderna.

Neste quadro teórico situa-se a investigação de Astor (1985) em que se identificam 3 subgrupos de mulheres estéreis:

-As que não queriam engravidar, mas desejavam um filho.

-As que queriam engravidar mas não queriam ter filhos.

-As que rejeitavam a reprodução.

### 3.4.2 - Infertilidade Masculina

Como já referimos anteriormente, o grosso dos trabalhos de investigação realizados sobre a vivência da infertilidade recaem sobre a mulher. Se a infertilidade é complicada para a mulher para o homem não o será menos, tanto mais que um homem infértil não só vive o seu "drama" pessoal como impede a sua companheira de concretizar um desejo.

Durante muito tempo relegou-se a questão da infertilidade masculina, apenas recentemente se começou a estudar fertilidade masculina e se verificou que havia numerosos casos em que a não concepção poderia ser atribuída ao homem. O que nos poderá remeter à partida, para a dificuldade do homem em assumir a sua infertilidade.

A tomada de conhecimento, pelo homem, do diagnóstico médico de infertilidade masculina, corresponde a um momento de grande sofrimento psicológico, a um impacto traumático que não se fica apenas na impossibilidade de ter um filho, uma vez que é sempre possível tê-lo - quer através das técnicas de reprodução medicamente assistidas, quer através da adopção - mas principalmente na impossibilidade em "*fazer um por si mesmo*" (Soulé, M.;1987).

Lebovici e col. (1990) nos trabalhos que dedicaram ao estudo do desenvolvimento da paternidade, em casais que recorrem às técnicas de reprodução medicamente assistidas, referem que a descoberta, pelo casal, duma esterilidade masculina, é para o marido fonte de vergonha, golpe narcísico e, ao mesmo tempo, possível fonte reactiva de toda a culpabilidade ligada à sexualidade infantil, constituindo um golpe na sua virilidade.

Estes autores (Lebovici e col.; 1990) procuram salientar que a paternidade nestas condições, fica seriamente comprometida pelas fantasias que regem estes pais, pois é reactivada a problemática ligada à culpabilidade edipiana "regresso" e intensificação dos fantasmas de castração.

Seabra Diniz (1991) ao longo do seu trabalho clínico, com casais estéreis (factor masculino) constatou que, quase invariavelmente, manifestam preferência pela adopção de uma menina. Segundo este autor esta preferência, é fruto do fantasma de desvirilização e castração que a esterilidade parece "acordar" no homem; tornando particularmente difícil de gerir a presença em casa dum «concorrente "homem", futuramente capaz do que ele próprio não pode fazer».

Também Lebovici (1980) se refere à mesma realidade, preferência por adoptar uma menina e, salienta que muitas vezes estes homens que se vêm confrontados com o diagnóstico da sua infertilidade, só optam pela adopção depois de atingirem uma idade em que a sua fecundidade já não necessite de ser provada.

A esterilidade, conforme sublinha Lebovici (1980), questiona antes demais o poder de procriar do homem. Provocando, muitas vezes, «*uma viva angustia de castração*», que se exprime mais facilmente ao nível do pénis e, é frequente que por vezes tenham lapsos verbais e quando interrogados digam impotência em vez de infertilidade.

Na sociedade ocidental a infertilidade devido a factores masculinos é pensada a partir da equação fertilidade/virilidade. Esta associação é expressa através da crença de que um filho é a evidência da virilidade do homem, da sua capacidade ou bom desempenho sexual; a gravidez da mulher contribui neste sentido, para reforçar o sentimento de ser um homem viril, ou seja confirma a sua masculinidade (Matos, 1995; Morse 1987)

Parseval (1985) refere que a "*equação que existe entre nós de fertilidade/virilidade para os homens, ou de maternidade/feminilidade para as mulheres ou ainda de esterilidade/punição não é em nada natural nem universal*" mas fruto de um sistema de representações que flui duma leitura fundamentalmente fisiológica.

Também vários autores (Faria, C. 1995; Matos, I. 1995; Seabra Diniz, J. 1991; Mahlstedt, P. 1985) referem-se à associação impotência/esterilidade; ou seja muitos homens vivem a sua esterilidade como uma manifestação de impotência, questionando-se por isso na sua masculinidade.

Soulé e col. referem-se a esta questão, consideram que potência sexual, fecundidade e paternidade se interligam entre si numa corrente e que a ausência de um elo - da fecundidade - provoca o questionar do outro - da potência sexual, e conseqüentemente da virilidade e do bom desempenho sexual do homem.

A confirmação de um quadro de infertilidade envolve uma profunda ferida narcísica também ao nível corporal, na medida em que o corpo passa a ser vivenciado como «*defeituoso e mal funcionante na falta do bom esperma*» (Parseval 1983)

Mahlsted(1985) descreve, não se referindo especificamente nem à mulher nem ao homem, como reacções emocionais mais comuns: a depressão, fruto das múltiplas perdas e do stress prolongado que a situação envolve.

Lalos & col. (1985) concluem, a partir dos resultados duma investigação longitudinal, que o conjunto das reacções psicológicas à crise que a infertilidade despoleta pode descrever-se em termos de depressão, culpa e isolamento.

É possível encontrar referência às diferenças em termos de vivência, entre homens e mulheres, em variados estudos sobre o impacto psicossocial da infertilidade.

Wright & col. (1991) encontraram diferenças sexuais significativas, no que se refere à vivência da infertilidade, no início da procura de ajuda. As mulheres apresentavam maiores níveis de ansiedade, depressão, stress, hostilidade e distúrbios cognitivos que os seus parceiros, para além de uma auto-estima mais pobre. Estes autores atribuem as diferenças à pressão social da mulher no sentido da maternidade; acabando por se traduzir, muitas vezes, num sentimento de culpabilidade mesmo quando a infertilidade se deve a factores masculinos.

Estes resultados são reforçados por McEwan e col. (1987), 30% das mulheres da amostra, cuja infertilidade se devia a factores masculinos, culpavam-se a si próprias pela situação. De salientar que mesmo em infertilidades de causa masculina, a maioria dos tratamentos recaem sobre a mulher, e que todo o insucesso é vivido como uma falha sua.

Os dados do estudo conduzido por Lalos e col. (1985) confirmam as diferenças sexuais, também no que se refere ao impacto da infertilidade: as mulheres manifestaram mais distúrbios psicossociais do que os seus parceiros, contudo a amostra era constituída por casais cuja infertilidade se devia exclusivamente, a factores femininos.

MacNab (1985, citado por Snarey & col. 1987), num trabalho realizado com um grupo de 30 homens inférteis, descreve que estes experimentam, face ao diagnóstico, um sentimento de descrença, desamparo e um sentimento de perda de controle sobre a própria vida e possibilidade de fazer escolhas.

Kraft e col. (1980) referem que a maior parte dos homens vive a própria infertilidade como uma severa ameaça à sua auto-imagem masculina.

Bydlowski (1988) salienta que alguns homens confundem potência sexual e capacidade fecundante, o que se traduz na compreensão da própria infertilidade masculina como um sinal de impotência.

Snarey e col. (1993) realizaram um estudo longitudinal com 343 homens inférteis ao longo de quatro décadas. Um dos objectivos do trabalho era identificar alguns dos factores que poderiam influenciar as estratégias de coping utilizadas por estes homens. Assim, os factores encontrados como mais significativos foram: o prognóstico médico sobre o futuro fértil do casal, o número de anos a tentar ter filhos, e o tipo de "*substituto inicial da paternidade*". Este factor foi definido a partir da prática clínica destes autores com homens inférteis, e tem que ver com o investimento numa determinada actividade no momento da descoberta da infertilidade.

Relativamente ao prognóstico médico sobre o futuro fértil: os homens da amostra, a quem foi dada esperança de vir a conceber preferiam aguardar o nascimento do filho do que considerar outras opções. Ao contrário, os homens a quem não foi dada qualquer esperança médica, mostraram uma maior apetência para continuar sem filhos do que considerar a adopção. Em contraste, aqueles cuja esperança se conservava incerta pareciam mais empenhados em encontrar outras soluções, acabando por recorrer com mais frequência à adopção.. Os autores concluíram que alguma esperança poderá ter-se traduzido em algum controle pessoal sobre a situação, intervindo no sentido dum melhor ajustamento à situação.

Os dados obtidos por Koropatnick e col. (1993) e por McEwan e col. (1987) parecem apontar outra tendência: os indivíduos que têm conhecimento da irreversibilidade da sua situação revelaram menos distúrbios e dificuldades intra pessoais comparativamente aos indivíduos que ao invés, a percebiam como incerta e temporária.

Snarey e col. encontraram ainda uma relação significativa entre o tempo de infertilidade, mais especificamente, o número de anos a tentar ter filhos e o "*tipo de resolução da paternidade*"; quanto mais tempo passara, menor a probabilidade de procurar outras soluções para se tornarem pais. Relação esta que parece estar associada com a aceção de "tarde demais para constituir uma família" e com o sofrimento e subsequente desgaste que o processo envolve.

Koropatnik e col. (1993) referem que, a passagem do tempo, associada à expectativa do fim dos tratamentos, parece influenciar de forma positiva respostas mais ajustadas à crise da infertilidade. Conforme os resultados também permitiram pensar, a idade poderá ser uma das características individuais, que influi no tipo de "resposta-à-crise" da infertilidade: os homens com trinta, trinta e poucos anos revelaram respostas mais adaptadas, auto-avaliações positivas e níveis de satisfação mais elevados do que os indivíduos com idades superiores..

Também um estudo português de Torcato, M. (1996) em que foram avaliados homens inférteis no que diz respeito ao auto-conceito e à correlação deste com o diagnóstico, verificaram-se níveis de auto-conceito mais baixos quando havia ambiguidade face ao diagnóstico.

No que diz respeito à mulher do homem infértil, poderá reagir depressivamente e duma forma hostil, na medida que se vê frustrada pelo marido no seu desejo de gravidez e maternidade o que remete para a complexa dinâmica conjugal.

A mulher poderá sentir-se menos feminina ou posta em causa, na medida que na sua fantasia e, em consequência do binómio fertilidade/virilidade, o homem infértil é igual a impotente, assim ela prefere muitas vezes fazer-se passar por infértil, do que assumir o seu casamento com um impotente.

Ela poderá mostrar-se por vezes compreensiva e apoiante para com o marido, para no momento seguinte se mostrar agressiva e deprimida face às suas próprias perdas (Mahlstedt 1985).

A tomada de conhecimento de um quadro de infertilidade masculina representa para o homem uma ferida narcísica, um ataque ao nível da sua masculinidade, uma reactivação da culpabilidade e da angustia de castração, despoletando muitas vezes reacções depressivas.

A culpa pode aparecer pelo sofrimento da mulher, e pelo desapontamento que está a provocar nos que lhe são próximos, como por exemplo aos seus pais que priva de se reverem enquanto avós.

Soulé e col. determinam que as circunstâncias que envolvem o conhecimento do diagnóstico são fundamentais para o modo como o homem se vai ou não adaptar a essa realidade; distinguindo quatro situações:

Esterilidade completa de descoberta brutal - quando após algum tempo a tentar ter filhos o casal decide, finalmente consultar um médico, pensando talvez numa

esterilidade de factores femininos, e é surpreendido pelo diagnóstico de esterilidade masculina para a qual até há muito pouco tempo não havia terapêutica, o casal reage mal a esta realidade; havendo frequentemente uma negação da esterilidade com idas frequentes a médicos e onde a elaboração do trabalho de luto não se faz ( vide capitulo casos clínicos - Será que tem os olhos do pai?).

Esterilidade revelada depois de algum tempo e devido a causa conhecida (malformação congénita etc.) existe uma fase de habituação, que permite alguma restauração narcísica, a diminuição da culpa e depressão através da utilização de mecanismos de defesa, fundamentalmente projectivos.

Segundo Soulé e col., a habituação progressiva facilita a dissociação entre fecundidade e potência sexual. Quando a causa se circunscreve numa malformação congénita o elemento da culpabilidade é projectado ao nível dos pais. Segundo Mahlstedt, quando existe uma razão plausível e compreensível que justifique claramente a impossibilidade em ter um filho, sentem-se menos frustrados, zangados e deprimidos.

Esterilidade secundária a tratamentos quimio ou radioterapêuticos, muitas vezes na sequência de um processo canceroso. Também ao nível psicológico esta esterilidade é secundária, pois é consequência dum tratamento vital em que o que estava em causa era a própria vida, o que importa é a cura.

Hipofertilidade- Soulé e col. consideram este um grupo à parte, os resultados não são definitivos, são mesmo muitas vezes flutuantes, o homem não é verdadeiramente infértil; ao fim de algum poderá haver alguma elaboração do luto, que na maior parte dos casos não é completa havendo sempre a procura de um filho biológico, mesmo quando recorrem a uma Inseminação com Esperma de Dador.

Do que foi referido não parecerá estranho que quer a infertilidade feminina quer a infertilidade masculina envolvam reorganização individual e do casal enquanto casal.

### 3.4.3 - Infertilidade Conjugal

Também a dinâmica conjugal tem papel determinante na génese e na vivência da infertilidade, tanto mais que se sabe que tal tem correspondência no físico pois em muitas situações de hipo fertilidade, aquela mulher ou aquele homem são inférteis apenas numa relação concreta, tendo provado ou vindo a provar a sua fertilidade noutras relações.

Poucos estudos abordaram o casal na sua individualidade e relacionaram-nos com a infertilidade, no entanto alguns estudos apresentam alguns tipos particulares de casal onde a infertilidade se inscreveria.

Charvet e Chevret (1983), apresentam certos tipos de comportamento conjugal que pareciam significativos:

- O casal "fechado", para quem a esterilidade representa o desejo inconsciente de uma relação fusional, de um sistema fechado de dependência recíproca.
- O casal "incestuoso", no qual cada um dos parceiros encontra no outro, o par do sexo oposto ao qual está ligado de forma anormal.
- O casal de "dependência", em que cada parceiro se torna filho do outro.

Também Françoise Cahen (citada por Labrousse, 1980) se preocupa com a infertilidade do casal como "sistema, grupo que tem a sua própria dinâmica", para esta

autora, existe um certo número de casais que se encontram e formam sobre uma "procura" totalmente inconsciente, que é a de não ter filhos, de se manterem numa relação dual. Constituindo um sistema fechado, de onde a criança é excluída. Tal como Charvet e Chevret, Cahen descreve três tipos de casais estéreis:

- A relação de casal sobre o modelo de simbiose mãe/recém nascido; os cônjuges estão em dependência recíproca, não há dois indivíduos nitidamente diferenciados, mas dois seres presos num sistema fechado, fusional. Os limites são exteriores; há um mundo envolvente a eles.
- A relação do tipo edipiana, onde cada um dos parceiros reencontra no cônjuge o "papel parental" do sexo oposto ao qual continua profundamente ligado. A eventual criança será fantasiada como incestuosa, logo perigosa.
- A relação do casal do tipo pai/filho, onde há troca de papeis, em que cada um dos parceiros é o filho do outro. Os sentimentos de amor parental são investidos no cônjuge; o lugar do filho está ocupado.

Para além destes trabalhos com um cariz digamos assim mais dinâmico, a maior parte dos trabalhos centrados no casal estuda o impacto da infertilidade na vida conjugal.

Daniluk (1988) procurou estudar o impacto da descoberta do diagnóstico de infertilidade na relação, e satisfação sexual, ao longo do processo médico de diagnóstico e tratamento. Os resultados obtidos sugeriram que, os casais já se sentiam insatisfeitos com a relação sexual mesmo antes de qualquer intervenção médica. Sendo os indivíduos, cuja natureza das causas de infertilidade permanecia por identificar, quem apresentava maiores níveis de insatisfação com as relações sexuais - insatisfação que parecia estender-se a um tempo anterior ao conhecimento do diagnóstico.

Quando um casal se torna consciente de que a reprodução é difícil, ou inatingível, pode desenvolver crise emocional, caracterizada por stress e modificações comportamentais definidas, que provocam alterações intra-psíquicas e inter-pessoais.

A infertilidade dá origem a uma série de sentimentos num casal. A primeira reacção inclui choque, surpresa, descrença e negação, seguida de sentimentos de frustração, raiva, perda de controle e ansiedade. Reacções subsequentes incluem frequentemente sentimentos de culpa, embaraço, vergonha e humilhação, desapontamento, isolamento e alienação em relação aos outros, tristeza, desespero, depressão, mágoa e lamentação (Cook, 1987, citado por Santos, G. 1994).

Valentine (1986), ainda citado pelo mesmo autor, relata ainda reacções comportamentais como desorganização, desatenção, exaustão, mau humor e pensamentos ou comportamentos obsessivos. Estes sintomas seguem um padrão similar ao experimentado geralmente numa situação de crise, na qual se podem identificar quatro fases principais: choque (ex. negação); reacção (ex.: raiva ou depressão); adaptação (aceitação); resolução (planeamento de uma solução, ex.: a adopção). No entanto, a crise da infertilidade difere duma crise traumática geral, na qual a duração da fase reactiva é geralmente de 6 semanas. Novos acontecimentos (esperanças e desapontamentos) impedem a adaptação e a resolução do trauma prévio (ex.: uma gravidez ectópica, um aborto etc.). Como consequência, muitos indivíduos permanecem num estado de crise crónica prolongada.

Mahlestedt e col. (1987) refere que 80% dos casais inférteis descrevem a infertilidade como um período de grande stress, 63% considera-a um evento mais stressante que o divórcio e, 58% tão ou mais stressante que a morte de um membro significativo. A

sensação de perda de controle, sobre este importante aspecto das suas vidas, era a dimensão que induzia mais stress e angústia.

Após anos e anos de "Planeamento Familiar" a mentalidade relativamente à maternidade/paternidade passou a inscrever-se no seguinte conceito "*um filho se o quiser, quando o quiser*". Neste fantasma megalómano, os protagonistas parecem crer que "se o quiser" é o mesmo que "quando o quiser", pensando assim os casais que podem ser mestres da sua fertilidade. E muitas vezes, mais complicado do que não ter filhos é não cumprir esta programação, pois actualmente fazer um bebé não pertence a Deus, nem à cegonha, é um projecto que leva o indivíduo a pensar que faz um filho por livre escolha (Parseval, 1985)./

Segundo McDaniel et al (1982), a infertilidade é uma crise de vida, uma experiência médica, psicológica e social, que requer ao casal a redefinição das suas identidades como indivíduos e companheiros, uma vez que tem "*um impacto significativo nas diferentes tarefas de vida como o amor, a amizade, o trabalho, o self e outras*".

A incapacidade de conceber é uma ameaça para as expectativas futuras e para os sonhos de um casal, e pode causar grandes problemas sociais e psicológicos. Os cônjuges podem também impor sentimentos de isolamento um sobre o outro, uma vez que nem sempre partilham as mesmas opiniões e atitudes sobre a infertilidade e, as suas reacções são muitas vezes diferentes, dando origem a problemas no relacionamento marital: os homens tentam muitas vezes sobrecompensar a situação, sendo socialmente mais activos e procurando contacto com crianças, enquanto as mulheres são mais passivas e menos inclinadas a participar nestas actividades (Lalos et Al, 19869); ou então um dos cônjuges pode não estar motivado para prosseguir os tratamentos e estar

preparado para considerar a adopção ou uma vida sem filhos, enquanto estas alternativas são inaceitáveis para o outro.

Embora a infertilidade seja um peso para o relacionamento conjugal, os casamentos sem filhos não são necessariamente infelizes. Apesar do prolongado problema de infertilidade a maioria dos casais inférteis conseguem manter-se juntos. Uma empatia profunda e, uma partilha carinhosa de sentimentos caracteriza muitos destes casais, especialmente se são optimistas.

A evidência de sentimentos depressivos em casais inférteis não é clara, nem todos os estudos são conclusivos a este nível.

Por exemplo, Connolly e al (1992) estudou o impacto da infertilidade no funcionamento psicológico, avaliando 130 casais com infertilidade primária durante a sua primeira visita a uma clínica de infertilidade e novamente 7-9 meses depois, quando todos os testes médicos estavam completos. Os resultados mostraram poucas evidências de patologia na amostra, os scores da depressão mantiveram-se baixos durante todo o período da investigação e as relações maritais eram estáveis. Os scores nos testes de ansiedade e morbidade psiquiátrica declinaram até entre a primeira e a segunda observação, em todos os grupos excepto nos casos dos homens a quem lhes foi diagnosticado um problema de infertilidade.

No entanto, para a grande maioria dos autores é um facto que a infertilidade precipita um estado de crise e uma reacção depressiva nos adultos (Anderson, 1989, citado por Santos, 1994)

McEwan et al (1987), citado por Santos, investigou 62 mulheres e 45 homens sobre o ajustamento psicológico ao medo de se ser incapaz de ter um filho, revelou que

aproximadamente 37% das mulheres e, 11% dos homens com casamentos inférteis, apresentavam distúrbios psicológicos.

As mulheres mais jovens e as mulheres que ainda não tinham recebido um diagnóstico estavam mais angustiadas que as outras.

Wright, Dudhesne e al (1991) num estudo sobre a angustia psicossocial e a esterilidade em homens e mulheres, concluíram que ambos eram significativamente mais angustiados que a média da população. As mulheres inférteis mostravam ainda, maior angustia que os seus parceiros numa escala de sintomas psiquiátricos e nas sub-escalas de ansiedade, depressão, hostilidade bem como nas medidas de stress e auto-estima.

Não podemos também esquecer que o impacto psicológico e social da infertilidade pode afectar seriamente a vida sexual de um casal.

Frequentemente, a descoberta que um dos parceiros é infértil leva a tensões que em retorno tenham efeitos negativos sobre o seu relacionamento sexual (Brancroft, 1989)

MacGrade e Tolor (1981, citado por Santos, 1994) confirmam que um grande número de homens e mulheres reconhecem o stress emocional, a tensão e a maior incidência de distúrbios na função sexual associados à infertilidade. Perturbações sexuais e inferioridade sexual podem ser um dos muitos e complexos problemas emocionais com que os casais têm de lutar.

Segundo Burns (1987), em famílias com história de infertilidade o sexo tem muitas vezes um significado, um valor e uma realidade alterada.

A atitude do casal, sobre a sua actividade sexual, transforma-se muitas vezes num desejo crescente de fazer um filho e não amor. A relação sexual está privada do seu

conteúdo fantasmático, aparece como um dever, como uma tarefa destinada a realizar o objectivo procriativo. O sexo por exigência substitui o sexo por desejo.

Ainda segundo Santos, são comuns as queixas de que o sexo se tornou demasiado frio, intencional e sem espontaneidade: aspectos do funcionamento sexual que antes ocorriam naturalmente em resposta a sentimentos eróticos e de amor, ocorrem agora em resposta a exigências clínicas.

A iniciativa para ter relações sexuais está muitas vezes invertida no casal.. A mulher toma mais frequentemente a iniciativa, não por uma adaptação fantasmática do casal, mas ela é justificada apenas por imperativos médicos, afastada de todo o carácter espontâneo, erótico e lúdico.

Freeman e al (1983) numa investigação com mulheres inférteis (ausência de ovulação) apurou a existência neste grupo de maiores inibições sexuais, resultantes da longa frustração em tentar engravidar, Frequentemente, as pacientes inférteis comentavam que as relações sexuais não tinham qualquer sentido quando o seu objectivo não era a procriação. Uma interpretação destes relatos é que eles reflectem o sentimento de que a actividade sexual tem de estar focada na penetração vaginal, durante o período fértil, para a obtenção da gravidez, o que acaba por reduzir o prazer e a satisfação, podendo por vezes causar aversão sexual, fracasso em atingir o orgasmo, impotência e perda da libido. Os autores salvaguardam no entanto, a possibilidade de estes sentimentos antecederem o conhecimento da infertilidade e não serem consequência dela.

Grafeille (1987) defende que os problemas de infertilidade podem ser consequência, mas também o ponto de partida para o aparecimento de disfunções sexuais como,

perda da libido, anorgasmia, ejaculação precoce, disfunção eréctil, vaginismo e ausência de ejaculação.

Também Tharat et al (1986) num estudo com 40 casais inférteis apurou que 40% do grupo infértil masculino apresentava disfunções sexuais, como ejaculação precoce e disfunções erécteis, enquanto vaginismo e insatisfação sexual eram encontrados frequentemente entre as mulheres do grupo infértil.

Os testes e os tratamentos médicos para a infertilidade podem também impor um peso adicional na vida sexual de um casal. Relatos sobre efeitos da infertilidade no relacionamento sexual mostraram que este era adversamente afectado (Greil e al, 1989):

- 1) Pelos horários previamente estabelecidos para as relações sexuais.
- 2) Pelo facto do sexo se ter tornado um meio para atingir um fim.
- 3) Pelo facto da privacidade ter sido invadida quando os médicos e outros técnicos pediram informações sobre o modo como o casal fazia amor.
- 4) Pelo facto do acto sexual ser uma recordação permanente da infertilidade do casal.

### **3.5 - Infertilidade e Família**

Debruçamo-nos até agora sobre a infertilidade num contexto individual e conjugal. Passaremos em seguida a uma abordagem familiar.

Ter ou não ter filhos é algo que transcende a dimensão individual e conjugal. A transposição do individual é óbvia, ninguém tem filhos sozinho (por muito que custe aos movimentos feministas, mesmo nas técnicas de reprodução assistida têm que se fazer valer de um outro - ainda que anónimo) logo, quer ao nível do real quer ao nível da fantasia, o ter filhos remete para a relação com o outro, com quem se tem esse filho.

Também ao nível familiar o ter ou não ter filhos coloca, ou não, o indivíduo num determinado lugar no ciclo da vida, inserindo-o numa teia relacional afectiva e social, que o organiza enquanto pessoa, mas também enquanto ser social e político.

De todos os trabalhos consultados, nomeadamente perspectivas mais recentes fica-nos a noção que o indivíduo só é família enquanto "gerador" de filhos, ficando pois o indivíduo infértil no vazio existencial e familiar.

Passaremos em seguida a uma breve abordagem sobre família para posteriormente fazermos a ligação Família/Infertilidade.

## V - FAMÍLIA

Como refere Jesus Palácios, família é um termo com muitos significados. O substantivo é de origem latina: aparece em Roma, derivado de "Famulus" (servidor), designando o conjunto de escravos e servidores que viviam debaixo do mesmo tecto; depois, designou a casa na sua totalidade e por extensão veio a designar o conjunto de parentes paternos (Agnati) e maternos (Cognati), convertendo-se em sinónimo de gens, "*comunidade formada por todos os que descendem de um mesmo antepassado - os parentes de sangue*".

Os diversos círculos de pertença variam de amplitude segundo o lugar, a época, grupos sociais ou circunstâncias culturais.

Os etnólogos observaram, descreveram e analisaram universos familiares situados geográfica e mentalmente nos confins do mundo conhecido, desde as sociedades arcaicas às nossas, em que o parentesco é a instituição social chave.

### 1 - Ponto de Partida

Antes de se ser "um próprio" é-se filho ou filha de X ou Y. Nasce-se no seio de uma família. Antes de ser algo é-se socialmente um apelido. Por outro lado, esta realidade levará á fragmentação do mundo em dois grupos distintos: os seus e os outros, sendo que os seus são os da sua família.

Poder-se-ia afirmar que ser família é um atributo da condição humana, que não necessita explicações, pois em todas as sociedades se utilizam termos de parentesco.

Lewis Morgan, como homem do seu tempo, dispõe as sociedades movido pelas teorias evolucionistas, passando dos primatas á actualidade monogâmica ocidental. Nos

começos do nosso século Tylor, River, Boas, combatem esta visão, mas não extraem o fundamental de Morgan.

### **1.1 - Parentesco e Nomenclatura**

Nascemos fruto da união de um homem e de uma mulher, mas este dado biológico é reintreperado culturalmente por cada sociedade. Há vínculos de consanguinidade, laços de irmandade, relações de afinidade ou de aliança (como o matrimónio).

O parentesco, conjunto de relações de filiação ou de aliança, engloba uma concepção biológica e social.

Em muitas sociedades é o sexo que constitui um meio de definir as categorias de relações de parentesco, mas não é o único atributo, surgindo assim aquelas que apresentam uma relação patrilinear e as que podem apresentar uma relação uterina, com filiação matrilinear.

O parentesco é geralmente o primeiro vocabulário que toda a criança aprende, expressando os nomes aprendidos não só condutas mas como manter relações. Toda a sociedade tem um conjunto de termos de parentesco reconhecido, dando origem a sistemas de classificação com nomenclatura própria:

Segundo Morgan (citado pelo mesmo autor ) distinguem-se;

1- os descritivos: pai, mãe, filho, irmão, irmã até aos parentes de 2º grau;

2- os classificatórios, onde um termo designa várias genealogias.

O carácter irredutível da unidade básica do parentesco é consequência directa da proibição do incesto. A proibição do incesto constitui um núcleo de aliança

matrimonial. Não resulta de tendências psicológicas ou fisiológicas. Foi o primeiro acto de organização social da humanidade. É a norma para regular os sexos, substituindo o acaso pela ordem. Efectua a transição entre o estado de natureza e o estado de cultura: supõe o meio para relacionar os homens entre si e superar os vínculos naturais do parentesco. Articula o feito natural da consanguinidade e o feito cultural da aliança.

Impõe a exogamia, o matrimónio celebra-se fora do grupo familiar imediato. Não se anula a endogamia, mas impõe o seguinte lema "consegue a paz com os teus vizinhos". É a eleição entre casar-se entre os outros ou ser morto por eles.

## **1.2 - Mecânica e Arquitectura**

A filiação depende do grupo familiar tanto na sua adaptação como na sua residência

### **A) Filiação Uni linear**

-Patrilinear: pertença ao grupo social de transmissão de bens, privilégios de pais a filhos. É primordial determinar a paternidade. Regula o matrimónio, organiza os direitos do pai sobre os filhos. É uma organização política social.

-Matrilinear: apenas preocupa a paternidade, os bens, status, transmitem-se através do irmão da mulher (mãe dos filhos). Não de irmãs filhas. Os varões têm um duplo papel: tio e pai dos seus filhos.

### **B) Filiação Bilinear**

Reconhecem igual categoria às duas linhas

### **C) Filiação Cognaticia**

Ao não estar em função do sexo, é indiferenciada.

Segundo este autor o sistema de filiação deriva dos condicionamentos económicos, ecológicos e não da biologia.

Jesus Palácios entende por arquitectura de grupo as unidades sociais que podem ter nome, possuir e explorar bens e compartilhar actividades rituais. Determina a posição social frente ao grupo externo e interno e as obrigações de matrimónio, herança, economia, religião etc.

Todos se constituem como grupo de parentes (grupo de filiação ou grupos de descendência), baseiam-se num reconhecimento de uma descendência e podem formar clãs, tribos.

### **1.3 - Configuração da Família**

As famílias estão sujeitas a um ciclo de ampliação e, a um ciclo de encolhimento. Constituem o chamado grupo doméstico. Mayes Fortes distingue 3 etapas:

- 1 - Fase de expansão com o matrimónio, dependendo da idade do par a sua duração.
- 2 - Fase de dispersão, começa com o 1º matrimónio da família.
- 3 - Fase de substituição, com a morte dos pais e o início de uma fase de instalação dos novos filhos.

O grupo doméstico é em certo sentido, a realização completa da família, tal como a modelagem, os factores exteriores, condicionamentos demográficos, económicos, sociais.

Fortes define assim "É o sistema de relações sociais por meio do qual o modelo reprodutivo se integra no meio ambiente e na estrutura social total"

Não há critérios básicos para designar a família. Pensa-se que a família está sempre constituída pela união legal de um homem e de uma mulher, mas a realidade não se ajusta sempre a este padrão. Poligamias, monogamias, o que conta é o contrato fixado. Da diversidade podemos demonstrar que a união não tem por objecto satisfazer instintos sexuais, nem de socialização.

Devemos perguntar qual o papel do biológico na família parental e qual o carácter fundamental do parentesco e da família. Não há sistemas de parentesco que resultem só da reprodução biológica, nem tão pouco família que derive unicamente da reprodução.

Em síntese:

Sem família não haveria sociedade, mas também não haveria família se não houvesse sociedade ( L. Strauss ), uma vez que se implicam mutuamente.

A família existe para que exista sociedade, mas a sociedade só existe porque em determinado momento da evolução apareceu a família.

- Razões biológicas não podem ser por si só razão definitiva desta instituição.
- Nenhuma razão natural permite compreender a obrigação de ter relações sexuais durante toda a vida, numa mesma parilha; no entanto a sociedade estabelece diferenças entre matrimónio legal, sanção jurídica e união livre.

- Em todas as sociedades se separam os grupos de idade entre os solteiros e os casados.
- Em todas as sociedades existem rituais que rodeiam as cerimónias e as mudanças de estado. Há um contrato jurídico baseado na "mutua manutenção", ao qual se juntam a regulação das prestações sexuais, sendo a união matrimonial o lugar apropriado de procriação assim como o lugar indicado para criar filhos.
- São razões económicas baseadas na divisão sexual das tarefas (para sobreviver é fundamental a associação) que condicionam o casamento e não tanto razões de moral sexual.
- A divisão sexual não tem carácter fisiológico, nem está adstrita á natureza. Determina-se socialmente. O facto de dar à luz faz com que se confiem à mulher as tarefas domésticas e em oposição ao homem a caça e a luta.
- A proibição do incesto, que implica o intercâmbio de consortes regula as relações e torna possível a sociedade e a perpetuação.
- O matrimónio que funda toda a família, encontra a sua legitimação no facto de que põe em relação os grupos de intercâmbio.
- Em todas as sociedades há regras no que diz respeito aos filhos, tanto no que diz respeito à função parental, como na posição a seguir, em termos de descendência e filiação.

## **2 - Evolução Histórica da Família**

### **2.1 - Pré-História e Família**

Caracterizada pela divisão sexual do trabalho. Predomínio do par monogâmico, associado a costumes supra familiares de características solidárias (como por exemplo o intercâmbio de genitores). Surgem as primeiras normas de matrimónio. O controle da fecundidade é feito pelo infanticídio. Com a morte frequente do cônjuge surgem as famílias reorganizadas.

### **2.3 - Família Babilónica**

A família na Babilónia era uma família essencialmente nuclear, monogâmica, com predomínio de 2-3 filhos, em que se verificavam também algumas formas de família extensa. A vida é marcada por 3 momentos, que se não cumpridos levavam à obscuridade e desdita:

#### **a) Matrimónio**

Acto fundador da família. É essencialmente um vínculo jurídico, um contrato de obrigações e alianças sociais. Não é caracterizado por um momento concreto, o seu início consiste essencialmente na "toma de esposa". Na prática isto faz-se desde a infância Matrimónio Incoactivo, no qual a mulher se submetia à família política (aproximadamente desde os 10 anos de idade ). O contrato era estabelecido oralmente. A lei do incesto está estabelecida com penas judiciais em caso de infracção. Pratica-se o que se pode chamar monogamia moderada, pois em uniões livres é comum a poligamia.

b) Nascimento de um filho varão

A finalidade do matrimónio era o nascimento de um filho varão, pelo que se tratava de uma gravidez ritualizada.

c) Morte

È vista como uma nova forma de existência e da história do individuo.

Homem e mulher eram vistos de formas muito diferentes:

Homem:

- Domínio do masculino
- O homem é o amo
- Autoridade total
- Podia castigar ou perdoar
- Não era dono da vida e morte da mulher
- Não podia divorciar-se da mulher se esta estava doente
- Não podia deserdar a mulher sem motivos claros

Mulher

- Mulher submetida a todas as vontades
- Habita sempre em casa de outro

- Vivia no e do doméstico
- Tinha alguns recursos económicos
- Era pessoa social, moral e jurídica
- Tinha bens próprios herdados
- O seu destino eram os filhos
- A mulher com filhos era difícil de repudiar
- Por morte do marido depende do filho ou sogro que deviam dar-lhe casa e comida.

#### **2.4 - Egipto**

##### Matrimónio

Não existe um termo que o designe, nem tão-pouco cerimónias públicas ou privadas que o assinalem. É privado e não jurídico, produz-se com o fundar de uma casa.

Os contratos jurídicos ordenam a repartição de bens entre homem e mulher. O mais importante são as inclinações pessoais, não havendo limites a essa eleição, verificando-se nesta sociedade uma excepção ao tabu do incesto.

Há vários tipos de matrimónios:

- a) Matrimónios reais - com regras inerentes à sucessão.
- b) Matrimónios particulares - são frequentes os matrimónios de primos cruzados, para salvaguardar a descendência familiar.

c) Não há matrimónios com estrangeiros.

## 2.5 - Roma

Os pares formam-se como associações múltiplas. O matrimónio único era algo heróico, o divórcio era comum e não estava mal visto. Os casamentos eram constituídos sob dois eixos fundamentais:

- Alianças económicas, sociais e de poder.
- Fazer circular as mulheres, para assegurar a fecundidade.

Na cultura romana não se contrapõe amor conjugal e matrimónio monogâmico, assim oferecia-se o intercâmbio da mulher fecunda (com intensa circulação de procriadores), separava-se o afecto amoroso da esposa, que tinha outros deveres.

O matrimónio não era um modo de vida generalizado. Como instituição cívica era só para privilegiados, como instituição doméstica estabelecia as normas da transmissão hereditária.

Poucos homens se casavam. Recebiam mulheres que seriam mães mas não esposas. A idade média do casamento era de 15 anos, a idade legal era de 12 anos para as raparigas e 18 para os rapazes (o que coincidia com a milícia).

A mulher considerava-se um bem precioso porque trazia filhos à comunidade.

### Conjugalidade/Paternidade

O matrimónio está subordinado à paternidade, a circulação de mulheres visa perpetuar os direitos masculinos.

O matrimónio não tem nada de instituição baseada no sentimento amoroso e individual. O matrimónio exigia o consentimento de todos.

A conjugalidade não se idealiza com o amor; adultero é o que trata a sua mulher com paixão.

Era um matrimónio visto como união e comunidade de vida, mas acima de tudo, boa harmonia. Era pois um casamento pouco contaminado de Eros.

Era visto como um corpo social de Roma como forma de frenar a promiscuidade sexual, entendendo-se como a extensão da ordem: fixação, continência, domesticação.

O casamento ortoga a possibilidade de ser Pai, que é um dever cívico, uma virtude. Valor cívico e paternidade estão unidos. Os filhos eram para os pais, não só honras e recompensas como também glória cívica.

Em Roma a entidade política por excelência era a família na sua linha masculina. A ordem familiar é política. O pai tem funções disciplinatórias que podem chegar até ao castigo penal. No pai fundem-se a sociedade civil e o Estado.

O pai preparava para a sociedade política aos filhos da sua esposa. O filho seguirá o seu pai, Pai Cívico e Pai Magister.

## **2.6 - Sec III , IV- XV**

### **2.6.1 - Bárbaros**

A família, na sua acepção terminológica, designa o conjunto de servos sem nada de parentesco e, ao mesmo tempo a família tal como a entendemos actualmente.

Na povoação rural família era o conjunto de parentes. Surgindo o termo "Adfines" que se aplica a todos os cunhados.

As famílias do Sec V - VI foram consanguíneas, com predomínio da mulher com elemento de união para conseguir poder.

Apresenta-se uma família conjugal definida por:

- 1- família elementar, individual e baseada no amor.
- 2- a mulher detentora dos bens, dotes e heranças.
- 3- inspirada na Sagrada Família.
- 4- com uma clara visão monogâmica, indissolúvel.
- 5- o matrimónio não é opção mas sim eixo de existência familiar.
- 6- o cristianismo recebe o matrimónio como instituição humana, de necessidade social. Não pretendeu mudar a sua natureza mas reconheceu-o segundo o ideal da castidade.
- 7- a Igreja marca a sexualidade, a conjugalidade, o jurídico e a moralidade.

### **2.6.2 - Mundo Germânico**

A economia doméstica está subordinada á manutenção do guerreiro, obrigados a criar tropa e intercâmbio matrimonial para formar aliados em torno de um chefe.

Família e Política estão muito unidas. Nação ramificada em etnias, membros, classes e famílias.

O termo família tem um significado comunal, com reflexo no económico, cultural, social. O "Paterfamilias" adquire-se com o casamento e tem poder absoluto.

O matrimónio faz-se aos 14 anos e tem em média 3-4 filhos.

Princípios da organização familiar: O pai como elemento natural, autoritário; o elemento cultural e federativo identificado no avô e tio.

A mulher rege a vida doméstica, assegura o culto e garante a economia dos filhos.

O dote do matrimónio assegura a pensão de viuvez, o clã familiar vigia as funções económicas do marido.

### **2.6.3 - Carolíngios Sec VIII - X**

Famílias Campesinas:

A família campesina é conjugal, restritiva e nuclear; pai mãe e filhos até ao casamento destes, o número de filhos ronda os 3-4.

A estrutura social básica é o par casado, potenciada economicamente.

A idade do matrimónio é por volta dos 15 anos, com uma idade fértil até aos 30 anos.

È uma população móvel, sensível à crise de hiper moralidade mas que responde com rapidez à natalidade.

Famílias Aristocráticas:

Agrupam-se em troncos, que valorizam o presente matrimónio e a família através de um sistema de referência ao passado.

Os principais valores são a Dignidade e o Património.

Estabelece laços de parentesco que não correspondem a linhagens mas sim a grupos familiares amplos. Ao compartilhar um matrimónio comum de antepassados paternos e maternos nobres obtinham-se honras e cargos nobiliáticos.

O matrimónio era solução para aceder ao mundo nobre, tanto por via do homem como por via da mulher.

A mulher por ter maior esperança de vida está à frente do património.

Para ambos, homem e mulher, o matrimónio é a estrutura que sustenta o grupo familiar. Assegura a legitimidade da descendência; funde a autoridade marital, os direitos e os deveres. Os homens dominam as mulheres, os adultos os jovens.

O matrimónio de um escravo com um homem/mulher livre dava a liberdade.

## **2.7 - Séc. XI - XIII**

É uma época em que a coesão ou fragmentação familiar dependerá do contexto social e económico.

Entre o ano 950 - 1300 chegou-se a um ponto de não retorno: o aparecimento e instalação da família nuclear - conjugal (separa-se do clan).

Há um domínio do pensamento eclesiástico e legislativo, que se caracteriza pela natureza do vínculo conjugal, importância das obrigações familiares, variedade terminológica, existência de quadros sociais e económicos claros, e primazia Pais - Filhos sobre o resto dos parentes.

### Núcleo Conjugal

De 920 - 1000 dá-se um massivo movimento de homens (alta mortalidade infantil, taxas de 4 a 7 filhos, maior crescimento demográfico).

A crescente sobrecarga familiar torna difícil a coexistência debaixo do mesmo tecto de parentes, separam-se os núcleos conjugais. Cada núcleo está provido de braços para o trabalho, bocas para alimentar.

O papel de consenso e direcção do Ansião perde força.

Cresce o valor afectivo e a atracção sexual dos cônjuges.

Fortalece-se o controle dos pais sobre os filhos (perdendo o estado o poder que detinha). Simultaneamente aparecem sentimentos sobre a infância e o amor conjugal.

Surge a ideia da terra como lugar de habitação e de trabalho (produção + casa). A casa representa as células primárias de produção e consumo. É a família de coesão.

### A Mulher

É uma época em que domina o ideal do par. A mulher tem um papel igual ao homem.

A Igreja defende a mulher e com a tradição judaica garante a igualdade, mas sem esquecer a capa do pecado. Esta visão rompe-se no SEC XV com o principio da monogamia e o vinculo indissolúvel do matrimónio que assegura o papel de mulher.

São concedidas poucas novidades à mulher por ocasião do matrimónio e abandono da sua família.

A partir do Sec XII a mulher trás um dote que o esposo usará para a manter e recebe um "título dotis", doação de bens do esposo que funcionará como pensão de viuvez.

O casamento faz-se perante testemunhas, com promessas de igualdade, surge o termo "consortes".

Realiza-se sobre o controlo do parentesco, irmão ou pai, a atracção mútua só é válida se reconhecida pela família.

## **2.8 - Sec XVIII aos nossos dias**

O amor romântico é agora a base do casamento. Construto a partir do qual se estabelecem e destroem alianças matrimoniais. O matrimónio é um vínculo civil e jurídico, coexistindo com relações livres que na prática não se diferenciam substancialmente.

Este contrato matrimonial resulta entre outras questões de uma nova relação com a sexualidade, assumindo a mulher um papel muito mais activo, papel esse que foi potencializado pelo recurso à contracepção e o desligar da sexualidade da reprodução.

Outro aspecto a ter em conta é a crescente igualdade da mulher, não só em termos cívicos e jurídicos mas também em termos profissionais, o que leva a que homem e mulher partam para o casamento numa base de igualdade sendo o vínculo amoroso o privilegiado, deixando de haver lugar à manutenção do casamento por questões económicas.

Com tais premissas e, com uma esperança de vida acrescida, isto leva a que se abra a porta cada vez com mais frequência ao divorcio. Numa relação estabelecida com base no amor romântico e, na qual os cônjuges estarão juntos à volta de 50 anos

(suponhamos um casamento aos 25 anos com morte de um ou ambos aos 75), sem que haja treino e preocupação da renovação e alimento da relação, facilmente se deixa morrer essa relação e, se parte para outra e outra, repetindo muitas vezes o padrão da primeira.

O número de filhos é reduzido, não se atingindo sequer o nível de renovação da espécie.

Surgem novos desenhos de família, com um aumento crescente das famílias mono parentais e famílias reconstruídas. Existe também a possibilidade de famílias homossexuais.

A vida de família é cada vez mais nuclear e intimista, com poucos laços sociais e afectivos.

Predomina uma moral hedonista.

### 3 - Família Actual

Do que foi referido verifica-se que tal como nos apresenta Ribeiro T.(1995) a família é uma realidade que transcende as dimensões do tempo e do espaço, não havendo nenhum povo ou cultura sem essa instituição que é a família.

Apesar da suposta negação da ligação familiar, da promoção do individualismo, do investimento na esfera profissional em detrimento da esfera doméstica, a verdade é que a realidade da família existe. De uma forma diferente é certo, adaptando-se aos novos costumes e valores. Continuando a ser no entanto "*entidade de chegada, partida e permanência do ser humano*".

A família é, como já foi referido, tão antiga como a humanidade, ao longo dos séculos tem modificado a sua estrutura, sob influência dos sistemas sociais, políticos, religiosos e culturais e como forma de adaptação ao seu tempo e espaço.

O moderno modelo de família ocidental surgiria sob a influência do judaísmo, do cristianismo, do direito romano e das concepções germânicas de parentesco. Assim o judaísmo terá contribuído com os seus princípios referentes ao casamento. O cristianismo com a "*sacramentalização do contrato, na garantia de liberdade de decisão das partes, na celebração do casamento e no reforço da união conjugal*" ( A. Varela, citado por Ribeiro T, 1995). E o direito romano e a concepção germânica com o enquadramento jurídico do casamento e o alargamento dos laços familiares aos laços de afinidade e não só de consanguinidade.

Dos diversos modelos familiares que foram surgindo, com a industrialização e urbanização, caminhou-se para o actual modelo de família nuclear, frequentemente de dupla carreira.

Apesar dos diversos modelos de família que coexistem actualmente, há duas vertentes essenciais que se mantêm. A primeira que consiste no conceito de família como grupo social que nasce, cresce, decresce e morre mas que se continua ao longo das gerações como forma de transmissão da vida. A segunda que consiste na articulação, permitida e possibilitada pela família, entre individual e social.

Apesar das variabilidades possíveis, a diminuição média da família é uma constante em todo o mundo, sendo ligeiramente superior a quatro pessoas em todo o mundo, cinco nas regiões em desenvolvimento e três nas regiões desenvolvidas (a dimensão média é calculada através do número de pessoas que coabitam).

Paralelamente, verifica-se um aumento dos agregados familiares, relacionado com a nuclearização da família alargada e o declínio da fecundidade. A tendência mundial é para a existência de famílias com dois ou três filhos, sendo também frequentes as famílias sem filhos ou de filho único.

Segundo um relatório da O.N.U., o casamento civil ou religioso continua a ser a forma preferencial de união seguido de aumento das uniões de facto e das situações de celibato.

Verifica-se também uma tendência para o adiar do casamento e o adiar da idade de ter filhos. Simultaneamente tem-se prolongado a fase central da vida familiar, não só devido ao declínio da mortalidade como ao prolongamento da adolescência (para cima e para baixo) o que estende em muitos anos o tempo dedicado á educação dos filhos.

A família actual é muito diferente da família tradicional; a formação do casal tem por base o consentimento mútuo e não os costumes ou a conveniência; assenta numa igualdade entre homem e mulher, duplamente implicados nas responsabilidades e

decisões, com profunda alteração da tradicional divisão de papéis; o ter ou não ter filhos é um acto deliberado e controlado contraceptivamente.

As relações pais filhos assumem um cariz mais de companheirismo do que a tradicional relação de mando/obediência, sem duvida sob a influência do progressivo afastamento do trabalho familiar, pais e filhos não compartilham mais o dever mas sim o lazer; com o aumento da esperança de vida e a homogenia dos papéis é cada vez mais frequente a coexistência não coabitada de várias gerações.

A família actual assume diversas estruturas desde a nuclear à reconstruída, adoptiva, mista ou multicultural etc.; os avanços em termos da procriação e das novas técnicas de reprodução iram provocar profundas mudanças em relação às quais a família terá de se adaptar com flexibilidade e criatividade.

Com todas estas mudanças na família, começou a surgir também um interesse crescente pelas famílias, não só pelas famílias disfuncionantes, como acontecia com a Terapia Familiar, mas sim as famílias "normais", no que tinham de positivo e diferente, interessava pois perceber como é que as famílias com as suas diferentes estruturas e exigências se organizavam e funcionavam de forma a manterem-se família.

Surgem assim várias teorias e perspectivas da família:

### **A perspectiva sistémica**

Nesta perspectiva a família é considerada com um sistema enquanto "*conjunto de elementos e de relações entre estes elementos e os seus atributos*" (Hall e Fagem). Este sistema goza de três propriedades fundamentais; a totalidade, circularidade e equifinalidade, significando que os seus elementos são os indivíduos que compõem a

família, os atributos são as características pessoais de cada membro as inter relações e comunicações entre essas características pessoais e o seu resultado em cada um e no conjunto dos membros.

À luz da Teoria Geral dos sistemas, o que constitui a realidade da família é o conjunto de relações entre os seus membros através dos tempos, tendo presente que uma mudança num dos membros do sistema familiar provoca modificações nos outros.

A família, como sistema, não é uma entidade isolada e, existe em função das interações com os outros sistemas que a rodeiam (família extensa, trabalho, escola, comunidade etc.), influenciando-se mutuamente numa relação que deverá ser idealmente equilibrada, nem demasiado aberta ao exterior, nem demasiado fechada, permitindo trocas com o exterior, mas suficientemente estruturada para não perder a sua identidade. Esta questão da coesão familiar põe-se não só nas relações com o exterior como também nas próprias relações internas.

A família não é constituída por um sistema único, cada individuo, no sistema familiar, pertence a diferentes subsistemas, nos quais tem diferentes relações, direitos e deveres. Daí falarmos em subsistemas conjugal, parental, filial, fraternal etc., variando a "força" de cada um dos subsistemas em função da idade e fase de ciclo de vida da própria família.

Partindo destes pressupostos Minuchin (1974) elabora uma tipologia familiar que tem em conta precisamente as relações entre subsistemas e a relação do sistema familiar com os sistemas que o rodeiam.

Uma família com um adequado funcionamento deveria ter fronteiras nítidas, ou seja suficientemente bem definidas, de modo a que os seus membros tenham uma

identidade própria e possam subsistir por si, mas também suficientemente porosas e flexíveis de forma a permitirem a relação com o exterior e a positiva entrada de novos elementos.

Segundo este autor seriam disfuncionais as famílias em que predominassem as fronteiras difusas, constituído aquilo a que chamou famílias emaranhadas, ou as fronteiras rígidas, dando origem às famílias desligadas. Isto significa não só um adequado abrir e fechar das portas de casa a outros, como também um correcto abrir e fechar das "portas" dentro da própria casa.

Entre as várias perspectivas de família passaremos a citar o modelo das famílias sãs de Pierre Fontaine (1985) que considera a família como aberto acentuando a importância da dinâmica abertura/fecho nas relações intrafamiliares, bem como nas relações extrafamiliares.

Partindo dos eixos do tempo e do espaço, Fontaine (1985) enquadra as funções da família que considera fundamentais: a função de assegurar a continuidade do ser humano, no sentido da família ser uma comunidade de vida que nasce, cresce, dá origem a novas famílias nucleares, decresce e morre (ciclo de vida familiar), continuando-se, no entanto, transgeracional - eixo diacrónico; a função de realizar a articulação entre o indivíduo e a sociedade, equilibrando a diferenciação e a coordenação - eixo sincrónico.

### **Modelo do Ciclo de Vida Familiar**

Este modelo, desenvolvido por Monica McGoldrick e Elizabeth Carter (1982, 1989), integra a orientação do desenvolvimento familiar com a teoria sistémica baseando-se no conceito-chave de vida familiar.

O tema "ciclo de vida" tem sido objecto de estudo de diversas ciências. Economistas, demógrafos, sociólogos, psicólogos e psiquiatras, embora com objectivos diferentes, têm conferido considerável importância ao estudo das diferentes fases e respectivas transições por que passa a maioria das famílias desde a sua formação até à sua dissolução.

Na base da conceptualização do ciclo de vida familiar são, sem dúvida, importantes conhecimentos relativos ao desenvolvimento do ser humano. Assim, segundo retrospectiva efectuada por Duvall (1988), constituíram áreas fundamentais:

-Desenvolvimento Psicosexual de Freud -De acordo com Freud, no ser humano estariam sempre em conflito os seus instintos e as restrições impostas pela sociedade. A natureza desse conflito depende do estágio de desenvolvimento - oral, anal, fálico e genital. As experiências durante estes estádios seriam determinantes nos traços de personalidade dos adultos, podendo as pessoas fixar-se num estágio particular caso as necessidades específicas desse estágio não tivessem sido adequadamente satisfeitas.

-Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson - Destaca-se a sua conceptualização de crise como expressão do conflito entre a compulsão do crescimento e a tendência para lhe resistir, que se verifica em cada um dos oito estádios do desenvolvimento humano.

-Desenvolvimento Cognitivo de Jean Piaget - Segundo este autor o desenvolvimento cognitivo humano processa-se através de quatro estádios principais sensorio motor; pré-operatório, período das operações concretas, período das operações formais - resultantes da interacção da maturação e do ambiente. Todas as crianças, segundo este autor, passam pelos mesmos estádios e na mesma ordem, ainda que a ocasião possa variar de pessoa para pessoa, podendo haver uma decalage temporal.

-Desenvolvimento Moral de Kohlberg - De acordo com este autor destacam-se no desenvolvimento moral das crianças três níveis: um pré-moral, um convencional e um pós-convencional.

Segundo Ribeiro T. (1995) não há acordo no que diz respeito à primeira conceptualização do ciclo de vida familiar. As primeiras referências a este conceito surgem num texto de sociologia rural de Sorokin, Zimmerman e Galfin, em 1931. Começando a aparecer modelos de ciclo de vida familiar a partir de 1946:

-Em 1946 Duvall desenvolveu um modelo de ciclo de vida familiar que contemplava quatro estádios: os primeiros tempos do casamento; os tempos com filhos pequenos; o estádio com filhos adolescentes; os anos depois dos filhos terem saído de casa.

-Em 1947, Glick identificou sete estádios, com base sobretudo nas idades das mulheres.

-Em 1957, Duvall alargou o seu modelo anterior de quatro para oito estádios, considerando a duração de cada estádio e a interacção dos membros da família.

-Em 1962, Rodgers propõe um modelo de ciclo de vida familiar em que se considera vinte e quatro estádios, baseado nas idades dos filhos mais novo e mais velho da família.

-Em 1964, Reuben Hill apresentou um modelo que considerava nove estádios, com base na identificação de mudanças na estrutura familiar tendo em relação as idades dos filhos mais novos.

A partir dos anos setenta verificam-se grandes mudanças, no que diz respeito à estrutura e funcionamento da família. Fenómenos como o adiamento do casamento, a

redução do número de filhos, a separação e o divórcio, a monoparentalidade, a reconstrução familiar, o celibato etc. tornaram-se frequentes e obrigaram a uma reformulação dos ciclos de vida familiar.

Apesar das famílias percorrerem mais estádios do ciclo de vida familiar e, conseqüentemente viverem mais transições que no passado, e também haver variação no tempo e duração das fases do ciclo de vida familiar verifica-se uma constante: universalmente as famílias tendem a conformar-se às normas esperadas em cada sociedade para cada fase do ciclo. Por outro lado parece haver mais semelhanças do que diferenças no que diz respeito às várias fases do ciclo de vida nas diferentes sociedades.

Para alguns autores, o ciclo de vida compreende não só o desenvolvimento individual como compreende também as relações intergeracionais da família. Apesar da família nuclear ser predominante as ligações com as outras gerações (anteriores e posteriores) influenciam-se mutuamente.

Carter e Mcgoldrick (1989) consideram também a existência de " factores de stress" na família, os quais teriam maior incidência nos pontos de transição do ciclo de vida familiar. Estes factores podem ser de vários tipos, como por exemplo os padrões de relação e funcionamento, tais como atitudes, expectativas, mitos e segredos; bem como as mudanças e transições inerentes ao ciclo de vida e os acontecimentos imprevistos como doença, **infertilidade**, desemprego etc.

Para além dos factores internos inerentes aquela família concreta não podemos esquecer os contextos políticos, económicos e sociais que têm grande impacto na vida familiar.

Ao longo do ciclo de desenvolvimento da família distinguem-se fases, que são estádios de desenvolvimento previsíveis, e adaptados ao tempo e ao espaço.

Para Duvall (1988, citado por Ribeiro T. 1995), as tarefas de desenvolvimento individual surgem da maturação física, da motivação pessoal e das expectativas da sociedade em cada fase do ciclo de vida. As tarefas de desenvolvimento individual inserem-se no contexto mais vasto das tarefas de desenvolvimento da família, as quais são *"aquelas que devem ser atingidas pela família de modo a satisfazerem requisitos biológicos, imperativos culturais, aspirações pessoais de modo a que a família continue a crescer enquanto unidade"*.

Cada sistema familiar desempenha as tarefas básicas a todas as famílias, de forma específica, em cada fase do ciclo de vida: prover cuidados físicos, determinar quem faz o quê, assegurar a socialização dos membros, estabelecer padrões de interação, incorporar e "libertar" os membros, relacionar-se com a sociedade através das suas instituições (Duvall, 1988).

Uma outra noção a ter em conta é a noção de transição, distinguindo-se entre transição normativa e transição não normativa, o que pressupõe uma concepção de família enquanto sistema que "produz e reage a factores de tensão (stress) os quais provêm de dentro e fora da família" (McCubbin, 1983). Assim, a tensão normal, esperada e de curta duração (não crónica), proviria das transições normativas do ciclo de vida, a tensão repentina, imprevisível (como por exemplo guerra, desemprego, divórcio, nascimento de um filho deficiente), estaria associada às transições não normativas.

Para McCubbin (1983), os processos normativos de transição têm um impacto profundo na vulnerabilidade familiar a factores de tensão (stress) não normativos que

surjam ao mesmo tempo, bem como na habilidade da família para recuperar dessas perturbações e crescer. A tensão não é necessariamente negativa e faz parte do processo de desenvolvimento normal.

### **3.1 - Fases do Ciclo de Vida Familiar**

#### **1ª Fase- Formação do Casal**

Esta fase apesar de tradicionalmente ser considerada como uma das fases mais fáceis e felizes, é particularmente difícil e complexa.

Consiste na formação de um novo sistema, com uma finalidade, estrutura, rede de relações intra e extra-sistema, definição de papéis, regras e funções.

A formação do casal implica o desenvolvimento da atracção mútua surgida na fase do namoro, sendo fundamental a evolução de uma relação de intimidade. Implica ainda, a construção de um projecto vida em conjunto que respeite a dinâmica autonomia/dependência dos cônjuges, ou seja uma relação de interdependência.

A relação do casal vai requerer também a renegociação de um conjunto de assuntos (previamente definidos individualmente ou definidos pelas famílias de origem) tais como " quando e como comer, dormir, falar, ter relações sexuais, discutir, trabalhar e relaxar, ter férias, usar espaço, tempo e dinheiro" (McGoldrick, 1989). Ou seja trata-se do ajustamento de hábitos e costumes, da negociação de papéis e funções no sistema conjugal, da divisão de tarefas económicas e domésticas.

Os factores envolvidos na negociação de uma relação conjugal duradoura seriam, segundo Lewis (1988): o envolvimento (considerar aquela relação como a relação central); a proximidade (partilha de valores, interesses, actividades, amigos) a intimidade psicológica (partilha de vulnerabilidade, sentimentos privados, esperanças, receios, fantasias etc.), a autonomia (aptidão para funcionar independentemente da relação) e o poder.

Ao analisarmos esta fase e para percebermos a complexidade da construção deste sistema conjugal não podemos esquecer que os membros que o formam são provenientes de outros sistemas familiares. Para alguns autores (Bowen, 1978; Whitaker, 1980; Mcgoldrick, 1989), a formação do casal é a união de duas pessoas diferentes no sentido de que esta união implica o acordo relativamente a que aspectos de que modelos de família de origem vão ou não ser adoptados pelo novo casal e como o vão ser (por exemplo, que tradições e rituais de família adoptar, recusar ou criar).

Este processo de formação de um novo sistema exige uma prévia independência emocional da família de origem, por parte de cada um dos cônjuges, ou seja, a criação de um espaço psicológico individual (Whitaker, 1980)

A formação deste novo sistema passa também pela criação de uma rede específica de relações com outros sistemas, os quais deveriam processar-se, idealmente, segundo Minuchim (1974), através de fronteiras nítidas. De facto, o casamento simboliza uma mudança de estatuto que se vai repercutir em todos os membros da família, nas diferentes gerações e que exige renegociação de relações com pais, avós, sobrinhos, etc.. A rede de amigos a estabelecer poderá ou não envolver os amigos individuais ou só os amigos do casal, o que para Mcgoldrick reforçaria a fusão do casal, impedindo a manutenção de interesses e preferências individuais.

As diferenças culturais são outros dos factores a ter em conta, pois se bem que possam ter o efeito positivo de diversidade e enriquecimento, são normalmente fonte de conflito e dificuldade.

Por último há que considerar todas as mutações que se verificam relativamente ao papel que tradicionalmente era atribuído às mulheres. Neste âmbito, o estudo das chamadas famílias de " dupla carreira " (Skinner, 1983) possibilita uma compreensão de tais mutações. De facto, e citando McGoldrick (1989), *"o ajustamento conjugal no nosso tempo, quando se tenta caminhar para a igualdade dos sexos (educacional e ocupacional), pode ser extremamente difícil "*.

## **2ª Fase - Nascimento do Primeiro filho**

O nascimento de uma criança é o acontecimento que identifica esta fase de abertura do sistema familiar a outros elementos.

Implica a grande mudança que consiste no ajustamento conjugal de modo a criar um espaço biológico, psicológico e social para os filhos. De facto, os filhos poderão surgir em ambientes em que não há espaço para eles ou em ambientes em que há um vazio, por exemplo falta de intimidade conjugal que procure ser preenchida pelos filhos. Neste sentido alguns terapeutas julgam preferível que a primeira gravidez seja adiada até o casal ter estabelecido a sua própria intimidade e começado a formar uma rede social.

Do mesmo modo, parece que uma primeira gravidez ocorrida muito depois do estabelecimento do sistema conjugal poderá ter o risco de perturbar significativamente um sistema, de certa forma cristalizado e já pouco receptivo á mudança.

De facto, mais do que uma fase de formação do casal, a transição para a maternidade e paternidade é aquela que confronta mais os casais com os problemas dos papéis sexuais tradicionais e com os padrões multigeracionais.

O recém-nascido, após estabilizar a estimulações internas e externas, deverá obter experiências agradáveis do ambiente circundante, sobretudo através da pessoa principal que cuida dele, e comunicar de modo a que gostem dele, o alimentem e brinquem com ele. Por sua vez, a família deverá aprender a diferenciar os sinais emitidos pelo bebé e corresponder empaticamente a eles.

Uma das grandes mudanças desta fase é resultado do novo papel do pai na sua relação com os filhos.

Uma outra mudança que se verifica nesta fase é a alteração das relações com a família alargada, de modo a incluir os papéis de pais e avós. Frequentemente para os avós esta fase é bastante gratificante, visto que podem ter relações de grande afectividade e intimidade, sem terem que estar preocupados com as questões educacionais.

### **3ª Fase - Família com filhos em idade escolar**

Esta fase é caracterizada, sobretudo, pela autonomia progressiva dos filhos. O sistema familiar está habitualmente em grande expansão, com a existência de pelo menos mais um filho para além daquele que inicia a escola. É a fase dos projectos familiares em conjunto, da partilha das actividades dentro da família e da sua actuação enquanto grupo coeso. É a família como equipe.

Uma das dificuldades desta fase prende-se com o sistema conjugal. Os pais, profundamente envolvidos nas suas funções de educação e socialização dos filhos, bem como no investimento no campo do trabalho, têm frequentemente dificuldade de conseguir uma certa privacidade conjugal (Duvall, 1977; Pittman et al, 1989) e tempo para o casal. .

São de particular importância, para esta fase, as conclusões a que chegou Anderson (1982) sobre o impacto das redes sociais no funcionamento individual e familiar. Esta autora chegou á conclusão de que, para esta fase do ciclo de vida da família, era fundamental a relação com uma rede densa orientada para as crianças, em que seja possível trocar experiências e aferir formas de conjugar o tempo e o espaço para os filhos e para o casal.

#### **4ª Fase - Família com filhos adolescentes**

A adolescência é tradicionalmente uma fase de grandes mudanças, quer ao nível físico quer ao nível psicológico e social. Não só o adolescente é estranho a si próprio - tão depressa adulto, mas simultaneamente tão criança e infantil - como se torna e é um estranho para os que o rodeiam.

Relacionadas com as mutações físicas estão a procura de identidade e a busca de autonomia. Os adolescentes tornam-se assim "*filósofos amadores e juizes morais de valores e costumes sociais, actuando por vezes como embaixadores entre a casa e a comunidade, trazendo novas ideias e atitudes que servem como catalizadores para outros membros da família mudarem também*"(Ribeiro,T.)

Por sua vez, a procura de autonomia passa pela gradual responsabilidade na tomada das suas próprias decisões. este aspecto traduzir-se-á na exploração de objectivos de carreira e estilo de vida num enquadramento global dos valores, crenças religiosas e princípios éticos que reexamina, rejeita ou reintegra. A busca de autonomia, por outro lado, manifesta-se por um afastamento relativamente à família (por vezes mesmo rejeição dos pais), acompanhado do estabelecimento com um adulto alternativo (um professor por exemplo) e com os outros adolescentes - os grupos de influência, com características muito próprias e de grande importância nesta fase.

O fenómeno da adolescência é vivido pela família como o início da saída de casa e, em certos casos, como verdadeira perda. Constitui tarefa difícil para os pais discernir o procedimento a adaptar com adolescentes na sua procura de identidade, sendo frequentes os conflitos inerentes à dependência/independência e à orientação quanto ao futuro.

Segundo alguns estudos, parece que os adolescentes necessitam de "*apoio atento e empatia, interesse e compreensão, orientação, estrutura e limites*" se bem que nem sempre demonstrem, e rejeitem mesmo, este apoio.

No que se refere ao todo do sistema familiar, as grandes mudanças na fase da adolescência processam-se, segundo McGoldrick a três níveis:

- o da flexibilidade das fronteiras familiares, de modo a facilitar a entrada e a saída do sistema no jogo dinâmico dependência/independência que o adolescente vive. Esta flexibilidade passa pela alteração das relações pais-filhos, nomeadamente no que se refere à autoridade, ao intercâmbio de ideias e valores e ao respeito pelo

estabelecimento de relações independentes com a família extensa por parte do adolescente;

- centração em áreas referentes à vivência da meia-idade: relação conjugal e carreira profissional;

-início de modificações nas relações familiares de forma que permitam a prestação de cuidados à geração mais idosos.

### **5ª Fase - Saída dos filhos de casa, o casal encontra-se novo só**

Devido a um conjunto de alterações demográficas - aumento da esperança de vida e redução do número de filhos - esta fase, que tem habitualmente início com a saída de casa do primeiro filho, é a fase mais longa do ciclo de vida familiar. É também caracterizada por ser a fase em que se verifica o maior número de saídas - filhos - e de entradas - noras e/ou genros e netos - no sistema familiar.

A designação de "ninho vazio" que habitualmente se utiliza para caracterizar esta fase tem uma conotação negativa, que por vezes não corresponde à realidade. McCullough e Ruttenberg (1989) referem atitudes e expectativas diferentes ao enfrentar esta fase. Assim, enquanto para alguns casais será uma fase de descontração e plenitude, uma segunda oportunidade para consolidar ou expandir novos caminhos e papéis, para outros significará um tempo de perturbação (divórcio e outros problemas), um tempo de vazio (sem os filhos para preencher a vida), um tempo de decadência (doença e morte).

Na verdade, trata-se de uma fase que exige um conjunto significativo de alterações. Segundo McGoldrick (1989), a renegociação do sistema familiar como um todo é a primeira tarefa com que o casal se depara. Com efeito, o casal terá que reflectir sobre o significado da família e do casamento agora, que já não tem filhos para educar e, que pode proceder a comparações com as relações conjugais e familiares dos filhos. Em certa medida, seria como fazer um balanço da relação a dois, relativamente aos factores indicados por Lewis (1988) ao longo das fases do ciclo de vida, desde que começaram os dois, até esta fase em que estão novamente os dois.

De acordo com McCullough et al (1989), para alguns casais a relação será agora estável, amadurecida e até mais satisfatória que as precedentes. Para outros casais poderá ser mais conflituosa, mais ténue. O conflito conjugal crónico assume, nesta fase, ou a forma de guerra aberta ou a de silêncio distante.

O desenvolvimento de relações adultas com os filhos é outra mudança a ser operada nesta fase, bastante associada ao modo como se processou a relação dependência/independência nas respectivas famílias de origem.

Os indicadores de uma separação bem sucedida - envolvimento em trabalho ou carreira, e estabelecimento de relações de intimidade - nem sempre se verificam. Com efeito, são bem conhecidos e estudados os fenómenos associados ao "Leaving Home" (imortalizado na célebre canção dos Beatles) que se processa através daquilo que Bowen (1978) designa por "cut off", ou seja, a ruptura emocional e/ou física entre as gerações.

Uma outra tarefa de desenvolvimento característica desta fase consiste na modificação das relações no sistema familiar, de modo a incluir genros, noras e netos e a assumir os papéis de sogros e avós.

Finalmente, o casal característico desta fase depara-se com a resolução de questões relativas à última geração da família. Terá assim de prestar apoio aos idosos da família, procurando colmatar as suas incapacidades e acompanhando as suas doenças. Frequentemente, o casal defronta-se com a morte de um ou de ambos os pais, tornando-se a última geração da família. Por vezes esse acontecimento é seguido da coabitação com algum dos respectivos pais que fique viúvo, o que vai exigir novos reajustamentos no sistemas de relações familiares.

#### **6ª Fase - Família na terceira idade**

Esta última fase do ciclo de vida familiar requer, para um funcionamento adequado da família, flexibilidade na estrutura e nos papéis como resposta às seguintes tarefas (McGoldrick 1989):

- manutenção do funcionamento individual ou de casal e dos interesses, apesar de um conjunto de perdas físicas, profissionais e sociais;
- preparação para a morte, revisão de vida e integração de experiências;
- criação de um espaço, no sistema, para a viuvez e para a experiência da velhice, apoiando a geração mais idosa sem funcionar excessivamente por ela;
- exploração de novos papéis familiares e sociais

As mudanças que se verificam nesta fase estão frequentemente associadas às perdas e disfunções, mas segundo Walsh (1989) podem ser também factor de crescimento. Na génese desta mudança está o modo como foram vividas as outras fases e transições do ciclo de vida, nomeadamente no que se refere ao ajustamento a perdas e novos desafios.

A reforma é outra das alterações vivenciadas nesta fase e, que tem grande impacto ao nível pessoal. A reacção será diferente consoante a reforma tenha sido desejada ou imposta, constituindo frequentemente um vazio na vida que terá de ser preenchido a nível familiar. A reforma pode constituir para os idosos, para além da perda do papel social de trabalhador, uma perda de capacidade económica, o que poderá aumentar a sua dependência em relação às gerações mais novas.

A viuvez é outra situação característica desta fase, sendo mais frequentemente vivida pelas mulheres. Por vezes a morte ou o suicídio pouco depois da morte do cônjuge está associada a sentimentos de perda, desorientação e solidão. Por sua vez, a existência de netos preenche um espaço importante na vida das pessoas que se encontram nesta fase. Para além da gratificação afectiva os idosos vivem nos netos um prolongamento da sua vida.

A doença e a dependência, característicos desta fase são dois factores de perturbação familiar. Para as pessoas idosas é de salientar o medo à doença e morte, para a restante família manifesta-se todo um conjunto de alterações provocadas pelos cuidados e apoio físico, psicológico e por vezes financeiro de que a última geração precisa.

## VI - A FAMÍLIA INFÉRTIL

Do anteriormente referido, verifica-se que a concepção de família implica sempre a existência de filhos e, as próprias fases da vida conjugal são pautadas pelas idades dos filhos.

O que acontece então às " famílias" que logo desde muito cedo não cumprem as expectativas práticas e teóricas? Serão ou não família? Podemos falar de famílias inférteis ou teremos de falar e perspectivar a actuação (nomeadamente a clínica) só em termos individuais? Mas se nos centrarmos no individual não estaremos a esquecer toda a teia de relações transgeracionais que se estabelecem à volta da infertilidade.

O não cumprimento do plano de vida e dos ciclos vitais faz o(s) indivíduo(o) que sofre(m) de infertilidade ficar no mundo do Peter Pan, na Terra do Nunca.

Não podendo mais ser adolescente, porque se propuseram a um "trabalho de adulto", mas também não sendo adulto por não o conseguirem realizar. A família infértil vê-se assim a saltar duas fases importantes do ciclo de vida familiar (família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes) para entrar directamente no casal novamente sem filhos. No entanto, o espaço de tempo e o investimento afectivo, económico e social no projecto de maternidade/paternidade foi por demais evidente. A maioria dos casais investe de forma considerável, energia e afecto (positivo ou negativo) neste seu "filho que não vem". Quando comparados com casais da mesma idade, com o mesmo tempo de casados e com filhos, verifica-se nos casais inférteis um muito menor investimento individual e conjugal, centrado toda a sua vida e de forma exclusiva neste projecto.

Tal está implementado também pela medicalização que se vem fazendo do processo de reprodução, que para além da sua baixa eficácia na resolução do problema, promove o centralizar na questão da fertilidade e infantiliza os casais que recorrem a ajuda nesta área.

A luta contra a infertilidade, tal com a angustia que a acompanha, é já antiga. Como expõe a autora francesa Jacqueline Costa-Lascoux (citada por Garcia, J. L. 1995), o medo *"imemorial da esterilidade, tendo inspirado "numerosas ficções jurídicas nas cidades antigas e nas sociedades arcaicas para que todos os homens pudessem participar na transmissão da vida" incentivou "cientistas a descobrirem remédios ou paliativos", ao mesmo tempo que " permitiu também a charlatães e a outras pessoas interessadas fazerem um lucrativo comércio do sofrimento e do desejo de ter filhos"*

### **1 - Breve História da Resolução da Infertilidade**

A primeira inseminação humana, entre marido e mulher, data de 1791 e foi efectuada pelo inglês Hunter, enquanto em França foi necessário aguardar por 1801, o ano do Código Napoleónico.

A inseminação artificial com dador tem também uma larga história. Em 1884, nos Estados Unidos da América, Pancost decide-se pelo seu "melhor estudante" para transmitir a vida. Mas será preciso esperar por 1940 para, através das descobertas de Parker sobre a congelação do esperma, para a inseminação artificial se tornar uma prática corrente.

A segunda fase deste processo é constituída pela "Fecundação in Vitro e Transplante de Embrião". Em 1978 nasce o primeiro "bebé-proveta" de sempre. Louise de primeiro

nome, Joy como nome do meio - sinónimo de felicidade e Brown de apelido, nasce perto de Manchester.

Apenas três anos depois, os franceses René Frydman e Jacques Testart tornaram possível o nascimento de Amandine.

A partir destas iniciativas muitos milhares de crianças têm nascido graças à FIVETE.

Em 1984, um novo progresso técnico tem lugar: Zoé nasce fruto de um embrião que tinha sido congelado, em Melbourne, na clínica do Dr. Carl Wood.

Seguem-se muitos outros países, em Portugal, Carlos Miguel nasce pela "mão" do Prof. Pereira Coelho.

Em 1986, em França e na Austrália nascem gémeas em diferido, Rebeca e Emma fecundadas ao mesmo tempo nascem com um intervalo de um ano e quatro meses.

Toda esta evolução, que se fez acompanhar de verdadeiras revoluções no campo genética e da biologia molecular, tornaram possível o campo actual da Reprodução Medicamente Assistida.

A reprodução deixou de ser algo da esfera da intimidade de cada casal, agida e tratada no aconchego do leito conjugal, para passar a ser do domínio público, tratada com foros de doença (pela medicalização exigida) e de epopeia social ( dando origem a programas mais ou menos sérios da Comunicação Social, e inspirando filmes e novelas)

Assim, actualmente coexistem várias técnicas de Reprodução Medicamente Assistida: a inseminação artificial (IA); A fecundação in vitro (FIV); a fecundação in vitro com

transferência de embrião (FIVETE), A transferência intra-tubária de zigotos (ZIFT) e a Transferência intra-tubária de gâmetas (GIFT). Muito recentemente surgiu uma nova técnica, a injeção intra-ovocitária dos espermatozóides (ICSI).

**Inseminação Artificial** - É a técnica mais simples, e nela se realiza a transferência mecânica de espermatozóides, extraídos e tratados anteriormente, para o aparelho genital da mulher. Nuns casos, a inseminação é feita através de uma seringa com um tubo na ponta, através do qual os espermatozóides são introduzidos na vagina, e diz-se inseminação artificial por via vaginal.

Noutros, é realizada por meio de uma injeção em que os espermatozóides são introduzidos no espaço localizado entre o recto e o útero, e designa-se por inseminação intraperitoneal directa.

**FIV e FIVET** - a fertilização ocorre fora do corpo da mulher. Esta técnica permite ajudar os casais que tem problemas em conseguir a união bem sucedida de um óvulo com um espermatozóide. No caso das mulheres, o problema mais comum são as obstruções das trompas, nos homens pode ser a existência de espermatozóides com pouca mobilidade.

Ao isolar-se um óvulo numa proveta e bombardeando-o com espermatozóides frágeis, a medicina consegue proporcionar o difícil encontro. Em linguagem médica, diz-se que este procedimento dá origem aos zigotos. A incubação in vitro é prolongada até que os zigotos se dividam. O embrião ou embriões resultantes são depois retirados da proveta e transferidos para o útero ou para as trompas da mulher.

**ZIFT** - Consiste numa técnica de fertilização in vitro, onde o zigoto ou zigotos são transferidos para as trompas uterinas.

**GIFT** - É uma técnica de fecundação in vivo. Os ovócitos recolhidos e os espermatozóides seleccionados são colocados numa proveta, onde permanecem separados por uma bolha de ar. Mais tarde, ambos os tipos de gâmetas são colocados em presença directamente nas trompas de Falópio, onde se faz normalmente a fecundação natural. Este procedimento exige anestesia local.

**ICSI** - Esta técnica recente, a injeção intra-ovocitária dos espermatozóides, pode ser usada quando existem factores graves na origem da infertilidade masculina, ou seja, em situações em que o método normal de fecundação in vitro não é aplicável, ou em que o homem não possui o número suficiente de espermatozóides (azoospermico).

Quando o homem apresentava problemas deste tipo, a solução poderia consistir no recurso a um dador anónimo, cujos espermatozóides eram utilizados para fazer uma inseminação artificial ou uma fecundação in vitro do óvulo da mulher. O pai biológico não coincidia com o pai social. A técnica da injeção permite agora utilizar espermatozóides com sucesso, mesmo quando estes não têm capacidade suficiente para penetrarem, por si só, no óvulo.

Esta técnica consiste em retirar do sémen um único espermatozóide, aspirando-o com uma agulha de vidro cujo diâmetro interno é de 5 a 10 micrones (milésimos de milímetro). Através dessa mesma agulha, o óvulo é perfurado, introduzindo-se o espermatozóide no seu interior. Esta técnica já possibilitou o nascimento de 200 crianças na Bélgica, não se verificando qualquer aumento das malformações congénitas em relação à população em geral.

Ao contrário do que ocorre com os ovócitos, que têm resultados tecnicamente insuficientes quando mantidos congelados, os espermatozóides podem ser guardados

em bancos de esperma, mantendo-se em estado de congelação por períodos de tempo indefinidos sem que percam a possibilidade de actividade satisfatória.

Quando os espermatozóides e os ovócitos têm origem no casal, a RMA é designada inseminação artificial intra-conjugal (IAC), também designada por inseminação homóloga. Quando os espermatozóides e/ ou ovócitos não provêm do casal, motivado pela inviabilidade de um ou dos dois tipos de gâmetas, a RMA é denominada por inseminação artificial com dador (IAD), ou inseminação heteróloga.

No caso da mulher não poder engravidar, é possível recorrer cientificamente às "mães de substituição", também chamadas, por influência das designações criadas pelas médias, "mães de aluguer" ou "barrigas de aluguer". Nestas situações, procede-se geralmente a uma inseminação artificial com o material genético masculino do casal, sendo que a "mãe de substituição" interfere no processo com o seu útero e/ou com o seu ovócito.

Também menos comum, pode-se recorrer à introdução de um ovo, ou de um embrião, fecundado in vitro com os elementos genéticos do casal para o corpo da "mãe de substituição". Um dos significados científicos destes últimos processos diz respeito à possibilidade de dissociar tecnicamente, em pessoas diferentes, os elementos que surgiam constitutivamente unificados na reprodução humana natural.

Para além do aspecto referido anteriormente, e ao qual voltaremos à posteriori, as técnicas de RMA têm várias consequências no vivido real e emocional dos indivíduos e casais que a elas recorrem. Estas consequências começam logo ao nível das indicações da técnica, pois as suas taxas de sucesso são relativamente baixas (cerca de 20%) a avaliação da indicação é fundamental.

Segundo Pires (1990), para um casal ser submetido a uma das Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida mais comuns, a FIV (ET), deve obedecer a algumas condições.

1ª - O casal deve ser saudável física e psicologicamente: nenhum dos membros do casal deve ter doenças que possam transmitir ao filho, ou que ponham em perigo a vida da mãe durante a gravidez, e ambos devem possuir um equilíbrio emocional que lhes permita a adaptação ao programa.

2ª e 3ª - A idade da mulher menor ou igual a quarenta anos e função ovárica normal ou corrigível: sabe-se que a partir dos quarenta anos, em muitas mulheres, a função ovárica está já alterada e, portanto, a resposta à estimulação é deficiente, diminuindo as possibilidades de êxito. Não parece adequado sujeitar o casal a um tratamento dispendioso, moroso e stressante sem que haja um mínimo aceitável de resultados positivos.

4ª - Presença de útero: como é obvio a presença de útero é indispensável. Não é absolutamente necessário que o útero seja normal. Há determinadas malformações uterinas que podem ser corrigidas cirurgicamente antes da entrada do casal num programa FIV, e outras malformações que são compatíveis com uma gravidez.

5ª - Esperma normal ou corrigível laboratorialmente: em aproximadamente 30% dos casais inférteis existe um factor masculino. O tratamento deste factor tem normalmente maus resultados. As técnicas laboratoriais utilizadas na FIV permitem melhorar a mobilidade dos espermatozóides e capacitá-los. No entanto, é necessário um número mínimo de espermatozóides móveis e normais para que se possa pôr indicação de FIV.

Parece-nos importante ressaltar neste momento, que "apenas" da leitura destas indicações vários problemas ético-psicológicos são já levantados;

-A questão de saber se devem ser utilizadas apenas para tratamento da infertilidade ou também como método alternativo de procriação;

-A definição dos critérios de aplicação das técnicas: apenas casais constituídos e "estáveis" (e como medir a estabilidade, e o que dizer das novas formas de família - mono parentais, homossexuais etc.);

-A definição da idade limite em que uma mulher pode ser inseminada artificialmente.

Para além de muitos outros problemas levantados pelas outras técnicas:

-A questão da reprodução com dador, por introduzir um terceiro elemento no processo de procriação;

-Nos casos de reprodução com dador, o anonimato dos dadores e conseqüente negação do direito da criança ao conhecer a paternidade;

-A admissibilidade do procedimento selectivo dos dadores e seus critérios;

-A inseminação post-mortem;

- a inseminação de "mães de substituição" e critérios de definição da pessoa que deverá ser considerada mãe;

- A doação de embriões a outro casal que não os cônjuges iniciais;

-O tempo de conservação dos embriões.

A forma de leitura destas questões, numa visão unicamente psicológica, esta imbuída de toda a teorização existente acerca destas questões de feminino/ masculino, materno e paterno. Mas as teorizações existentes têm de ser também teorias em evolução e teorias que lancem também alguma luz a esta discussão, a tal voltaremos posteriormente.

Os estudos realizados que têm como objecto as técnicas de R.M.A., enfermam na sua grande maioria de uma visão mais ou menos catastrófica do fenómeno, no entanto não nos parece possível pensar estas técnicas como um processo abstracto, completamente alheio aos seus utilizadores, como se de uma "fatalidade histórica" se tratasse.

Com efeito, só existem técnicas de R.M.A. porque existem indivíduos concretos que as procuram, e tal acontece porque houve toda uma evolução socio-psicológica que permitiu que, a par com diversas alterações de valores e padrões familiares que se tenha mantido como fundamental o projecto parental.

Gostaríamos de ressaltar, que neste momento em Portugal, o projecto parental está ainda muito colado à conjugalidade, o que não é absolutamente verdade noutros países europeus, onde uma grossa fatia de "utentes" destas técnicas são indivíduos celibatários.

Tal faz com que a própria visão da técnica seja diferente, se para nós ainda surge muito como solução terapêutica, como resolução de algo que não funciona, noutros locais surge já como alternativa reprodutiva.

Efectivamente o medo da esterilidade é algo que acompanha o Ser Humano, como nos lembra Françoise Laborie *"do lado da procura (da R.M.A.) muitas realidades convergem(...).Passou-se, em vinte cinco anos, de uma situação em que as mulheres*

*morriam para evitar ter filhos à de muitas mulheres procurarem desesperadamente conceber crianças 'a qualquer preço', sem que a causa seja só o aumento da taxa de esterilidade como tem sido demonstrado pelos epidemiologistas".*

Parece evidente que o 'medo de ser estéril' acompanha um sistema de valores e um campo de mudanças individuais e conjugais.

Antes da revolução contraceptiva, a fertilidade era assegurada por fenómenos naturais e regulada por instituições com tal peso como a Igreja ou o Casamento. Com a contraceção, e mais concretamente com a pílula, a regulação da fertilidade faz-se na esfera individual e privada, conseguindo-se, essa coisa maravilhosa, que é a de separar a sexualidade da reprodução.

Mas todo este movimento não é psicologicamente pacífico, a inquietação face ao futuro reprodutivo está instalada quase desde a toma do primeiro comprimido. Se por um lado o poder de controlar a sua fertilidade dá ao indivíduo (principalmente à mulher) um poder extraordinário, por outro abre caminho a toda uma série de medos, fantasmas e receios de interdição.

Tal faz com que muito tempo antes de decidir ter um filho, a mulher tenha necessidade de confirmar junto ao seu ginecologista se não danificou o seu aparelho reprodutor, e confirmar se está apta a conceber.

Parseval, salienta que este exame pré-conceptional é sobretudo um interrogatório do médico com vista a retirar um máximo de informações premonitórias *"se sou normal, se o meu aparelho genital está em bom estado, se a famosa pílula que tomei durante tanto tempo não bloqueou definitivamente os meus ovários"*.

Com efeito, a segurança a cem por cento da pílula (anos e anos de eficácia contraceptiva) não é assim tão tranquilizadora, o medo da infertilidade instala-se e muitas vezes sobrepõe-se à própria fertilidade. Isto associado a uma sociedade consumista, caracterizada pelo imediatismo, faz com que o esperar pela reprodução não seja tranquilo, e que numa procura de resposta à sua ansiedade muitos indivíduos se tornem inférteis antes de o serem.

Face à ansiedade da mulher ou do casal, acerca da sua "possibilidade" reprodutiva, o médico na maior parte dos casos pouco pode ajudar, não consegue dar resposta às angústias e medos, e muitas vezes acaba por criar outras prescrevendo cedo demais a medicalização da reprodução.

A impaciência transforma muitas "esperas fisiológicas" em infertilidades medicalizadas. Segundo Roegiers(1995) a espécie humana é por natureza pouco fecunda: 25% de nascimentos por ciclo com relações regulares. Em todas as sociedades, mais ou menos 20% das mulheres não têm filho depois de dois anos de tentativas.

Os estudos relativos a mulheres aceites em programas FIV mostram que entre 7 e 28% concebem naturalmente, seja antes de receber um tratamento, seja nos dois anos a seguir à interrupção do mesmo.

## **2 - Tratamentos de infertilidade e suas vivências psicológicas**

Tudo começa por ter que se fazer "amor" a mando, cumprindo dias férteis e controlando obsessivamente os dias para ter relações e os dias para não ter. A mulher deve tirar a temperatura todos os dias, para fazer a sua curva de temperaturas que lhe permitirá perceber se e quando ovula. A "febre" instala-se, cada relação sexual é

anotada no gráfico, que posteriormente se mostrará ao médico, que passa a ser um parceiro, por demais activo, na vida sexual do casal.

Se associado à curva de temperatura, se faz indução de ovulação e controle ecográfico, as relações sexuais são prescritas ao momento. não importa o ritmo biológico de cada casal, as outras rotinas da vida (se está a trabalhar ou não) aquela hora o casal tem que fazer amor. Não parecerá pois estranho que aqui o Amor seja infértil.

Se a função tubária está comprometida (ou não, uma vez que o recurso a estas técnicas se alargou às infertilidades de causa desconhecida?!), os médicos realizam eles mesmos a fecundação no laboratório. Após uma recolha de óvulos e, um "simples" espermograma, os médicos ou biólogos juntam os óvulos e os espermatozóides numa proveta. Dando assim lugar à fecundação in vitro

Desde cedo nestas técnicas, os "PSI" começaram a preocupar-se com as Fertilizações in Vitro e as suas consequências confusas. Como nos lembra Roegiers, longe vai o tempo em que Freud começou uma análise dizendo *"eu sei pelo menos que tem um pai e uma mãe"*

De uma forma tímida de inicio, os psicanalistas cedo tomaram posição. Três preocupações fundamentais regeram este movimento:

1 -Onde vai parar o homem que pretende ultrapassar a sua própria origem e que passa para além do sexo e investe todo o seu futuro nas tecnociências.

2 -A FIV, no seio do desejo de um filho complexo e ambivalente, não será a intrusão de um elefante num bazar de porcelana?

### 3 -As crianças concebidas in vitro beneficiam de genitores motivados?

Segundo Roegiers, três psicanalistas franceses interessaram-se particularmente por cada uma destas questões: Monette Vacquin interessou-se pelo destino dum homem procurando emancipar-se às suas leis, Monique Bydlowski ao desejo de um filho nas reproduções medicamente assistidas, e Geneviève Delaisi de Parseval pelas perspectivas desta criança.

#### 1- Monette Vacquin

Segundo Vacquin passar do sexo para procriar, é renunciar ao modelo da diferença, da alteridade. Os fantasmas infantis tais como *"os meus pais não são os meus pais", " eu não nasci de uma relação sexual"* tornam-se realidade. A nossa origem não é mais fundada na diferença sexual, e iremos por no mundo crianças privadas de toda diferenciação da mecanizarmos os seus atributos, a começar pela escolha do seu sexo: *"a escolha do sexo pela técnica aborta o Outro na criança, desde o seu primeiro acto; o de nascer nos seus pais, incarnação do seu desejo, mas também diferente apesar do desejo"*.

Vacquin (citada por Roegiers) lembra também que, a sexualidade tem um papel complexo no jogo entre histeria e medicina, salientando a erotização das relações com o ginecologista, que relega para um papel secundário aquele que deveria ser o pai.

Outros psicanalistas chamam também a atenção para o papel abusivo de certos médicos. Pai fantasmático da criança, o ginecologista ocupa também na transferência, o lugar do pai da paciente, ou seja o lugar do cônjuge, reduzindo este a uma posição

assexuada, infantil. Esta situação de infantilização é tão mais grave quanto mais o médico partilhe este imaginário arcaico e, goste de se apresentar como uma personagem toda poderosa.

No entanto Vacquin deixa uma nota de reflexão sobre a sua posição: "*a severidade desta análise não implica um olhar ideológico em termos de 'por' ou 'contra', nem leve a pensar que tudo seja de rejeitar na procriação medicamente assistida. Apesar de tudo, a biologia é uma ciência jovem, com todas as características que lhe são próprias, vitalidade e criatividade, mas também onipotência, ela deve pois ser confrontada com a sua própria castração, em que na alteridade com outras disciplinas que lhe iram propor contradições, o que tornará mais modesta esta situação, e deixá-la naquilo que tem de grande - um paliativo para a esterilidade, ou se pelo contrário avança num voo infantil de destruição de todo o limite*".

## 2- Bydlowski

Segundo esta autora, as R.M.A. não resultam senão em indivíduos que quer através de psicoterapia, quer por acontecimentos de vida tenham resolvido os problemas que os tornaram estéreis.

Bydlowski acentua que certas esterilidades têm uma origem objectiva, como as malformações congénitas ou as sequelas duma tuberculose genital, não podemos pois atribuir todas as infertilidades à obra do inconsciente.

Mas (ainda citada por Roegiers, 1995) lembra que desde os primeiros tempos das R.M.A. que o desejo de um filho não é semelhante á necessidade de um filho: na sua perspectiva, a intervenção médica curto-circuita, frequentemente, um processo que se joga num cenário imaginário inacessível ao ginecologista. Há uma discordância entre o

projecto consciente e, a sua realização tanto no domínio da contracepção como no da concepção. A transmissão da vida escapa completamente ou parcialmente aos que a transmitem.

Desde logo, o desejo explícito do projecto de um filho não é evidente. À parte os motivos tradicionais: fazer como os que nos precederam, perpetuar-se, assegurar a sua feminilidade ou a sua virilidade, novas variáveis apareceram:

- a maternidade não é mais um destino, muitas mulheres hesitam em lhe dar "corpo", por dificuldades na escolha do parceiro, interrupção profissional, momento de paragem contraceptiva...se bem que conscientes estas dúvidas nem sempre são expressas e podem frenar o projecto procriativo.

- a eficácia das técnicas cria a ilusão que a concepção é perfeitamente controlada.

- o homem não é mais o "mestre" da concepção, esta nasce numa troca relacional e por vezes complexa dentro do casal.

A estas incertezas juntam-se os problemas do inconsciente. Freud pôs em evidência a cena imaginária na qual se joga o desejo de filho desde muito cedo na existência:

- o narcisismo é o motor mais primitivo, dar "nascimento" é acima de tudo "se dar nascimento", amar-se no filho que se põe no mundo.

- o desejo edipiano de ter um filho com o pai do sexo oposto é outro fantasma clássico evocado por Freud, é o desejo de um filho incestuoso.

- Bydlowski acrescenta que o filho desejado é também o da filiação materna: tendo um filho uma mulher reencontra a sua própria mãe e prolonga-a.

Segundo esta autora, são frequentes os testemunhos clínicos de conflitos inconscientes que provocam um obstáculo à vinda de um filho:

- A idealização de um pai, ao qual nenhum homem pode igualar.
- A palavra peremptória de uma mãe que interdita ter um filho .
- As questões corporais, nomeadamente as alterações físicas da gravidez, vistas como perturbadoras para personalidades com por exemplo uma estrutura anoréctica.
- O lugar do filho estar já ocupado pela maternagem dum parente.
- Bloqueio ligado à lembrança duma catástrofe obstétrica na família.
- Disfuncionamento do casal.

Segundo Bydlowski, o problema das R.M.A. é o de sem dar conta destes jogos inconscientes, se destruir a defesa sobre a qual o individuo funcionava. Propõe meritoriamente uma consulta mista onde se faça uma abordagem do binómio físico-psíquico.

### 3- Geneviève Delaisi de Parseval

Um ano após o nascimento do primeiro bebé francês concebido in vitro aparece a obra *L'enfant à tout prix*. Para Parseval, a FIV não é senão um recurso mais para um problema mais largo, o da resposta à infertilidade, ela interroga de maneira geral a possibilidade de uma elaboração mental nas histórias de infertilidade.

Para ela mais importante do que o recurso a uma ou outra técnica é perceber o que é que os pais fazem com o sofrimento de ser infértil, e de como esse sofrimento se joga no decurso das relações entre pais e filhos.

A sua hipótese central denomina-se "filho intergeracional", a criança que não quer ou não pode vir, fica como que enredado nas folhas, nos nós da sua árvore genealógica.

Para desenvolver este conceito, Delaisi não se limita ao quadro da psicanálise mas integra noções sistémicas e contextuais, segundo ela (citada por Roegiers), a criança insere-se numa organização familiar pré-existente, forjada através das gerações e as quais são regidas por um certo número de regras de funcionamento que estão ao serviço dum equilíbrio dinâmico. Neste contexto a infertilidade, uma vez aparecida, não é uma informação neutra. Ela tem geralmente uma função homeostática que seria imprudente modificar sem reflexão.

A "retirada" da esterilidade, depois de alguns anos acompanha-se dum transformação importante do casal que trará seguramente alguns problemas. As crianças nascidas são frequentemente mal aceites (ou super protegidas, o que não é significativamente muito diferente), como se a ruptura do equilíbrio anterior fosse insustentável para o casal.

Há também o perigo que a criança seja dificilmente investida pelos pais: como uma criança remédio, uma criança prótese, cujo nascimento seja por um lado o sinal de que o casal venceu a esterilidade, mas cuja presença relembra constantemente o sofrimento passado.

Desde logo a criança não seria desejada por si mesma mas em função dum reparação, criança reparadora da infertilidade, criança anti-morte.

Como lembra Delaisi, estas crianças nascidas depois de longos e dolorosos tratamentos da infertilidade, poderão ser crianças de risco psíquico. Tal não quererá dizer que estão em perigo, mas sim que é necessário para eles e para os seus pais um trabalho psíquico suplementar.

Para que as crianças nascidas desta técnica não sejam meras próteses é importante que paralelamente à recuperação física (atestada pela gravidez), se possibilite também a reabilitação psicológica, é importante pois que seja feito o luto da "fertilidade normal" para que se possa investir o filho como verdadeiramente seu - se este luto não é feito e se não houver elaboração psíquica da infertilidade corre-se o risco de incorrer em "maternidades brancas", em que apesar de haver um filho vivo a matriz da infertilidade se mantém.

Também para Roegiers(1995), o luto tem um papel central na história e vivência da infertilidade, para este autor inerente á própria infertilidade estaria uma história de luto, com maior ou menor intensidade.

Das suas entrevistas clínicas, com mais de 100 casais salienta que sistematicamente são evocados três grandes temas:

1- Lutos dolorosos: muitas histórias relatam com sofrimento a morte de alguém muito querido. O peso deste luto seria variável, por vezes pesa como uma deficiência, noutros casos assume laivos de tragédia.

Segundo este autor (citado por Tomás, 1995) poderíamos antever uma ligação entre o luto e a dificuldade de aceder à função parental? Sobretudo, como acontece frequentemente se a morte se relaciona directamente com o projecto de um filho.

O contexto ginecológico, faz muitas vezes apelo a um outro tipo de luto, o de uma anterior interrupção voluntária da gravidez.

2 - Do desinvestimento ao abandono: a inserção numa continuidade transgeracional é importante para todos os seres humanos, sobretudo no momento de um projecto procriativo. Quando esta corrente aparece bloqueada é lógico que se volte atrás, para verificar com pesar, que o que está para trás nem sempre foi "cor de rosa"

3 - Maus tratos: esta é uma experiência extremamente dolorosa para uma criança.. Os testemunhos de violência não são raros. Muitos casais inférteis relatam episódios mais ou menos frequentes de maus tratos durante a infância.

Roegiers levanta a questão do porquê de tantas histórias dramáticas, nos casais que recorrem às técnicas de R.M.A. A sua resposta é a de que talvez estes casais inférteis sejam os mais vulneráveis, e estejam mais expostos às dificuldades pessoais de adaptação a certas circunstâncias materiais ou emocionais.

Talvez, como refere Tomás, o facto de ser infértil e estar exposto a decepções em cadeia seja propício ao retorno à superfície de desesperos antigos, dos quais havia o desejo de se desembaraçar. O luto da procriação revelaria também ele o luto de ter sido procriado e criado em condições por demais adversas.

Quando as relações passadas são sentidas como pouco gratificantes, há um sentimento de injustiça, que é agravado pela situação de infertilidade. Nos indivíduos que pedem FIV, reencontramos por vezes pedidos infantis de reparação de histórias antigas.

As vivências emocionais referidas são por assim dizer potenciadas quando, a solução terapêutica, passa pelo recurso a dador, dador frequentemente anónimo ao qual são

atribuídas todas as virtudes (ou mais frequentemente todos os defeitos) dos objectos internos passados, dando assim lugar á projecção directa sobre a criança a nascer.

Segundo este autor, os jogos de procriação não são idênticos para toda a gente. Cada um vive o desejo de criança, segundo as suas próprias projecções. O luto também não tem a mesma conotação em todas as histórias.

O trabalho de luto é fundamental para o avanço da vida relacional e, para a possibilidade de investir em novos objectos de amor, no caso da infertilidade viver a perda é uma tarefa difícil, tanto mais que a auto-depreciação é frequente. Para alguns indivíduos renunciar a conceber uma criança é insuportável.

### **3 - Ciclo de vida de família infértil**

Como já referimos anteriormente, a saúde de uma família está ligada ao seu desenvolvimento. No decurso desse desenvolvimento, a que se chama, ciclo de vida familiar, a vinda de uma criança (principalmente a primeira) constitui um acontecimento importante, decisivo para o futuro da mesma família pois:

- é a primeira crise significativa que necessita ajustamento e integração;
- produz mudanças radicais na organização quotidiana; as fronteiras com a família alargada e do domínio extrafamiliar são redefinidas;
- a dinâmica das influências recíprocas entre os campos emocionais dos pais modifica-se;
- o acolhimento de uma criança depende das competências da família nos eixos da adaptabilidade e da coesão.

Na perspectiva sistémica, as consequências dum projecto procriativo não são neutras...em função da diversidade de contextos, estruturas, níveis emocionais, competências etc. a infertilidade adquire um valor muito diferente de uma família para outra.

Podemos tomar a infertilidade como sintoma revelador ou regulador dum funcionamento familiar? Esta é uma hipótese de trabalho suficientemente válida.

A criança é o "ponto de volta" das organizações. Se ela não vem tudo é posto em questão. É talvez por isto que por vezes se age como se ela estivesse lá (com o quarto pronto e arranando o enxoval). Mas se esta ficção ajuda a diminuir a angustia imediata, não promove a resolução.

Pauline Boss (citada por Roegiers) fala-nos das dificuldades familiares inerentes ao facto de um membro da família fisicamente ausente ser sentido como psicicamente presente.

Hammer Burns, retoma estes trabalhos e adiciona-lhes as crianças fantasmáticas que se esperam longamente.. Segundo ela a antecipação da criança toma lugar no seio da família, ocupando o lugar de uma terceira pessoa, antes do nascimento e antes mesmo da concepção.

Para um casal, a infertilidade é um dado novo que impõe implicitamente a renegociação dos contratos de vida em comum. Mas esta renegociação é dificultada por diversos factores tais como a incerteza a propósito do futuro reprodutivo, e os tratamentos e medicamentos novos que potenciando a esperança dificultam o enfrentar do problema.

A criança projectada é assim acolhida como membro fantasmático da família o que é prejudicial:

- para o casal, pois este arrisca-se a perder a sua consistência na medida em que funda o seu equilíbrio e as suas relações exteriores sobre bases ambíguas e exteriores á realidade;

- para a criança, se esta aparece depois de uma reprodução medicamente assistida ou por adopção, arrisca-se a que o seu lugar esteja já ocupado por um substituto fantasmático idealizado, que ocupa já "espaço" nas interacções com os seus pais (este é um rival por demais difícil de combater).

Directa ou indirectamente, a criança está omnipresente desde os tratamentos dos casais inférteis (como aquela mulher que nos falava dos seus três filhos mortos a propósito de três insucessos FIV).

Os casais candidatos a FIV esperam uma criança depois de muito tempo, em regra pelo menos dois anos. Quer dizer que já aprenderam a viver com ela. O drama da infertilidade não está assim ligado á falta mas sim á perda; ao luto difícil de uma criança que foi tanto mais antecipada mentalmente, quanto mais difícil foi a sua chegada.

Antes ainda do estado embrionário, a criança já está presente nas interacções. Os cenários são antecipados. Os candidatos genitores põem em cena uma criança imaginária, frequentemente em função da sua história pessoal.

Para a maioria dos casais, a chegada de um bebé assemelha-se à "Terra Prometida". Se a ambivalência está presente em todo o desejo de um filho, ela é tanto mais difícil de exprimir quando se está a tentar desesperadamente conceber.

Estas crianças fantasmáticas estão presentes nas preocupações diárias dos seus futuros/potenciais pais, revelando preocupação em relação às condutas do dia-a-dia, e do futuro (preocupação com dietas, habitação e colégio condignos do filho...).

A criança concebida a todo o preço parece condenada a "pagar" os desgastes relacionais infligidos aos seus pais muito antes do seu nascimento. Pede-se-lhe que reequilibre o casal, a libido, a harmonia familiar, o sentido de vida perdido. Por tal um pedido de FIV é um momento particularmente fecundo em termos de prevenção.

Não só em termos da futura criança, como em função daquele casal que tem que aprender a renegociar o seu contrato nupcial de forma a cumprir um ciclo de vida familiar, com ou sem filhos (não podemos esquecer que as taxas de sucesso destas técnicas não ultrapassam os 20%).

Tal será possível se se considerar um ciclo de vida diferente, em que paralelamente à fase "Nascimento do primeiro filho" surja uma fase de "Família em projecto de maternidade".

Nesta fase como em todas as outras fases do ciclo de vida o individuo tem determinadas tarefas psicológicas a ser cumpridas e determinadas metas a alcançar.

Assim, terá de abandonar os projectos infantis e onnipotentes de um filho quando quiser e , conseguir integrar uma certa flexibilidade no programa previamente cumprido e em formas alternativas de realizar o seu projecto de fecundidade.

Surgindo, então, como tarefa fundamental do casal, já constituído como sistema conjugal (com os adequados arranjos nas relações com os subsistemas adjacentes), a construção de um projecto/plano a dois, que implique um empenhamento contínuo e desinteressado (como deveria ser o desejo/projecto de filho ). Este projecto terá que ser algo encontrado pelo e para o casal e que faça sentido para ambos; ou que faça tanto sentido para um dos membros que consiga implicar o outro.

Não poderão existir receitas, e cada casal na sua génese e especificidade deve conseguir encontrar o projecto de fecundidade que dê um sentido às suas vidas. Poderá ser um projecto mais filantrópico ou mais materialista de acordo com os seus valores, ideais, motivações e expectativas de vida.

#### **4 - As Crianças (Concretas) Nascidas por FIV**

Os estudos existentes sobre crianças e as relações pais-bebés provenientes de R.M.A. são raros e na sua maioria apresentam graves falhas metodológicas.

Segundo Pinto (1994), apenas dois ou três trabalhos parecem oferecer alguma garantia. Um estudo realizado por Raoul-Duval e col. (1990), foca a importância da depressão pós-parto nas mães FIV. Esta autora afirma que o número de mães deprimidas de crianças FIV (9 meses após o parto) é duas vezes mais elevados que num grupo de mulheres com gravidez espontânea.

As hipótese justificativas para estes resultados estão, segundo o mesmo autor, relacionadas com a ruptura com o modo de vida anterior, mas também porque a relação com o bebé real é mais difícil de "regular" para estas mães, que se sentem abandonadas assim que o interesse geral sobre a díade mãe-criança decresce.

Uma outra hipótese, refere-se ao facto de que muitas mulheres esperam que a FIV o que o bebé se torna o "*símbolo da negação da infertilidade*" (Colpin e col. 1992), mas esta euforia pode transformar-se em desilusão, ao constatar que o "seu bebé é como as outras crianças), e mais que tudo que continua infértil e a não ser uma mulher "como as outras" que têm filhos quando querem.

Mas, apesar disso, a maioria dos estudos realizados com crianças FIV, nomeadamente pelas autoras citadas constata que estas crianças têm um desenvolvimento cognitivo e psicomotor normal.

Raoul-Duval refere, no entanto, a existência de mais problemas de sono nas crianças FIV. Fala também de problemas relacionais menores, baseados na comunicação com o bebé e em problemas alimentares que surgem com mais frequência.

Também Golombok e col., constaram a existência de mais problemas emocionais e comportamentais, mas que segundo eles não têm repercussões negativas na evolução psico-afectiva destas crianças.

Por outro lado, Belaisch-Allart refere a existência de um desenvolvimento psicomotor mais precoce nas crianças FIV, que poderá estar associado a maior estimulação por parte dos pais, e conseqüentemente um sobreinvestimento da criança, que provocaria uma separação mais difícil entre estes.

Convém no entanto salientar, que todos estes estudos são muito recentes e abordam crianças muito pequenas. Resta saber como será o futuro relacional destas famílias, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade e reprodução, quando estas crianças chegarem à adolescência.

Tanto mais que uma das fontes de polémica destas técnicas diz respeito precisamente ao futuro reprodutivo destas crianças, pois levanta-se a questão de se ao ultrapassar (sem resolver) um problema de infertilidade não se estará a perpetuar esse mesmo problema nos seus descendentes.

Tal é especialmente válido para as infertilidades masculinas, onde as novas técnicas de R.M.A. permitem a fecundação com espermatozóides com problemas de mobilidade, (através de ICSI) e este "defeito" que se inscreve geneticamente manter-se-á nos filhos homens nascidos por ICSI.

Podemos assim estar a perpetuar a infertilidade. Isto remete-nos para o futuro reprodutivo e o futuro destas técnicas.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

### O Nosso "Admirável Mundo Novo"

Como já salientámos anteriormente, a maioria das nossas concepções e teorias estão baseadas quer numa realidade contraceptiva e reprodutiva que está já em mudança, quer em técnicas psicológicas que eventualmente estão já também em mudança.

Tomemos como exemplo as teorias acerca do Feminino e do Materno que estão na base de muitas conceptualizações teóricas da infertilidade, mais concretamente da infertilidade feminina.

### Feminino e Materno

Como se conjugam estas variáveis, qual a relação que estabelecem entre si e até que ponto a Maternidade se constitui como um ponto fulcral do acesso à Feminilidade.

Segundo Freud, na menina há uma bissexualidade biológica. Estando inicialmente preparada para a masculinidade vai posteriormente constatar a diferença anatómica entre os sexos, que vai ser sentida como uma desvalorização, desvalorização esta que é estendida à figura materna, também reconhecida como castrada - "o seu amor era dedicado à mãe fálica, com a descoberta de que a mãe é castrada torna-se possível desistis dela como objecto (...) .Isto significa portanto que em resultado da descoberta da falta de um pénis nas mulheres, estas baixam de valor aos olhos da menina".

Para Freud "a situação feminina é apenas estabelecida se o desejo de um pénis for substituído pelo desejo de um bebé, isto é, se de acordo com uma equivalência

simbólica, o bebé tomar o lugar do pénis. Assim, há uma tentativa de elaboração da feminilidade, pela procura do Pai, através do filho.

Uma outra linha de pensamento defendida por autores como Klein e Stoller (citado por Tomás, 1995), considera género uma aquisição mais precoce, no seio das primeiras identificações à mãe, logo anterior à escolha do objecto. Existiria então um contexto de uma inicial feminilidade, dado que o primeiro modelo de identificação fornecido é o feminino.

Num segundo momento na relação com o outro diferente, a menina deve separar-se da mãe enquanto objecto do desejo, mas não da sua feminilidade.

Segundo Bleichemer, podemos considerar três etapas na constituição da feminilidade. Uma primeira etapa de Identificação Primária, que traduz a relação idealizada com o primeiro objecto de Amor, que é também o primeiro modelo de Identificação à Mãe Toda Poderosa.

Uma segunda etapa incluiria a descoberta, pela menina, de diferenças anatómicas entre os sexos, descoberta esta que seria perturbadora do ponto de vista narcísico: a mãe ideal e onipotente, torna-se uma mãe real, castrada, desvalorizada. Esta desilusão leva a um afastamento em relação à mãe e, conseqüentemente, uma aproximação ao pai.

Por fim, ocorreria uma "Identificação Secundária" com a mãe, significando o Édipo um processo de cicatrização narcísica, e a procura de um novo sentido do Feminino. A tarefa a executar no plano narcísico consiste na reconstrução da sexualidade. Assim, a reanimação e reconstituição do narcisismo serão conseguidas através da heterossexualidade.

Para Stoller, encontram-se duas etapas fundamentais no processo de identificação: um primeiro momento compreenderá uma Identificação Primária à mãe, que resultaria no "Núcleo de Identidade de Género", que se define por uma auto-percepção de pertença sexual e seria o ponto de partida para o estabelecimento da "Identidade de Género".

O "Núcleo da Identidade do Género" não teria quaisquer implicações de papel e/ou relacionais, inscrevendo-se no plano do Narcisismo. A sua constituição daria início a uma "Feminilidade Primária" quer no menino quer na menina, faltando contudo outras qualidades ao Feminino, como o Materno, que implicaria a resolução do Édipo.

A segunda etapa seria conflitual decorrendo do Édipo e da Inveja que lhe é característica. Implicaria um enriquecimento da Feminilidade.

Logo, para este autor, a construção do Feminino inicia-se com a relação dual, implicando depois a separação e a individuação que permite o acesso à triangulação, único acesso a uma feminilidade autêntica e genitalizada.

Este processo de separação é de extrema importância, pois o Materno compreende uma relação com o Diferente, que será tão mais bem sucedida, quanto tenha tido a separação do Igual, primeiro objecto de Identificação da menina.

Assim, na reconstrução interna do Materno assume-se como uma condição essencial para o acesso a uma verdadeira dinâmica, a da complementaridade dos sexos. Para além da complementaridade anatómica, uma complementaridade efectivamente funcional.

Para muitos autores, como Matos (citada por Tomás, 1995), para muitas mulheres o tornarem-se mães está fortemente associado às origens da sua identidade, e a maternidade representa uma expressão pública do seu papel de mulher.

No entanto, no momento actual se por um lado as mulheres procuram cada vez mais feminilidades, que passam pela valorização de aspectos tão importantes como a sua feminilidade profissional e se distanciam cada vez mais do materno (cada mulher tem cada vez menos filhos), por outro ainda coexiste todo um discurso de colagem entre Feminino e materno.

Como se o materno não fosse uma possibilidade do feminino, mas o feminino ela mesmo, continua-se hoje em ciências humanas como em conhecimento comum com definições e teorias do feminino subsidiárias do materno e inversamente com noções do paterno que se centram no valor do masculino (Leal, I. 1995).

Mas a realidade é que o investimento no materno é cada vez menor por parte das mulheres, verificando-se curiosamente cada vez mais comportamentos "maternos" nos homens. Um interessante estudo realizado em salas de infantário (4/5) demonstra que apenas os meninos brincam no "cantinho das meninas", são eles que jogam o cozinhar e principalmente o cuidar dos bonecos, provavelmente repetindo modelos que lhe estão cada vez mais próximos. Nunca os pais (homens) cuidaram tanto dos seus filhos, lhes deram biberão, banho ou mudaram as fraldas coma actualmente. Verifica-se como que um cruzamento entre Feminino-Materno e Masculino-Paterno, sendo que o Masculino está cada vez mais próximo do Materno.

Tal é consequência e trás implicações obvias para a concepção actual de gravidez e maternidade, o espaço da maternidade deixou de ser vital para a feminilidade das

mulheres, vem até muitas vezes pô-la em causa, questionando outras conquista que a mulher está a realizar noutras esferas de relacionamento intra e interconjugal.

Assim não parecerá pois estranho, que o maravilhoso mundo das novas técnicas de reprodução comece a ser cada vez mais requerido pelas mulheres (e acompanhado pelos homens). Para muitas mulheres será muito tranquilizador, e benéfico, poderem recorrer a quaisquer provetas para que os incómodos da gravidez e da maternidade não interfiram naquele momento com outros projectos.

Os embriões congelados, as mães de aluguer, as Dolly clonadas estão aí, parece-nos pouco provável que se mantenham apenas como paliativos, nas situações clínicas de falência da infertilidade e, muito mais provável que se venham a cimentar como técnicas alternativas de reprodução, pelo menos para uma faixa de mulheres que a par com um investimento intelectual grande entraram no mundo dos negócios e, não o querem deixar por qualquer um "Sua Excelência o Bebê" que lhes vai roubar espaço e perturbar projectos.

Se tal é benéfico ou prejudicial para o Ser Humano parecemos uma discussão inoportuna, pois é o Ser Humano ele próprio que estará a evoluir assim, e se tal for possível será normal. Neste momento ninguém questiona se a um bebé prematuro se devem prestar cuidados de incubadora "só" pelo facto de estar privado em parte da relação precoce, não nos parece pois provável que se limitem o uso das Provetas, pelas implicações psicológicas que tal acarretará , e que mais uma vez saliento que são vistas à luz de teorias antigas.

Não mais se questionou se o Homem pode ir à lua ou não, e a ÁGUA DA LUA, não parece uma realidade assim tão estranha.

*"Centro de Incubação e de Condicionamento de Londres-Central*

*(...)A enorme sala do andar térreo estava virada ao norte. Apesar do Verão que reinava no exterior, apesar do calor tropical da própria sala, apenas fracos raios de uma luz crua e fria entravam pelas janelas. As blusas dos trabalhadores eram brancas, e as suas mãos, enluvadas de borracha pálida, de aspecto cadavérico. A luz era gelada, morta, espectral. Apenas dos cilindros amarelos dos microscópios ela recebia um pouco de substância rica e viva, que se espalhava ao longo dos tubos como manteiga.*

*- Isto - disse o Director, abrindo a porta - é a sala da Fecundação.*

*No momento em que o Director da Incubação e do Condicionamento entrou na sala, trezentos fecundadores, curvados sobre os seus instrumentos, estavam mergulhados naquele silêncio em que apenas se ousa respirar, naquela cantilena ou assobio inconsciente com que se traduz a mais profunda concentração.*

*(...)- Vou começar pelo principio - disse o D.I.C. E os estudantes mais zelosos anotaram o facto nos cadernos: « Começar pelo principio. » -Isto aqui - apontou - são as incubadoras.- E, abrindo uma porta de protecção térmica, mostrou-lhes os suportes de tubos empilhados uns sobre os outros e cheios de tubos de ensaio numerados. - O fornecimento semanal de óvulos. Mantidos - explicou - à temperatura normal do sangue, enquanto os gâmetas machos - abriu outra porta - devem ser conservados a trinta e cinco graus, em vez de trinta e sete. A temperatura total do sangue esteriliza.*

*(...), forneceu-lhes uma curta descrição do moderno processo da fecundação, enquanto os lápis rabiscavam ilegivelmente as páginas, de um lado para o outro. Falou-lhes primeiro, evidentemente, da introdução cirúrgica: - Esta operação é suportada voluntariamente para bem da sociedade, sem esquecer que proporciona uma gratificação equivalente a seis meses de ordenado. - Continuou com uma breve exposição da técnica de conservação do ovário, separado em estado vivo e pleno*

*desenvolvimento; fez considerações sobre a temperatura, a salinidade e a viscosidade ótimas; aludiu ao líquido em que se conservam os óvulos destacados e chegados à maioridade, e, conduzindo os seus alunos às mesas de trabalho, mostrou-lhes como se retirava esse líquido dos tubos de ensaio; como o faziam cair gota a gota sobre as lâminas de vidro para preparações microscópicas especialmente aquecidas; como os óvulos que ele continha eram examinados sob o ponto de vista dos caracteres anormais, contados e transferidos para um recipiente poroso; como - e conduziu-os então a observar a operação - esse recipiente era imerso num caldo tépido contendo espermatozóides que aí nadavam livremente «concentração mínima de cem mil por centímetro cúbico», notou ele, e como, ao fim de dez minutos, o recipiente era retirado do líquido e o seu conteúdo novamente examinado; como, se ainda aí restassem óvulos não fecundados, o mergulhavam uma segunda vez e, em caso de necessidade, uma terceira; como os óvulos fecundados voltavam para as incubadoras; aí os Alfas e os Betas eram conservados até à sua definitiva colocação em provetas, enquanto os Gamas, os Deltas e os Epsilões eram retirados apenas ao fim de trinta e seis horas, para serem submetidos ao processo Bokanovsky.*

*(...)Um ovo, um embrião, um adulto: o processo normal. Mas um ovo bokanoskizado tem a propriedade de germinar, de proliferar, de se dividir: de oito a noventa e seis rebentos, e cada rebento tornar-se-á um embrião perfeitamente formado, e cada embrião num adulto normal. Desenvolvem-se assim noventa e seis seres humanos onde antes apenas se desenvolvia um só. O progresso."*

*Admirável Mundo Novo*

*Aldous Huxley*

## BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, M. (1995). "Esboços do Feminino: Procura do Materno?". *Análise Psicológica*, XIII (1-2), pag. 33-37. ISPA, Lisboa.
- Audebert, A. M. (1985). "La Stérilité Inexpliquée: conduite pratique". *Rev. Fran. Gynecol. Obste.* 80 (11), pag. 795-799.
- Astor, J.; Pwson, M. 81985). "The Value of Psychometric Testing in the Investigation of Infertility". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5 (1985), pag. 107-111.
- Badinter, E. (1993). *XY - A Identidade Masculina*. Porto: Ed. ASA
- Bailador, N. (1992). "Factores Psicológicos Comuns na Esterilidade Psicogenea Feminina". *Análise Psicológica*, X (2), pag. 263-268. ISPA, Lisboa.
- Benedek, T. et al (1953). "Some emotional factores in infertility". *Psyc. Med.* 15(5), pag. 485.
- Bos, C.; Cleghorn, R. A. (1958). "Psychogenic Sterility". *Fertility and Sterility*. 9 (2). pag 84-89.
- Botelho, M. (s/d). A anticoncepção e seus aspectos psicológicos. *O Médico*, pag. 310-314.
- Bydlowski, M. et al (1983). "Approche psycho-médicale de l'infertilité - souffrir de stérilité". *J. Gyn. Ogst. Biol. Repr.*, nº 12, pag. 269-276.

Bydlowski, M. (1990). "Procréations Médicalement Assistées Problèmes Psychologiques et Éthiques". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 38(12), pag. 665-668.

Cabau, A. e Senarclens, M. (1988). Aspectos psicológicos da infertilidade. In: *Infertilidade*. Ed. Manole, S. Paulo.

Cabau, A.; Krulik, D.; Reboul, J. (1990). "La Femme Stérile, le Médecin et le Temps". *J. Gynecol. Obst. Bio.. Repro.*, 19, pag, 102-106.

Cardoso, R. M.; Coelho, R. A.(s/d). "Contributo Psicológico para a Compreensão de Algumas Esterilidades Femininas". *O Médico*, pag.. 550-552.

Charvet, F.; Chevret, M. (1983). "Stérilité Psychogène". *Rev. Fran. Gyn. Obst.* 78 (5), pag, 315-318.

Coelho, A. (1990). *Investigação e Terapêutica do Casal Infértil*. *Revista do Interno*, pag. 173-183.

Colpin, H.; Demyttenaere, K.; Vandemeulebroecke, L. (1992). "Procréations Médicalement Assistées et la Relation Parent-Enfant". *Contracep. Fert. Sex.* 20 (11), pag, 1074-1083.

Daniluk, J. (1988). *Infertility: Interpersonal Impact*. *Fertility and Sterility*, 49 (6), pag. 982-990.

Delaisi, G. e Verdier, P. (1995). *Enfant de Personne*. Paris. Ed: Odile Jacob.

Deustch, H. (1959). *Psychologie des femmes*. Press Universitaire Paris.

Dias Cordeiro (1964). "Factores Psicodinâmicos na Esterilidade Conjugal". Dissertação de Licenciatura, FML. Universidade de Lisboa.

Faria, M. C. (1990). "A Infertilidade: Desejo ou Maldição" *Análise Psicológica*, VIII(4), pag. 419-423. ISPA. Lisboa.

Faria, M. C. (1995). "Aspectos Psicológicos da Inseminação com Esperma de Dador ou «Será que Tem os Olhos do Pai?»". *Análise Psicológica*, XIII (1/2), pag. 111-115. ISPA. Lisboa.

Fénelon, J. (1979). "Deuil, nostalgie, souvenir". *Rev. Franc. Psych.* nº 43(4), pag. 625-631.

Faure, S. e Pragier, G. (1987). Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine. *Rev. Française de Psych.* 6/1987, pag. 1543-1565.

Freud, S. (1989). A Feminilidade. In: *Textos Essenciais de Psicanálise*. Publicações Europa-América, Mem-Martins.

Frydman, R. (1990). "Problèmes de la Procréation Artificielle". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 38(12), pag. 673-676.

Insler, V. e Lu enfeld, B.. (1993). *Infertility: Male and Female*. Edinburrgh, London, Madrid, Melbourne, New York and Tokyo: Churchill Livingstone.

Haynal, A. (1991). *Narcisisme et états-limits*. Ed. Escher. Lisboa.

Herz, E. (1989). *Nex reproductive techonologies*. Philadelphia: Ed. Saunders Company.

Hugues, J. (1990). "Donnés médicales actuelles concernant les procréations médicalement assistés". *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 38 (12), pag. 631-632.

Justo, J. (1990). "Gravidez e Mecanismos de Defesa: Um estudo introdutório". *Psicologia da Gravidez e da Maternidade, Análise Psicológica*, 4 (VIII), pag. 371-376.

Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Editorial Presença. Clivagens.

Koropatnick, S.; Danulik, J. e Pattinson, H. A. (1993). "Infertility: a Non-Event Transition". *Fertility and Sterility*, 59 (1), pag. 163-171.

Labrousse, D. (1980). "Les Sterilités Psychonénes". *Rev. Fra. Gyn.* 75(10), pag. 529-544.

Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobsson, L. (1986). "Depression, Guilt and Isolation among Infertile Women and their Partners". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, %, Pag. 197-206.

Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas.

Laplanche, J. e Pontalis, J.B. (1990). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa. Ed. Presença.

Leal, I. (1989). "Moribundos e sobreviventes". *Análise Psicológica*, 4 (VII), pag. 523-526.

Leal, I. (1992). "Psicologia da Maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção". *Psicologia e Saúde, Análise Psicológica*, 2 (X), pag. 229-234.

Leal, I. (1990). "Nota de Abertura". *Psicologia da Gravidez e da Maternidade, Análise Psicológica*, 4 (VIII), pag. 365-366.

Leal, I. (1997). "Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica". *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.

Lebovici, S. Vicent-Dospital, G. e Neuman, D. (1990). "Modalités spécifiques de Paternité en Particulier dans Procréations Médicalement Assistées.". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12), pag. 681-685.

Mahlsted, P. P. (1985). "The Psychological Component of Infertility". *Fertility and Sterility*, 43 (3), pag. 335-346.

Malpique, C. (1990). *A Ausência do Pai*. Porto: Edições Afrontamento.

Mathews, R. e Mathews, A. M. (1986). "Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood". *Journal of Marriage and The Family*, 48 pag. 641-649.

Matos, I. (1995). "Sobre a Infertilidade e as Novas Tecnologias de Reprodução". *Análise Psicológica XIII (1-)*, pag. 95-99. ISPA, Lisboa.

Mazet, P. (1990). "Procréations Médicalement Assistées". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 38(12), pag. 629-630.

McEwan, K. L.; Costello, C.G. e Taylor, P. J. (1987). "Adjustment to Infertility". *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (2), pag. 108-116.

Moisão, J. M. (1986). "Avaliação Etiopatogénica do Casal Estéril. Avaliação do Casal Estéril. Epidemiologia. Aspectos Psicológicos da Esterilidade". *Jornal do Médico*. 120, pag. 473-478.

Moron, P. Abadie, I.; Lefranc, G.; Benatia, M. (1990). "Les Pères dans L'Insémination Artificielle". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 38(12), pag. 677-680.

Morse, C. e Dennerstein, L. (1985). "Infertile Couples Entering an In Vitro Fertilization Programme.. a Preliminary Survey". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, pag. 207-219.

Morse, C. A. e Van Hall, E. V. (1987). "Psychosocial Aspects of Infertility: a Review of Current Concepts". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, pag. 157-164.

Neuman, D.; Vicent-Dospital, G.; Lebovici, S. (1990). " Le Premier Entretien avec les Patients Demandeurs de Fivete. Intérêt et Objectifs". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 38 (12), pag. 659-661.

Parseval, D. e Janaud, A. (1983). *L'enfant à Tout Prix*. Paris:: Ed. du Seuil.

Parseval, D. e Bigeargeal, J. (1985). *Objectif bébé. Une Nouvelle Science: la Bébologie*. Paris: Autrement.

Parseval, D. (1986). *A Parte do Pai*. Porto Alegre: L&PM.

Pines, D. (1990). "Emotional Aspects of Infertility and Remedies" *Int. J. Psychoanal.*, nº 71, pag. 561-568.

Pinto, A. C. (1994). "Será que o meu filho é diferente? «Estudo Comparativo do Desenvolvimento Infantil em Crianças de Quatro Anos Nascidas de Gravidez Natural e de Gravidez FIV»". Monografia de Fim de Curso, não publicada, ISPA. Lisboa

Pires, L. C. (1990). "Novas Tecnologias do Nascimento: Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas". *Análise Psicológica* VIII (4), pag. 425-428. ISPA: Lisboa.

Porto, R. (1980). "Esterilidades Psicogénicas". *Jornal do Médico*. 103 (1885), pag. 137-139.

Raoul-Duval, A. (1985). Les parents-éprouvettes sont-ils très éprouvés?. In: *Objectif Bébé*. Paris: Autrement.

Raoul-Duval, A., Bertrand-Servais, M., Frydman, R. (1990). "Etude Prospective et Comparative du Devenir des Enfants Nés par Fécondation in Vitro et le Leur Mère". *J. Gyn. Obst. Biol.* 19, pag. 203-208.

Roegiers, L. (1994). *Les Cigognes en Crise*. Bruxelles. Ed. de Boeck.

Rosenthal, M. (1985). "Grappling with the emotional aspects of infertility". *Infertility Counseling*, july, pag. 97-104.

Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebé. Fim de Século*.

Santos, A. A. (s/d). "Os Mecanismos da Fecundação e seus Distúrbios". *Ação Médica*, pag. 19-25.

Silva, M. A. (1991). "O Declínio da Metáfora: Somatização e Projecção na Abordagem da Infertilidade". Monografia, não publicada, ISPA. Lisboa

Snarey, J.; Son, L. e al (1987). "The Role of Parenting in Men's Psychosocial Development: a Longitudinal Study of Early Adulthood Infertility and Midlife Generativity". *Development Psychology*, 23(3), pag. 593-603.

Soulé, M. (1985). "L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête". In: *Objectif Bébé*. Paris. Autrement.

Stoller, R. J. (1973). "The Male Transsexual as 'Experiment'". *International Journal of Psycho-Analysis*, 54, pag. 215-225.

Stoller, R. J. (1978). *La Difficile Conquête de la Masculinité*. In: *Les Grandes Découvertes de la Psychanalyse: Vol. 6. L'Identification - l'autre, c'est moi*. Tunisie: Tchou.

Tomás, C.(1995). "As Cegonhas que não vêm de Paris- Estudo Exploratório Sobre Infertilidade". Monografia de Fim de Curso, não publicada. ISPA. Lisboa.

Wallach, E.; Gates, E. et al (1987). "Ethical Dilemmas of Infertility". *Contemporary Obs./Gyn. Symposium*. 29(3). pag. 170-192.

Wasser, S. K.; Isenberg, D. (1986). "Reproductive Failure Among Women: Pathology or Adaptation?". *Journal of Psychosomatic Obstr. and Gyn.* 5(1986), pag. 153-175.

## Água da Lua

### A Infertilidade, Ensaio Teórico- Clínico

A infertilidade é uma questão paradigmática, pois se por um lado se insere numa consulta médica, num Hospital... por outro lado ainda se nos coloca a questão de saber se é efectivamente, ou não uma doença.

O que é este imbrincar do físico e do psíquico? É sem duvida um campo fértil de emoções e vivências psicológicas únicas. Só se é infértil quando se decide provar a fertilidade, quando se procura a transcendência da continuidade, a imortalidade do ser. Se tal não se concretiza e, o filho não nasce, o indivíduo vê-se confrontado com a sua mortalidade e com a falência do seu sonho de imortal onnipotência.

O reconhecimento da infertilidade pode ter sérias consequências para o individuo ou casal. A vivência da infertilidade depende não só da história prévia do sujeito, como de todo um contexto conjugal e familiar...enfim social.

Numa sociedade ocidental, voltada para o consumismo imediato, o casal dito "normal" é obrigado a cumprir determinadas metas e após um ou dois anos de casamento surge a obrigação de ter filhos.

Se esse programa não se cumpre e, o casal se confronta com uma situação de infertilidade, instala-se um quadro de sofrimento. A confirmação de um quadro de infertilidade leva a uma profunda ferida narcísica. O corpo é visto como *"defeituoso e mal funcionando, quebrando-se a identidade corporal e morrendo o sonho de continuidade"*.

Começa então a procura de uma solução; começa a caminhada de médico para médico, instala-se a procura das técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas.

Os bebés proveta, o recurso a dadores de esperma e de óvulos, os embriões congelados, as mães de aluguer, as Dolly clonadas estão aí, e parecem ter vindo para ficar.

Em Portugal, o acesso a R.M. A. está ainda sujeito à colagem com o conjugal, pelo que o recurso a estas técnicas se faz quase exclusivamente, por casais com problemas de infertilidade, mas este facto não é exatamente assim em todo o mundo, onde um número substancial de clientes destas técnicas são individuos celibatários, ou casais homossexuais.

Toda esta evolução levanta-nos também a nós psicólogos vários desafios; por um lado, e numa dimensão mais clínica acompanhar e ajudar os individuos que se deparam com esta situação, que para além de toda a problemática intrapsíquica e relacional se vêm confrontados com uma multiplicidade de situações e problemas que não encontram suporte na ordem social estabelecida. Por outro lado, é-nos lançado o desafio de conceptualizar novas teorias, nas quais caibam estas situações, pois o seu avanço e frequência não permitem mais que sejam vistas como algo do campo do fantástico e inusitado.

Com este trabalho pretende-se, partindo da prática clínica, repensar a teoria. Assim apresentaremos uma série de casos, para depois teorizarmos sobre o individuo, o casal e a família infértil.