

O Bebê Que Não Veio

CONSTANÇA SEIXAS (*)

MARIA DA CONCEIÇÃO FARIA (**)

1. INTRODUÇÃO

Encontra-se com facilidade bastante literatura sobre infertilidade e os vários tratamentos médicos. Porém a literatura sobre infertilidade psicogénea já não é tão vasta e é bastante controversa. O conceito de infertilidade psicogénea, as considerações e terapias aconselhadas diferem bastante consoante a profissão do autor (Ginecologista, Psiquiatra).

Assim, neste estudo pretendemos realizar uma recolha teórica sobre as infertilidades psicogéneas; as suas repercussões psicológicas e sociais; os pontos comuns (se os houver) nos casais inférteis; o valor dado à gravidez; a representação da criança na nossa sociedade, etc.

Ligado à infertilidade está sempre o desejo de ter um filho e/ou o desejo de estar grávida. Isto leva os casais a recorrer às técnicas de reprodução medicamente assistidas. Hoje devido ao desenvolvimento da medicina, elas são várias e bastante aplicadas embora a garantia de sucesso no ser humano ainda seja pouco elevada.

Entre as várias técnicas de reprodução há uma que vai ser particularmente tratada neste trabalho, a FIV (Fecundação *in vitro*). É um processo médico constituído por várias fases, que irão ser descritas posteriormente, e que produ-

zem uma grande variedade de reacções emocionais no casal. Este processo é bastante stressante para ambos os membros do casal, neste estudo vamos-nos debruçar preferencialmente no elemento feminino do casal, visto ser pelo corpo da mulher que passa a maior parte do tratamento.

O Psicólogo tem um papel fundamental, no acompanhamento do casal durante este processo. É um processo em que as probabilidades de sucesso são muito baixas, mas as expectativas e crenças de sucesso muito altas.

Neste estudo, como já foi referido, só o membro feminino do casal vai ser estudado. Pretende-se que a mulher tenha um diagnóstico de infertilidade psicogénea e que tenha frequentado o processo FIV não tendo resultado uma gravidez com sucesso.

Ter um filho, nos nossos dias, tornou-se uma obrigação no sistema de representações do indivíduo e da família. Símbolo da continuidade da espécie, a criança tem também uma identidade sexual, uma integridade física e uma integridade social, esta integridade não é referente apenas à criança, mas também aos seus pais. Nada é pior do que «a criança que não vem».

Os estudos de Philippe Ariès¹ mostraram que com o aparecimento da família nuclear na sociedade industrial «a criança foi privatizada»². Os pais nesta família nuclear têm praticamente «o monopólio dos papéis parentais»³, ao con-

(*) Psicóloga Clínica Estagiária na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

(**) Psicóloga Clínica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

¹ Citado por Parseval, 1983.

² op. cit Parseval, 1983.

³ Idem.

trário do que se passava nas sociedades pré-industriais onde existiam múltiplas imagens parentais e nesta época ter uma criança era indispensável à sobrevivência «era um capital, no sentido económico do termo»⁴. Após a revolução contraceptiva, a criança adquiriu um novo significado: pode-se dizer que continua a ser um capital, mas um «capital afectivo e narcísico»⁵ o que traz repercussões completamente diferentes para a vida da criança e dos pais (Parceval, 1983).

A diminuição da natalidade nos países industrializados mais desenvolvidos contribui para tornar a criança um bem precioso, valorizado socialmente. (Mozet & Stoleru)

Ao nível consciente, conceber um filho significa representar-se pai e mãe. De acordo com o ideal social e familiar do sujeito é criar, depois de si, este «estranho familiar», no entanto bem real, que é o seu filho. É também tentar perpetuar-se para ultrapassar o seu próprio destino.

Esta dimensão da criança é talvez imaginária, no entanto o seu não cumprimento é sentido como uma maldição. A mulher (e também o homem) encontra-se então exposto a mitos sociais que a pressionam no sentido da reprodução.

Na mulher o desejo consciente de um filho liga-se ao da gravidez. Este pode prevalecer ao desejo da ter um filho; é um desejo traduzido por «quero estar grávida» e não «quero ter um filho», que são diferentes, se bem que ao nível consciente e verbal por vezes sejam expressos de modo semelhante.

A outro nível, o desejo de um filho tem as raízes no inconsciente de cada sujeito. A teoria psicanalítica aponta-nos duas linhas para este desejo partenogénico. Assim, a mulher deseja a criança incestuosa do pai, mas deseja também o fruto da sua filiação maternal (ao ter um filho, a mulher reencontra a sua própria mãe e prolonga-a). No homem, o filho profundamente desejado é o do desejo edipiano, incestuoso pela sua própria mãe e, também o de seu pai, testemunho da dimensão feminina da paternidade (Byd Lowski, 1978).⁶

Os casais após a vulgarização dos métodos

contraceptivos julgam ter todo o poder para decidirem quando querem ter um filho, que é algo que depende só da sua vontade. Assim o sofrimento é grande quando descobrem que são inférteis e este sofrimento é duplo: por um lado é o sofrimento causado pela falta de uma criança, por outro lado pela perda do controle do próprio corpo adquirido com a contracepção. Assim, a infertilidade na nossa época não é só uma doença, mas uma verdadeira catástrofe (Parceval, 1983).

1.1. *Fecundação in Vitro na Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

A fecundação *in vitro* destina-se preferencialmente a infertilidades de causa tubária, porém quando a duração da infertilidade é superior a 5 anos (ou 3 anos na mulher com mais de 36) então também se pode usar esta técnica quando: (1) há diminuição da qualidade dos espermatozoides; (2) endometriose; (3) causa desconhecida (neste caso a gravidez espontânea pode ocorrer antes ou após a fecundação *in vitro*).

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, não são aceites casais em que a mulher tem mais de 42 anos.

A percentagem de sucesso é de 20%. Na MAC, após 5 anos de experiência verificou-se que em: 110 casais que iniciaram o tratamento FIV, 100 fazem a função ovárica para a obtenção de óvulos, 85 realizam a transferência de pelo menos um embrião, 25 obtêm gravidez clínica e 20 têm parto com um ou mais recém-nascido.

Quando iniciado o tratamento, a mulher tem de fazer uma medicação que servirá para estimular o funcionamento ovárico e obter o maior número de óvulos possível, num ciclo normal só se produz um óvulo e a percentagem de gravidez por fecundação *in vitro* parece ser maior quando se obtêm mais do que um óvulo.

São feitas análises de sangue para ver os parâmetros normais e ecográficos, o que vai permitir verificar o número de folículos, o seu tamanho assim como o seu crescimento diário, a maturação dos óvulos e o momento provável da ovulação, momento esse em que se vai realizar a punção do ovário para a colheita de óvulos.

O espermograma é realizado nos 3-6 meses que precedem o início do ciclo para confirmar a

⁴ Idibem.

⁵ Idibem.

⁶ Citado por Conceição Faria.

qualidade do esperma (número de espermatozoides, mobilidade e formas normais).

A colheita dos óvulos é feita por punção orientada por ecografia vaginal, com analgesia controlada por Anestesiologistas.

Após a visualização dos folículos, puncionam-se e aspira-se o líquido folicular por meio de um sistema de aspiração. Os óvulos são depois colocados numa incubadora.

No dia da colheita dos óvulos é feita também a colheita do esperma, que fica num recipiente esterilizado, e depois é preparado de modo a obter a concentração adequada de espermatozoides para poder inseminar o óvulo. Os óvulos juntamente com os espermatozoides, ficam na incubadora até ao dia seguinte, em que se faz uma primeira observação para verificar se houve ou não fertilização.

Se houve fertilização, procede-se à sua introdução no útero. Não é necessário anestesia, este processo é indolor e demora poucos minutos, no entanto a senhora deve ficar em repouso absoluto durante 20 minutos e depois cerca de 30 minutos sentada.

Após a transferência de um máximo de 3 ou 4 embriões, os embriões excedentários, com qualidade adequada serão congelados. Podem-se utilizar posteriormente para transferência, no caso de não ter havido gravidez no ciclo FIV. No caso de ter havido parto 1 ano ou 2 após, o casal decide quanto ao destino dos embriões.

O ciclo pode eventualmente ter de ser interrompido em qualquer momento se diminuir a possibilidade de obter óvulos de boa qualidade. O tratamento pode ser reiniciado posteriormente. Algumas razões que nos obrigam a suspender um ciclo são: (a) Não se desenvolverem folículos; (b) Os níveis hormonais baixos; (c) O esperma não ter a qualidade exigida ou apresentar contaminação.

Em 100 embriões transferidos, 13 têm potencialidade de implantação e desenvolvimento. A taxa de implantação verificada na MAC é de 13%.

A partir do décimo quarto dia após a colheita de óvulos pode-se saber se há ou não *gravidez*. No entanto, nesta data ainda não se pode afirmar se a gravidez terá uma evolução normal.

A ecografia que se realiza 28 dias após a punção e as realizadas à 14a e 20a semanas darão in-

dicação sobre a evolução da gravidez e se esta é única ou múltipla.

As gravidezes múltiplas (gemelares ou triplas) são mais frequentes na fecundação *in vitro* (25%) do que na concepção natural (1%).

Na MAC o risco da gravidez tripla é de 1% no início do tratamento, ou de 5% das gravidezes clínicas.

Durante todo o tratamento a equipa de infertilidade está ao dispor dos casais para dar mais informação.

Todos os casais que pretendem entrar um programa de reprodução medicamente assistida, terão de passar por uma entrevista psicológica.

Esta entrevista tem como principal objectivo proceder à avaliação do casal no que se refere, por um lado a aspectos da sua vida pessoal e conjugal e por outro lado à própria vivência da situação de infertilidade bem como da entrada no processo em questão. São a este nível explorados aspectos relativos às expectativas de ambos os elementos do casal, relativamente à hipótese de um futuro projecto de paternidade; sendo tentado um confronto directo com a eventualidade do fracasso e insucesso de todo o processo. O simples facto de dar um passo para um projecto desta natureza, pode criar facilmente a expectativa de que a maternidade é algo de conquistado e seguro. Inscreve-se pois no âmbito do trabalho do psicólogo uma tentativa de consciencialização, operando a um nível mais racional funcionando quase como um «Ego auxiliar» do casal.

Em relação à situação de infertilidade convém ainda referir a necessidade da sua avaliação enquanto problemática do casal ou de apenas um dos membros do casal, podendo ter aqui um papel muito relevante o conhecimento das causas de infertilidade.

No final da entrevista é posto à disposição do casal um espaço de diálogo e reflexão a que poderão recorrer sempre que sintam necessidade.

Pretende-se deste modo fornecer um suporte sólido ao casal que lhe permita enfrentar as dificuldades inerentes a toda a situação.

2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Uma criança a todo o custo: esta frase ilustra bem o pedido de um certo número de casais, por vezes de pessoas sós, às equipas médicas espe-

cializadas nas técnicas de reprodução, medicamente assistidas. Isto vai de encontro à situação no contexto social dos nossos países ocidentais onde ao mesmo tempo que se nota uma baixa na natalidade, as crianças aparecem como um bem precioso valorizado socialmente. (Mazet, 1990).

Actualmente 20% dos casais entre os 20 e os 40 anos, consultam pelo menos uma vez um centro de reprodução assistida (Hugues, 1990). As três principais técnicas de reprodução medicamente assistidas são:

- Inseminação Intra-Uterina com espermatozoides
 - Fertilização *in-Vitro* e Transferência de Embriões (FIV-ET)
 - Fecundação Intra-Tubária de Gametas (GIFT)
- (Pires, 1990)

Um dos aspectos que merece particular atenção é a adaptação e reacção a um processo de Fertilização *in Vitro* (FIV), como é conhecida. É uma intensa experiência emocional para ambos os membros do casal. Cada aspecto do processo precipita e introduz uma variedade de reacções emocionais, reactivando a esperança, os medos e os sonhos. O desapontamento é também comum.

Apesar de esclarecidos da relativamente pequena probabilidade de sucesso na FIV, os casais acreditam que serão sempre «bafejados pela sorte». As mulheres ficam significativamente mais deprimidas, culpabilizadas, zangadas, vazias e tristes que os seus maridos quando o resultado é de insucesso.

Segundo alguns autores, as vivências emocionais de uma experiência FIV pode ser sistematizada em 6 fases:

1. Fase de Optimismo Elevado

Relacionado com o início formal do programa, os casais sentem-se frequentemente mais optimistas e positivos. Acreditam que vão ter sucesso e ter uma criança biológica, havendo tendência para minimizar a possibilidade de fracasso. Chega a haver uma euforia quase maníaca.

2. Fase de Expectativa Positiva

Por vezes os casais relatam uma certa preocupação mas os sentimentos positivos prevalecem.

3. Seguindo-se a uma transferência com sucesso, a segunda fase FIV é caracterizada por intensa ansiedade e optimismo, agora já mais cauteloso. Surge agora a ideia «Estou a carregar um ovo fértil! Tenho finalmente a possibilidade de ser mãe/pai! Não posso correr qualquer risco agora». Muitas mulheres relatam sintomas associados à gravidez como náusea, bem como sentimentos de ansiedade e alegria por trazerem um ovo fértil. Alguns maridos incrementam a sua solicitude e atenção o que faz com que a mulher se sinta especial e querida.

4. Fase de Desapontamento ou Alegria

Se a menstruação volta, esta fase é caracterizada por desapontamento e por sentimentos de desespero. A maioria das mulheres descreve dias de intensa angústia, choro, desejo de estar só, sentimentos de tristeza, de vazio, de raiva. Esta reacção parece seguir as fases de Lindeman para um processo de luto normal. Esta experiência, por vezes bastante disruptiva, é vivida como se a mulher estivesse perante um aborto espontâneo, pois havia já um investimento do óvulo-feto. As técnicas FIV podem intensificar o incremento da ligação dos pais ao feto, e potenciar um grau exagerado de ligação ao criar expectativas irrealistas de gravidez

Esta fase merece particular atenção por parte dos psicólogos já que a resolução ou não resolução desta situação de luto vai comprometer o futuro psíquico destes casais.

Os maridos relatam, normalmente, sentimentos semelhantes mas com menor intensidade. Acreditam que têm de consolar as mulheres suprimindo, muitas vezes, a sua depressão de tristeza. Parece importante que estes casais, confrontados com tais sentimentos (nomeadamente de culpabilidade, que por vezes exibem), possam falar da sua vivência com um técnico.

Apesar destes sentimentos, há um ligeiro contentamento por se terem submetido aos tratamentos o que é muitas vezes verbalizado da seguinte forma: «pelo menos fizemos tudo.» Se é confirmada uma gravidez, os casais vêem-se confrontados com um sentimento de irrealidade e alegria expectante: «será que tudo vai correr bem?»

5. Repetição FIV

Frequentemente os casais optam por experi-

mentar outro programa, adoptando então uma atitude mais cautelosa e com maior sentido da realidade.

6. Aceitação e Resolução do Problema

A última fase é a aceitação (por vezes não total) que a gravidez biológica não é possível. Muitos casais sentem que apesar de não terem filhos resolveram a sua crise de infertilidade, considerando activamente novas opções; adopção pode agora ser aceite, ou ser feito um novo investimento nas carreiras. (Faria, 1990)

O problema que vai ser objecto de estudo, vai de encontro ao sexto ponto citado. Quer-se saber qual o impacto de uma fecundação *in vitro* (FIV) sem sucesso no elemento feminino do casal.

3. MODELO DO ESTUDO

Foi feito um estudo exploratório utilizando uma amostra de 4 mulheres inférteis que já tenham frequentado pelo menos um processo FIV (fecundação *in-vitro*) sem no entanto terem obtido uma gravidez, com sucesso.

Pretendemos saber como lidam estas mulheres do ponto de vista emocional, com insucesso.

Vamos utilizar a entrevista semi-livre associativa e fazer uma entrevista única com cada uma das mulheres da amostra. Posteriormente será feita a análise de conteúdo ao material resultante destas 4 entrevistas.

Estas entrevistas foram realizadas nos gabinetes do departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

3.1. Selecção da amostra

A amostra vai ser constituída por 4 mulheres inférteis que já fizeram pelo menos uma FIV, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa mas que não obtiveram gravidez com sucesso e que já abandonaram o processo há pelo menos um ano.

A selecção da amostra foi feita pela Dra. Conceição Faria (Psicóloga da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, responsável pelo serviço de ginecologia) a partir dos processos existentes no departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e do seu conheci-

mento das utentes, o que permite um conhecimento prévio da amostra.

As mulheres seleccionadas mantiveram algum contacto com o departamento de psicologia clínica da maternidade.

Foram escolhidas pessoas que mantiveram algum contacto com a maternidade, pois pretendeu-se desta forma não ser invasivo à sua privacidade. Pois se de alguma forma tinham cortado voluntariamente o contacto com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa quisemos respeitar esse movimento.

Foram seleccionadas sete mulheres, a quem foi enviado um postal da maternidade, pedindo a sua colaboração para um estudo.

3.2. Factores específicos da amostra

- Mulheres do estatuto sócio-económico médio.
- Mulheres entre os 32 e os 41 anos.
- Mulheres inférteis.

3.3. Instrumento

A recolha vai ser feita através de uma entrevista semi-livre associativa.

Recolhemos a informação através de uma entrevista semi-livre associativa, realizada no gabinete do departamento; local que garante as condições de privacidade e conforto necessárias e facilitadoras da libertação do discurso das mulheres contactadas. Nesta entrevista explorámos alguns aspectos da história de infertilidade e da resolução ou não da crise da mesma.

3.4. Metodologia

Depois de seleccionadas as 7 utentes, foi-lhes enviado um postal da Maternidade onde lhes era pedida a sua colaboração para um estudo. Neste postal estava designado o dia e a hora em que deviam comparecer na Maternidade.

Uma vez chegadas ao Departamento de Psicologia Clínica, a psicóloga responsável pelo serviço contactava as mulheres, na medida em que eram pessoas que tinham sido seguidas por ela durante o processo FIV, explicando que a razão pela qual foram convocadas se prendia ao facto de se estar a fazer um estudo e a colaboração de-

las ser importante. Após o que se dava início à entrevista.

4. ANÁLISE QUALITATIVA

A análise do material das entrevistas foi feita em duas partes. Primeiro analisando o que existe de comum nas entrevistas, depois o que existe de diferente, mas relevante em cada uma das entrevistas. Para isso criaram-se 12 categorias de análise a partir da informação recolhida nas entrevistas. Com estas categorias pretende-se organizar o material recolhido, para mais facilmente poder ser analisado.

1.ª categoria: Interrupção do tratamento

As quatro entrevistadas abandonaram o tratamento por razões diferentes, a X teve de abandonar pois os resultados obtidos nos ciclos FIV, não lhe permitiam outra tentativa. A W abandonou devido a problemas da sua vida privada, nomeadamente a morte de uma irmã com esquizofrenia e o medo que esta doença fosse hereditária. A Y teve de abandonar durante um tempo, embora com perspectivas de poder voltar a fazer uma FIV e a Z abandonou devido à idade e à qualidade ovárica.

2.ª categoria: Discrição do processo FIV

As quatro entrevistadas focam o facto de terem feito mais do que uma FIV e as 4 referem que foi na primeira vez que as expectativas de sucesso eram mais positivas. Referem ainda que o tratamento é mais complicado psicologicamente do que fisicamente.

3.ª categoria: Reacção ao insucesso

Houve um sentimento que foi sentido por todas, a frustração. Houve sempre dificuldade em aceitar o insucesso e falar sobre ele.

4.ª categoria: Causa da infertilidade

As quatro entrevistadas apresentam causas físicas diferentes: a X atribui o principal factor ao marido, embora ela tenha uma trompa que não mexe. A W não faz a ovulação, a Y tem obstrução de trompas e a Z atribui a causa à conjugação de factores masculinos e femininos. Porém há uma causa comum que é o factor psicológico.

5.ª categoria: Culpa e/ou culpabilização dos outros

A W não se culpa nem culpabiliza os outros, a culpa não aparece no seu discurso. A Y atribui a culpa: da sua infertilidade ao acaso, embora num primeiro momento ela a tenha atribuído a si mesmo. A X atribui a culpa ao médico que aconselhou o D.I.U. e os insucessos do processo FIV ao médico que não quis tratar o marido. A Z atribui a culpa a si e ao seu marido.

6.ª categoria: Desejo de maternidade

Tanto na Y como na X o desejo de ter um filho parece ser um desejo antigo, nota-se particularmente na Y que desenvolveu vários comportamentos para atingir esse fim. Para ambas ter um filho era um objectivo importante para realização pessoal e no caso da Y também para a manutenção do casamento.

Para a W o desejo de ter um filho só lhe faz sentido como sendo um projecto a dois e inserido numa boa relação conjugal, só por si ter um filho não seria um objectivo. Algo semelhante se passa com Z que tendo de escolher prefere um companheiro do que um filho.

7.ª categoria: Idade

A idade é referida pelas quatro entrevistadas como um factor determinante para ter um filho. As quatro, embora com idades diferentes, consideram que a idade aconselhável para ter filhos está a terminar. É um factor muito importante na tomada de decisões.

8.ª categoria: Relação conjugal

Em relação a esta categoria não há nenhum ponto que seja comum entre elas. A X não se sente entendida pelo marido. A Y pensa que sem filhos vão ter projectos muito diferentes e que a separação é uma hipótese a considerar. A W reconhece no marido um grande desejo de paternidade, mas caso esta seja impossível pensa que esse não vai ser um factor determinante para o fim da relação. A Z sente-se sozinha nos momentos mais difíceis e tenta preservar a relação conjugal nem que para isso seja necessário abdicar da adopção.

9.ª categoria: Relações sociais e/ou familiares

Enquanto que a X a W e a Z investiram

afectivamente (cada uma de sua forma) em crianças que estavam relativamente próximas e não referem dificuldades sociais devidas à questão da infertilidade. A Y aparece bastante divergente, fala nos sobrinhos a que o marido se dedica, mas ela não. Preocupa-a bastante a imagem de mulher infértil face aos outros.

10.ª categoria: Opinião sobre a adoção

A única que está num processo de adoção é a X e não está satisfeita com alguns aspectos do processo. A adoção é considerada por ela como a última hipótese de vir a ser mãe, a Y e a Z partilham desta opinião. Estando a Z também para iniciar o processo da adoção. E Y refere que o marido não aceita.

No caso da W ela não aceita a adoção, não sabendo bem porquê.

11.ª categoria: Relação com os técnicos

Nenhuma das quatro entrevistadas manifestou queixas em relação à equipa de infertilidade. A X fez bastantes elogios a toda a equipa, particularmente à simpatia e disponibilidade de todos os técnicos. A Y e a Z também se manifestaram positivamente face à equipa.

12.ª categoria: Projectos futuros

A W e a Y pensam fazer outra tentativa, a última. A Y se não conseguir uma gravidez com sucesso pensa investir mais a nível profissional e de lazer.

A X também pretende investir a nível profissional e pessoal.

Para a Z o grande projecto é a adoção e a adaptação do casal à criança.

Como se pode observar através dos dados recolhidos nestas categorias, não se encontram significativos pontos comuns, como já era esperado. No entanto há alguns que parece importante referir:

- Mais do que uma tentativa FIV.
- No primeiro ciclo as expectativas positivas eram sempre maiores.
- O processo provoca mais sofrimento psico-emocional do que físico.
- A palavra chave face ao insucesso é frustração.

– Dificuldade em falar pormenorizadamente do insucesso.

– A importância dada ao factor idade.

– Satisfação face à equipa de infertilidade.

Desejo de ter um filho.

– Sentimento de que valeu a pena tentar.

Parece que o que é mais comum nas quatro entrevistas são factores muito ligados ao processo em si, as vivências a ele ligadas são muito diferentes.

Além destes pontos em comum, parece relevante analisar também os aspectos que são diferentes, mas significativos.

Assim, na W encontramos:

– Fez três tentativas, duas delas resultaram em gravidez, uma única e outra de trigémeos.

– Uma boa relação conjugal.

– Relação muito próxima com uma irmã esquizofrénica:

– medo de ter um filho esquizofrénico;

– o suicídio desta irmã levou-a a abandonar o processo.

– Não faz ovulação.

– Sem uma relação a dois, um filho não seria uma das suas prioridades.

– Rejeita a ideia da adoção.

Na X

– Já não pode fazer um novo ciclo FIV, visto que nunca houve fecundação nos dois ciclos que já frequentou.

– Está inscrita num processo de adoção.

– Ter um filho é muito importante para ela.

– A relação conjugal não é satisfatória.

– Tem muita facilidade em estabelecer uma relação com as crianças, ligando-se afectivamente a duas.

Na Y

– Vive a infertilidade como uma deficiência interna.

– Sente-se inferior às outras mulheres e a perder estatuto social e familiar.

– Sempre quis ter um filho, casou virgem e sempre tratou da sua saúde ginecológica para poder vir a ter filhos sem problemas.

– Obstrução das trompas.

– Foi aconselhada a interromper o tratamento.

– A relação conjugal pode acabar.

- Vai investir a nível profissional, para de alguma forma se valorizar.
- Grande preocupação em não ir dar netos aos pais.

Na Z

- Tem dois casamentos.
- Uma gravidez interrompida voluntariamente.
- Um irmão deficiente mental, que de certa forma desempenhou o papel de filho.
- Vai iniciar um processo de adopção.
- É mais importante ter um companheiro do que ter um filho.
- Um grande medo de que se caso engravidasse o bebé não estivesse bem, houvesse problemas e tivesse de abortar.

O que é mais relevante em cada uma das entrevistadas é:

- a influência da irmã na vida da W;
- as dificuldades sociais e a vivência da infertilidade como sendo uma deficiência para Y;
- a intensidade dos afectos na X;
- a influência da doença do irmão na vida de Z.

5. CONCLUSÃO

Pelo exposto podemos concluir, se realmente nos é permitido concluir num estudo desta natureza, que entre estas quatro mulheres há coisas que as aproximam e que as distanciam.

Assim, o que há de semelhante entre estas mulheres, além de todas terem passado por ciclos FIV sem sucesso é o todas partilharem da opinião, que apesar de não terem tido um filho, valeu a pena tentar a fecundação, que o tratamento fisicamente não foi o mais difícil, psicologicamente é que é mais complicado lidar com todas as situações, com as frustrações, encantos e desencantos a que foram sujeitas durante os vários ciclos. Se calhar não é por acaso que todas estas mulheres mantiveram um contacto mais regular com o departamento de psicologia, o que de alguma forma poderá ter influenciado os resultados.

O factor idade também surge com frequência, a idade neste processo é sem dúvida um factor determinante e ansiogénico. Há uma idade a

partir da qual têm de abandonar o processo e a idade é muitas vezes um factor determinante na tomada de decisões sobre o interromper ou o continuar os tratamentos. Com o avançar da idade aumenta a ansiedade porque o fim está cada vez mais perto.

Houve uma palavra que foi utilizada por todas quando falavam dos insucessos que foi a frustração, também referenciaram a desilusão, mas que tudo era facilmente ultrapassado quando iniciavam o ciclo seguinte. Parece que é mais fácil falar do processo do que dos insucessos e de como é que eles foram vividos.

Quando falavam no processo surgiam sempre referências à equipa de infertilidade e eram positivas. A boa relação entre elas e a equipa parece ser bastante importante neste processo complexo que é a FIV.

Um último ponto incluído nas semelhanças e que me parece importante é o todas estas mulheres continuarem a tentar ter um filho, ou através da adopção ou fazendo uma nova tentativa elas continuam a querer ter um filho.

Estes pontos foram os que se encontraram mais comuns entre estas quatro diferentes pessoas, mas para responder ao problema posto no início do estudo nem só o que é comum é válido e interessante, o que existe de diferente parece ser ainda mais importante, porque é só daquela pessoa, surge uma história.

A W teve uma irmã esquizofrénica a quem estava muito ligada afectivamente, apesar de ter dificuldades em lidar com ela durante as crises.

Depois do terceiro ciclo FIV esta irmã suicidou-se e alguns medos emergiram, particularmente o medo da doença ser hereditária e ela poder vir a ter um filho com esta doença, assim interrompeu o tratamento.

Dos três ciclos que fez, nos dois primeiros resultou gravidez, mas gravidez sem sucesso, na primeira abortou às nove semanas, na segunda era uma gravidez trigemelar e a bolsa rompeu aos quatro meses tendo de ser feito o aborto. Esta situação foi muito complicada para ela, primeiro foi-lhe muito difícil aceitar a ideia de trigêmeos, depois de já ter aceite esta situação rompeu-se a bolsa.

O ter um filho para a W individualmente não

era importante, só começou a fazer sentido numa relação conjugal.

A vivência que a Y tem da infertilidade é de deficiência, embora não seja uma deficiência visível é sentida como uma impotência.

Socialmente é complicado para ela não ter filhos, sente que uma mulher sem filhos perde estatuto social e familiar.

Considera que de certa forma ela tinha a responsabilidade de dar netos aos seus pais, visto ser filha única. Sente que os seus pais estão a ficar sem projectos devido à falta do neto.

Sempre desejou ter filhos e para que tudo corresse bem durante a gestação não teve relações sexuais antes do casamento e sempre esteve atenta à sua saúde ginecológica, isto revela que ela vive a sexualidade como algo que destrói o bom que há dentro dela. Quando soube que tinha as trompas obstruídas, sentiu-se culpada e foi bastante difícil de ultrapassar essa fase.

Para a Y, não ter filhos vai-lhe proporcionar uma vida superficial sem grande sentido até porque também teve de desinvestir na carreira profissional enquanto andou em tratamento na maternidade.

Põe a hipótese de futuramente a relação conjugal poder vir a terminar, visto não terem outros projectos em comum que não seja ter filhos.

A X sempre investiu muito em ter filhos, fez todos os tratamentos que pode para conseguir uma gravidez, como não foi possível inscreveu-se num processo de adopção.

Estabelece facilmente relação com as pessoas, parecendo no entanto não conseguiu estabelecer os limites. Teve relações afectivas próximas com duas crianças, mas uma morreu e a outra foi para o estrangeiro o que lhe provocou um enorme desgosto, considerava-os como dois filhos, mas estes «filhos» abandonaram-na.

Comprou casa em função dos filhos que iria ter e hoje sente-se mal numa casa vazia. Diz ter que investir agora mais nela e na profissão.

Z aos quinze-desseis anos teve um irmão deficiente mental e epiléptico. Ela ainda hoje está muito ligada a ele afectivamente.

Casou duas vezes não tendo filhos de nenhum dos casamentos. Entre os dois teve uma relação de que resultou uma gravidez, porém como a re-

lação não era estável ela optou pela interrupção voluntária da gravidez.

Durante o segundo casamento fez alguns ciclos FIV, mas de nenhum resultou gravidez. O primeiro teve de ser interrompido a meio, no segundo houve transferência de embriões levando-a a convencer-se de que estava grávida, o que depois tornou mais difícil aceitar o insucesso, com a agravante de que já tinha comunicado aos amigos e familiares que estaria grávida. Depois experimentou um medicamento novo mas também não obteve gravidez.

A última tentativa foi feita há cerca de um ano e tal e agora pensa inscrever-se para a adopção.

Para a Z mais importante que ter um filho é ter um companheiro, um amigo.

Das sete pessoas convocadas, as quatro que compareceram foram aquelas que ou ainda podem fazer uma nova tentativa ou estão mais ligadas à maternidade devido ao processo de adopção. As outras três talvez não tenham comparecido por sentirem que a maternidade foi uma fase da vida delas que foi ultrapassada e não queiram relembrar, embora tenham estado ligadas a ela até à pouco.

Algumas das conclusões a que chegámos vão de encontro ao que já tinha sido postulado na parte teórica.

Não foi possível obter um perfil psicológico da mulher infértil, encontrámos sem dúvida alguns pontos em comum, mas não um perfil psicológico.

Tal como Chavert e Chevert encontrou-se a importância dos factores socio-culturais, a ideia fixa de gravidez e os problemas relacionais.

Os dados também vêm apoiar algumas teorias de Geneve Parceval, ela diz-nos que a infertilidade é considerada como uma «grave doença» ou um *handicap* social, esta noção é bastante evidente na entrevista da Y, quando ela fala de deficiência face à sociedade; Parceval na sequência refere que as técnicas de reprodução medicamente assistidas são próteses sociais (também na entrevista da Y, parece que o desejo dela de estar grávida é em grande parte um desejo social, ter um filho como as outras, etc.).

Outro aspecto referido por Parceval é a dissociação da sexualidade com a procriação, este aspecto parece de forma implícita estar em todas as entrevistas visto todas elas falarem muito em

procriação e não referirem a sexualidade. «Todo o investimento libidinal é posto na “aventura médica”» refere Parceval, ao longo das entrevistas este aspecto também se vai evidenciando, nomeadamente no discurso das entrevistadas que por vezes pode parecer um discurso irreal, esta ideia talvez seja mais fácil de perceber por alguém que não esteja familiarizado com a problemática da infertilidade, pois não conhece os termos técnicos nem todo turbilhar de emoções que um processo destes exige.

BIBLIOGRAFIA

- Audebert, A.J.M. (1985). La stérilité inexplicée: conduite pratique. *Revue Française Gynecol. Obstet.*, 80, 795-799.
- Bydlowsky, M. (1990). Procréations médicalement assistées problèmes psychologiques et éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(12), 665-668.
- Cabau, A., Krulik, D., & Reboul, J. (1990). La femme stérile, le médecin et le temp. Taux de grossesses spontanées chez des patients atteints de stérilités fonctionnelle. *Journal Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 19, 102-106
- Charvet, F., & Chevret, M. (1983). Stérilité psychogène. *Revue Française Gynecol. Obstet.*, 78(5), 315-318.
- Conselho da Europa (1990). *Procriação Artificial Humana – Princípios Orientadores*.
- Cruz, M.M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, VIII(4), 367-370.
- Faria, M.C. (1990). Infertilidade: Desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, VIII(4), 419-424.
- Frydman, R. (1990). Problèmes de la procréation artificielle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 38(12), 673-676.
- Hedon, B., Deujeu, R., Daures, J.P., Mares, P., Valentin, B., Viala, J.L., & Durand, G. (1984). Stérilités Tubaires: Fécondation in vitro ou microchirurgie. *La Presse médicale*, 13(1), 33-37.
- Hodgen, G.D. (1981). In vitro fertilization and alternatives. *JAMA*, 246(6), 590-597.
- Hugues, J.N. (1990). Données médicales actuelles concernant les procréations médicalement assistées. *Aleuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(12), 631-632.
- Labrousse, D. (1980). Les stérilités psychogènes. *Revue Française Gynecol. Obstet.*, 75(10), 529-544.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Lebovici, S., Vicent-Dospital, G., & Neuman, D. (1990). Modalités spécifiques de paternalité en particulier dans procréations médicalement assistées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(12), 681-685.
- Mazet, Ph. (1990). Procréations médicalement assistées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(12), 629-630.
- Parseval, G.D. (1983). *L'enfant à tout prix*. Paris: Éditions du Seuil.
- Parseval, G.D., & Bigeargeal, J. (1985). Objectif bébé. *Autrement*.
- Pires, C.P. (1990). Novas técnicas do nascimento: Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (T.R.M.A.). *Análise Psicológica*, VIII(4), 425-428.
- Porto, R. (1980). Esterilidades psicogénicas. *Jornal do Médico*, 103(1885), 137-139.
- Senarclens, M., & Fischer, W. (1977). *Amenorrea: Feminilidade impossível?* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Soulé, M., & Noel, J. (1990). Après L'Echec des Procréations Médicalement assistées. *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, 38(12), 669-672.

RESUMO

Este artigo para além de uma breve revisão bibliográfica sobre a infertilidade e o processo FIV (fecundação *in vitro*) baseia-se no estudo de quatro entrevistas clínicas, feitas a quatro diferentes mulheres que já fizeram mais do que um processo FIV, mas não obtiveram sucesso.

Analizámos os pontos em comum e os específicos de cada uma das entrevistadas.

ABSTRACT

This article beside a brief bibliographical review about infertility and the IVF process (*in vitro* fertilization) is based on four clinic interview to four different women that have experienced more than one IVF process but didn't succeed, We've analyse the common and specific points to each one of the interviewed.