UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da síndrome dos ovários policísticos”

Patrícia Gomes Accioly Lins

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da síndrome dos ovários policísticos”

Patrícia Gomes Accioly Lins

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Barbieri

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lins, Patrícia Gomes Accioly

Psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da síndrome dos ovários policísticos. Ribeirão Preto, 2012.

160 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Barbieri, Valéria

1. Infertilidade. 2. Reprodução Assistida.
3. Síndrome dos ovários policísticos. 4. Personalidade. 5. Psicanálise.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: LINS, Patrícia Gomes Accioly

Título: Psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da síndrome dos ovários policísticos

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de compartilhar meus agradecimentos e expressar a minha eterna gratidão a algumas pessoas, que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

À minha orientadora *Profa. Dra. Valéria Barbieri*, por incentivar a continuidade de meus estudos sobre a Infertilidade e pelas supervisões realizadas ao longo deste trabalho.

Ao *Prof. Dr. César Augusto Piccinini*, pelas valiosas contribuições para meu exame de qualificação, e à *Profa. Dra. Elci Antônia Ribeiro de Macedo Pati*, por aceitar o convite e pelo acompanhamento e contribuições em relação à minha formação profissional e pessoal desde os meus estudos na graduação.

À secretaria e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo apoio administrativo e pela compreensão, especialmente à *Jacqueline Correa* e à *Profa. Dra. Eucia Beatriz Lopes Petean*, que sempre estiveram atentas à minha trajetória no mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro durante os dois últimos anos, possibilitando a realização de investimentos na minha formação acadêmica e dedicação intensiva à pesquisa.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP – USP, especialmente ao coordenador do departamento Prof. Dr. Rui Alberto Ferriani, pela oportunidade de pesquisar as pacientes de Reprodução Humana Assistida.

Às participantes deste estudo que aceitaram colaborar e compartilhar comigo os seus sentimentos mais íntimos e dolorosos. O meu respeito e gratidão, pois, sem elas, este trabalho não seria possível.

À minha querida supervisora na área psicanalítica, *Maria Aparecida Garcia Pelissari*, pelo apoio, esclarecimento, paciência e empréstimo de livros e artigos fundamentais para esta pesquisa.

A todo o corpo docente do mestrado, que contribuiu para o enriquecimento deste trabalho com os conhecimentos repassados e ensinamentos de vida.

Aos meus queridos amigos *Nicholas Cesarino Miotto* e *Luciane Garcia*, que me ajudaram em relação à digitação e me apoiaram para superar os momentos difíceis nos últimos meses. A presença constante, a preocupação demonstrada, o cuidado realizado, o incentivo e o companheirismo. Obrigada por serem meus amigos!

Aos meus queridos pais e às minhas irmãs, que acompanharam todo o processo e se deslocaram de outras cidades para cuidarem da minha filha para que eu pudesse me dedicar à realização deste trabalho. Por serem o meu porto seguro e minhas referências de valores humanos. Obrigada por tudo!

Ao meu esposo e à minha filha, por suportarem as minhas ausências e angústias, por serem meus companheiros de todas as horas e por entenderem as noites intermináveis na frente do computador.

E, por fim, a Deus, que me guia e fortalece a cada dia nesta caminhada chamada vida!

GIORGIONE. A Tempestade. Museu da Accademia, Veneza.

Os indivíduos, se forem saudáveis do ponto de vista emocional, podem desenvolver o senso de existir, podem realizar alguns de seus potenciais pessoais, e podem brincar.

Donald Woods Winnicott

RESUMO

LINS, P. G. A. **Psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da síndrome dos ovários policísticos**. 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A Infertilidade é, hoje, um problema real na vida de homens e mulheres. Pelo menos, 20% da população mundial está descobrindo que o filho nem sempre chega no momento planejado. Habitualmente, um casal infértil é definido como aquele que não obteve gravidez após um ano tendo relações sexuais regulares sem o uso de qualquer método contraceptivo, apesar de alguns autores estenderem esse período para dois anos. As principais causas da Infertilidade feminina estão relacionadas com a idade da paciente, com os fatores ovulatório, cervical, tubário, peritoneal e o endometrial. A Síndrome dos Ovários Policísticos não determina, necessariamente, a Infertilidade da mulher, porém é considerada como uma de suas etiologias, dado ao desequilíbrio hormonal que a acompanha. Obrigatoriamente, o tratamento de um casal infértil deverá ser realizado após uma investigação detalhada das possíveis causas da Infertilidade. As técnicas empregadas para o tratamento da Infertilidade são conhecidas como 'Reprodução Assistida'. Apesar de existir certo reconhecimento dos fatores emocionais presentes nessa condição, as pesquisas sobre a Infertilidade que consideram os aspectos psicológicos e psicodinâmicos ainda são incipientes, principalmente no Brasil. Diante disso, a realização da presente pesquisa teve como objetivo conhecer os psicodinamismos de mulheres inférteis portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos, sendo operacionalizada por meio de avaliação psicológica, a qual incluiu entrevistas, técnicas objetivas e projetivas de avaliação da personalidade, a saber: Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e Teste de Apercepção Temática (TAT). As entrevistas psicológicas foram analisadas por meio do método da livre inspeção do material; o ISSL, a partir das diretrizes expostas no manual; o TAT, pelo sistema interpretativo de Morval, acrescentando uma avaliação dinâmica das histórias. A amostra foi composta com quatro mulheres que apresentaram o referido quadro, sem suspeita de fator masculino envolvido na Infertilidade. A investigação sustenta-se numa abordagem qualitativa de cunho biopsicossocial, analisando os elementos conscientes e inconscientes presentes nas mulheres inférteis, bem como o seu nível de stress. A estratégia metodológica eleita foi a do estudo de caso coletivo e os resultados mostraram que as participantes vivem em ambientes familiares conflituos, permeados pela deficiência de *holding*, com presença de rivalidade fraterna, dificuldades na introjeção da figura materna, sentimentos de desvalorização, rejeição, solidão, baixa autoestima, ambivalência frente à maternidade, enfrentando a Infertilidade vivida por elas como uma doença. Com isso, essas mulheres apresentaram dificuldades em seu desenvolvimento emocional, especialmente no que se refere à integração da sexualidade na personalidade e na identificação com a figura feminina, necessária para posterior estabelecimento de sua identidade sexual.

Palavras-chave: Infertilidade. Reprodução assistida. Síndrome dos ovários policísticos. Personalidade. Psicanálise.

ABSTRACT

LINS, P. G. A. **Psychodynamics of women with Infertility caused by Polycystic Ovary Syndrome.** 2012. 160 f. Dissertation (Mastering Degree) – Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Nowadays, infertility is a real problem in women and men's life. At least 20% of people around the world are realizing that a child is not always born in the planned moment. Ordinary couples, that usually have active sexual life, have 25% chances of conceiving every month. After a year, 85% of the couples obtain a pregnancy. An infertile couple is defined as the one who is not able to obtain a pregnancy after trying one year without the use of any contraception - despite the fact that some authors consider a two-year period. The treatment of an infertile couple must be performed after a detailed research of the infertility reasons. Nevertheless, many general factors such as age, habits, environment and psychological factors may also have influence in the success of the infertility treatment. The techniques are known as "Assisted Reproduction" and have the objective of helping the nature, obtaining a good oocyte and spermatozoa quality, that should result in a healthy pregnancy and embryo. The present study aims to make a medical, psychoanalytic, psychological and social literature, investigating unconscious aspects and the psychodynamics of women with infertility caused by Polycystic Ovary Syndrome. The inquiry is supported by a qualitative boarding of bio-psych-social matrix type, and regards the understanding of the desire for maternity – however it emphasizes unconscious elements found in the infertile women, as well as their level of stress. The methodological strategy was the study of a 4 infertile women collective case, with the instruments: the TAT - Thematic Apperception Test, the ISSL - Inventory of Stress Symptoms for adults with Lipp and the psychological interview. The analysis of the data was made through the interpretation of the interview, the Thematic Apperception Test and the interpretation of the ISSL.

Key words: Infertility. Assisted reproduction. Stress. Psychology. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Geração de descendentes e Infertilidade: fatores socioculturais	19
1.2 Fisiologia da reprodução humana.....	23
1.3 A Infertilidade: do ponto de vista orgânico	24
1.4 O stress, a função reprodutora e as contribuições da psiconeuroimunoendocrinologia na compreensão da Infertilidade.....	28
1.5 Infertilidade e Psicologia	30
1.6 Infertilidade e aspectos emocionais: uma visão psicanalítica	33
1.7 A teoria psicanalítica da patologia psicossomática	36
 2 OBJETIVOS	 41
 3 MÉTODO	 45
3.1 Estudos de caso e Psicanálise	49
3.2 Participantes	49
3.3 Instrumentos	50
3.4 Considerações éticas.....	52
3.5 Procedimento	52
3.6 Análise dos dados	53
 4 RESULTADOS	 55
4.1 Estudo de caso 1: Gláucia.....	57
4.1.1 Caracterização do caso	57
4.1.2 Entrevista	58
4.1.3 Análise da entrevista.....	61
4.1.4 Teste de Apercepção Temática.....	64
4.1.5 Análise vertical do TAT	69
4.1.6 Síntese geral do TAT	70
4.1.7 Síntese final do caso	71
4.2 Estudo de caso 2: Cristina	72
4.2.1 Caracterização do caso	72
4.2.2 Entrevista.....	73
4.2.3 Análise da entrevista.....	76

4.2.4 Teste de Apercepção Temática	78
4.2.5 Análise vertical TAT.....	82
4.2.6 Síntese geral do TAT	84
4.2.7 Síntese final do caso.....	84
4.3 Estudo de caso 3: Valdete	85
4.3.1 Caracterização do caso.....	85
4.3.2 Entrevista	86
4.3.3 Análise da entrevista	89
4.3.4 Teste de Apercepção Temática	92
4.3.5 Análise vertical do TAT.....	97
4.3.6 Síntese geral do TAT	98
4.3.7 Síntese final do caso.....	99
4.4 Estudo de caso 4: Telma	101
4.4.1 Caracterização do caso.....	101
4.4.2 Entrevista	101
4.4.3 Análise da entrevista	105
4.4.4 Teste de Apercepção Temática	108
4.4.5 Análise vertical TAT.....	113
4.4.6 Síntese geral do TAT	114
4.4.7 Síntese final do caso.....	115
4.4.8 Síntese dos resultados do ISSL	116
 5 SÍNTESE DO GRUPO	117
5.1 Síntese das análises verticais do grupo no teste TAT	122
5.2 Síntese das análises dinâmicas do grupo no teste TAT	123
 6 DISCUSSÃO.....	127
 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
 REFERÊNCIAS.....	143
 ANEXOS.....	155

1 INTRODUÇÃO

1.1 Geração de descendentes e Infertilidade: fatores socioculturais

A reprodução é o processo biológico que permite aos seres vivos a perpetuação da espécie. Para os seres humanos, ela sempre foi muito importante e, várias vezes, considerada como bênção.

Nas escrituras da Bíblia Sagrada (1962), encontra-se em Gênesis, capítulo 1, versículo 28: “Então Deus os abençoou e lhes disse: Frutificai-a e multiplicai-vos; enchei a terra e sujeitai-a; dominai sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu e sobre os animais que arrastam sobre a terra” (p. 19). No Salmo 127, versículo 3, o filho é representado como bênção divina: “Eis que os filhos são herança da parte do Senhor, e o fruto do ventre o seu galardão” (p. 540). Sendo a fertilidade tão exaltada, a Esterilidade¹ apresenta-se como drama teológico. Tanto no Antigo como no Novo Testamento são mencionados casos de mulheres estéreis: Sara (GÊNESIS, 11.30), Rebeca (GÊNESIS, 25.21), Raquel (GÊNESIS, 29.13), entre outras (BÍBLIA SAGRADA, 1962). No Talmude babilônico a Infertilidade da mulher aos dez anos de casamento dava ao marido o direito ao divórcio. Desse modo, a capacidade de perpetuação da espécie é vista como extremamente relevante para a realização do ser humano, em todos os tempos e povos.

Nos seres humanos, o processo reprodutivo é natural e sexual. Porém, para que de fato possam reproduzir-se, é preciso que homens e mulheres sejam férteis.

Além dos aspectos religiosos, os fatores socioculturais e sociodemográficos também exercem influência na gravidez e na maternidade. Segundo Langer (1986), cada sociedade impõe e padroniza o significado da procriação. Em nossa sociedade, de acordo com Durham (1983), o modelo parece ser bem claro: a família é a unidade constituída pelo marido, a mulher e seus filhos, que formam um grupo doméstico. Desse modo, em nossa cultura, ainda persiste uma pressão social e familiar no sentido de que todo casal tenha filhos (FARINATI, 2009). Para Legendre (2010), a filiação é um princípio político de organização e suas técnicas são enraizadas nas necessidades humanas, na responsabilidade social e, sobretudo, na valorização do genético e no reconhecimento da responsabilidade jurídica do pai pelo DNA.

¹ A literatura científica, por vezes, estabelece uma diferença de significado entre os termos Esterilidade e Infertilidade. Nesses termos, a Esterilidade implica incapacidade absoluta de concepção, enquanto a Infertilidade implicaria dificuldade, mas não impossibilidade. Porém, neste trabalho, o termo Infertilidade será priorizado, salvo quando os autores da revisão bibliográfica utilizarem Esterilidade. O nome da patologia será escrito em letra maiúscula, pois ela foi vivida como doença nos casos analisados.

Apesar da especificidade de nossa sociedade em relação à família e à filiação, um fator comum a todas as sociedades, segundo Riechelmann (1997), é considerar a gravidez como um evento social, uma vez que marca a transição do *status* de mulher para o de mãe. Atualmente, a maternidade passou a ser uma função social, pois a função biológica de procriação, à qual se destinava a mulher, está sendo controlada e postergada. Com a criação de métodos anticoncepcionais mais eficazes, as mulheres foram conquistando, gradativamente, direitos e poderes, que lhes permitiram exercer a sexualidade separadamente da maternidade. Segundo Corrêa (1997), a norma da maternidade vem mudando de contornos – o normal, hoje, é uma mulher medicalizada por métodos contraceptivos até que ela própria determine o momento de procriar.

Dessa maneira, profundas mudanças sociais foram acontecendo com relação às questões femininas vinculadas à sexualidade, à família e à procriação. O adiamento da maternidade é um fenômeno atual, em que a mulher acredita ter o total controle sobre o seu corpo e a possibilidade de separar de modo completo a sexualidade da reprodução, fato esse que abriu para amplos setores da população feminina a possibilidade de evitar, de modo permanente, a maternidade, sem prejuízo da vida sexual. Todavia, em muitos casos, o prazo de validade do relógio biológico está sendo “esquecido” ou “desconsiderado” pela falsa ilusão de que a Medicina Reprodutiva pode resolver esse problema. Assim, diante de tantas mudanças sociais e culturais, a mulher deixou de ser caracterizada pelas funções de procriadora e de cuidadora do lar. Ela assumiu novos papéis, passou a usufruir do direito de adiar ou anular a gestação, mas ainda vive numa sociedade que segue o modelo doméstico de família e que, por isso, pressiona para que a gestação aconteça, além de atribuir a esta um significado social.

A reprodução, embora colocada como opção, reitera permanentemente a questão da família (DURHAM, 1983). Como consequência das grandes mudanças sociais, a Infertilidade pode aparecer como um preço a ser pago e a Reprodução Humana Assistida como a evolução da ciência, que alterou a condição humana quanto à sua descendência e sentimentos de finitude. A Reprodução Humana Assistida é definida pelo Conselho Federal de Medicina (2010) como a união de técnicas empregadas para favorecer uma fecundação quando esta não pode acontecer por vias naturais.

Faria (2001) acrescenta alguns fatores de ordem psicossocial responsáveis pela problemática da Infertilidade:

- o adiamento da primeira gravidez, decorrente da entrada da mulher no mercado de trabalho e sua busca de realização profissional;

- o aumento do stress, uma vez que a função reprodutiva é altamente sensível a situações que engendram essa reação;
- o início precoce da vida sexual e a maior multiplicidade de parceiros, fato que contribui para o aumento de processos inflamatórios e infecciosos no trato genital;
- o desconhecimento dos processos reprodutivos, por exemplo, quando o relacionamento sexual do casal acontece sistematicamente nos períodos anovulatórios da mulher.

Mesmo no momento atual, não cumprir esse papel social de mulher procriadora, fértil e perpetuadora da espécie pode ser uma experiência frustrante, ameaçadora e angustiante, que poderá suscitar prejuízos de ordem biopsicossociais.

Maldonado (1991, p. 15) reflete que “desde muitos séculos, a fecundidade é tida como uma benção divina, ao passo que a Infertilidade é tida como um castigo”. Sendo assim, a preocupação com a fecundidade apresenta-se na história de tal modo que a incapacidade de gerar representou, sempre, uma ameaça, um temor, uma desvalia, podendo muitas vezes significar motivo de degradação nos grupos familiares e sociais. Para Straube (2009, p. 110):

Ser infértil resulta em um mal-estar, fonte de sofrimentos e dissabores como frustração, culpa, inferioridade, pois significa ser portador de um estigma que marca e discrimina quem se desvia dessa ordem social estabelecida.

Ainda para esse autor,

a dor da mulher estigmatizada se localiza no núcleo do eu, refere-se ao sofrimento da inexistência para si mesma, uma vez que a maternidade foi historicamente ligada ao universo da intimidade, ao mundo privado, da casa, do afeto, do cuidado, do carinho e condicionou a sua existência (p. 112).

Straube (2009, p. 113) enfatiza que “perceber-se diferente da norma estimula, sem dúvida, a indagação: ‘Por que eu?’ e coloca o sujeito no centro de um questionamento inevitável que o conduz à crença de que não procriar significa não ter lugar no mundo”. Assim, a geração de descendentes não se limita à questão biológica relativa à sobrevivência da espécie, mas comporta, também, uma dimensão psíquica, emocional e sociocultural (FARIA, 2001), sendo bastante rica em conteúdos simbólicos.

Straube (2009, p. 112) destaca que “o motivo da busca pelo filho desejado é apontado como forte vontade de ser mãe ou pai, a realização de um desejo vinculado ao dever de procriar, transmitido e cobrado pela rede de relações”. De acordo com Moura (2012), sabemos que nem sempre a opção da ocasião oportuna para que a gravidez aconteça está

fundamentada no desejo. O plano de ter um filho pode se apresentar sob diversas manifestações simbólicas como: não se sentir diferente de outras mulheres, garantir a continuidade da espécie, evitar a solidão, ocupar o vazio gerado por uma perda, entre outras. Dessa forma, independente do seu simbolismo, ter filhos, muitas vezes, é parte essencial do projeto de vida de homens e mulheres.

As considerações de Straube (2009) e Faria (2001) mostram que essa organização reguladora do desejo pela maternidade e paternidade faz parte da corrente simbólica que constitui a própria identidade do sujeito, sendo que, por meio dela, revelamos o nosso pertencimento a uma família, uma geração e um lugar no mundo.

Nesse sentido, a Infertilidade do casal, independentemente da sua causa, é sempre motivo de grande sofrimento, colocando-o em um plano de especial fragilidade (ROMEY, 2000; FARIA, 2001). A Infertilidade ameaça o desejo de continuidade da espécie, podendo proporcionar mudanças e transformações na estrutura familiar, conjugal e pessoal do sujeito, devido ao sofrimento emocional e social que acarreta, pois é a impossibilidade da satisfação de um desejo.

Para Farinati (2009), a impossibilidade de realização do desejo de procriação produz sentimentos como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, que podem desencadear quadros de intenso sofrimento emocional e a revivência de antigos traumas, perdas, sentimentos de inadequação, ciúme e inveja.

Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan e Sieber (2001) afirmam que a Infertilidade é sentida e vivida como um evento traumático para a maioria dos casais, sendo experienciada como o acontecimento mais estressante da vida deles. Seibel e Carvalho (1998) enfatizam que o conceito de si se vê constituído sob a égide da desvalia e da incapacidade, chegando os indivíduos a se verem como defeituosos. Essa pressão, por vezes, reveste uma demanda por filhos com as tonalidades do desejo, levando os casais, em algumas situações, a buscarem tratamento para a Infertilidade. Quando isso ocorre, um hiato é instalado entre o desejo de ter um filho e o pedido, muitas vezes gerado pela pressão cultural, de tê-lo.

Greil (1997) faz uma revisão da literatura sobre os aspectos psicológicos da Infertilidade e descreve, de acordo com vários autores, essa experiência como sendo algo devastador, principalmente para as mulheres. Apesar de existirem poucos estudos com amostras masculinas, os existentes permitem perceber que a experiência da Infertilidade é vivida de modo diferente para homens e mulheres. De acordo com Trindade e Enumo (2002), os homens associam a Infertilidade com problemas de sexualidade e virilidade, e as mulheres podem apresentar sintomas de ansiedade e depressão.

A Infertilidade e seus tratamentos, na grande maioria das vezes, apresentam-se como uma experiência emocional difícil para ambos os sexos, pois, em muitos casais, interfere na virilidade masculina e na libido feminina. Costa (2002, p. 344) afirma que: “ser estéril é um problema que fere a masculinidade, pelo fato de comumente a esterilidade masculina estar associada à impotência”. O sentido da impotência aparece pela identificação da incapacidade de engravidar uma mulher, principalmente, em tratamentos de Reprodução Humana Assistida, em que o homem é desvinculado do corpo da mulher e a reprodução acontece sem sexo. Com isso, o poder criador é remetido à ciência e, em muitos casos, à figura enigmática do médico. Em relação a ter filhos biológicos, os casais valorizam a necessidade de descendência.

Neste trabalho, serão analisados os aspectos psicológicos e psicodinâmicos de mulheres com Infertilidade, portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos, partindo do ponto de vista da existência de uma relação entre o sofrimento psicológico e os distúrbios fisiológicos que prejudicam a qualidade de vida da mulher. Nesse mesmo sentido, uma dificuldade no funcionamento da personalidade, juntamente com essa patologia, gera sofrimento psíquico vinculado à disfunção fisiológica. Sendo assim, Camargo (2009, p. 165) afirma que “a Infertilidade, hoje, é considerada doença, pois compromete a saúde física e psíquica dos casais afetados”. Portanto, conhecer o desenrolar da Infertilidade, do ponto de vista orgânico, é o primeiro passo para compreender o seu corolário afetivo.

1.2 Fisiologia da reprodução humana

Para a compreensão da etiologia da Infertilidade feminina é necessário ter o conhecimento de uma série de eventos complexos da fisiologia reprodutiva, dos quais dependem a fertilização, a implantação e a manutenção da gravidez.

Franco et al. (1997) descrevem que, a partir do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, com seus mecanismos de comunicação e interação neuroendócrinos originados na estimulação e inibição de seus neurotransmissores e hormônios, iniciam-se os fenômenos que culminarão com o amadurecimento sexual feminino e a capacidade de manifestar ciclicamente o mecanismo ovulatório e seus fenômenos correlatos (preparo endometrial, tunelização da cérvix uterina e muco cervical receptivo).

O período que será descrito, nesse momento, corresponde ao que popularmente chamamos de ovulação e fecundação. O mecanismo ovulatório, em resposta a níveis

progressivamente maiores da gonadotrofina folículo-estimulante hipofisária (FSH) desencadeará no ovário a folículo-gênese, caracterizada por concentração plasmática crescente de estradiol até o período peri-ovulatório, com a consequente proliferação endometrial (fase folicular ou proliferativa) e produção de muco cervical adequado à migração espermática até o sítio de fertilização. O rompimento folicular com expulsão de um oócito maduro (ovulação) será observado como consequência da secreção em pico da gonadotrofina luteotrófica hipofisária (LH) em resposta ao máximo nível sérico de estradiol. As trompas deverão estar permeáveis, móveis e funcionalmente saudáveis para permitir o transporte do espermatozoide e do óvulo até o sítio de fertilização e, posteriormente, garantir a nutrição do zigoto resultante de seu transporte em direção à cavidade uterina.

Posteriormente, no período pós-ovulatório (fase lútea ou secretora), deverá ser garantida uma concentração suficiente de progesterona, fundamental ao preparo final do endométrio para a implantação embrionária e manutenção da gravidez.

Finalmente, o útero deverá apresentar-se preservado em suas funções de capacidade cavitária e revestimento endometrial para interagir com o pré-embrião (blastocisto), permitindo sua implantação e posterior desenvolvimento até a fase final da gravidez. De tal modo, uma disfunção em qualquer uma das etapas desse complexo processo pode redundar na problemática da Infertilidade.

1.3 A Infertilidade: do ponto de vista orgânico

A Infertilidade é definida como ausência de concepção após 12 meses de atividade sexual sem o uso de métodos contraceptivos (WHO, 2002). Segundo Vayena, Rowe e Griffin (2001), no mundo todo, cerca de 80 milhões de pessoas sofrem com essa problemática. Sua prevalência na população varia entre os diferentes países, de um mínimo de 5% a um máximo de 30% de todos os casais (WHO, 2002). Destes, aproximadamente 10% não resolvem o problema espontaneamente e muitos buscam ajuda médica, sendo, eventualmente, oferecidas Técnicas de Reprodução Assistida (TRA).

Camargo (2009) escreve que no Brasil, de acordo com o último censo do IBGE, existem 32 milhões de casais em idade fértil, sendo que 6,5 milhões têm dificuldades para ter filhos.

Obrigatoriamente, o tratamento de um casal deverá ser realizado após uma investigação detalhada das possíveis causas da Infertilidade para a escolha da melhor estratégia, o que dependerá, também, da duração dessa problemática. Entretanto, diversos aspectos, como faixa etária do casal, hábitos, meio ambiente e fatores psicológicos podem influenciar no sucesso do tratamento (FRANCO JUNIOR et al., 1997).

Os quadros de Infertilidade são classificados como primários ou secundários, referindo-se à ocorrência ou não de gravidez anterior. Podem ser de origem masculina, feminina ou combinada.

Franco Junior et al. (1997), Szejer e Stewart (1997) afirmam que, tradicionalmente, a mulher sempre foi considerada culpada pelo processo de Infertilidade conjugal. Contudo, as estatísticas mostram que a mulher é isoladamente responsável pela Infertilidade somente em 40% dos casos, dividindo com o homem a mesma parcela de problemas; os demais 20% dos casos são compostos por ESCA (Esterilidade Sem Causa Aparente), a qual não apresenta justificativas de natureza orgânica e funcional, tanto no homem como na mulher, que possam responder pelo quadro. Nesse contexto, a ESCA pode ser atribuída a possíveis problemas psicológicos, ou a sutis incompatibilidades que os exames físicos não são capazes de detectar.

As principais causas da Infertilidade feminina estão relacionadas com a idade da paciente, com os fatores ovulatório, cervical, tubário, peritoneal e endometrial.

A idade da paciente infértil é uma das variáveis mais importantes. De acordo com West (1987), a fertilidade da mulher decresce com o tempo, iniciando uma queda aos 30 anos, que se acentua aos 35 e praticamente desaparece aos 45 anos. Para Franco et al. (1997), comumente, nos programas de Fertilização *In Vitro* (FIV) a idade da paciente é aceita como um fator prognóstico na taxa de gestações. As poucas chances de sucesso desse tratamento em mulheres mais velhas geralmente devem-se aos seguintes fatores: redução nas taxas de implantação, aumento nos índices de aborto espontâneo, resposta baixa ao processo de estimulação ovariana e diminuição na qualidade dos oócitos coletados.

Além da idade da paciente, outros fatores importantes necessitam ser investigados, conforme descrito por Collucci (2003). O fator ovulatório refere-se às alterações hormonais que, muitas vezes, impossibilitam o crescimento folicular correto e a ovulação. Tal fator é diagnosticado por meio de dosagens hormonais, feitas por exames de sangue, ou pelo ultrassom, para acompanhar o crescimento folicular, o momento da ovulação e o corpo lúteo.

O fator cervical diz respeito às alterações na quantidade e na qualidade do muco produzido pelo colo do útero, que impedem o espermatozoide ascender pelo trato genital feminino e chegar até a trompa. Um muco hostil ou a presença de anticorpos podem matar os

espermatozoides; uma avaliação é feita pelo exame denominado Teste pós-coito, avaliando a interação entre o esperma do marido e o muco cervical da mulher.

O fator tubário refere-se a qualquer alteração nas trompas (obstrução, sinéquias, desvios) que impede o encontro entre o óvulo e o espermatozoide, ou o transporte do embrião pela trompa. A avaliação é feita por meio de exames como a histerossalpingografia (radiografia das trompas), histerossonografia (avalia a permeabilidade tubária), histeroscopia (realizado com uma microcâmera para avaliar a cavidade uterina) ou laparoscopia (exame endoscópico da cavidade abdominal).

O fator peritoneal diz respeito à presença de aderências que dificultam a varredura das trompas pelos ovários para o recolhimento dos óvulos. A avaliação é feita pela histerossalpingografia, que levanta a suspeita sobre essas aderências, e que se confirma ou não pela laparoscopia.

Já o fator endometrial é definido pela presença de doenças como miomas, infecções, sinéquias ou aderências e malformações que podem impedir o embrião de ter uma implantação correta. A avaliação é realizada por ultrassom, histeroscopia e laparoscopia.

O princípio básico que rege a aplicação das técnicas de reprodução assistida (TRA) consiste em facilitar o encontro dos gametas para que ocorra a fertilização tanto no organismo materno como no laboratório. Para isso, usam-se: técnicas de estimulação ovariana; inseminação artificial; fertilização *in vitro* (FIV); injeção intracitoplasmática do espermatozoide no óvulo (ICSI); separação de espermatozoides; aspiração folicular; transferência de gametas ou embriões para o útero ou trompas.

Em geral, na escolha entre essas diferentes técnicas de reprodução assistida devem ser consideradas cinco variáveis: idade da paciente; história de Infertilidade; números de embriões a serem transferidos; habilidades da equipe com a técnica a ser utilizada; condições laboratoriais de serviço.

Especificamente com relação ao fator endócrino-ovariano, a fertilidade feminina pode ser comprometida, pois a produção e o fluxo hormonal são componentes primordiais da fisiologia reprodutiva feminina.

Para compreender a fisiologia da Infertilidade devido ao fator hormonal é necessário considerar que os ovários são estimulados por uma glândula localizada na base do cérebro, a hipófise, que é ativada por hormônios como estrógeno (E), progesterona (P), prolactina (PRL), hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio de gonadotrofinas (GNRH). Alterações do fator hormonal podem ocorrer em virtude do comprometimento anatômico ou funcional do eixo hipotalâmico – hipofisário – ovariano (FEBRASGO, 1997).

As alterações hormonais ovulatórias podem impedir o amadurecimento dos óvulos e, consequentemente, a ovulação. Collucci (2003) destaca que quase a metade dos casos de Infertilidade na mulher é atribuída a problemas de ovulação, ou por falta total dela (anovulação) ou, ainda, por insuficiência de corpo lúteo, ou seja, não há amadurecimento do óvulo.

A causa mais frequente das disfunções ovulatórias é a chamada Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), geralmente, associada às irregularidades menstruais, à obesidade, à oleosidade da pele, à acne e ao crescimento excessivo de pelos no rosto, nas mamas, nas coxas e no abdome. Todavia, a SOP também pode afetar mulheres magras e com ciclos menstruais normais. Para Collucci (2003), essa síndrome é composta por alterações menstruais (ausência da menstruação ou ciclos longos), ovários com policistos, obesidade e alterações hormonais (inversão da relação do FSH com o hormônio luteinizante LH, aumento dos hormônios masculinos, resistência para a insulina). A elevação dos andrógenos na mulher (hiperandrogenismo) é altamente prejudicial ao desenvolvimento dos folículos ovarianos normais. Para Collucci (2003), o aumento da testosterona também pode causar parada no crescimento e na maturação dos óvulos. Em razão disso, os ovários ficam repletos de folículos imaturos, os quais produzem níveis anormais de estrógenos e andrógenos que interferem na liberação de FSH e LH pela hipófise. Esse ciclo vicioso bloqueia o desenvolvimento e a maturação de um folículo normal e impede a ovulação. Consequentemente, o corpo lúteo não será formado e, portanto, não haverá produção de progesterona. Dessa forma, a cavidade endometrial não será preparada adequadamente para a gestação.

Muitas mulheres portadoras de SOP apresentam elevados índices de prolactina, decorrentes de situações de estresse ou dietas severas, causando disfunção ovulatória. Outra causa de alteração hormonal refere-se ao uso de anticoncepcionais, sendo que, após sua interrupção, a ovulação pode levar até um ano para voltar ao normal: é a chamada Síndrome da Anovulação Pós-Pílula.

Collucci (2003) descreve outros problemas hormonais como o microadenoma hipofisário e o hipotireoidismo. O microadenoma é um tumor benigno na hipófise que, por sua vez, produz prolactina em excesso e impede a ovulação, causando irregularidade menstrual. O hipotireoidismo também pode estar relacionado com o aumento da prolactina.

1.4 O stress, a função reprodutora e as contribuições da psiconeuroimunoendocrinologia na compreensão da Infertilidade

Disfunções ovulatórias podem causar a Infertilidade e os fatores emocionais podem estar vinculados como causa ou consequência dessa problemática, produzindo, assim, reações fisiológicas estressantes no organismo. Domar e Dreher (1997) enfatizam que o stress pode alterar o sistema reprodutor feminino, desequilibrando o seu funcionamento.

Lipp (2000, p. 11) define o stress emocional como “uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve em etapas, ou fases”. Assim, essa reação pode acontecer em qualquer pessoa que tenha sido exposta a um excesso de fatores ou experiências que ultrapassam sua capacidade de resistir física e emocionalmente. As defesas esgotam e o sistema entra em colapso. Hoje em dia, após mais de uma década de pesquisas, o stress é classificado num modelo quadrifásico de acordo com o seu desenvolvimento sintomatológico, incluindo as fases de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão (LIPP, 2000).

De acordo com Lipp (2000), a fase de alerta é considerada como positiva, pois o ser humano revigora-se por meio da produção de adrenalina e, com isso, a sobrevivência é preservada e a sensação de bem-estar é geralmente alcançada. A segunda fase, a de resistência, ocorre quando a pessoa tenta automaticamente lidar com os fatores estressores para manter o equilíbrio interno, agindo como uma força que se opõe a outra, na tentativa de proteger o organismo da doença. Todavia, se os fatores estressantes permanecerem em frequência ou intensidade, ocorrerá uma quebra na resistência da pessoa e ela passará à próxima fase que é a de quase-exaustão. Nessa fase, inicia-se o processo de adoecimento e os órgãos que forem mais vulneráveis começarão a mostrar sinais de deterioração. Caso não ocorra o alívio do stress pela remoção dos fatores estressores, ele atingirá sua fase final – a de exaustão. Nesse momento, doenças graves poderão ocorrer como enfarte, úlceras, psoríase, depressão, entre outras.

Pesquisas neuroendócrinas sobre a Infertilidade assinalam que estados e condições da psique podem influenciar o sistema hipotálamo-hipofisário, interferindo na produção de hormônios ovarianos. Os mecanismos pelos quais os fatores psicológicos afetam a função imune vêm sendo estudados pela Psiconeuroimunoendocrinologia, por meio da investigação das interações entre o comportamento e as emoções, o sistema nervoso central e os sistemas endócrino e imunológico (GLASER; KIECOLT-GLASER, 2005; SCHIEPERS; WICHERS;

MAES, 2005; TOSEVSKI; MILOVANCEVIC, 2006). A comunicação entre esses sistemas é bidirecional (FLESHNER; LAUDENSLAGER, 2004; SCHIEPERS et al., 2005), realizada por meio de hormônios, neurotransmissores e citocinas (VITETTA; ANTON; CORTIZO; SALI, 2005).

Pesquisas em várias partes do mundo enfatizam as implicações do stress excessivo para a saúde física e mental do ser humano e para sua produtividade (EVERLY, 1990; SPIELBERGER; SARASON; KULCSÁR; HECK, 1991). A qualidade de vida é influenciada pelo nível de tensão que as pessoas experienciam, principalmente, em situações nas quais ela persiste por períodos longos ou ultrapassa a resistência delas (DIMSDALE; BAUM, 1995).

A Infertilidade é um fenômeno inscrito somaticamente e que possui um correlato emocional. De acordo com Halpern (2009), com relação à Infertilidade podemos concluir que algum desequilíbrio emocional está instalado, pois o ser humano nunca adoece exclusivamente em uma parte isolada de seu corpo. Qualquer doença, mesmo a Infertilidade, é reflexo do desequilíbrio de todo o organismo, que, por sua vez, desestabiliza o casal.

Greil (1997), em sua revisão crítica da literatura sobre a Infertilidade e o sofrimento psíquico, enfatiza que o stress pode ser um fator causal dessa patologia, constituindo-se em uma nova vertente a ser explorada.

Muitos artigos publicados sobre stress e fertilidade como os de Harrison, O'Moore e O'Moore (1986), O'Moore, O'Moore, Harrison, Murphy e Carruthers (1983), Wasser, Sewall e Soules (1994) e Harrison, Callan e Hennesey (1987), seguem a linha de pensamento de que o stress provoca a Infertilidade, podendo ser causalmente ligado a ela. Domar, Zuttermeister, Seibel e Benson (1993) realizaram um estudo, durante 10 semanas, com 52 mulheres inférteis que participaram de um programa de técnicas de gestão do stress. No final do estudo, as mulheres apresentaram um declínio significativo em relação ao sofrimento psicológico e 16 delas (32%) ficaram grávidas. Diante disso, apesar da amostra ser pequena e da necessidade de maiores investigações, pode-se ressaltar que a taxa de stress mostrou-se relacionada à Infertilidade.

Em outro estudo realizado por Boivin e Takefman (1995), no qual foram medidos os níveis de stress diário de 40 mulheres submetidas à FIV, eles verificaram que aquelas que não engravidaram foram as mesmas que vivenciaram altos níveis de stress. Boivin e Takefman, contudo, tomaram uma direção interpretativa diferente da de Domar et al. (1993), afirmando que seus dados eram uma prova de que o stress é uma consequência e não causa da Infertilidade.

Independente do debate na área médica relativo à questão de causa ou consequência na associação entre stress e Infertilidade, a conclusão mais importante da literatura sobre esse tema é a de que o sofrimento orgânico e o psíquico coexistem nesse quadro. Portanto, uma abordagem psicológica para esses casais é tão essencial quanto a médica e merece especial atenção na literatura científica.

1.5 Infertilidade e Psicologia

Na literatura científica, os trabalhos sobre os aspectos psicológicos da Infertilidade apresentam-se basicamente ligados a duas vertentes de pensamento. A primeira refere-se às consequências psicológicas que a Infertilidade acarretaria na vida do sujeito e, conseqüentemente, do casal. A outra diz respeito a uma hipótese psicogênica, ou seja, a de que complexos e dificuldades emocionais estariam envolvidos na etiologia da Infertilidade.

Atualmente, temos uma terceira vertente, que aborda a Infertilidade sob um modelo psico-biológico-social, em que se consideram os possíveis efeitos que a não realização do desejo da maternidade acarretaria sobre o corpo, sobre os relacionamentos conjugais, sociais e familiares, e na própria psique da mulher e de seu companheiro (APFEL; KEYLOR, 2002).

Para Cunha (2008), a primeira vertente defende que toda situação vivida em decorrência da Infertilidade é acompanhada de uma forte carga de sentimentos que deixam marcados na psique dos indivíduos conflitos que dificultam o sucesso dos tratamentos médicos dos mais simples, como as induções de ovulações e inseminações artificiais, até os mais elaborados, como as fertilizações *in vitro*. Alguns estudos realizados por Apfel e Keylor (2002) em pacientes submetidas a tratamentos de reprodução humana assistida demonstraram que o diagnóstico dessa condição é, em geral, vivido como uma crise, que gera sofrimento e desajustes pessoais e sociais.

Para Gasparini (2009), toda a trajetória do diagnóstico ao tratamento da Infertilidade é sempre muito penosa, despertando intensas angústias e expectativas, além de fortalecer ou enfraquecer vínculos conjugais. Lopes, Melamed e Martucci (2003) referem-se à progressão de reações psicológicas nos pacientes inférteis, que se inicia com a negação e termina com a aceitação, passando pelo isolamento, busca da culpa e depressão. O percurso emocional, comumente, inicia-se com o trajeto percorrido pelo casal em busca da resolução do seu problema, que, muitas vezes, é longo e doloroso. Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuysen

(1999) afirmam que uma em cada quatro pacientes inférteis apresenta sinais de problemas depressivos.

Bussetti (1995) aponta como resultados de sua pesquisa a ansiedade presente em homens e mulheres (porém, mais elevada nas mulheres) – independente da causa da Infertilidade – e a existência de conflitos emocionais, sendo essa patologia um obstáculo que interfere nos projetos de vida do casal.

Abbey, Andrews e Halman (1995) investigaram o impacto da Infertilidade na qualidade de vida dos casais e avaliaram suas experiências, encontrando sentimentos de raiva, desrespeito e falta de preocupação. Furman et al. (1997), ao avaliarem a vivência subjetiva de casais inseridos em programas de FIV, perceberam diferentes reações e emoções, como o isolamento, raiva e culpa. A conclusão desse estudo foi de que a Infertilidade é uma experiência difícil e muitas vezes traumática. Mamede (2000) verificou que a Infertilidade interfere nas relações pessoais e sociais e é acompanhada de sofrimento e altos níveis de ansiedade, stress, depressão, sentimentos de culpa, problemas sexuais e conjugais. Farinati, Rigoni e Muller (2006) salientam que ansiedade, depressão e stress são focos de investigação em pacientes inférteis.

Na mesma direção, a investigação psiconeuroimunológica, realizada por Moreira, Lima, Souza e Azevedo (2005), demonstrou que mulheres inférteis apresentam altos níveis de stress, cuja presença ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e inibe o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (HHO), resultando em uma supressão das menstruações.

Pode-se considerar que esses distúrbios fisiológicos e os sintomas psicológicos, frequentemente, relatados na literatura, presentes no contexto da Infertilidade, podem ter um efeito destruidor na vida da mulher, alterando novamente a função ovariana e, por conseguinte, dificultando a concepção. Com isso, o nível de stress se eleva e é formado um ciclo vicioso que compromete cada vez mais os processos reprodutivos.

O desgaste emocional decorrente da situação de Infertilidade pode iniciar durante o processo de investigação e/ou no próprio tratamento, pois esses são períodos de grande tensão que influenciam a sexualidade do casal. O desajuste emocional pode surgir a partir do longo processo de diagnóstico (LEE; SUN; CHAO, 2001), de tentativas malsucedidas de conceber e dos procedimentos terapêuticos requeridos (HAMMARBERG; ASTBURY; BAKER, 2001).

As repercussões emocionais variam em intensidade e duração em todas as suas etapas e, em cada uma delas, os casais apresentam necessidades diferentes. Devido a esses fatores, é preciso levar em consideração o tempo de tratamento e de Infertilidade.

Apesar desses efeitos psicológicos relatados na literatura, alguns estudos, como os de Connolly, Edelman, Cooke e Robson (1992), Edelman, Connolly, Cooke e Robson (1991) e Sahaj et al. (1988), não encontraram diferenças significativas sobre o impacto da Infertilidade no funcionamento psíquico e social desses casais quando comparados a grupos controle. Não obstante, Shatford, Hearn, Yuzpe, Brown e Casper (1998) verificaram ao comparar mulheres com diagnóstico de Infertilidade de etiologia orgânica e funcional diferenças com relação aos aspectos emocionais. As mulheres com etiologia orgânica tendiam a aceitar e a suportar mais os processos de fertilização *in vitro* do que aquelas com Infertilidade funcional ou psicogênica.

A segunda vertente psicogênica, de acordo com Umekawa (2010), compreende os conflitos infantis decorrentes de frustrações maternas vividas durante a infância por determinadas mulheres, como causa dinâmica complexa que, no campo psicológico, servem de mecanismos para sabotar a concepção. Segundo Umekawa (2010), as rejeições e resistências sofridas não permitiriam que a mulher identificasse em sua mãe a representação feminina com a qual ela mesma, mais tarde, deveria ser identificada. Para Langer (1986), o maior obstáculo para que a filha alcance a maternidade está na relutância dela de se identificar com sua própria mãe em seu papel maternal. Devido à referência da figura materna ser perniciosa, a identificação não pode ocorrer. No nível consciente, a mulher não aceitaria anuir a essa situação e, por isso, ela a reprime e passa a formar sintomas, como a Infertilidade, para que sua feminilidade não seja conquistada. Portanto, para Umekawa (2010), os “prejuízos”, que, a princípio, não eram anatômicos ou funcionais, passam a alterar o funcionamento do organismo da mulher.

A terceira vertente teórica percebe a Infertilidade por meio das consequências que o desejo não realizado da maternidade teria sobre o corpo, a rede de relacionamentos e a psique, não só da mulher, mas, também, de seu companheiro (APFEL; KEYLOR, 2002). De acordo com Umekawa (2010), diferentemente das outras duas teorias, nessa linha de pensamento a relação causal que se propunha antes, entre os desajustes psicológicos infantis e a Infertilidade, não é mais compreendida como sendo simples, linear e inalterável. Então, torna-se necessária uma análise profunda do significado que a Infertilidade assume para os cônjuges e para cada mulher individualmente. Trindade e Enumo (2002) também verificaram que a Infertilidade interfere na virilidade masculina e na libido feminina, podendo alterar a qualidade dos relacionamentos sexuais e conjugais.

1.6 Infertilidade e aspectos emocionais: uma visão psicanalítica

Segundo Gasparini (2009), ter filhos (ser mãe) faz parte da trama psíquica que todas as mulheres vivenciam em seu desenvolvimento psicológico. Para Ribeiro (2004), o desejo de ter filhos, na teoria psicanalítica, está intimamente associado à sexualidade e seus desdobramentos. A origem desse desejo, em ambos os sexos, está na primeira infância, na relação primária com a mãe. Durante o desenvolvimento emocional de homens e mulheres, esse desejo percorre caminhos diferentes, ficando mais central no psiquismo feminino.

Para Freud (1923/1996), o desejo da mulher por filhos seria motivado pela clássica ideia da inveja do pênis, que evolui para o complexo de castração e, posteriormente, caminha para o complexo de Édipo, quando a direção mais viável para o desenvolvimento psicosssexual da menina seria o alcance da maternidade.

Para Klein (1928/1996), algumas objeções aconteceriam nesse percurso. A autora escreve sobre o surgimento dos bebês imaginários a partir dos primeiros estágios do complexo de Édipo que, em sua teoria, inicia-se por volta do primeiro ano de vida. Ela considerou a ambivalência de sentimentos de amor e ódio no que diz respeito aos objetos primários (mãe e pai) e a diferença anatômica dos sexos como elementos determinantes nas primeiras tendências edípicas, que se expressam sob a forma de impulsos orais e anais. Klein (1932/1975), ao descrever sobre a trajetória do desejo pela maternidade nas meninas, relata que ele substitui o desejo pelo pênis paterno, no sentido de objeto libidinal. Com isso, a relação da menina com o pai durante a experiência edípica influenciaria, primeiramente, os vínculos com os bebês imaginários e, posteriormente, com os filhos reais.

Klein (1932/1975) descreve uma ansiedade em meninas que seria a contrapartida da angústia de castração: os medos despertados por uma possível retaliação aos ataques que em fantasia ela realiza as entranhas da mãe e aos objetos que ela acredita residirem lá, quais sejam, os bebês e o pênis do pai, que sinalizariam um coito permanente dentro da mãe. No arcabouço kleiniano, o objeto é um componente da representação mental de uma pulsão (HINSHELWOOD, 1992). Klein (1932/1975), abordando os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina, mostra com clareza o sentido da necessidade de ter filhos:

Sua atitude para com o filho imaginário ou real, além de ser ambivalente, acha-se carregada de certa quantidade de angústia que exerce uma influência decisiva sobre suas relações com o bebê. Este bebê imaginário, que

proporciona proteção e auxílio à meninazinha, representa primariamente, em seu inconsciente, o “bom” conteúdo de seu corpo (p. 298).

Portanto,

a necessidade de ter filhos, que é maior do que qualquer outro desejo, é tão intensa na menina pequena porque a posse deles constitui um meio de superar a angústia e aliviar seu sentimento de culpa. Como sabemos, as mulheres adultas não raro anseiam muito mais por um filho, do que por um parceiro sexual (p. 299).

Nesse contexto, Ribeiro (2004) define a experiência da Infertilidade como contribuinte para a intensificação de fantasias de que há coisas estragadas no interior do próprio corpo.

Klein (1955/1980) enfatiza, no desenvolvimento emocional da criança, a importância da relação objetal com a mãe e a necessidade desta promover experiências de satisfação e frustração para o bebê, por meio da sua presença e alimentação. Desse modo, o predomínio da gratificação auxilia a integração do ego, das emoções e dos objetos internos e externos. Com isso, a introjeção do “seio bom” fortalece a capacidade de amor e confiança nos objetos externos. Nessa linha de pensamento, Klein (1930/1991) mostra a importância da relação positiva entre os pais e a criança durante a infância, para o bom desenvolvimento do sentimento de confiança e o estabelecimento das relações interpessoais. Klein (1932/1975) também sustenta, com clareza, que a compreensão da personalidade é a base intermitente da vida social e que, para a exploração dessa personalidade na vida adulta, é necessário dirigir-se para a vida emocional infantil.

McDougall (1997) afirma que, para compreendermos a complexidade da feminilidade e da maternidade, os desejos bissexuais universais da infância devem ser considerados. De acordo com a autora, fantasia-se onipotentemente possuir qualidades femininas e masculinas, e ser parceiro sexual de ambos os pais, o que constitui cada uma das posições homossexual e heterossexual do complexo de Édipo. Sendo assim, deseja-se tanto o pênis poderoso do pai, que faz bebês, quanto a capacidade de atraí-lo e de conter bebês.

McDougall (1997, p. 13) postula que:

A menininha quer possuir sua mãe sexualmente, gerar filhos com ela e ser singularmente amada por ela num mundo do qual todos os homens estão excluídos. Ela quer também ser um homem como seu pai e possuir os genitais dele, bem como as qualidades idealizadas que lhe atribui. Devido à falta de satisfação, essas pulsões tendem a ficar associadas a uma ferida narcísica.

De acordo com Ribeiro (2004, p. 71), a trama inconsciente do desejo pelo filho acontece pelo seguinte viés:

As referências inconscientes da fantasia da cena primária, da sexualidade do casal parental, da diferença entre os sexos, da constelação edípica e da bissexualidade psíquica atualizam-se no desejo por um filho, ou seja, há algo vital para o psiquismo no desejo de ter um filho (p. 71).

Langer (1986), que estudou profundamente as teorias freudianas a respeito da sexualidade feminina e da maternidade, aborda algumas características de personalidade passíveis de compor a etiologia da Infertilidade. Segundo ela, foi possível verificar, em várias análises, que a ausência da fecundação expressaria fatores psicológicos negativos para a gravidez. Afirma, ainda, que os mesmos fatores podem ocasionar, em outra mulher, uma compulsão à concepção, ou seja, a ocorrência de gravidez com muita facilidade em circunstâncias emocionais e exteriores bastante desfavoráveis, além de outros transtornos reprodutivos. Para ela, uma hipótese a ser considerada é a de que a escolha do “sintoma” apresentado depende das condições egoicas da mulher, envolvendo, principalmente, a natureza das defesas dominantes e a organização de base da personalidade.

Apesar das diferenças individuais, Langer (1986) revela a existência de duas situações psicodinâmicas básicas presentes em casos de Infertilidade: relações com a figura materna permeadas por sentimentos de hostilidade, inveja e ciúme, bem como uma intensa rivalidade fraterna. Segundo ela, a gravidez implicaria em uma identificação da mulher tanto com o feto quanto com a própria mãe e, portanto, a hostilidade dirigida, inicialmente, à figura da mãe é vivida, nesse momento, como passível de voltar-se contra a própria mulher, o que é experimentado como uma atitude vingativa. Também a impossibilidade de vivenciar de modo completo a etapa edípica, seja porque há demasiado temor da rivalidade com a mãe, vista como uma figura altamente ameaçadora, pode levar a mulher ao desenvolvimento de uma atitude viril, permanecendo, assim, ligada à mãe num Édipo homossexual, que lhe impossibilita a vivência plena da feminilidade na idade adulta.

De acordo com Langer (1986, p. 31), “ainda que seu instinto maternal seja sublimado ao máximo, a mulher que não conseguiu realizar-se como mãe sentirá, no fundo do seu ser, haver desperdiçado parte de si própria”. Nesse contexto, a capacidade reprodutiva é um importante referencial identificatório de feminilidade e masculinidade, e a maternidade e a paternidade fazem parte dele.

Freud (1914/1996), ao considerar o aspecto narcisista que acompanha a sexualidade e acrescentamos a geração de descendentes, vê tal aspecto como parte do curso regular do desenvolvimento.

O indivíduo considera a sexualidade como um dos seus próprios fins, ao passo que, de outro ponto de vista, ele é um apêndice de seu germoplasma, a cuja disposição põe suas energias em troca de uma retribuição de prazer. Ele é o veículo mortal de uma substância (possivelmente) imortal – como o herdeiro de uma propriedade inalienável, que é o único dono temporário de um patrimônio que lhe sobrevive (p. 86).

Para Pedreira (2000, p. 18),

qualquer gravidez sempre será, como ato, a corporificação de um fantasma e, portanto, sempre prenhe de desejo. Porém, quando se fala de desejo é preciso pensar em sua ambivalência, entre o querer e o não querer ter filhos que fazem parte da dinâmica psíquica do sujeito e que pode atuar de forma velada e inconsciente.

Dessa forma, de acordo com os autores estudados, percebemos que, a experiência da Infertilidade pode promover um enfraquecimento na estrutura narcísica do sujeito, pois o projeto de imortalidade do eu e do casal encontra-se ameaçado, abalando os referenciais de masculinidade e feminilidade.

Levando um pouco mais adiante a ideia da Infertilidade como uma resposta fisiológica que se relaciona inconscientemente com o psiquismo, Benedek (1989) considera que na interação entre psiquismo e físico, as funções sexuais e os padrões hormonais de normalidade e anormalidade podem ser alterados por fatores emocionais. Para a autora, as emoções interferem e promovem modificações no ciclo da ovulação, alterando o desempenho sexual e reprodutivo da mulher. De acordo com esse ponto de vista, a Infertilidade poderia ser considerada como uma patologia psicossomática, como será visto no próximo item.

1.7 A teoria psicanalítica da patologia psicossomática

A teoria psicanalítica da patologia psicossomática passou por muitas evoluções e por diferentes concepções. De acordo com Perestrello (1996), a psicossomática relaciona a vida emocional com o surgimento das doenças. Para ele, o homem é visto como um todo psicossomático em que todas as doenças são psicossomáticas e algumas pessoas, por não

terem encontrado uma melhor solução para uma dificuldade existencial, desenvolvem uma doença como forma de negá-la. Para Santos (1992), a histeria, a hipocondria e os fenômenos psicossomáticos evidenciam diversas articulações do corpo com a psique e são essas articulações que se expressam no corpo.

Freud (1893-1895/1996), quando escreveu com Breuer a sua teoria sobre a histeria, argumentou que um traumatismo pode ser descarregado por meio de ações ou palavras. O ser humano encontra na linguagem um equivalente ao ato, em que o afeto pode ser ab-reagido. Porém, a ab-reação não é o único modo de descarga psíquica. A lembrança, mesmo não ab-reagida, integra-se ao grande complexo das associações e ocupa um lugar ao lado de outros incidentes. Freud (1923/1996) também enfatiza que o indivíduo é uma unidade psíquica, social e orgânica. Diante disso, pode-se dizer que suas doenças físicas são provenientes não só de uma disfunção orgânica, como também do ambiente social e da sua vida psíquica, com seus afetos e relações objetais.

Ferraz (1997) enfatiza que Freud nunca mencionou que a mente humana pudesse não conseguir assimilar um traumatismo, mesmo que fosse necessário, como último recurso, fazer uso da compulsão à repetição – repetindo ativamente o trauma e, mesmo indefinidamente, a mente poderia absorvê-lo. Essa é uma visão muito diferente daquela sustentada pela escola psicossomática da Sociedade Psicanalítica de Paris. Esta, por sua vez, apresenta uma teoria econômica da transformação psicossomática, fundamentada no conceito de bloqueio na capacidade de representar ou elaborar as demandas instintivas que o corpo dirige à psique (BANDEIRA; BARBIERI, 2007). Sob essa perspectiva, a ênfase é dada à descarga de pulsões quando estas escapam à elaboração psíquica. Dessa maneira, as manifestações psicossomáticas são consideradas como uma carência da capacidade de representar o conflito, de onde há incapacidade de recalque (MCDUGALL, 1978/1991).

De acordo com McDougall (1989/1996, p. 3), todos nós temos propensão à somatização quando condições externas ou internas excedem os nossos “modos psicológicos de resistências habituais”. Em 1991, ela escreveu sobre a vinculação dos transtornos psicossomáticos à primeira infância, enfatizando que esses pacientes não podem utilizar as palavras como um meio para conduzir o sofrimento. Com isso, ocorre uma explosão no corpo que possui uma função de ato, de descarga e provoca um colapso no aparelho psíquico. Para a citada autora e outros, como Épinay (1988), Ferraz (1997), McDougall (1996) e Bandeira e Barbieri (2007), na primeira infância pode estar localizado o ponto de partida dos fenômenos psicossomáticos na relação com o casal parental e, principalmente, com a figura materna. De acordo com esse ponto de vista, Ferraz (1997), demonstra que as pesquisas em psicossomática

têm se deparado com evidências de que nas relações mãe-bebê está localizada a base de perturbações que influenciam a organização das defesas, diferenciando, assim, o indivíduo somatizador do neurótico.

Para Bergeret (1998), as psicossomatizações podem existir em pessoas com qualquer estrutura de personalidade, mas, geralmente, apresentam-se mais próximas daquelas com estruturação limítrofe. Em 1976, tal autor caracterizou o sintoma psicossomático como “bruto, insensível”, pois nas doenças psicossomáticas é identificada uma regressão próxima da regressão psicótica, do tipo arcaico. Nesse sentido, a neurose do órgão seria uma resposta somática sem a pretensão de expressar uma emoção, pois ela seria desprovida de sentido aparente.

Fain (1971) escreve que as perturbações psicossomáticas aparecem em maior frequência nos indivíduos que não usam suas potencialidades psíquicas ao máximo, o que dificulta o desenvolvimento de defesas mentais e, conseqüentemente, promove o aparecimento dos sintomas somáticos. Pereira (1999) enfatiza que o universo do psicossomático é, no limite, desprovido de sonhos. A capacidade simbólica e o valor da sublimação são quase inexistentes, o que leva a um empobrecimento da capacidade criativa e produtiva. Green (1973) classifica o psicossomático com um “psicopata corporal”, cujo agir no interior do corpo teria como objetivo a expulsão do afeto para fora da realidade psíquica. Contudo, Zimerman (1999, p. 249) afirma ser anuência que “a gênese da predisposição psicossomática reside nas vivências emocionais, narcísicas e sensuais que caracterizam os primitivos vínculos do bebê com sua mãe”.

Para Marty (1993), o princípio básico da psicossomática é o de que a mente, em certas condições, pode não assimilar um traumatismo e, nesse caso, haverá uma carga excessiva sobre o soma, que resultará em somatização. Marty (1993) denomina a capacidade de assimilação de um indivíduo, em um determinado momento, como mentalização. De acordo com seu ponto de vista, a mentalização protege adequadamente o indivíduo das somatizações, pois ela diz respeito à vida mental disponível do sistema pré-consciente e consciente. Ainda de acordo com o autor, o traumatismo em psicossomática equivale à ultrapassagem das possibilidades de adaptação do indivíduo e causa desestruturação dos aparelhos mental e somático. As situações traumatizantes promovem uma modificação na economia das excitações instintuais para o excesso, diminuição ou combinação de ambos, que ocasionariam “transbordamentos passageiros do aparelho mental, [...] apelando para mecanismos somáticos” (p. 14). O problema central das somatizações está “no fluxo das excitações

instintuais e pulsionais, de essência agressiva e erótica” (MARTY, 1993, p. 31), podendo, então, resultar em afecções somáticas.

Para Bandeira e Barbieri (2007, p. 54),

o pré-consciente é peça central da economia psicossomática por ser um “reservatório de representações” das percepções, organizando-se durante o desenvolvimento como um sistema de ligação entre as representações mentais, carregadas de seus afetos. A somatização estaria relacionada com a insuficiência desse sistema, que gera limitação das representações e suas cargas afetivas, empobrecimento da simbolização e diminuição da capacidade de associação de idéias.

Nesse sentido, Zimerman (1999, p. 241) enfatiza que o pensamento operatório apresenta-se nos pacientes somatizadores e é caracterizado por um estado mental em que os mesmos “superinvestem libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, como e principalmente, seus sintomas corporais”.

Para Vieira (1997), a possibilidade de assimilação mental (“mentalização”) possui espaços maiores ou menores e varia de acordo com os indivíduos e em um mesmo indivíduo conforme o momento de sua vida.

Partindo de outro ponto de vista, Winnicott (1949/2000) concebe a patologia psicossomática como resultante de uma dissociação vigorosa do psique-soma, definindo psique como a elaboração imaginativa de partes, sensações e funções somáticas, ou seja, a vivência física. Essa elaboração imaginativa dependeria da existência e do funcionamento saudável do cérebro. Os aspectos de psique e de soma envolvem-se num processo de inter-relação mútua e são um só no início da vida, sendo que aos poucos vão se distinguindo. A mente, por sua vez, seria uma parte especializada da psique.

De acordo com Winnicott (1949/2000), para que ocorra um desenvolvimento saudável do psique-soma inicial, é necessário que o meio ambiente contribua para tal. Essa seria a raiz mais importante do desenvolvimento da mente.

Segundo Winnicott (1971/1975), o distanciamento entre a mente e a psique, que ocorre na patologia psicossomática teria a sua origem no comportamento irregular materno e suas falhas constantes em atender as necessidades do bebê. Com isso, há estimulação de uma hiperatividade do funcionamento mental e o pensamento do indivíduo passa a controlar e a organizar os cuidados que deveriam ser dispensados à psique-soma pelo meio ambiente. Winnicott (1987/1990) também afirma que a alta atividade mental é um empecilho para a unidade psique-soma e que a patologia psicossomática seria uma tentativa de religar a mente à psique.

Comparando o pensamento da escola psicossomática francesa, da teoria econômica da transformação psicossomática, com a concepção de Winnicott, pode-se pensar que existiria um nível ótimo de mentalização e, com isso, um limite necessário de falhas maternas (nem mais nem menos).

Maldonado (1991), sob a perspectiva da psicossomática em Ginecologia e Obstetrícia, observa o desdobramento da sexualidade e da identidade feminina nos principais pontos de transição do ciclo vital da mulher: menarca, início das relações sexuais, gestação, parto e menopausa. Segundo ela, o equilíbrio hormonal e a regularidade da ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes em relação à maternidade. Se considerarmos o corpo como unidade psicossomática, teremos a influência recíproca do orgânico no psíquico e vice-versa. Com isso, o sistema reprodutor humano pode apresentar desequilíbrio em seu funcionamento, já que conflitos inconscientes podem afetar o processo reprodutivo levando a alterações hormonais que resultam em Infertilidade.

Essa constatação, aliada à verificação do sofrimento físico e psíquico que as mulheres enfrentam diante do diagnóstico e do tratamento da Infertilidade, traz como implicação a necessidade de compreender os principais conflitos e dificuldades psicológicas apresentados por elas, bem como suas formas de manejá-los, construídas ao longo da sua história de vida.

A obtenção dessas informações poderá auxiliar na compreensão mais profunda dos aspectos psicológicos/psicodinâmicos relacionados à etiologia e à manutenção ou que sejam decorrentes do quadro de Infertilidade por fatores hormonais, o que permitirá a proposição de estratégias psicoterapêuticas mais condizentes com as necessidades dessas mulheres.

2 OBJETIVOS

Diante das considerações apresentadas sobre os fatores psicológicos envolvidos na etiologia, manutenção ou decorrentes da Infertilidade, este trabalho objetiva conhecer os psicodinamismos de quatro mulheres inférteis portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos, por meio de entrevista psicológica e de técnicas objetivas e projetivas de avaliação da personalidade.

Diante disso, buscou-se compreender a história de vida dessas participantes, o relacionamento delas com as figuras parentais, o desenvolvimento psicosssexual, suas principais angústias e defesas, a qualidade do vínculo conjugal, o significado da maternidade e da Infertilidade e o nível de stress na época dos atendimentos.

3 MÉTODO

Este trabalho foi desenvolvido sob a perspectiva clínico-qualitativa de investigação, muito utilizada nas Ciências Humanas (TURATO, 2010). O referencial teórico usado foi o psicanalítico.

Conforme definido por Ferreira (1986), a palavra qualitativa é um adjetivo relativo à qualidade ou natureza dos objetos, mas não se refere à sua quantidade. A história dos métodos qualitativos é recente – ele existe há pouco mais de um século. De acordo com Chauí (1995), essa abordagem iniciou-se com os estudos da filosofia, que se dedicavam a compreender o próprio homem: seu objeto de investigação. Os estudos dos fatos humanos surgiram no período de compreensão empirista e determinista da ciência, no qual os cientistas buscavam as leis causais universais para compreender os fenômenos humanos. Com isso, os resultados dos estudos eram discutidos e pouco científicos. O pensamento filosófico de Kant contribuiu para o desenvolvimento dessa abordagem qualitativa de estudo, pois apostava num modelo de racionalidade humana (conhecimento), em que a interpretação e a compreensão adquiriram importância.

Turato (2010) destaca que os métodos qualitativos adquiriram status científico com os trabalhos dos antropólogos, sociólogos e educadores, e, posteriormente, dos psicólogos e outros profissionais da área de saúde. Nessa mesma perspectiva de estudo do homem, surge a Psicanálise, criada por Sigmund Freud em 1896.

O método de investigação qualitativo é definido por Kirk e Miller (1986) como um fenômeno empírico, localizado socialmente e que é determinado por sua própria história. Para Denzin e Lincoln (1994) a pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, pois envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do assunto. Sendo assim, os pesquisadores qualitativos estudam os fenômenos em seu *setting* natural, tentando compreendê-los ou interpretá-los em termos das significações que os indivíduos trazem.

Chauí (1995) destaca que os métodos qualitativos na área das ciências precisam ser denominados como compreensivos e interpretativos, pois o seu objeto são as significações ou as razões dos comportamentos, das atuações e das instituições existentes ou criadas pelos seres humanos. Nessa perspectiva, Bogdan e Biklen (1998) definem a pesquisa qualitativa como aquela que compreende o comportamento e a experiência humana, que procura entender a construção dos significados e os descrevem como tais.

Dilthey (1980) afirma que duas características importantes da pesquisa qualitativa são a explicação da natureza e a compreensão da vida mental. A compreensão é o princípio do conhecimento, que prefere estudar as relações complexas a explicá-las por meio do isolamento de variáveis. A segunda característica geral é a construção da realidade, pois a

pesquisa é percebida como um ato individual existente no sujeito. Dessa forma, a descoberta e a construção de teorias são inerentes à pesquisa qualitativa. Valles (1997) aponta que esse tipo de pesquisa pode beneficiar a compreensão de algo que talvez tivéssemos concebido como sensível e complexo, e que, a partir de sua formulação, já existe nos estudos qualitativos um direcionamento do fenômeno a ser estudado, conferindo-lhe uma característica analítica. A análise compreende uma série de procedimentos e técnicas, que podem ser usados simultaneamente ou após a coleta de dados.

Segundo Bogdan e Biklen (1998), os estudos qualitativos fornecem dados descritivos muito ricos, como as palavras faladas ou escritas e os relatos de observação. Eles destacam três etapas do processo de sua análise: a descoberta do tema, a codificação dos dados e a compreensão final do estudo.

Em relação à interpretação dos dados, Mayring (2002) salienta que acontecimentos e conhecimentos cotidianos são elementos da interpretação, pois o que ocorre durante o processo de pesquisa não é desvinculado da vida fora dessa situação. De acordo com Mayring (2002), as melhores apreensões provêm de análises das entrevistas, de observações, da interação dinâmica entre o pesquisador e o objeto de estudo, da análise qualitativa que conta com o apoio da teoria e que aceita explicitamente a influência de crenças e valores do pesquisador na investigação.

A estratégia metodológica utilizada na presente pesquisa foi o estudo de caso. Para alguns autores como Mayring (2002), Flick e cols. (2000), o estudo de caso é ponto de partida ou elemento essencial da investigação qualitativa. Nessa estratégia, a ênfase é dada na totalidade do indivíduo como objeto do estudo, embora o ponto de partida da pesquisa seja centrado num problema. Stake (2000) evidencia que o estudo de caso é uma escolha sobre o que será estudado, ou seja, o caso em si, e por quais métodos ou modos. Porém, com o intuito de obter mais dados para compreender uma problemática específica representada pelo caso, é possível agrupar um número maior de casos, visando trazer um melhor entendimento e uma melhor teorização sobre o fenômeno. Stake (2000) denominou tal estratégia como estudo de caso coletivo.

Tratando-se de uma investigação qualitativa, não houve o intuito de constituir uma amostra que fosse estatisticamente representativa da população, mas buscou-se estabelecer alguns critérios de inclusão/exclusão que pudessem priorizar a formação de um grupo mais uniforme em relação a algumas características sociodemográficas. Além disso, a investigação de vários casos possibilitará conhecer as semelhanças e diferenças entre as participantes,

havendo lugar para variedade de manifestações de aspectos dentro de uma mesma problemática.

3.1 Estudos de caso e Psicanálise

Este sucinto tópico almeja considerar como o estudo de caso é utilizado e compreendido em Psicanálise. Nasio (2001) enfatiza que o estudo de caso tem sido muito utilizado no campo da clínica, pois, além de possuir uma função didática, pode-se transmitir a técnica e a teoria. Os casos clínicos são fundamentais para toda modalidade terapêutica, pois praticamente todas as teorias têm origem no atendimento clínico. Mezan (1998) destaca que toda investigação psicanalítica é um método qualitativo, pois ela trabalha de modo profundo e singular os casos específicos.

Para Ferenczi (1992), a Psicanálise concebe a vida psíquica como sendo um sistema em constante evolução, que possui forças elementares e antagônicas, componentes ou resultantes dele. De acordo com Laplanche e Pontalis (1999) a Psicanálise é definida como um método de investigação, que visa mostrar o significado inconsciente das palavras, ações, sonhos e fantasias de um indivíduo.

Para Gabbard (1998), os psicoterapeutas que possuem uma visão psicodinâmica da mente compreendem seus pacientes tentando determinar o que é singular em cada um e entendem os sintomas e comportamentos como vias comuns finais de experiências subjetivas, identificando-se o valor que predomina no mundo interno do paciente, as suas fantasias, seus sonhos, seus medos, suas expectativas, impulsos, desejos, autoimagens, percepções dos outros e reações psicológicas aos sintomas. Logo, a Psicanálise, em cada caso clínico, busca descobrir de modo particular o que existe de universal em todos os seres humanos.

3.2 Participantes

A presente pesquisa contou com uma amostra clínica de quatro participantes do sexo feminino em idade fértil entre 20 e 35 anos, sem filhos naturais ou adotivos. Elas foram diagnosticadas com Infertilidade decorrente de alterações hormonais por serem portadoras da

Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e receberam indicação para tratamentos de Reprodução Assistida no Ambulatório de Infertilidade do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

No que diz respeito às condições socioeconômicas, não houve critérios de inclusão/exclusão definidos *a priori*, mas a amostra foi constituída de forma homogênea por participantes de baixa renda.

Quanto ao nível de escolaridade, o critério mínimo foi o de ter cursado pelo menos até a quarta série do Ensino Fundamental, para garantir a leitura e a compreensão dos itens do Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL), apesar desse teste não exigir qualquer nível de alfabetização, pois os itens poderiam ser lidos pelo aplicador.

Para a escolha das quatro participantes, também foram levados em conta os seguintes critérios:

- relação conjugal estável há no mínimo dois anos;
- ausência de fator masculino determinante de Infertilidade;
- ausência de comprometimentos neurológicos ou psiquiátricos passíveis de interferir nos resultados da avaliação psicológica;
- ausência de suspeita de comprometimentos intelectuais graves;
- no momento da avaliação psicológica, as participantes não deveriam estar em período de espera dos resultados do tratamento, para não comprometerem os resultados, pois os níveis de ansiedade aumentam nesse período.

3.3 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos nesta pesquisa:

- I) entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora e pela orientadora do trabalho;
- II) Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL);
- III) Teste de Apercepção Temática (TAT) em forma reduzida.

Tais instrumentos foram selecionados com o objetivo de informar sobre a história de vida das participantes (entrevista psicológica), seu nível de stress (ISSL) e os

psicodinamismos de sua personalidade, a saber: principais angústias, defesas e qualidades dos objetos internos (TAT).

As características desses três instrumentos estão descritas abaixo.

- I. Entrevista psicológica semiestruturada: foi realizada com o suporte de um roteiro, contendo tópicos relativos à história pessoal, relacionamentos interpessoais e conjugais, desenvolvimento psicosssexual, sexualidade, significado da maternidade e Infertilidade (ANEXO A);
- II. Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL), desenvolvido por Lipp (2005): fundamenta-se em um modelo quadrifásico de stress e foi elaborado junto ao Laboratório de Stress (LEPS) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. O ISSL é um instrumento de fácil aplicação e compreensão, e tem capacidade de avaliar sintomas físicos e psicológicos do stress. Foi padronizado e validado no Brasil pela primeira vez em 1994, por Lipp e Guevara, além de ter sido muito utilizado em pesquisas e trabalhos clínicos na área do stress, pois permite realizar um diagnóstico preciso, determinando em que fase do stress a pessoa se encontra e se ele se manifesta mais por meio de sintomatologia física ou psicológica. Esse instrumento foi escolhido para esta pesquisa de modo a verificar a influência ou não dessa variável na manutenção do quadro de Infertilidade. Além disso, a escolha do ISSL decorreu em função de sua alta precisão (Coeficiente Alfa de 0,9121) e por apresentar padronização brasileira.
- III. TAT (Teste de Apercepção Temática) em forma reduzida: é composto de dez cartões selecionados pela pesquisadora e pela orientadora do trabalho, que apresentaram temáticas latentes (SILVA, 1984), as quais, de acordo com a literatura, seriam representativas das dificuldades das mulheres inférteis, a saber: II (Relacionamento familiar – gravidez); III MF (Frustrações e reações frente às mesmas); IV (Conflitos que o sujeito vive e maneira de enfrentá-los); VII MF (Relação mãe-filha); IX MF (rivalidade feminina); X (Conflitos amorosos e sexuais); XIII (Relação conjugal); XVIII MF (Agressividade; Relação com a figura materna ou feminina); VIII MF (Conflitos atuais, tensões e esforços para solucioná-los); XVI (Aspirações, desejos).

3.4 Considerações éticas

Após a apresentação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo FMRP-USP (ANEXO B), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética dessa instituição e aprovado. Após essa aprovação, realizou-se a seleção das participantes por meio das consultas aos prontuários do Ambulatório de Esterilidade do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital supracitado.

Antes de iniciar a coleta de dados, as participantes receberam uma explicação detalhada do estudo e autorizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido a elas (ANEXO C).

Após a análise dos dados, foi realizada uma entrevista devolutiva para as participantes, pois todas a solicitaram e, em um dos casos, foi sugerido encaminhamento para atendimento psicológico no próprio Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Contudo, a paciente recusou o atendimento e pediu que o encaminhamento fosse para o consultório particular da pesquisadora. O pedido foi aceito e o atendimento psicoterápico disponibilizado sem nenhum ônus para a paciente, entretanto, ela não procurou mais a psicóloga.

3.5 Procedimento

Após a seleção das participantes por meio de consultas aos seus prontuários, o contato com as mesmas foi realizado via telefone. Nessa ocasião, as pacientes receberam uma explicação sucinta sobre o trabalho e o convite para participar da pesquisa. Depois de aceitar o convite, marcou-se o primeiro dos três encontros previstos para a avaliação completa, os quais foram agendados de acordo com a disponibilidade das participantes. A psicóloga responsável pela pesquisa realizou o pagamento do vale-transporte de três participantes e, em apenas um caso, devido a condições excepcionais de distância, transportou a paciente em seu veículo particular para o seu consultório. A participação das mulheres foi voluntária e não houve desistência de nenhuma delas durante a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada individualmente em uma sala reservada no consultório particular da pesquisadora, respeitando todas as condições exigidas para a aplicação de testes psicológicos. A periodicidade dos encontros foi semanal e a duração de cada um deles foi de cerca de sessenta minutos.

No primeiro encontro, após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de sua assinatura, as pacientes responderam à entrevista psicológica. No segundo encontro, aplicou-se o Inventário de Sintomas de Stress (ISSL) para adultos. No terceiro, foi administrado o Teste de Apercepção Temática (TAT). No término da avaliação, foi oferecida uma entrevista devolutiva para as participantes.

3.6 Análise dos dados

Inicialmente, realizou-se uma análise individual da entrevista, do ISSL e do TAT das participantes. No que concerne às entrevistas, após sua transcrição, elas foram submetidas à interpretação clínica de base psicanalítica, mediante supervisão da orientadora. As interpretações clínicas e o relato manifesto da entrevista foram, posteriormente, organizados em tópicos referentes à história pessoal, relacionamentos interpessoais (vínculo com a figura materna, paterna e fraterna) e conjugais, desenvolvimento psicosssexual (infância e adolescência), sexualidade (preparo e iniciação), significado da maternidade e experiência da Infertilidade.

O ISSL foi avaliado segundo as instruções preconizadas em seu manual (LIPP, 2005), sendo que, ao final, realizou-se uma pequena síntese para estimar os níveis de stress das mulheres. Já o TAT foi codificado seguindo o referencial com base em Morval (1982 apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003), que inclui a análise das características formais das estórias e a classificação de seu conteúdo nas categorias de autoimagem (atributos do herói), principais necessidades, conduta, natureza do contexto físico e social e desfecho. Após a classificação de todas as estórias nessas categorias (análise horizontal), foi feita uma análise global do protocolo (análise vertical), além de uma análise dinâmica, afluindo nessa síntese os psicodinamismos das participantes.

As sínteses do TAT de todas as participantes foram, então, organizadas em uma análise final que permitisse uma compreensão das semelhanças e particularidades das participantes, destacando os temas referentes ao seu relacionamento com a figura materna e

identidade feminina (cartões II, VII, IX e XVIII), vínculo com a figura masculina (cartões IV, X e XIII), conflitos, frustrações e formas de enfrentá-las (cartões III e VIII), aspirações e desejos (cartão XVI).

Após a avaliação dos casos individuais, efetuou-se uma síntese do grupo a partir dos dados obtidos nos três instrumentos, sistematizada nos tópicos referentes aos relacionamentos com as figuras parentais, relacionamentos com as figuras fraternas, infância, adolescência, desenvolvimento psicosssexual, conflitos, frustrações, relações conjugais, significado da maternidade e Infertilidade.

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os estudos completos de caso de cada uma das quatro participantes, compostos pelas caracterizações dos casos e análises interpretativas das entrevistas, do ISSL e do TAT, seguidas de sínteses finais de cada um. A apresentação dessas análises visa informar como as interpretações e as categorizações das sínteses finais do grupo foram realizadas.

As análises interpretativas das entrevistas, apresentadas a seguir, foram sistematizadas nos tópicos pesquisados na entrevista: relacionamentos com as figuras parentais, relacionamentos com as figuras fraternas, desenvolvimento psicosssexual, conflitos, frustrações, vínculo conjugal, significado da maternidade e da Infertilidade.

4.1 Estudo de caso 1: Gláucia²

4.1.1 Caracterização do caso

Gláucia é uma mulher de 30 anos, estatura mediana, magra e parda. Possui o ensino fundamental completo, realizado por meio de supletivo e concluído em 2009. Ela trabalha no lar e pensa em ser vendedora. Vive em uma união estável há nove anos com um coletor de materiais recicláveis e está tentando engravidar por meio da Reprodução Assistida há cinco anos. O casal é natural do Maranhão e reside em Ribeirão Preto também há cinco anos. Eles moram em uma zona de risco muito próxima ao aeroporto da cidade e serão transferidos, pela prefeitura, para um bairro popular, onde terão direito a um apartamento. Sua casa atual é construída de madeira e papelão. Gláucia acredita que serão transferidos para outro local por uma questão estética, porque é feio existir uma favela naquela região da cidade e não pelo risco de as casas estarem próximas da pista de pouso.

Em termos físicos, Gláucia não aparenta ter 30 anos e parece ainda ser uma adolescente, devido ao corpo magro e às roupas que usava: blusa bem colorida e bolsa com muitos chaveiros. Em todos os encontros ela se apresentou bem asseada, perfumada, com cabelos molhados e penteados, unhas feitas, batom, brincos de argola, anéis e roupas limpas. Não tinha o aspecto de uma pessoa com tão baixa renda. Foi colaboradora e participativa nos

² Todos os nomes usados neste trabalho são fictícios, a fim de preservar a identidade das participantes e manter o sigilo ético.

encontros. Mas, durante a entrevista, mostrou-se embaraçada ao falar sobre o uso que fez de substâncias como álcool e maconha em uma fase de sua vida. Apenas no encontro em que foi realizado o TAT, mostrou-se mais intolerante, cansada e um pouco agressiva quando determinados cartões foram apresentados.

Para a realização de cada encontro, a pesquisadora buscou e levou a participante de carro em sua residência, devido à sua dificuldade para se locomover na cidade. Gláucia relatou que não consegue andar de ônibus, porque fica atrapalhada.

4.1.2 Entrevista

Conforme o seu relato, Gláucia teve uma infância pobre no interior do Maranhão e em uma família numerosa. Lembra-se com saudade de que brincavam muito de casinha, de esconder, na rua, nas árvores e nos rios. A mãe era um exemplo de fertilidade: teve oito filhos. Somente o pai trabalhava e a mãe cuidava dos afazeres domésticos com a ajuda dos filhos. Repete duas vezes que a mãe cuidou de todos e que nunca deu nenhum dos filhos para ninguém. As crianças cuidavam umas das outras, da casa e das roupas também.

Sobre o relacionamento dos pais, ela relata que eles se davam muito bem e que estão juntos até hoje. Gláucia fala com um semblante triste de como se lembra da sua relação com a mãe na infância. Diz que a mãe batia muito nos filhos, porque perdia a paciência. Eram muitas crianças juntas, com diferença de idade de um ano uma da outra. A mãe conversava muito com as meninas e as irmãs mais velhas ensinavam o trabalho doméstico para as mais novas. Recorda-se do pai como um homem severo que não batia, mas que falava muito pouco com ela. Hoje em dia, ainda conversam pouco por telefone. Não se lembra dele lhe fazer carinho, mas somente em sua irmã caçula. A convivência com os irmãos era boa, com muitas brincadeiras e brigas também. A boa relação afetiva perdura até hoje, mesmo com eles morando em cidades diferentes.

No início da adolescência, com doze anos, relata ter perdido seu ídolo, o homem mais importante de sua vida: o avô paterno. Ele morava na cidade e os netos na zona rural. Lembra-se dele como um homem carinhoso, que a pegava no colo e lhe dava atenção. Fez questão de ir ao velório para vê-lo pela última vez e diz que ficou triste por um bom período de tempo, acha que um ano ou mais.

Refere-se a dificuldades alimentares na infância, pois comia muito pouco e não gostava de carne. Dormia muito, urinou na rede onde dormia até os sete anos; não tinha cama, pois não tinha espaço e nem dinheiro. Fala que a mãe não se incomodava com a enurese e que só a mandava colocar a rede para secar.

Sabe que teve uma doença grave e que quase morreu, mas nunca soube qual foi. Lembra-se também de que teve uma doença na visão e que quase ficou cega, mas também não sabe qual foi, porque a mãe nunca soube falar. A mãe dizia que Gláucia era um bebê muito chorão e que o pai mandava jogá-la fora, pois ela não tinha importância e tinham muitos filhos. Contudo, a mãe não a jogou fora e nem a deu para ninguém.

No entanto, aos onze anos de idade, Gláucia foi “dada” para uns tios que moravam na cidade, para morar na casa deles e estudar. Somente a mãe a visitava, levava comida para ajudar e depois voltava para casa. Nas férias, Gláucia ia para a casa dos pais. Gostava também de ficar na casa dos avôs, mas na casa dessa tia sentia-se como uma estranha. Gláucia relata que todos os irmãos saíram cedo de casa e que, quando ela saiu, restaram apenas dois com os pais.

A menarca aconteceu aos quatorze anos e foi vivida de forma solitária. Conta que isso aconteceu durante as férias e ela sabia o que significava por causa da experiência das irmãs. Ouvia a mãe dizer que, ao ficar menstruada, a mulher não pode tomar chuva e nem pegar friagem. Assim, ao ficar menstruada, como estava chovendo, ela, então, ficou em casa deitada durante sete dias sem sair. As mudanças corporais não a incomodaram, pois sempre foi muito magra e queria ter mais corpo. A única coisa que não aceitou foi usar sutiã e não o usa até hoje. Não houve preparação sexual pela família; a sexualidade era assunto proibido. Ela aprendeu tudo sozinha.

Com dezenove anos, Gláucia foi morar em São Paulo com uma irmã. Aos vinte e um anos, quando foi em férias para o Maranhão, encontrou um rapaz que já conhecia em um bar, mas com quem não se relacionava. Com ele teve sua primeira experiência sexual, da qual se lembra com muita tristeza: não sabe por que fez isso, já que nunca o havia paquerado. Relata que se arrependeu e que nunca mais o viu.

Conta que, quando morava em São Paulo, bebia e fumava muito. Nos finais de semana, bebia de dar vexame, passava mal e, muitas vezes, vomitava. Parou quando casou e, há dois anos, experimentou maconha com um amigo do bairro, mas o marido não sabe disso.

Sobre sua vida atual, relata que conheceu seu marido aos vinte anos quando ainda morava em São Paulo. Ele também é do Maranhão e estava em São Paulo a trabalho. Foram viver juntos após três semanas de namoro e, apesar de serem muito diferentes, se respeitavam.

Atualmente, esse respeito acabou: eles brigam, se ofendem com frequência e ficam sem se falar. Menciona traição de ambas as partes, mas que ele traiu primeiro. Arrependeu-se de sua traição, assim como da primeira relação sexual, pois não tinha vínculos e nem se sentia atraída pela pessoa; sentiu raiva, nojo e arrependimento. Acha que traiu por vingança e que, depois disso, seu relacionamento ficou ruim. Contudo, de modo ambivalente diz que ela e o marido nunca vão se separar.

Sobre o tratamento da Infertilidade, relata que o procurou porque menstruava muito e queria engravidar. Sabe que o marido quer muito um filho, mas não lhe cobra nada. Eles fizeram duas tentativas de indução de ovulação, mas ela interrompeu o tratamento nas duas vezes por conta própria. Na primeira não se lembra do motivo, mas acha que estavam brigados. Na segunda vez, interrompeu novamente a medicação, alegando que o casal não estava tendo relações sexuais por falta de desejo. Induz a ovulação com remédio comprado pelo marido. Acredita que não conseguirá engravidar e diz que não fala com ninguém sobre esse assunto. Nesse momento, ela começa a chorar muito, fica em silêncio durante um minuto e diz: “Tô cansada, eles investigam, investigam e não acham nada. Acho que não é para ter”. Fala com muita tristeza e olhando para baixo: “É muito triste ser diferente, é estranho, dá uma sensação de vazio. É como se eu fosse só a casca do ovo, sem nada dentro”.

Descreve grande admiração por mulheres grávidas, acha lindo e tem vontade de colocar as mãos na barriga delas. Sente que as pessoas não gostam dessa sua atitude. Adora criança, mas não quer ser babá. Salienta que tem loucura para ter filhos e seu marido também; teme que ele queira ter filhos com outra pessoa. Sua mãe perguntou-lhe uma vez sobre filhos e ela disse que tinha problemas, então a mãe não tocou mais no assunto. Como os irmãos nunca perguntaram nada, Gláucia acha que a mãe já conversou com eles para não falarem sobre isso. Com relação à família do marido, relata que não a conhece.

Quanto ao diagnóstico, ficou abalada no início, mas também achou bom saber o porquê de não engravidar. Chora muito sozinha e acha que, por já fazer alguns anos de tentativas malsucedidas, hoje dói mais. Sabe que não terão condições financeiras para realizar um tratamento mais sofisticado e relata grande irritação quando a menstruação ocorre. Acha que a vida sexual do casal piorou com o tratamento, pois, agora, eles têm data e hora para ter relações, mesmo sem vontade. Menciona que faz o tratamento, pois quer ser mãe e não pensa em adotar, bem como o marido. Então, preferem ficar sem filhos que adotar crianças de outras pessoas. Repete que acha que o tratamento não vai dar certo.

Quando convidada a falar sobre sua visão de si como mulher, ri muito e, depois, fica em silêncio. Pede para pular essa parte. Descreve que se vê com muita tristeza, sente-se

sozinha e tem medo de ser sozinha no mundo. Acredita que uma mulher precisa ter filhos. Narra com semblante triste:

Preciso ocupar o meu tempo para não pensar. Sabe, se eu não tiver filhos serei vazia, com uma vida sem sentido. Eu seria a melhor mãe do mundo, quero cuidar, dar banho, dar mamá, enfeitar. Sonho em ter uma menina, mas o que vier tá bom, mas eu queria uma menina.

Faz uma observação no final da entrevista: “Nunca falei sobre isso com ninguém, não tenho ninguém para falar”. Tem uma crise de choro, fica em silêncio, se recompõe, levanta-se para ir embora e confirma o horário do próximo encontro.

4.1.3 Análise da entrevista

1. Relação com as figuras parentais

A relação de Gláucia com a mãe é percebida ora de forma amorosa ora de forma agressiva e com impaciência. Em sua visão, a mãe passou a ideia de que ter filhos é uma sobrecarga. Apesar disso, tenta preservar a mãe numa tentativa de reparação, como uma mãe boa, mas que tem poucos recursos para manter os filhos. Desse modo, sua relação com a figura materna pode ser vista como ambivalente.

O vínculo de Gláucia com a figura paterna é mais distante, sendo o pai visto como pouco amoroso e rejeitador. Essa relação é permeada pelo ciúme e pela rivalidade com a irmã mais nova. O avô aparece como uma espécie de eventual substituto do pai, sendo representado como uma figura amorosa, mas que foi perdida.

2. Relação com as figuras fraternas

A despeito da rivalidade entre os irmãos, a relação com eles também foi descrita por ela apresentando características de união. Assim, embora disputasse bastante com eles o amor dos pais, muitas vezes, eram eles que cumpriam as funções parentais. Com isso, os vínculos fraternos tinham características ambivalentes.

3. Infância

Durante as etapas do desenvolvimento, as falhas ambientais, particularmente as maternas, mostraram-se muito presentes. O *holding* foi sentido por Gláucia como insuficiente, deficiente, com a mãe sendo vista como alguém que cuidou e ofereceu muito pouco para ela. Essa situação e rejeição explícita do pai (da qual a mãe não a protege) podem ter gerado em Gláucia um intenso sentimento de menos-valia, dificultando, assim, a sua capacidade de se relacionar com as pessoas de um modo plenamente integrado.

Enfraquecida pela introjeção deficiente das figuras parentais amorosas, ela apresenta agudos sentimentos de privação e dificuldades para estabelecer vínculos. Sente que nunca foi vista como especial e importante, mas sim, como mais uma entre várias crianças (dispensável) precisando lutar ferozmente com os irmãos para poder ter um pouco dos pais para si. O baixo peso e a magreza descritos por Gláucia em sua infância refletem, em termos emocionais, um sentimento de ter recebido pouca afeição, remetendo novamente à introjeção precária do objeto bom. A insuficiência de relacionamentos amorosos leva Gláucia, então, a dispor de modelos bastante comprometidos ou prejudicados para a identificação, o que contribuiu para a formação de um núcleo egoico relativamente frágil.

4. Adolescência

Durante esse período, importantes modificações aconteceram na vida de Gláucia: ela saiu de casa com onze anos para estudar e foi praticamente “dada” para os tios, vivenciando mais uma sensação de abandono, restando-lhe apenas um vínculo razoável com a mãe. Aos doze anos ocorreu a perda da figura do avô, com quem tinha o vínculo amoroso mais forte da sua vida e isso a deixou ainda mais fragilizada.

No que diz respeito à menarca, sem ter com quem contar, Gláucia viveu tal experiência sozinha, sem ninguém que pudesse esclarecê-la e valorizar o seu significado.

5. Preparação e iniciação sexual

Do mesmo modo que a menarca, o amadurecimento sexual de Gláucia foi acontecendo de modo pouco integrado em sua personalidade, além de ser responsável por uma iniciação

vivida aos vinte e um anos de forma casual e sem vínculos afetivos, como se ela tivesse sido tomada por suas pulsões, as quais ela não se sentia em condições de dominar.

6. Relações Conjugais

Do mesmo modo impulsivo com que ocorre a iniciação sexual de Gláucia, também acontece a história de seu casamento. O vínculo com o marido é altamente ambivalente e, ao mesmo tempo, de profunda dependência. Com isso, a cada dia o relacionamento deteriora-se, mas não acaba. Gláucia assume um estilo “perverso” de funcionamento ao impor ao outro a sua presença: ele tem que assumir a responsabilidade por ela, cuidar dela, mesmo que não seja por amor.

O vínculo sexual é insatisfatório, sendo que as duas tentativas de tratamento que realizou (estimulação hormonal) foram interrompidas por ela, pois o casal não estava tendo relações sexuais por falta de desejo. Contudo, além de rejeições sexuais pelo marido, as interrupções do tratamento também aparecem como sabotagens defensivas, para proteger-se da frustração e do sofrimento, caso o tratamento não dê certo.

7. Infertilidade

Diante do diagnóstico da Infertilidade, a vivência de Gláucia foi de um profundo vazio e de falta de recursos. Sente-se triste e debilitada devido à dificuldade para ter filhos e tenta escapar da dor reprimindo o desejo (fica em dúvida se quer realmente engravidar). Mesmo assim, não consegue deixar de maravilhar-se e de sentir inveja das mulheres grávidas que vê, chegando a ser invasiva com elas. O sentido do filho parece ser o de que ele promoveria uma realização narcísica, buscando nele a sua completude: a experiência biológica da gravidez é essencial para a busca de si e a adoção não pode ser cogitada. Com isso, o filho biológico viria para tamponar uma falta e seria um escape da dor de sua solidão existencial.

4.1.4 Teste de Apercepção Temática

Estórias e análise dinâmica do TAT

Cartão II:

TL: 05 segundos

TT: 06 minutos

Estou vendo um macaco atrás da moça, não sei quem é ela. Estou vendo um moço. Tem uma senhora mais longe, pensativa e distraída. [Pausa sete segundos]. Não sei o que está acontecendo. Você pode me falar? Uma moça, não sei. Ela está indo para a igreja com uma bíblia na mão, é de dia. O rapaz está arando a terra. A mulher mais velha é a mãe dela que não fala nada, só observa o movimento. O pai está arando a terra, eles moram numa fazenda de café. A moça vai para a igreja porque gosta de ir e os pais ficam em casa. Não quero mais falar.

Análise dinâmica

A problemática edípica é o conteúdo latente evocado por esse cartão em Gláucia e que, inicialmente, a desestabiliza um pouco. Após a sua recuperação, ela consegue contar uma estória, em que o casal está junto e a filha vai para outro ambiente, distante deles. Assim, a filha é excluída do vínculo conjugal e recorre a outro pai (Deus). A figura materna é, predominantemente, passiva e a estória contada é pobre, quase descritiva, indicando dificuldades para fantasiar.

Cartão IV:

TL: 11 segundos

TT: 05 minutos

São pessoas muito diferentes. A moça está segurando o rapaz à força, tentando impedi-lo de sair de casa. Ela está segurando ele para ele não ir brigar com outra pessoa. Eles são casados e ele descobriu a traição dela com outro cara. Ele não faz nada com ela, mas quer ir atrás do cara tirar satisfação, quer saber se é verdade. Ela consegue segurá-lo e impedi-lo, consegue acalmá-lo e evitar a confusão.

Análise dinâmica

Novamente, o tema da triangulação edípica aparece, mas, agora, em termos de traição conjugal. A despeito disso, o casal fica junto e a relação se mantém sobre bases precárias, pois o conflito não se resolve. A fragilidade do vínculo conjugal é clara em virtude, principalmente, da impulsividade dos dois personagens. Existe omissão perceptiva da mulher

desenhada no cartão atrás do casal, que não é integrada na estória, mas, mesmo assim, a temática triangular persiste.

Cartão III MF:

TL: 10 segundos

TT: 08 minutos

Hum, isso me lembra interpretações de escola. Estou vendo uma mulher triste, apoiada em uma porta chorando, uma cruz atrás dela está aparecendo. Está chorando muito, está desesperada. [Silêncio de cinco segundos]. Aconteceu algo muito ruim, a família colocou ela para fora de casa porque ela se prostituiu sem querer, foi por necessidade financeira, não arrumava emprego. Ela sai de casa e vai morar na casa de alguma colega, mas precisa continuar a se prostituir porque precisa pagar as contas. Tenta procurar a família, mas a família não recebe e então ela nunca mais vê ninguém. Depois de uns cinco anos ela sai dessa vida e consegue ter sua família, tem um casal de filhos e é muito feliz com seus filhos e marido.

Análise dinâmica

No início da estória, Gláucia faz adição de um elemento, a cruz, que parece constituir-se no símbolo de seu próprio sofrimento. O tema da estória contada é o conflito entre a afiliação emocional da família de origem e o exercício da sexualidade, vivido no contexto de uma personalidade com poucos recursos secundários para a elaboração das pulsões. A personagem sente que a satisfação do desejo sexual gera como castigo a perda do apoio e do afeto daqueles a quem ama, mas não tem recursos para agir de modo diferente. Assim, ao invés de ajuda só encontra a rejeição. Perde todos em definitivo e tem que recomeçar, até construir uma nova família. Nesse momento, deve abrir mão do desejo sexual impulsivo para não ficar só. Assim, sexo, afeto e família são dissociados. Devido à precariedade de recursos secundários da personalidade, a estória apresenta final mágico, sem menção detalhada aos esforços do herói para a mudança de situação.

Cartão VII- MF:

TL: 10 segundos

TT: 06 minutos

Estou vendo uma empregada, ela cuida da menina que está com uma boneca na mão, está sentada no sofá da casa. A mulher está falando alguma coisa para ela, a menina. A menina está triste porque é sozinha, tem família, mas só a empregada cuida dela, tem dinheiro, mas não tem a atenção dos pais. Não convive com nenhuma outra criança da sua idade. Ela continua triste e vai ter depressão. A empregada gosta muito dela e cuida bem dela.

Análise dinâmica

A afiliação emocional e a proteção reclamada mostram-se como temas da estória de Gláucia em relação a esse cartão: a criança sem o cuidado dos pais biológicos obtém vínculo afetivo com alguém sem laços sanguíneos que cuida dela. Mesmo assim, permanece o vazio, os sentimentos de rejeição, solidão, menos-valia, tristeza (tonalidades depressivas). Mostra a contraposição entre riqueza material e pobreza afetiva, em que a primeira não garante a segunda.

Cartão IX- MF:

TL: 12 segundos

TT: 08 minutos

Estou vendo duas moças na beira do rio tem uma que está com pressa. Está difícil. [Silêncio de sete segundos]. Elas são amigas, ela está com pressa por causa do namorado e a amiga vai junto só para acompanhar. O namorado chega atrasado e ela já estava descabelada, achando que ele não viria. Eles namoram escondido porque os pais dela não querem. São um casal novo de uns vinte anos. O namoro vai ser complicado por causa da família, mas vai dar certo. A família dela não quer porque ele é pobre e ela é rica. Eles ficam juntos, se casam e conseguem ter um filho. Ela deixa tudo, até o dinheiro para ficar com ele por amor.

Análise dinâmica

O conflito expresso refere-se à escolha entre o vínculo familiar de origem e a busca de um parceiro para construir uma relação adulta. A família exerce uma função repressora da sexualidade. A escolha do afeto entre a família de origem e a possível família constituída envolve ainda o conflito entre o cuidado material e o amor. Ela opta pelo segundo, pois é o que mais necessita. Enfim, trata-se da busca do amor de um homem, conseguida a despeito das dificuldades. Dessa forma, Gláucia parece ir, aos poucos, tendo contato com suas próprias necessidades, vinculadas muito mais ao desejo de ser amada do que de posses materiais.

Cartão X:

TL: 10 segundos

TT: 09 minutos

[Com semblante cansado e desanimado diz]: Essa eu não sei. Estou cansada. Estou vendo um casal pensando, são casados e felizes. Eles têm mais de trinta e cinco anos. Mudei, são namorados, estão trocando carinhos. Namoram há muito tempo, cerca de cinco anos. Tão falando sobre casamento, estão preparando o casamento, falando sobre isso. Vão fazer festa e ela vai casar de noiva. O casamento vai dar certo porque eles se amam, são um casal harmônico. Eles se casam, viajam e vivem felizes para sempre, terão dois filhos.

Análise dinâmica

Nesse cartão, ocorre o movimento de mudança de posição da participante em relação a si e aos vínculos, fruto dos conteúdos expressos na estória anterior. Ela se entristece, pois parece ir, aos poucos, tomando contato com aquilo que necessita: o real e o profundo amor do outro. Isso, contudo, parece um tanto distante de sua vida atual, mas a busca permanece. Nesse contexto, o filho parece ter o sentido de solidificação do vínculo amoroso com um homem.

Cartão XIII- HF:

TL: 6 segundos

TT: 11 minutos

Nossa que triste! [Silêncio de sete segundos]. É um casal, ele é marido dela, ela estava muito doente e ele cuidava muito dela. Ela tinha câncer no útero, ela ficou muito tempo em tratamento, foi durante dois anos. Ela sofreu muito com a doença, doía muito. Ele sofria mais do que ela, porque sabia que ela ia morrer. Moravam só os dois na casa, não tiveram filhos por causa da doença dela. Eram um casal triste por não terem filhos. Agora ela morre, ele fica sozinho, sofre muito e entra em depressão. Aos poucos ele consegue sair da depressão e volta a trabalhar como vendedor. Ele não se casa novamente e continua morando na mesma casa sozinho. Depois de uns três anos, ele conhece alguém, uma pessoa boa e começa a namorar, mas nunca mais se casa. Ele se lembra sempre da esposa.

Análise dinâmica

Nesse momento, há uma perturbação afetiva da participante, também de tonalidade depressiva, sendo o casal ameaçado por uma doença corrosiva: o câncer é assimilado à Infertilidade da mulher. O tema do amor conjugal sólido se mantém, mas a doença compromete a possibilidade de maternidade e a integridade do casal quanto à solidez do vínculo que o filho traria. A morte da esposa, com a consequência de que o marido não se recupera totalmente, implica no desejo de que o amor seja tão forte, que permaneça eterno, mesmo diante da Infertilidade.

Cartão XVIII-MF:

TL: 10 segundos

TT: 08 minutos

[Risos enquanto olha o cartão e depois semblante de tristeza]: Não estou entendendo! (Pausa de sete segundos). Acho que ela enforcou a outra. Parecem duas mulheres, na hora que uma tava descendo a escada, a outra pegou e enforcou. Já estava de butuca. Elas já tinham brigado antes, estava com raiva. Brigaram por causa de homem, são irmãs e a mais velha dava em cima do marido da mais nova. Não saiu com ele, só paquerava, ela era

solteira. Só enforcou de leve, foi só um aviso. Elas ficaram sem se falar e a mais velha saiu da casa da irmã e foi morar sozinha. O marido da irmã não ficou sabendo da briga delas.

Análise dinâmica

A temática desse cartão revela aspectos edípicos vividos num contexto paranoide (a traição, o ficar de “butuca”). A rivalidade fraterna mostra-se com sentimentos de ódio intenso e homicida. Aqui, ao invés da doença, é a terceira pessoa que ameaça o vínculo amoroso do casal – visão que a protagonista busca defender. Contudo, como a agressividade causa angústia, ela é minimizada (a irmã enforca a outra só de leve).

Cartão VIII-MF:

TL: 15 segundos

TT: 05 minutos

[Olha para o cartão e ri durante quinze segundos]: Estou cansada, não consigo mais falar. Minha criatividade acabou. [Semblante esgotado]. Aqui tem uma mulher nova sozinha, está na casa dela pensando na vida, em algo bom. Ela é casada, tem três filhos, mas eles não estão em casa, estão na rua brincando. Ela tem marido que trabalha o dia todo e ela não. Ela é boa mãe e boa esposa, super paciente e atenciosa. A família vive muito bem, são pobres, mas trabalhadores. Os filhos são pequenos. Está pensando no Natal dos filhos, as crianças ficarão contentes porque vão ganhar presentes e terão um bom Natal.

Análise dinâmica

O esforço emocional da participante, após lidar com as angústias da separação do casal é intenso e ela se desorganiza com a solidão que o quadro lhe evoca. Com isso, inicia a estória com uma reação maníaca de risos, que logo cede espaço para uma tonalidade depressiva. A solidão da personagem é negada e a estória é povoada por vários outros personagens, evocando o seu desejo de ter uma família com filhos.

Cartão XVI:

TL: 20 segundos

TT: 12 minutos

[Antes de ver o cartão verbaliza em tom irônico]: O que vem agora? [Ri compulsivamente e fala] Jesus! [Em tom agressivo e impaciente diz]: Não vejo nada! Está difícil! [Chora compulsivamente e tampa o rosto com as duas mãos. Demonstra grande choque emocional]: Não vou falar o que eu imaginei! Eu vi uma coisa boa, que me dói, me deixa triste. [Começa a chorar muito]. Não consigo falar, é um sonho que eu penso todo dia. Acho que ele está muito longe porque não temos dinheiro, não depende de mim. Eu vi nós três, eu, meu marido e uma criança de uns três anos, era uma

menina. Éramos felizes nesta foto. Eu quero muito engravidar, me sentir mulher, quero ter dois filhos. Eu vi que morávamos na nossa casa e que éramos felizes.

Análise dinâmica

Diante desse cartão, Gláucia não consegue sustentar a defesa maníaca que usou inicialmente. Entra em contato, de modo doloroso, com o próprio desejo e com a sua dificuldade em lidar com a frustração diante da não realização dele. Nesse momento, com as defesas mais permeáveis, ela se dá conta de que tudo o que quer e precisa é de um vínculo sólido, que lhe assegure que é amada e, assim, possa amar também (o parceiro e o filho).

Observação: a participante chorou muito no final da aplicação do TAT, ficou com semblante cansado e muito triste. Pediu para ir ao banheiro, demorou cerca de dez minutos e saiu recomposta (arrumou o cabelo e refez a maquiagem).

4.1.5 Análise vertical do TAT

A participante apresentou, com frequência, notas críticas ao material, além da diminuição da cooperação a partir do cartão IX.

Os temas apareceram comumente centrados numa figura feminina, predominantemente triste, sozinha, pobre, cansada e doente – dados esses que sugerem um funcionamento depressivo de personalidade. No último cartão, ela chorou quando entrou em contato com o próprio desejo e com a sua dificuldade em lidar com a frustração diante da sua não realização.

Em geral, Gláucia apresentou percepção correta do conjunto dos cartões, mas, em dois deles, houve inclusão de elementos e omissão: mencionou ter visto no cartão IV um macaco atrás da moça; no cartão III, relatou ver uma cruz atrás da moça, além disso, omitiu a gravidez da mulher no cartão II. Esses indicadores sugerem que, em algumas situações, a participante pode não perceber corretamente a realidade ou moldá-la segundo seus medos e desejos, principalmente, no que se refere à temática da gravidez e à necessidade de ser amada pela família. As distorções apareceram somente nesses cartões e no contexto global as imagens foram preservadas, não sugerindo maior gravidade.

As instruções foram seguidas, com a participante criando histórias razoavelmente elaboradas, com trama e descrição de sentimentos e pensamentos dos personagens. Em três

estórias, apresentou ausência de passado e em duas não incluiu o futuro, sendo que essas narrações incluíram a necessidade de afiliação emocional. Assim, é possível hipotetizar a existência de dificuldade referente ao atendimento dessa demanda.

Os heróis apresentaram-se, predominantemente, como sendo do mesmo sexo da participante. Apenas em um cartão o herói foi do sexo masculino e manteve os atributos que geralmente apareceram nas protagonistas femininas. Estes, em sua maioria, foram negativos, enfatizando vivências emocionais disfóricas. Tais dados sugerem uma autoimagem com marcas de baixa autoestima, solidão e impotência, características da posição depressiva, mas com reduzida elaboração. As necessidades giraram em torno da afiliação (emocional, familiar e conjugal) da participante, demonstrando a sua carência do amor do outro.

As condutas predominantes foram de aprendizagem social, mas também houve condutas instintivas, indicando que a participante tende a manter o controle de si, sem perder a espontaneidade. As pausas apareceram com frequência como forma de organizar o pensamento diante das invasões de angústia, demonstrando um controle pulsional razoavelmente eficaz com manutenção da qualidade das narrativas.

O estilo das condutas, em geral, caracterizou-se pela iniciativa e controle. Todavia, quando evocadas situações familiares, de doença, pobreza e maternidade, houve o predomínio de um estilo fraco e passivo. A família aparece, comumente, como uma pressão desfavorável à necessidade de afiliação da participante.

O desfecho predominante foi o de sucesso total voluntário, em que o herói consegue realizar as suas necessidades. Contudo, em vários momentos não se encontra expresso o modo pelo qual o herói atingiu seus objetivos, revelando alguma deficiência nos recursos secundários do pensamento. O fracasso aparece diante da dificuldade de afiliação familiar e doença no útero, o que pode sugerir dificuldade para lidar com a problemática da Infertilidade e questões relacionadas à maternidade.

4.1.6 Síntese geral do TAT

Ao analisar os resultados do TAT, nota-se que Gláucia apresentou em suas narrativas temas centrados numa figura feminina predominantemente triste, sozinha, pobre, casada e doente – características típicas de um funcionamento depressivo, que sugerem que esta é a maneira como ela se sente e se vê.

As necessidades mais frequentes giraram em torno da afiliação emocional (principalmente de tipo familiar e conjugal) demonstrando, assim, grande carência e demanda pelo amor do outro. A análise do TAT revela que a família exerce uma pressão muito desfavorável a essa necessidade, respondendo a ela com rejeição. Vendo a si como empobrecida em termos de recursos afetivos e sem o apoio do outro, quando foram evocadas situações familiares, de doença, de pobreza e de desejo não realizado da maternidade, ela se sente impotente, como demonstra a conduta de estilo fraco e passivo.

O TAT revela que o controle pulsional da participante é razoavelmente eficaz, com indicadores que sugerem, em algumas situações, que ela pode não perceber corretamente a realidade ou moldá-la segundo seus medos e desejos, principalmente no que se refere a situações relacionadas às temáticas de gravidez e à necessidade de ser amada pela família.

Nesse contexto, diante da percepção de um meio rejeitador em relação a ela, Gláucia usa maniacamente a agressividade contra o outro para se proteger da dor do vazio e da perda. Com isso, ela triunfa sobre ele, que passa a ser desprezado e tripudiado como defesa contra a depressão.

4.1.7 Síntese final do caso

Ao longo do estudo de caso, Gláucia mostrou como ela reage frente às frustrações e dificuldades, revelando algumas de suas características psicodinâmicas.

Em sua infância, os conflitos edipianos mostraram-se presentes de modo particular. A relação com a figura materna foi permeada pela indiferença e ambivalência e o vínculo com a figura paterna pelo ciúme, rejeição e desamor. A natureza dessas relações potencializou em Gláucia sentimentos depressivos, depreciativos e gerou uma autoimagem caracterizada por sentimentos de fragilidade e menos-valia, decorrentes de uma introjeção precária do objeto bom. O sofrimento pelo descaso e abandono parece ter sido potencializado pelas histórias que a mãe de Gláucia lhe contava de que ela era um bebê chorão, que o pai a achava sem valor, que ela atrapalhava a família e que poderia ter sido doada. O controle de esfíncter tardio pode representar uma dificuldade de adaptação emocional perante as falhas ambientais. A rejeição e a menos-valia são acentuadas na adolescência, quando é “dada” a uma tia.

A precária introjeção do bom objeto redundou no desenvolvimento de um ego até certo ponto frágil, com algumas dificuldades de integração dos afetos e da sexualidade, que é eventualmente acompanhada de coloridos antissociais.

Os sentimentos de solidão, tristeza e vazio perduram até a vida adulta e geram uma grande necessidade de vincular-se a alguém e ser amada profunda e eternamente. Porém, seu intento é frustrado já que vive uma relação conjugal insatisfatória, a qual ela não sabe se deve manter ou sabotar, o que leva à ambivalência com relação ao desejo de ter um filho e fazer o tratamento.

No entanto, o desejo e a busca pelo amor de alguém, materializado em um filho, permanecem, e a Infertilidade é vivida por Gláucia como falta de recursos internos para alcançar aquilo que necessita tanto. Diante de um equilíbrio emocional precário, o stress mostra-se presente por meio de sintomas físicos e psíquicos, mas com o predomínio destes.

De acordo com Lipp (2000), o nível do stress de Gláucia pode ser classificado como o da fase de resistência, ou seja, aquela em que a pessoa tenta automaticamente manter a homeostase interna. Mas se os fatores estressores persistirem em frequência ou intensidade haverá uma quebra na resistência e ela passará para a próxima fase, que é a de quase-exaustão. Nesse contexto, a partir do momento em que o stress não provocaria ainda enfermidades psicossomáticas, ele não poderia, por si, ser considerado como determinante da Infertilidade.

4.2 Estudo de caso 2: Cristina

4.2.1 Caracterização do caso

Cristina é uma mulher de vinte e nove anos, estatura baixa, um pouco acima do peso e negra. Possui o ensino fundamental incompleto. Atualmente, trabalha no lar, faz faxinas esporadicamente e está procurando emprego como babá. É casada há quinze anos com um alveneiro. Casou-se com quatorze anos e nunca evitou a gravidez. Está em processo investigativo para realizar o tratamento de Reprodução Assistida há seis meses. Fez uma cirurgia de desobstrução de uma das trompas há três meses, está em ciclo natural e aguardando ser chamada para iniciar o tratamento no Hospital das Clínicas.

O casal é natural de uma cidade pequena do interior da Bahia e reside em Ribeirão Preto há sete anos. Eles moram em um bairro periférico da cidade, em residência própria financiada pela companhia de desenvolvimento habitacional e urbano. Cristina mostra-se muito satisfeita com sua condição social atual, quando comparada ao estado de pobreza e miséria em que nasceu e foi criada. Valoriza as conquistas materiais como a casa e a alimentação diária, pois relata ter passado muita fome, chegando a alimentar-se de frutas e folhas a cada três dias. Enquanto morava na Bahia, devido à escassez de alimentos, suas famílias de origem e a atual não tinham refeições diárias e alimentavam-se do que aparecia e quando aparecia. Repete várias vezes que, desde que ela e o marido chegaram a Ribeirão Preto, nunca passaram fome e que são ricos, pois conseguem fazer três refeições diariamente. Considera a cidade muito boa, porque além de terem emprego bem remunerado e com benefícios, como o registro em carteira de trabalho, possuem atendimento médico gratuito de muito boa qualidade como o tratamento que está realizando no Hospital das Clínicas.

No primeiro encontro mostrou-se tímida e envergonhada, falava sempre olhando para baixo e quando olhava diretamente nos olhos da pesquisadora, sempre colocava uma das mãos na face, como se estivesse encobrindo algo entre o nariz e a boca.

Em determinado momento da entrevista, Cristina fala sobre o incômodo e a vergonha causados pelo surgimento de pelos grossos no rosto, pois eles possuem um aspecto de barba masculina. Relata: “Estou parecendo um lobisomen, eu raspo e me dá alergia, agora está ficando pior porque a pele está ficando escura: foram os hormônios que tive que tomar”.

Em todos os encontros ela se apresentou bem asseada, com roupas simples, sem nenhum tipo de adorno e com aspecto bem humilde. Foi sempre colaboradora, participativa e pontual em todos os encontros. Para a realização de cada sessão de avaliação, a pesquisadora forneceu vale-transporte para a locomoção da participante até o seu consultório particular.

4.2.2 Entrevista

Cristina relata que se sente sozinha afirmando que: “Temos família grande e estamos casados há quinze anos. Todos estão cobrando filhos, a família, as cunhadas cobram e dizem que vou ficar velha e sozinha. Meu marido não cobra e não fala nada”.

Sobre sua infância, diz que não se lembra de nada antes dos dez anos de idade. A partir dessa época, recorda-se que não foi para a escola e que ajudava muito a mãe nos serviços

domésticos. É filha caçula e conta que eram muito pobres e que não tinham alimentos em casa, por isso saía com os irmãos para apanharem folhas de umbu e venderem aos restaurantes. A família era numerosa e a mãe um exemplo de fertilidade: teve dez filhos e todos estão vivos. Relata: “Família é muito bom, nunca tive problemas com meus irmãos e nem com minha mãe. Sinto saudades porque todos estão longe, na Bahia”.

Sobre seu relacionamento com os pais, fala da mãe com ar saudoso, de uma convivência que sempre foi boa. “Sempre foi bom, a mãe sempre cuidou de todos e nunca deu nenhum, como sou a caçula, ela sempre me poupou: não trabalhei tanto como os meus irmãos”. Mas sobre o pai ela fala com voz embargada e semblante triste: “Ele faleceu, eu tinha dois anos e não me lembro nadinha dele. Eu sei como ele era, porque meu irmão sempre me mostrava uma foto três por quatro dele”.

Devido a sua dificuldade para lembrar-se da infância, fala pouco sobre seu relacionamento com os irmãos. “Lembro só de uma irmã minha, que é um ano mais velha. Ela cuidava muito de mim, arrumava meu cabelo, ia para Salvador comprar roupas para mim. Era um pouco minha mãe”.

Não se lembra de nenhum tipo de perda, mas considera a morte do pai uma perda importante – mesmo não se lembrando dele e nem do motivo de sua morte.

Sobre as etapas de seu desenvolvimento, recorda-se de poucas coisas:

Eu lembro que eu comia sim, mesmo porque não tínhamos comida todos os dias e às vezes ficávamos até três dias sem comer, comia o que aparecia. Eu sempre gostei de dormir e durmo bem até hoje. Eu não me lembro de quando parei de fazer xixi na roupa e não sei nada de doença nem em mim e nem na minha família. Sobre a fala, eu só sei que a família toda sempre falava muito errado.

Algumas lembranças da adolescência despertaram-lhe sentimentos de angústia, como no relato:

Lembro de ficar fazendo os serviços da casa e lembro de ficar muito com minha mãe. Minha mãe era gari e eu e meus irmãos ficávamos em casa esperando ela chegar. Quando ela demorava, ficávamos desesperados e saíamos sozinhos procurando ela pelas ruas.

Sobre a menarca, que aconteceu aos doze anos, diz tê-la vivido de forma solitária, porém sabendo do que se tratava, porque via as irmãs menstruarem. No seu segundo mês de menstruação, a mãe percebeu o que ocorria e falou que precisava usar uma esponja para segurar o sangue.

Quando convidada a falar sobre problemas físicos e emocionais, refere-se, com tristeza, à sua baixa estatura e não relata nenhum tipo de problema emocional. “Eu sei que não cresci muito, em casa todo mundo é baixinho e grossinho, mas eu sou a menorzinha. Sabe, mesmo com tanta pobreza, a gente era feliz. Não tínhamos brinquedos, mas a gente dava um jeito, brincávamos na rua e com os vizinhos”.

As modificações corporais foram vividas de forma prazerosa, com ansiedade para ter seios e com felicidade quando ganhou o primeiro sutiã da irmã.

Sobre a sua preparação sexual pela família, afirma que não houve nenhum tipo de diálogo, apenas a sogra preocupava-se com a possibilidade de ela engravidar. Cristina tomou anticoncepcional por causa da orientação da sogra, mas abandonou o uso do medicamento devido ao desejo de engravidar.

A iniciação sexual aconteceu na adolescência, durante o namoro e aos quatorze anos com o atual esposo e único parceiro, o qual tinha dezesseis anos. Assim que tiveram a relação sexual, resolveram morar juntos. Cristina foi morar na casa da sogra.

Relata boa qualidade nos relacionamentos familiares e no vínculo conjugal:

Com a minha família nunca tive problemas. A minha sogra não quis a gente mais de oito dias na casa dela. Saímos da casa dela e fomos procurar uma casa abandonada para morarmos. A casa não tinha nada, nem água e nem luz, mas, mesmo assim, ficamos juntos e felizes. Quando meu marido arrumou o primeiro emprego, o patrão emprestou uma casinha com água e luz.

Sobre sua vida conjugal atual, fala com grande satisfação:

A gente vive muito bem, mesmo com tanta pobreza, sempre fomos felizes. Estamos juntos há quinze anos, o sexo sempre foi bom e ainda é igual. Hoje somos ricos perto do que tínhamos, temos nossa casinha própria, ele é pedreiro e faz tudo na casa, não falta mais comida, todas as contas estão em dia, não falta mais nada e somos felizes.

Sobre os seus relacionamentos com crianças e mulheres grávidas, diz não ter dificuldades, porém, sobre a maternidade, esta faz falta em sua vida, havendo cobrança em relação a filhos por parte de sua família e amigos. Fala com tristeza da Infertilidade e do tratamento. “Quando eles falaram do problema na trompa eu fiquei triste, mas queria fazer a cirurgia logo. Sempre tive vontade de engravidar e nunca pensei em não ter o meu próprio filho. Sei que meu útero é bom e que vou engravidar”.

Quando convidada a falar da visão de si como mulher, fica com semblante triste e diz que se acha feia por causa das manchas e pelos em seu rosto. Sobre a maternidade, relata que

gostaria de ter três filhos, que não tem preferência pelo sexo e acha que seria zelosa com a educação deles. No final da entrevista, a participante pergunta sobre o que é a sigla de seu diagnóstico: SOP.

4.2.3 Análise da entrevista

1. Relação com as figuras parentais

Apesar de todas as dificuldades referentes ao atendimento de suas necessidades, devido à sua precária condição social, a imagem materna é de natureza fundamentalmente positiva, com características de afetuosidade e de proteção. Contudo, permanece uma sensação de não ter tido a mãe para si o tanto quanto gostaria, já que parte de sua função foi desempenhada pela irmã, incluindo o esclarecimento sexual.

2. Relação com as figuras fraternas

Com relação às figuras fraternas, elas também são de natureza, predominantemente, positivas e vividas como substitutas da mãe, principalmente, nas ausências dela quando estava no trabalho e nas ocasiões em que ela demorava para chegar a casa. A irmã mais velha também exerceu o papel da mãe com relação aos cuidados físicos e materiais.

3. Infância

A infância de Cristina carrega a marca da privação e da falta de recursos para o atendimento de suas necessidades concretas, que parecem ser compensadas por um estreitamento dos vínculos amorosos com a mãe e com os irmãos. Assim, a união familiar fazia frente às adversidades e os irmãos atuavam como um suporte emocional para Cristina enfrentar as dificuldades de angústia e do medo de abandono vividas nas ausências e demoras da mãe.

4. Adolescência

Apesar de a menarca ter sido vivida de forma solitária por opção própria (ela mesma decidiu nada dizer para a mãe), Cristina sabia o que estava acontecendo consigo, devido aos modelos que teve de suas irmãs. A mãe participou no segundo mês orientando sobre a higiene e a procriação. Esse período foi desejado e esperado por Cristina, que aguardava com ansiedade as modificações corporais, e parece ter sido encurtado por um ingresso precoce na vida adulta com o casamento aos quatorze anos e assunção da vida autônoma pelo casal.

5. Preparação e iniciação sexual

A vida sexual de Cristina iniciou-se de forma passiva, sendo que decisões importantes foram tomadas por outros, como o casamento por iniciativa do namorado e o uso de anticoncepcional orientado pela sogra. Todavia, ela foi capaz, pouco tempo depois, de tomar as próprias decisões sobre a sua sexualidade, permanecendo no casamento por desejar fazê-lo e abandonando o anticoncepcional pelo desejo de engravidar.

6. Relação conjugal

O vínculo com o marido é descrito como positivo e permeado por afetos amorosos, com vivências de cumplicidade, realização e felicidade. O relacionamento sexual é considerado bastante satisfatório.

7. Infertilidade

Diante do diagnóstico e tratamento da Infertilidade, aparecem as dificuldades emocionais de Cristina como a baixa autoestima, expressa em seu relato de sentir-se feia devido às manchas e os pelos no rosto. A esse sentimento é acrescentada a dor de não poder procriar e sua impotência diante disso.

O diagnóstico de sua condição não é compreendido por ela, que se sente pouco à vontade e insegura para buscar um esclarecimento junto ao médico, o que aumenta uma

sensação de fatalidade diante da vida. Sua relação com o tratamento é de gratidão e idealização, sentindo que não pode exigir muito do médico e da equipe.

A maternidade é vivida como um desejo importantíssimo em sua vida, cuja satisfação lhe foi negada, embora permaneça a esperança de ser conquistada. Essa dinâmica emocional parece indicar que o sentido da maternidade para ela seria o de uma experiência reparadora, na qual a produção de um filho saudável combateria o sentimento agudo de inferioridade e impotência.

4.2.4 Teste de Apercepção Temática

Estórias e análise dinâmica do TAT

Cartão II

TL: 05 segundos

TT: 06 minutos

É uma estudante bonita, tem uns vinte anos, está indo para a escola e tem que passar pela roça de café. O moço que está trabalhando, vê ela passar todos os dias, ele está paquerando ela e ela sabe. Ela também está paquerando ele. A mãe dele sempre vê tudo, percebe a paquera, é boa e gosta desta paquera. Ele chega para conversar com ela, namoram e casam. A mãe dele gosta do casamento.

Análise dinâmica

A rivalidade edípica aparece na estória de modo encoberto e negado, visto que a união do casal é aceita pela pessoa que, a rigor, deveria ser o alvo da competição – a mãe do rapaz. Nesse contexto, a preocupação da paciente parece dirigir-se tanto à evitação do confronto quanto ao estabelecimento do vínculo heterossexual.

Cartão IV

TL: 03 segundos

TT: 06 minutos

São marido e mulher. Ela está dançando e ele está abraçando. Estão numa festa e muito felizes. Estão num casamento, com muitas pessoas na festa. Eles não têm filhos, não tem preocupação de irem embora, por isso vão aproveitar a festa. A festa termina, eles vão para casa alegres e namoram a noite toda.

Análise dinâmica

A temática do relacionamento conjugal é retomada, mas num contexto que ignora o caráter conflituoso expresso na figura. Assim, a dificuldade, a disputa, o desentendimento sugeridos no cartão são negados e substituídos por um vínculo ideal e dual, em que a presença do terceiro (filho), ao invés de solidificar o vínculo é vivida como uma desvantagem.

Cartão III

TL: 05 segundos

TT: 08 minutos

Nossa! É uma moça que está com um problema nos olhos, anda segurando na parede. Está sentindo muita dor, está no quarto dela, não tem ninguém na casa para ajudá-la. Tenta andar para chamar alguém fora da casa, vizinhos, mas não encontra ninguém e não tem forças para gritar e nem correr. Ela morre de dor e não tem ninguém para acudir. Ela morreu de derrame.

Análise dinâmica

Considerando a sequência das histórias anteriores, nesse momento, Cristina parece se dar conta do uso que faz da negação (moça com problema nos olhos) diante da percepção dos conflitos de rivalidade presentes no relacionamento. Ela percebe que a negação é apenas um sintoma de uma angústia mais central (derrame), que ela não consegue resolver sozinha e para qual precisa de ajuda. Surge também o temor de não ter com quem contar e, assim, perecer diante do sofrimento.

Cartão VII - MF

TL: 06 segundos

TT: 06 minutos

Duas pessoas sentadas num sofá muito antigo, uma segura um bebê e a outra lê um livro. Elas moram numa fazenda, são mãe e filha. O bebê é muito calmo e a avó está lendo um livro de histórias para ele. Minha mãe nunca me contou uma história, mas essa avó está contando uma história boa e o bebê dorme. A filha desta mulher também é muito calma. Colocam o bebê para dormir no berço e vão fazer comida para o marido que vai chegar para a janta. A menina não tem marido, é mãe solteira. Todos jantam e vão dormir.

Análise dinâmica

Novamente a rivalidade edípica com a mãe é negada, em favor de uma percepção de que ambas formam um casal que tem um bebê. A filha permanece numa posição ambivalente entre tornar-se adulta ou permanecer numa situação de dependência da mãe, de modo a usufruir, também, do cuidado recebido pelo bebê. Assim, o filho apresenta mais o sentido de

proporcionar uma recuperação da posição infantil da menina, do que de marcar o alcance da feminilidade adulta. A referência ao papel do homem é tangencial, sendo que é a mãe o objeto das principais demandas afetivas da menina.

Cartão IX- MF

TL: 03 segundos

TT: 08 minutos

Uma moça está correndo com um pano na mão para pendurar no varal da casa onde ela trabalha, no quintal tem um rio. Acho que não é varal é uma cerca. A amiga dela está ajudando ela a carregar roupas, as duas estão trabalhando na fazenda. Elas trabalham para o dono da fazenda e moram lá. Elas acabam o serviço e vão para casa, moram em casas separadas, são casadas e não são parentes. Chegam em casa e trabalham muito porque em casa tem muito serviço.

Análise dinâmica

A temática desse cartão aparece permeada pela negação da rivalidade feminina que é substituída pela solidariedade. A vida adulta é vista como composta, sobretudo, por responsabilidades e trabalho existindo, entretanto, o alívio de que não está sozinha, sendo que, até certo ponto, o outro é vivido como duplo de si.

Cartão X

TL: 04 segundos

TT: 05 minutos

É um casal de pessoas novas, são casados e estão dormindo em casa. Vivem bem, se dão bem e são muito ricos, trabalham juntos e cuidam dos negócios. Eles não têm filhos, mas logo vão ter, acabaram de casar e querem ter dois filhos. Eles dormem muito sempre e quando acordarem vão tomar banho e trabalhar.

Análise dinâmica

A temática expressa nesse cartão diz respeito ao próprio desejo de viver um relacionamento conjugal sólido. O casal mantém um vínculo de solidariedade e ajuda mútua dentro e fora do âmbito privado. Nesse contexto, há uma continuidade na temática do cartão anterior, mas, agora, o relacionamento é deslocado das duas amigas para o casal. O filho aparece como mais um projeto pessoal dos cônjuges. Há um indício de certo concretismo (o casal é visto dormindo, pelo fato dos olhos estarem fechados) e apego um tanto rígido à realidade.

Cartão XIII- HF

TL: 07 segundos

TT: 06 minutos

Um casal está no hospital, a mulher está muito doente, muito mal, em fase terminal, está chorando muito de dor e o marido está chorando muito porque ela vai morrer. Ela sente muitas dores no corpo todo, não se levanta mais. Ela é muito nova e tem câncer no seio e no útero, só que já tomou tudo, o intestino e agora está na cabeça. Ela está morrendo e não tem mais jeito. Ele está desesperado, chorando, não sabe o que fazer. Ela morre e ele chama o médico. Ele sabe que ela morreu.

Análise dinâmica

A estória remete ao rompimento do bom vínculo conjugal devido à morte da mulher e toda angústia relacionada ao luto. A causa da morte é atribuída à deterioração do órgão feminino responsável pela geração da vida, pela fecundidade. Há um receio de que a Infertilidade separe o casal e um sentimento de impotência frente a ela.

Cartão XVIII- MF

TL: 08 segundos

TT: 09 minutos

Aqui tem mãe e filha, uma segurando a outra. A mãe está doente e a filha está cuidando, elas estão na casa da mãe. Ela sente dores no pescoço, mas é só dor e não é doença. Está com dor porque teve mau jeito. A filha está desesperada por causa da dor da mãe. A filha chama a mãe para reagir, mas a mãe não reage. A filha liga para a ambulância vir buscar a mãe e leva para o hospital e internam a mãe. A mãe é fraca e não se alimenta, então fica lá só tomando soro durante dois dias e sai bem do hospital. A filha fica com ela todos os dias no hospital, são só as duas, o pai morreu.

Análise dinâmica

A presença da angústia com relação à perda de objeto reaparece nesse cartão de forma intensa, de modo a transformar uma pequena dificuldade em uma ameaça de morte. A mãe é representada como uma figura frágil e que precisa de cuidados, sendo que o vínculo com ela é visto como o mais importante de todos. Assim, há uma vigilância constante com relação à sua preservação, devido ao medo da solidão diante da sua perda.

Cartão VIII- MF

TL: 10 segundos

TT: 10 minutos

É uma moça de trinta anos, está sentada na janela da casa dela, olhando a paisagem. Tem hora que parece um moço, acho que é um moço e não é uma moça não. Ele está vendo a paisagem e pensando na vida dele que é meio sofrida. É sozinho, sem família, não se casou, não tem filhos porque nunca

viveu com uma mulher para ter filhos. Ele quer viver sozinho, sem ninguém, trabalha na roça, fica nesse cantinho todo dia e não tem nenhum vício. É um homem triste, fica sozinho até morrer, não pensa na morte todo dia, mas sabe que ela vai chegar. Ele morre sozinho.

Análise dinâmica

A estória apresenta uma continuidade com a do cartão anterior, mas, agora, a questão fundamental é a de saber como lidar com a solidão, a qual é vista como empobrecedora da vida da pessoa. Contudo, o temor maior é de estar sozinho na hora da morte.

Cartão XVI

TL: 10 segundos

TT: 05 minutos

Meu Deus! Está branco! Não vejo nada! [Silêncio]. Sinto um vazio, está sem nada. Não vem nada na minha cabeça. Estou com sono. Minha vida está boa, vai continuar boa, vai melhorar para ficar perfeita. Minha vida é boa, sem problemas, vivo bem com meu marido, tenho minha casa e se eu estivesse na Bahia, não teria nada do que tenho. Tenho comida, móveis, casa e vou ter filho para completar, mas se eu não tiver, vou continuar sendo feliz. Hoje eu fui no hospital das clínicas e está tudo bem com as trompas. Eu não tenho dinheiro para fazer o tratamento, vou fazer em casa e se Deus der, deu.

Análise dinâmica

Nesse momento, Cristina se depara com o sentimento de vazio, possivelmente relacionado às perdas e frustrações que fazem parte da vida. De modo a combater a angústia, ela faz uso da negação e retoma a própria história valorizando todas as conquistas que obteve, além de tentar transformar o ruim em bom e que, portanto, não há pelo o que sofrer. Nesse contexto, busca convencer a si de que já conseguiu muito da vida e, por isso, caso não realize outros desejos, deve se contentar com o que tem.

4.2.5 Análise vertical TAT

Os temas das estórias contadas por Cristina têm como fundo comum o estabelecimento e o rompimento do relacionamento, mostrando-se isso como a sua preocupação principal.

Ela apresentou, algumas vezes, sonolência e diminuição da cooperação nos cartões VII e XVI, sendo que, neste último, foi feita uma projeção direta, sugerindo manifestação da defesa contra a angústia e fuga da realidade.

Em alguns cartões, apresentou distorções na percepção das imagens. No cartão II, omitiu a gravidez da mulher. No cartão IV, houve distorção da tonalidade afetiva da imagem e adição de pessoas, mencionando ter visto um casal feliz em uma festa com muitas pessoas. No cartão X, ocorre a distorção da idade do casal e a idealização da relação.

As instruções foram seguidas, mas a participante demonstrou dificuldades em relação à análise e à síntese de algumas histórias e certa pobreza de detalhes, com dificuldade para desenvolver e criar. Em sete histórias ocorreu ausência de passado e em três, ausência de futuro, indicando um desejo de distanciar-se de momentos sofridos da própria vida passada e também certa insegurança quanto a manter ou não a esperança de obter no futuro a realização dos próprios desejos.

Os heróis geralmente foram do mesmo sexo da participante. Os atributos do casal comumente apareceram de modo bastante positivo. Os atributos dos heróis do sexo masculino e feminino foram predominantemente negativos como: doente, sozinho, fraco e triste. Esses dados sugerem uma autoimagem com marcas de baixa autoestima, solidão, culpa e impotência. As necessidades giraram em torno da afiliação emocional e proteção reclamada, demonstrando a sua necessidade de ser cuidada, de ser amada e receio do abandono e da solidão.

O predomínio das condutas foi de aprendizagem social, com um nível de performance em que as condutas preparatórias se sobressaem sobre as consumativas, indicando boa presença de recursos secundários na personalidade.

As pausas apareceram com frequência, porém não como indicador patológico, mas sim, como forma de organizar o pensamento diante das invasões de angústia, demonstrando, novamente, um processo secundário desenvolvido com manutenção de qualidade das narrativas. Mesmo assim, o estilo das condutas foi de fraqueza, oscilando, ainda, entre a iniciativa e a passividade. Vale dizer que o estilo passivo e fraco surgiu, sobretudo, quando as histórias diziam respeito às situações de doença e pobreza. Com relação ao contexto, a família aparece com frequência como uma pressão favorável à necessidade de afiliação da participante, mas ela também apresenta grande necessidade de ser cuidada pelo meio.

Os desfechos predominantes foram de sucesso total voluntário, em que o herói consegue alcançar as suas necessidades, com exceção das histórias em que a temática referiu-se à doença.

4.2.6 Síntese geral do TAT

Diante das análises dos resultados do TAT, nota-se que Cristina apresentou em suas narrativas temas centrados em relacionamentos conjugais, predominantemente, idealizados, em que o conflito e a rivalidade edípica feminina são sempre negados, revelando-se como característica de seu modo de funcionamento o uso da negação como uma defesa parcialmente eficaz.

As necessidades mais frequentes giraram em torno da afiliação emocional e proteção reclamada, demonstrando o seu medo da solidão e do abandono. Assim, suas necessidades referem-se, principalmente, ao estabelecimento de vínculos interpessoais sólidos para se sentir amada e protegida. A separação, o abandono (voluntário ou não) e a dificuldade em gerar um ser que lhe proporcionaria uma ligação emocional intensa e especial constituem-se em suas principais angústias.

Por meio desses dados, é possível afirmar, em resumo, que Cristina apresenta uma personalidade razoavelmente integrada, embora marcada por uma baixa autoestima e dependência do meio. Não obstante, sua personalidade apresenta recursos secundários razoavelmente desenvolvidos e defesas parcialmente eficazes no controle da ansiedade, como a negação – tendência a transformar a experiência ruim em boa.

4.2.7 Síntese final do caso

Durante a entrevista e o TAT, Cristina apresentou sinais de seu modo de reagir frente às frustrações e dificuldades, demonstrando, dessa forma, algumas de suas características psicodinâmicas. O principal elemento observado em sua personalidade foi o uso da negação como defesa no controle da ansiedade. Cristina apresentou uma tendência expressiva no uso dessa defesa, de modo a transformar com facilidade o ruim em bom, como forma de evitar o conflito e o sofrimento.

Em sua infância, os conflitos edípiacos foram negados, havendo ausência de lembranças. A figura materna introjetada é, predominantemente, boa, embora vista como frágil, vulnerável ao abandono e responsável pelas principais demandas afetivas de Cristina. A identificação com essa figura também é responsável pela geração de uma autoimagem

fragilizada e dependente da proteção do outro. Com relação à figura paterna, é sentida como uma dolorosa ausência, como a privação de uma pessoa importante para aplacar o temor da solidão e, assim, diminuir a dependência da mãe.

Quanto às figuras fraternas, elas são vistas também como, predominantemente, boas, parecendo ser a rivalidade abafada em função da necessidade de preservar o vínculo, pois são percebidas como substitutas da mãe.

A identificação completa com a mãe, embora desejada, é prejudicada pela Infertilidade. Cristina sente não poder oferecer ao outro o afeto que recebeu da mãe e não gerar um ser que a protegeria do desamor e da solidão. Sente, contudo, que estaria sendo ingrata, caso se lamentasse demais, considerando todas as conquistas que já obteve da vida.

Com relação ao vínculo conjugal, ele é visto por Cristina como bastante satisfatório e capaz de atender as suas demandas.

O nível de stress dela foi classificado como ausente, podendo ser interpretado como um controle pulsional parcialmente eficaz, em que a negação é a principal forma de proteção para evitar o conflito e o sofrimento. Dessa maneira, a ausência de stress não provocaria doenças psicossomáticas e não poderia ser analisado como um fator determinante da Infertilidade.

4.3 Estudo de caso 3: Valdete

4.3.1 Caracterização do caso

Valdete é uma mulher de trinta e cinco anos, estatura baixa, acima do peso e parda. É evangélica, possui o ensino fundamental incompleto, trabalha no lar e, eventualmente, cuida de dois sobrinhos. Vive em uma união estável há dezesseis anos com um pintor e está tentando engravidar por meio da Reprodução Assistida há cinco anos no Hospital das Clínicas. O casal reside em uma cidade pequena próxima a Ribeirão Preto e é natural de lá. Eles moram em uma casa construída pelo esposo e parentes no terreno da família dela, onde residem mais duas famílias em casas separadas.

Em termos físicos, Valdete parece ser uma pessoa mais velha, de aproximadamente quarenta anos. Ela sempre conversa com a mão na boca, como se estivesse escondendo algo.

Em todos os encontros ela compareceu com a aparência asseada, ora com cabelos soltos e molhados, ora presos em um coque. Apresentou-se sempre com semblante triste e cansado. Foi colaboradora e participativa nos encontros, mas na sessão em que foi realizado o TAT, mostrou-se mais agitada e surpresa, rindo quando determinados cartões foram apresentados.

Para a realização de cada encontro, a pesquisadora buscou a participante de carro na rodoviária, devido à sua dificuldade em locomover-se na cidade (disse não saber fazer isso, pois sempre vem ao Hospital das Clínicas de ambulância). As passagens de ônibus intermunicipais foram pagas à participante pela pós-graduanda.

4.3.2 Entrevista

Valdete teve uma infância muito pobre em duas fazendas na cidade onde mora. É a filha caçula de uma família numerosa de quatorze filhos. Lembra-se da mãe brava pela manhã, sempre verificando a sua calcinha para ver se ela havia urinado durante a noite, pois teve enurese noturna até os dezenove anos, quando se casou.

Relata que a mãe fazia de tudo para controlar a enurese: batia, levava para benzer, dava remédios, mas nada adiantava. Recorda-se que, após o casamento, urinou na cama apenas duas vezes.

Apesar de ter muitos irmãos, brincava pouco com eles, pois todos começaram a trabalhar muito cedo. Além disso, tinha muito medo do irmão mais velho – ele era muito bravo, mas não batia nela. Sentia-se privilegiada com os presentes dados pelos irmãos, pelo fato de sempre poder estar ao lado da mãe e de serem muito parecidas fisicamente. O pai era o principal provedor da casa e a mãe cuidava dos afazeres domésticos com a ajuda de Valdete.

Ela enfatiza que a sua relação com a mãe era ótima, com muita cumplicidade e proteção, pois ela sempre intercedia por Valdete perante os irmãos e o pai. A mãe faleceu quando ela tinha quatorze anos e relata que essa foi a sua pior perda. Chorou todos os dias durante cerca de um ano e sonhava com a mãe quase diariamente.

Sobre o relacionamento entre os pais, conta que eles se davam bem, mas que o pai era um homem bravo, rude e ignorante. Valdete fala com semblante triste sobre como era o seu convívio com o pai na infância: relacionava-se muito pouco com ele e de modo hostil e distante. Disse que, devido à ignorância dele, não podiam conversar nenhum assunto com

conotação sexual e nem mesmo ouvir música que falasse de beijo. Ela aproximou-se do pai com quatorze anos, após o falecimento de sua mãe. Relata que sentia culpa por ter sido muito distante dele na infância e, então, se sentia responsável por cuidar dele até a sua morte, o que aconteceu quatro anos após a morte da mãe.

Após o falecimento de seu pai, sentiu-se culpada por não ter ficado mais tempo com ele, mas não ficou tanto tempo deprimida como na época em que sua mãe faleceu. Atualmente, ela e os irmãos moram na mesma cidade, são muito unidos e quando um precisa do outro, emprestam casa, dinheiro e o que for necessário. Com relação aos dois sobrinhos de quem cuida eventualmente, diz: “Eles são a minha vida. Quando estão perto da mãe deles, me chamam de tia, mas quando estão longe dela, me chamam de mãe. Eu amo ouvir eles me chamarem de mãe”.

Na adolescência, com treze anos, relata que seu corpo inchou todo na rua e sarou sozinho. Quando fez quatorze anos, no dia do seu aniversário, acordou com o olho esquerdo tremendo e, depois do almoço, a boca e o rosto entortaram. Não sabe o que aconteceu e a mãe levou-a para benzer; a benzedeira disse que foi porque depois do almoço Valdete olhou no espelho. A paralisia facial durou seis meses, havendo, depois, uma melhora espontânea. Durante esse período, sentia muita vergonha, achava-se feia, chorava muito todos os dias e os irmãos riam dela, pois a comida caía de sua boca. Valdete vivia com a mão na boca para esconder o problema. Nessa época, parou de ir à escola (terminou a quarta série somente em 2010), parou de sair de casa, apenas ia à missa aos domingos, era quieta e brincava muito de boneca.

A menarca aconteceu aos treze anos e o segundo ciclo só aconteceu três meses depois. A mãe e a irmã explicaram o que era a menstruação, mas Valdete sentia vergonha dos irmãos do sexo masculino. Relata que começou a engordar nesse período; queria usar vestido, mas tinha vergonha do corpo. Era apelidada de “gordinha” e “gorda”, o que a fazia chorar. Com relação ao peso, apesar de se sentir incomodada, gostou das mudanças corporais, porque queria ter seios e não queria ser mais criança. Acredita que o seu maior sofrimento emocional foi decorrente da paralisia facial.

Diz que a sexualidade era assunto proibido na família e sua iniciação sexual aconteceu aos dezenove anos com o atual esposo e antes do casamento. Menciona que após o relacionamento sexual, ficou muito triste, com vergonha e chorou muito. Comentou o ocorrido apenas com uma amiga.

Hoje em dia, afirma ter grande incômodo em relação ao seu peso; sabe dos riscos da obesidade e tem consciência de que come muito nas principais refeições, principalmente, massa. Diz que quer muito emagrecer, mas não tem forças.

Quando convidada a falar sobre as perdas que considera importantes, relata com grande tristeza a perda dos pais e uma gravidez psicológica que aconteceu no início do casamento e durou cerca de quatro meses. Sentia enjoo, a menstruação foi interrompida e a barriga cresceu. Quando foi ao médico, este lhe disse que não se tratava realmente de uma gravidez. Nesse período, sentia fortes dores na coluna e teve que tomar uma injeção “muito forte”; acredita que abortou por causa disso, pois logo que tomou essa injeção a menstruação desceu. Sobre o uso de substâncias, afirma que nunca usou álcool nem drogas e, com dezoito anos, após o falecimento de seu pai, fumou um cigarro por dia durante um ano.

Sobre sua vida atual, conta ter problema de libido desde o início do casamento: ela não sente desejo e considera a libido do marido exacerbada. No início do casamento, após a sua gravidez psicológica, o casal passou por uma separação que durou cerca de seis meses. O motivo do rompimento foi uma relação extraconjugal do esposo. Posteriormente, ela reatou o relacionamento a pedido dele.

No início de 2010, Valdete começou a desconfiar que o marido tinha outro relacionamento extraconjugal, apesar de ele sempre ser bom e carinhoso com ela. O marido pediu para se separarem e foi embora, voltando para casa três meses depois. Ele justificava o relacionamento extraconjugal argumentando que Valdete não o satisfazia sexualmente, não realizava as suas fantasias sexuais, devido às proibições da religião dela. Valdete relata com repulsa: “Sinto nojo, sexo oral eu não faço de jeito nenhum e anal nunca farei. Não sei o que é, mas sinto nojo, repulsa”.

Sobre o tratamento da Infertilidade, diz que o buscou pela primeira vez com trinta anos, porque nunca evitou filhos e há onze anos tentava engravidar. A libido não se alterou em função do diagnóstico da Infertilidade, ao contrário do estado emocional do casal. Afirma que ficaram arrasados, deprimidos, falaram e falam muito pouco sobre isso. Depois do diagnóstico, Valdete mudou de religião: era católica e converteu-se para evangélica, sendo muito praticante.

Atualmente, está em ciclo natural, já fez várias inseminações sem sucesso e sente que desistiu um pouco e acha difícil engravidar sem fertilização *in vitro* (FIV). Não quer gastar mais dinheiro com o tratamento e vai fazer só mais uma tentativa. Menciona que tem muito desejo de ter um filho e sabe que o marido também tem; sente muita culpa por não poder dar um filho a ele. Já tentaram adotar uma criança de uma pessoa da rua onde moram, mas sem

sucesso. Valdete menciona com grande tristeza: “Deu tudo errado, arrumamos o enxoval, o quarto e no último dia ela não quis dar. Ficamos muito mal, arrasados. Nossa família nunca cobrou nada, mas a gente se cobra”. Demonstra tristeza e chora quando vê mulheres grávidas, pois acha lindo e gosta.

Relata que faz o tratamento, pois quer ser mãe e não pensa em adotar, devido à experiência frustrante que já tiveram. Repete que tem fé que o tratamento vai dar certo, mas se não der é porque Deus não quer. No início, a frustração foi muito grande, mas, atualmente, já estão mais acostumados.

Quando convidada a falar sobre sua visão de si como mulher, demonstra muita emoção. “Me sinto meio mulher, menos, me sinto diferente porque não posso ter filhos. Me sinto sem valor, não posso procriar. Sou frustrada”.

Valdete faz uma observação no final da entrevista: “Nunca falei sobre isso com ninguém, não tenho ninguém para falar”. Tem uma crise de choro, fica em silêncio, recompõe-se, levanta-se para ir embora e confirma o horário do próximo encontro.

4.3.3 Análise da entrevista

1. Relação com as figuras parentais

Valdete apresenta uma história de vida permeada por dificuldades físicas e psíquicas, que parecem ter comprometido a sua autoestima. A relação com a figura materna foi vivida de forma intensa, sentindo-se protegida por ela, bastante amada e preferida em relação aos irmãos. A perda da mãe foi descrita como o pior sofrimento de sua vida, gerando uma profunda sensação de desamparo, como um momento difícil de ser ultrapassado. Com relação à figura paterna, essa foi vista, inicialmente, como distante e repressora, modificando-se depois para uma figura passível de substituir a mãe. Posteriormente, a relação foi permeada pela culpa e sentimento de responsabilidade no que diz respeito ao pai, parecendo implicar numa maior integração dos afetos no vínculo.

2. Relação com as figuras fraternas

Tratando-se da filha caçula, Valdete viveu um relacionamento com os irmãos muito mais marcado pela proteção e cuidado, do que pela rivalidade. Essa situação permitiu a ela, quando criança, permanecer ao lado da mãe por um maior espaço de tempo que os irmãos. Hoje, o vínculo com eles é baseado na solidariedade, embora permaneçam sutis os traços de rivalidade em relação aos filhos da irmã.

3. Infância

A infância de Valdete foi marcada por um forte sentimento de união familiar, mas também por frequentes sensações de falta de controle sobre o próprio corpo, representados pela enurese. Esta se constituía como ponto de atrito em sua relação com a mãe, que se sentia impotente para ajudá-la e, por vezes, a castigava por não compreender que Valdete não tinha condições de resolver o problema voluntariamente. Apesar de relatar uma infância pobre, Valdete não descreve a existência de severas privações materiais.

4. Adolescência

A adolescência de Valdete foi descrita por ela como marcada pela falta de controle sobre o próprio corpo. Assim, além da enurese que prosseguiu desde a infância, houve relatos de inchaço no corpo, paralisia facial e ganho de peso. O episódio de inchaço foi incompreensível para ela em termos de sua origem e formas de tratamento, pois surgiu e desapareceu de forma espontânea, deixando em Valdete um sentimento de impotência diante dessa situação. Tanto o episódio de inchaço no corpo quanto a paralisia facial, conduziram a um importante rebaixamento de sua autoestima e isolamento social. É importante salientar que a baixa autoestima e o sentimento de falta de controle sobre o corpo parecem ter permanecido na vida adulta.

5. Preparação e iniciação sexual

A preparação sexual de Valdete foi vivida como algo proibido. Embora a experiência da menarca tenha sido descrita como esperada, foi também acompanhada por certa vergonha diante dos irmãos do sexo masculino, sugerindo a presença de repressões sexuais. Estas reaparecem em seu arrependimento após a primeira experiência sexual com o marido, que não foi desejada, embora ela não tenha conseguido negar o pedido dele. Assim, a iniciação sexual foi considerada como bastante insatisfatória.

6. Relações Conjugais

Valdete descreve um vínculo conjugal determinado pela insegurança e presença de turbulências. Existe um descompasso importante entre o seu desejo sexual e o do marido, que o leva a responsabilizá-la pelas próprias traições. No relacionamento com o esposo, Valdete assume, ainda, uma posição fundamentalmente passiva, sendo que é ele quem define quando o vínculo deve ser rompido ou reatado.

7. Infertilidade

A Infertilidade parece ter sido vivida por Valdete como mais uma experiência difícil de compreender, relacionada à falta de controle sobre o próprio corpo. Nesse contexto, ela surge como um golpe importante em sua autoestima já bastante abalada.

Diante do diagnóstico, seus sentimentos foram de tristeza, vazio e desvalorização. O filho parece ter para ela o sentido de ser capaz de produzir algo de bom e, assim, reconciliá-la consigo em relação ao seu corpo e à estima de si.

4.3.4 Teste de Apercepção Temática

Estórias e análise dinâmica do TAT

Cartão II:

TL: 10 segundos

TT: 06 minutos

Estou vendo uma mulher com cadernos na mão, ela parece uma professora. Agora, aqui estou vendo uma outra mulher encostada no poste. É uma parente que está triste porque a outra está indo embora. A moça dos cadernos está indo embora para outra casa, elas moravam juntas e agora também estou vendo um cara lá no fundo ensinando o cavalo para trabalhar na lavoura. Ele está alheio ao que está acontecendo. As moças se separam e fica cada uma na sua casa.

Análise dinâmica

Apesar de a temática latente do cartão remeter à experiência edípica, o relacionamento mais importante referido pela participante é entre as duas mulheres. Assim, a referência essencial é a dor da perda de um vínculo amoroso, sendo que a figura masculina não faz parte dele.

Cartão IV:

TL: 06 segundos

TT: 09 minutos

Esses dois são marido e mulher, eles brigaram e ele quer ir embora, ela não quer deixar. Ela pede por favor para ele ficar, ele está muito nervoso. Eles brigaram porque ela fez alguma coisa errada, ela quer explicar e ele não quer ouvir. Foi uma briga comum, ele está sendo muito duro com ela, ela tem uma história de amor muito sincera e ele vai embora. Na verdade ele estava procurando uma desculpa para deixar ela. Eles se separam de verdade, ele vai embora e depois de um tempo voltará para casa. Ai, eu não tinha visto! Parece que tem uma criança ali atrás. Tem uma moça de pernas cruzadas, com um rosto meio estranho e foi ela que provocou tudo isso. Ele está indo embora e se fazendo de vítima, mas essa mulher é amante dele. Agora, então, tem outro final, ele não quer ficar com ela e a outra é uma aventura. Ele se faz de vítima e vai embora, mas ela o ama mesmo assim. Ela aceita ele voltar porque ela o ama. Ele demora um pouco para voltar, mas volta.

Análise dinâmica

O relato da participante remete à uma experiência autobiográfica, em que o seu desejo é o de preservar o relacionamento a todo custo, mesmo diante de humilhações, rejeições e

falsas acusações. O marido a responsabiliza pelos próprios erros e ela, embora aceite a culpa no início, é capaz de perceber a manobra. Mesmo assim, ela se mantém numa posição passiva e resolve preservar o vínculo.

Cartão III MF:

TL: 14 segundos

TT: 10 minutos

Essa moça presenciou algo muito trágico ou efetuou algo muito trágico, está em desespero. Tem algo ruim dentro da casa dela, algo terrível aconteceu dentro da casa dela, com os filhos não foi, porque ela não sairia para fora, ficaria lá do lado deles. [Silêncio]. Não sei o que ela fez, dá a impressão que ela está pensando: Meu Deus o que eu fiz? Ela pode ter matado alguém que judiava e batia nela, alguém bem próximo, o marido ou o pai. Teve uma briga e ela jogou alguma coisa nele, acho que foi uma faca, mas foi para se defender e ela o matou. Saiu para fora e falou: Meu Deus o que eu fiz? Cometeu um crime passionai e a história termina com ela arrependida e desesperada, mas os sentimentos estão misturados porque ela também se sente aliviada.

Análise dinâmica

O tema da estória refere-se às dificuldades no relacionamento com a figura masculina, que é marcada, sobretudo, pela agressividade e abuso. A sensação é de ser obrigada a manter-se num vínculo em que ela se sente constrangida e ameaçada pela pessoa em quem deveria confiar, que age de modo despótico e ditatorial. Nesse contexto, sua atitude é de constante passividade e submissão. A única defesa possível consiste na eliminação do outro, para assegurar a própria sobrevivência. A legítima defesa, contudo, não a isenta de culpa, embora ocasione alívio.

Cartão VII- MF:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

Isso é um bichinho ou um bebê? Parece que essa mulher é mãe dessa menina. Ela está dando um sermão na filha que não está gostando e que não quer nem olhar para a mãe. Ela está com uma boneca na mão querendo brincar e a mãe não quer deixar. A mãe obriga a menina a ouvir o sermão e depois ela deixa a menina ir brincar, mas primeiro ela tem que ouvir tudo, por que é um sermão religioso e ela está ensinando o que é certo. A menina é criança e para brincar ela precisa ouvir o sermão até o final.

Análise dinâmica:

A estória em questão remete ao vínculo entre mãe e filha, havendo um conflito entre os desejos das duas. Nesse momento, enquanto a menina busca uma atividade prazerosa, a

mãe preocupa-se com o desenvolvimento de sua socialização e consciência ética. A situação é resolvida com a possibilidade de a menina adiar a gratificação, para um momento posterior ao atendimento das demandas superegoicas. Nesse contexto, a adverbção é anterior à realização do desejo.

Cartão IX- MF:

TL: 15 segundos

TT: 06 minutos

Nossa! O que é isso? Parece que tem uma mulher correndo e ela tem um aspecto mau. Ela fez algo errado e está correndo, tem outra do lado que parece irmã, está pedindo para ela parar e conversar, mas ela não quer nem saber. Ela dá muito trabalho para a família, é a filha mais nova. Acho que ela fez alguma maldade com alguma criança, não matou, mas fez maldade e está correndo para ninguém ver. Ela judiou porque é bem maldosinha e revoltada. Ela tem raiva da irmã porque é boazinha. A maldosinha não se sente amada como a irmã e faz maldade para se defender. A mãe acaba conversando com ela porque ela precisa ir para a psicóloga para tomar juízo. Ela é mimada pela mãe.

Análise dinâmica

A estória retoma de certa maneira o tema das narrações expressas nos cartões III e VII – a questão da culpa e da punição. A imagem de si apresenta características como maldade e agressividade gratuita, além da inveja, que é racionalizada por ela como uma resposta ao desamor por parte da mãe. Sua conduta é sentida como merecedora de punição.

Cartão X:

TL: 25 segundos

TT: 06 minutos

Me parece um casal apaixonado, ela está encostada no peito dele e ele está falando palavras de amor no ouvido dela. São casados há muito tempo, mas o princípio de tudo é o amor. Estou me lembrando de uma música francesa que é assim: nã, nã. [Começa a cantar a música] Ela canta a música para ele, eles jantam juntos porque estão comemorando o aniversário de casamento deles, era bodas de prata. Eles são muito felizes.

Análise dinâmica:

Nesse momento, existe a expressão de uma relação idealmente amorosa e duradoura. Considerando a sequência das estórias anteriores, é possível dizer que Valdete expressa, aqui, o sonho de viver um vínculo liberto de angústias, associadas à uma imagem de si como merecedora de ser punida, mas não de ser amada; uma relação que não seja assombrada pela necessidade de expiação da culpa.

Cartão XIII- HF:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

Nossa! Essas fotos estão fortes. Essa moça é esposa dele e está muito doente em casa. Ela tem uma doença grave e incurável, acho que é um câncer em fase terminal e por isso ela está em casa. Eles não têm filhos e ela quis vir morrer em casa, lá ela deu o último suspiro e morreu segurando a mão dele. Ele a ama muito e vivia para ela. O câncer era bem interno, escondido, no útero. Ela morre e ele fica arrasado, cuidou dela o tempo todo até a morte. Lembro do filme, 'um amor para recordar', é maravilhoso, toda vez que assisto choro. Essa cena da morte vai ficar na lembrança dele para sempre.

Análise dinâmica

Aqui, Valdete dá continuidade ao tema da estória anterior, em que o relacionamento amoroso do casal é rompido pela morte da mulher. Mesmo assim, o vínculo permanece na mente do homem, bem como o afeto dirigido à esposa. É relevante considerar que o que separa o casal é a incapacidade da maternidade pela mulher, a qual é vista como capaz de colocar em risco não apenas a realização de um desejo, mas a sua integridade como um todo. A Infertilidade é, então, vivida como doença.

Cartão XVIII-MF:

TL: 10 segundos

TT: 04 minutos

Nossa! Me parece que essa mulher estrangulou alguém, usou muito as mãos num acesso de fúria, de raiva. Ela estrangulou a sobrinha, mas não matou. Ela criou a sobrinha sempre judiando muito, oprimindo, não deixava ela sair, ter amigos, só vivia em casa fazendo tudo o que a tia mandava. A tia criou a sobrinha como escrava e não era nem como empregada. A menina cresce e abandona a tia, se liberta e encontra uma pessoa para casar e vive feliz. A tia era uma carrasca e a menina era órfã.

Análise dinâmica

Enquanto na estória anterior a impossibilidade da maternidade é vivida como uma experiência devastadora, nessa estória surge a ambivalência quanto ao desejo de ser mãe. Dessa maneira, a visão de si como má, agressiva e incontrolavelmente raivosa e furiosa, leva a considerar a possibilidade de colocar em risco a criança desejada. Em resumo, não há confiança de sua parte quanto aos seus recursos para produzir e sustentar um objeto bom, embora ainda exista certo nível de autocontrole, que lhe permite garantir a sobrevivência do outro.

Cartão VIII-MF:

TL: 07 segundos

TT: 06 minutos

Essa moça me lembra a gata borralheira, vivia com a tia e duas primas. Ela era linda e parece que ela está num porão, porque naquele dia ia ter festa na casa da tia. Ela não poderia ir porque a tia a trancou no porão. Ela ficava sonhando como seria a festa e sentia-se muito triste. Ela consegue sair do porão, coloca uma roupa bonita, conhece o príncipe, se apaixonam e se casam.

Análise dinâmica

A estória narrada nesse cartão, idealizada e estereotipada, parece constituir-se em resposta ao tema abordado anteriormente. Existe uma troca de posição, ou seja, ao invés da figura materna furiosa referida no cartão anterior, ela assume, agora, a posição da filha oprimida e injustiçada e que, sofrida, merece o amor do outro. Em suma, Valdete parece confusa em relação à sua posição diante de si e diante do mundo, sendo ora a injusta e ora a injustiçada, ora a carrasca, ora a sofredora. De toda maneira, a obtenção do afeto do outro é condicionada a uma experiência de sofrimento anterior.

Cartão XVI:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

É para falar o que eu vejo aqui? Vejo uma casa com quatro ou cinco cômodos, na frente tem uma varanda, no fundo tem uma horta, eu cuido da horta e gosto muito dela. Tem um homem que chega do trabalho alegre e ele é meu marido. As paredes da casa são pintadas na cor gelo, cada cômodo tem uma parede de uma cor colorida. Eu tenho uma cachorrinha, sou muito feliz, cozinho as coisas da horta, tem uma criança puxando a minha saia, não sei o sexo, mas sei que é meu filho ou filha. Moramos nessa casa, eu, meu marido e a criança que tem uns quatro ou cinco anos e somos muito felizes. No final de semana viajamos e fazemos a obra do senhor juntos e vivemos muito felizes.

Análise dinâmica

Apesar de todas as dificuldades expressas nos cartões anteriores, Valdete manifesta, aqui, a esperança de um futuro melhor em que o sonho de ter uma família possa ser realizado. Nesse momento, não há necessidade de expiação, nem busca de um futuro ideal, mas aspirações reais, embora bastante distantes de sua realidade atual.

4.3.5 Análise vertical do TAT

Os temas das histórias contadas por Valdete giraram em torno, fundamentalmente, dos conflitos nos relacionamentos familiares e conjugais, eventualmente alternados com fantasias de vínculo idealizado, alguns deles possíveis somente após experiência de sofrimento. Assim sendo, suas maiores preocupações referem-se ao estabelecimento e manutenção de relações, bem como a sua posição nelas.

Em geral, Valdete apresentou percepção correta do conjunto dos cartões: apenas na figura II omitiu a gravidez da mulher. As instruções foram seguidas, com a participante criando histórias razoavelmente elaboradas, com trama e descrição de sentimentos e pensamentos dos personagens.

Em três histórias apresentou ausência de passado e em três não se referiu ao futuro, o que sugere tentativas eventuais de se afastar da própria história e interrogação sobre as chances de realizar o seu desejo.

Os heróis apresentaram-se, predominantemente, como sendo do mesmo sexo da participante, com atributos como oprimida, rejeitada, agressiva, violenta, culpada e religiosa. Apesar de sua natureza contraditória, esses atributos revelam uma baixa autoestima, acompanhada por sentimentos de ser merecedora de castigo. As necessidades giraram em torno da afiliação emocional, conjugal e proteção reclamada, com a participante demonstrando a sua carência de amor e cuidados do outro.

As condutas predominantes foram de aprendizagem social, indicando, assim, capacidade de controle sobre si, mas com eventuais extravasamentos de afeto. Apesar das condutas de aprendizagem social predominarem, elas não foram acompanhadas na mesma proporção das condutas consumativas, revelando que, apesar de geralmente conseguir controlar seus afetos, nem sempre a participante é capaz de colocar seus recursos em marcha para satisfazer ativamente suas necessidades. Dessa maneira, em vários momentos permaneceu numa postura passiva, aguardando o desenrolar espontâneo de uma situação ou esperando que o outro agisse em seu lugar.

As pausas apareceram com frequência, como forma de organizar o pensamento diante das invasões de angústia, indicando, um controle pulsional parcialmente eficaz com certa manutenção de qualidade das narrativas. O desfecho predominante foi o de sucesso total voluntário, em que o herói consegue realizar as suas necessidades, mas, muitas vezes, de forma idealizada e fictícia.

4.3.6 Síntese geral do TAT

Os dados obtidos na análise dinâmica e vertical do TAT revelam que, em termos gerais, Valdete apresenta uma personalidade razoavelmente integrada, tendo adquirido uma capacidade para controle dos afetos relativamente eficaz. Contudo, o TAT revela também um nível bastante baixo em relação à autoestima da participante, que parece trazer prejuízos importantes ao seu bem-estar e para a qualidade de suas relações. Assim, ora vê a si como oprimida, humilhada e injustiçada, ora identifica-se com a figura do opressor, percebendo-se como perigosa e potencialmente destrutiva.

Valdete busca lidar com a culpa relacionada a essa visão de si de duas maneiras. A primeira delas implica no uso da racionalização, em que ela justifica a sua “maldade” pelo fato de ter sido ela própria (em fantasia ou na realidade) maltratada pelo outro. A segunda maneira implica numa busca incessante de expiação, que a leva a colocar-se em relacionamentos nos quais ela se oferece como vítima para o outro. Todavia, essa posição de vítima, que lhe ocasiona abusos morais de toda natureza, nada mais faz do que fornecer elementos para serem utilizados em suas racionalizações, formando um círculo vicioso.

Diante disso, os relacionamentos que ela estabelece são bastante insatisfatórios, permanecendo não atendidas suas necessidades de afiliação emocional e exacerbando a de proteção reclamada. Embora Valdete disponha em sua personalidade de recursos razoavelmente desenvolvidos, ela permanece numa postura de grande dependência do outro, que é visto como potencial salvador, mas ela só poderá ter direito à salvação após muito sofrimento (castigo). Não obstante suas idealizações, ela consegue no final do TAT assumir o seu desejo de ter uma vida comum, sendo capaz de enquadrar as suas aspirações numa perspectiva mais realista e tangível.

Informações adicionais

Dois dias após a aplicação do TAT, a participante ligou para o consultório da psicóloga solicitando um horário urgente, porque estava muito mal e não conseguia dormir. Então, o horário foi agendado para o dia seguinte e a participante compareceu com trinta minutos de antecedência.

Ela iniciou a sessão chorando e relatando com muita angústia que haviam voltado à sua mente episódios da infância, que ela já havia esquecido. Relatou que aos cinco ou seis anos de idade morava em uma fazenda, onde existia um rapaz com cerca de dezesseis anos

que possuía uma bicicleta e levava as crianças da fazenda para passear no cano dela. Durante os passeios, que se repetiram várias vezes, ele fazia “carinho” nas pernas e nas partes genitais de Valdete, embora não expusesse o seu órgão genital e ele nunca tinha tentado penetração. Ela repete várias vezes que nunca contou isso para ninguém.

Quando Valdete tinha cerca de sete anos, a família toda se mudou para outra fazenda. Seguiu o seu relato com muita angústia e expressões faciais de repulsa e nojo. Relatou, também, comportamentos aliciadores do pai de sua cunhada, um senhor que, na época, tinha cinquenta e três anos. Ele acariciava as pernas, a vagina e o seu clitóris no banheiro, que ficava fora da casa e era de uso comum de todos. Recorda-se que sentia muito medo dele, mas não se lembra do que ele lhe dizia. Lembra-se dele esfregando o pênis em seu clitóris sem realizar penetração.

Contou ainda que, quando a família toda se mudou para a cidade, todos vieram em um caminhão clandestino juntamente com a mudança. Valdete veio sentada no colo desse senhor, porque era a caçula de todas as crianças e sentia o pênis dele ereto. Hoje, ainda convive com ele, mas nunca conversou sobre tais fatos com ele e nem com ninguém.

Relatou que, após a aplicação do TAT, foi invadida por essas lembranças de modo repetitivo, que lhe causaram muita angústia, choro e insônia. Resolveu procurar a sua irmã mais velha para conversar, a qual também relatou ter sido vítima do mesmo tipo de abuso desse homem. Valdete associou nesse encontro a repulsa que sentia pelo “velho” com aquela que sente pelo pênis do marido, quando ele lhe pede para fazer sexo oral.

Valdete pediu atendimento psicológico sem custo, que foi oferecido pela psicóloga, mas ela nunca mais entrou em contato, nem mesmo para a devolutiva.

4.3.7 Síntese final do caso

Durante a entrevista, Valdete demonstrou sinais de como ela responde diante das frustrações e dificuldades, indicando algumas de suas características psicodinâmicas.

Ela apresenta uma personalidade com um grau razoável de integração e um bom controle pulsional. A qualidade de sua figura materna é, predominantemente, boa, com Valdete sentindo terem sido supridas suas necessidades de proteção e dependência por um período de tempo relativamente longo e que foi interrompido pela morte da mãe. Por sua vez, a figura paterna, inicialmente vista como distante e repressora, passou por alterações,

adquirindo qualidades mais positivas, mas sendo incapaz de se apresentar a ela como um substituto da mãe perdida.

A despeito da boa qualidade do relacionamento com os pais, sobretudo, com a mãe, o vínculo pareceu não inspirar em Valdete a confiança necessária para que ela pudesse falar sobre os abusos que sofreu, a fim de que eles pudessem protegê-la e defendê-la. Os abusos sexuais sofridos por ela parecem ter tido influência em suas dificuldades relacionadas à autoestima. Assim, embora Valdete seja capaz de expressar racionalmente que a responsabilidade pelo ocorrido tenha sido dos adultos e não dela, as qualidades que atribui a si, conforme projetadas nas histórias do TAT (rejeitada, agressiva, violenta, culpada), sugerem a existência de um intenso sentimento de culpa possivelmente decorrente das sensações prazerosas provocadas pela estimulação sexual. Em fantasia, ela parece sentir-se responsável como se participasse dessas situações de abuso por vontade própria, como se fosse ela a sedutora e não o contrário.

Tais experiências e suas consequências emocionais parecem ter gerado em Valdete suas dificuldades pessoais atuais (e seus desentendimentos com o marido), além de um sentimento de falta de controle sobre o próprio corpo, expresso em sua sensação de impotência perante as manifestações somáticas ou psicossomáticas que tiveram lugar tanto na sua infância como na adolescência, mas também na vida adulta, talvez com o seu quinhão no próprio desenvolvimento da SOP e da Infertilidade. Essa hipótese deve ser considerada com muito cuidado, uma vez que a dificuldade para engravidar pode ser mais facilmente explicada pela qualidade precária da vida sexual do casal.

O sentimento de culpa presente em Valdete parece responsável pela intensa necessidade de expiação que ela apresenta em situações nas quais se torna vítima de abusos morais (das quais não consegue libertar-se). Todavia, existe uma alternância de posições em que, ao menos em fantasia, é ela que se torna abusadora e vitimizadora, justificando esses modos de proceder como uma compensação em razão de uma história de vida que lhe daria o direito de oprimir. De toda maneira, ela espera ter em seus relacionamentos o atendimento das necessidades de ser amada e protegida, mas a relação é vivida de um modo idealizado, como num conto de fadas; sente, ainda, que a ficção poderá tornar-se realidade desde que haja, anteriormente, um período de expiação do passado, para que, assim, ela se torne merecedora do que precisa.

Os resultados obtidos no ISSL permitem situar o stress que ela apresenta na fase de resistência e com o predomínio de sintomas psicológicos. De acordo com Lipp (2000), esse nível de stress corresponde à fase em que a pessoa tenta automaticamente manter a

homeostase interna, entretanto, se os fatores estressores persistirem em frequência ou intensidade, haverá uma quebra na resistência da pessoa e ela passará para a próxima fase, que é a de quase-exaustão.

4.4 Estudo de caso 4: Telma

4.4.1 Caracterização do caso

Telma é uma mulher de 35 anos, estatura baixa, magra e branca. É católica não praticante, possui o ensino fundamental incompleto, trabalha durante a noite como ajudante de serviços gerais na cozinha de uma casa noturna em Ribeirão Preto. Vive em união estável há sete anos com seu esposo, que trabalha como porteiro em um prédio residencial durante o dia. O casal está tentando a gravidez por meio da Reprodução Assistida, há três anos. Telma é natural de uma cidade do interior de Goiás e seu esposo é natural de Ribeirão Preto, onde residem. Ambos já foram casados com outros parceiros e não tiveram filhos. Eles moram em um apartamento alugado pelo casal, convivem pouco devido à incompatibilidade de horários e possuem um bom relacionamento conjugal.

Em termos físicos Telma aparenta ser uma mulher pouco feminina: vestia-se de forma simples, sempre de calça jeans e camiseta, sem adereços, sem maquiagem, cabelos compridos e molhados, olhos tristes, com aspecto cansado e marcado por olheiras. Ela aparenta ter mais idade do que possuía (mais de quarenta anos). Em todos os encontros, se apresentou bem aseada, adiantada no horário agendado, colaboradora e participativa. Sempre depois dos atendimentos, ia para o trabalho. Visando à realização de cada atendimento, a pesquisadora pagou o vale-transporte para a participante.

4.4.2 Entrevista

Conforme o seu relato, Telma teve uma infância pobre no interior de Goiás, mas nunca lhe faltou o que comer. Lembra-se de que apanhava muito da mãe pela manhã porque urinava

na cama e à tarde, pois não queria ir para a escola. Urinou na cama até os doze anos. Pensava que a mãe não gostava dela porque apanhava muito. Relata que era “muito danada” e que gostava de brincar na rua e esse era um dos principais motivos de brigas com a mãe.

É a quarta de uma família de nove filhos e, apesar de apanhar muito, acha que foram bem criados, pois todos se casaram e, segundo o seu relato, ninguém virou bandido, apenas um irmão é alcoólatra desde os dezessete anos.

Recorda-se que seu relacionamento com a mãe era difícil, pois esta protegia a sua irmã mais velha que tinha meningite. Telma tinha que ajudar a cuidar dessa irmã e também do irmão mais novo. Relata que o vínculo com a mãe melhorou quando saiu de casa para casar-se aos dezenove anos.

Sobre o seu relacionamento com o pai, conta que era muito bom: ele era paciente, contava histórias, sempre a protegia quando a mãe lhe batia. Ele faleceu quando Telma tinha dezoito anos. Sobre o relacionamento entre os pais, relata que eles se davam bem. Ela conta que o seu relacionamento com os irmãos era bom, se dava bem com todos. Recorda-se que não tinha bom relacionamento com a quinta irmã. Atualmente, o contato com os irmãos é apenas por telefone.

Quando convidada para falar sobre as perdas que considerou importantes em sua vida, descreve com naturalidade que perdeu três tios e um primo durante a infância e adolescência. Dois tios morreram de doença de Chagas, o outro e o primo de infarto, assim como o seu pai. Relembra que a morte era um assunto que assustava as crianças e que ninguém explicava nada. Menciona que nunca sofreu muito com a morte.

Sobre o seu desenvolvimento, conta que nunca comeu legumes e verduras, mas comia muito arroz. O sono sempre foi muito leve e é assim até hoje. Relembra que tinha medo de dormir e de urinar na cama. Tinha um sonho que sempre se repetia: sonhava que ia cair num buraco fundo e acordava molhada. O desenvolvimento da fala foi normal e todos diziam que ela falava muito.

A adolescência foi recordada como um período de grande agitação, pois gostava muito de brincar com meninos, primos, irmãos e vizinhos. Gostava das brincadeiras de menino, jogava bets, futebol, subia em árvores, atirava com estilingue, corria na rua e brincava muito pouco de boneca.

A menarca aconteceu aos treze anos; no dia de um batizado acordou menstruada. Contou para a irmã mais velha que explicou o que era e depois contou para uma colega. Apesar de ver a irmã mais velha e a prima menstruadas e saber o que isso era, ficou assustada quando a sua menstruação veio. A irmã só explicou como ela tinha que se limpar, mas nunca

ninguém explicou nada sobre gravidez; Telma aprendeu sobre isso na rua. Relata que, nesse período, ficou mais vaidosa e que gostou das mudanças corporais, pois era muito magrinha e queria ter seios. Achava muito bonito ter corpo de mulher, só não gostava de usar sutiã e demorou muito tempo para usar. A magreza a incomodava muito, principalmente, por causa dos apelidos que os irmãos colocavam nela como: saracura, magricela e “catirina”.

Diz que a preparação sexual na família não existiu, ninguém nunca falou sobre nada. A mãe só dizia que precisava casar virgem e Telma casou-se virgem aos vinte e um anos, porque tinha muito medo da mãe e de engravidar. Após o casamento, nunca evitou a gravidez e pensava em engravidar logo pela vontade de ter muitos filhos.

Quando convidada para falar sobre a qualidade dos relacionamentos familiares, recorda-se que com sua família era bom e com o seu ex-marido, com quem ficou casada por nove meses, era péssimo. Afirma que se casou devido ao medo que sentia da mãe e também por sofrer ameaças do noivo, o qual dizia que se ela não se casasse, iria matá-la. O relacionamento conjugal era péssimo – ele saía com os amigos, bebia, chegava tarde, trancava-a em casa, não permitia que ela trabalhasse e nem saísse de casa. Ele não aceitava separar-se e, após uma briga, Telma conseguiu fugir de casa e veio para Ribeirão Preto, onde ficou na casa de uma colega. Ainda é casada oficialmente com ele. Após a fuga de Telma, ele foi embora da cidade e nunca mais ninguém teve notícias dele.

Atualmente, sente-se muito satisfeita com o seu relacionamento conjugal: acha o marido “um amor” e o casamento uma bênção, pois combinam em tudo, não brigam. No início, as brigas aconteciam somente por ciúmes e, hoje, sente-se amada e respeitada por ele. Sabe que a única insatisfação dele no casamento é em relação à falta de rotina para se alimentarem e dormirem.

Sobre o tratamento da Infertilidade, conta que o procuraram, pois já imaginavam que poderia existir algum problema, devido ao tempo longo que Telma não evitava a gravidez. Durante os exames, foi detectado um mioma que os deixou assustados e com medo de se tratar de câncer.

No que diz respeito à qualidade de seus relacionamentos com mulheres grávidas e crianças, Telma menciona que não tem dificuldade e que gosta muito de crianças. Ela já trabalhou durante muito tempo como babá e não se sente incomodada quando tem contato com mulheres grávidas.

Sobre a maternidade, conta que quer muito ter uma família, porque um casal precisa ter filhos para que a relação não se torne uma rotina. Com um semblante triste, fala sobre o

seu medo de ficar sozinha e sem filhos. Sabe que o marido tem desejo por um filho e fala muito que quer ter filhos, não importando o sexo.

Durante o primeiro tratamento, o marido comprou roupas de bebê. As famílias de ambos os lados perguntam sobre a falta de filhos, a dele com uma frequência maior. Telma conta que uma irmã de seu marido tem duas filhas, mas não cuida delas e deixa-as na casa dos avôs; o marido reclama que seus pais não vão à sua casa para cuidarem das netas. Ele também gosta de cuidar das sobrinhas e Telma não gosta de cuidar delas.

Sobre a Infertilidade, relata que tem muito medo de nunca poder ter filhos e de perder o útero, mas no momento “entregou o problema para Deus”. Durante o período menstrual, sente muita irritação e preguiça. Hoje, está usando medicação para estimular a ovulação, já fez duas inseminações sem sucesso, vai fazer fertilização *in vitro* (FIV), além de ter retirado o mioma há dez meses. Ela deseja uma gravidez gemelar ou trigemelar para resolver logo o problema de falta de filhos e, também, para não precisar mais fazer tratamento, já que as condições financeiras do casal estão esgotadas e o fator da idade a incomoda muito.

Telma salienta que se sente esgotada emocionalmente, argumentando que no primeiro tratamento tinha muita esperança, fez promessa e, mesmo assim, não conseguiu engravidar. Agora, tem medo de acreditar, criar expectativas e frustrar-se novamente. Ela acha que esta será a última tentativa e, caso não obtenha sucesso, o casal pensará em adoção. Menciona que o processo é aceito com mais facilidade pelo marido do que por ela, pois gostaria de ter o próprio filho.

Quando convidada a falar sobre a visão de si como mulher, demonstra muita tristeza e emoção:

Não sou completa, falta o filho. Só estou esperando essa fase de ser mãe, acho que serei uma boa mãe. Nunca irei bater em filho, vou conversar. Além de eu apanhar muito, eu escutava umas palavras que ficaram dentro de mim. Quando a gente apanha a dor passa, mas as palavras ficam. Minha mãe me chamava todos os dias de porca porque eu fazia xixi na cama e de menina homem, porque eu só brincava com meninos. Até hoje, quando alguma coisa dá errado eu ouço essas palavras na minha cabeça.

Ao final da entrevista ela pergunta: “Não sei o que é SOP, isso é alguma doença? Trouxe o espermograma do meu marido para você ver que está normal”.

4.4.3 Análise da entrevista

1. Relação com as figuras parentais

A relação de Telma com a mãe é percebida, predominantemente, de forma negativa e a mãe é vista com características agressivas e castradoras. A mãe interna não possui elementos suficientemente bons para promover uma identificação harmoniosa e possibilitar o seu acesso à feminilidade. As dificuldades de Telma permitem levantar a hipótese, de que a relação com a mãe mostrou-se insuficiente para oferecer um continente acolhedor para a sua criatividade, para permitir o atendimento das angústias e conceder-lhes uma forma, o que permitiria lidar melhor com elas. Ao contrário, a mãe sempre ofereceu um olhar muito negativo e denegrido de sua própria personalidade. Desse modo, a personalidade de Telma foi sendo constituída em torno dos aspectos negativos atribuídos pela mãe. A falta de acolhimento materno pode ter contribuído para uma dificuldade no desenvolvimento da sua criatividade como forma de expressão de seu potencial humano de realização, pois as experiências vivenciadas pelo *self* não foram suficientemente boas para organizarem em sua história um viver criativo. Assim, a dificuldade da mãe em fornecer um apoio à filha cooperou para que o seu núcleo egoico se desenvolvesse de modo um tanto frágil, porém não patológico.

Os sentimentos de desvalorização e de rejeição provenientes da mãe podem ter contribuído para a formação de sua baixa autoestima e sentimentos de que o mundo lhe responde com rejeição. A relação com a figura paterna é vivida de forma positiva, possibilitando o desenvolvimento do apego e o estabelecimento de um vínculo sólido, com características de proteção e acolhimento. Com isso, o complexo de Édipo foi vivido em uma vertente, predominantemente, positiva, ou seja, apego amoroso pelo pai e rivalidade com a mãe. Mesmo a mãe sendo uma figura amedrontadora, ameaçadora e difícil de rivalizar, a posição acolhedora e protetora do pai contribuiu para atenuar os sentimentos de rejeição da parte dela.

2. Relação com as figuras fraternas

A relação com os irmãos foi descrita de forma, predominantemente, boa, mas permeada pelo sentimento de injustiça por ela ter que desempenhar o papel da mãe ao cuidar

deles. Telma era obrigada a deixar de brincar com os irmãos, primos e vizinhos durante a sua infância, para exercer o fardo da responsabilidade de cuidadora dos irmãos. Essa vivência é descrita como uma experiência de “roubo” de sua liberdade e de uma infância que foi lesada.

3. Infância

Esse período na vida de Telma foi vivenciado como muito difícil, em virtude, com base em seu discurso, da falta de *holding*, de acolhimento materno, de compreensão por suas preferências de brincadeiras com meninos. Além disso, a vivência de uma infância roubada pela responsabilidade imposta pela mãe pode ter contribuído para potencializar os sentimentos de desvalorização, de rejeição e dificuldades em relação ao desenvolvimento da criatividade como forma de expressão do seu potencial humano de realização. Apesar de tudo, durante essa etapa de desenvolvimento, Telma demonstrou dispor de recursos internos positivos, expressos em sua alegria de viver e em suas brincadeiras.

4. Adolescência

Durante esse período, importantes modificações aconteceram na vida de Telma. Ela descreve tal etapa como sendo de grande agitação, pois gostava de brincar com meninos e de ficar na rua.

As mudanças corporais foram vividas de forma ambivalente: percebeu-se mais vaidosa, a magreza a incomodava e o desenvolvimento do corpo e dos seios foi bem aceito, apesar de negar-se a usar sutiã. A menarca foi vivenciada por Telma de modo solitário – mesmo sabendo do que se tratava, a irmã explicou-lhe apenas como a higiene deveria acontecer.

Nesse período de mudanças físicas e psíquicas, a mãe e o ambiente parecem ter oferecido pouco espaço para o acolhimento das suas dúvidas, angústias e fantasias. Existia certo receio em poder exercer a própria sexualidade que era apresentada pela mãe como sendo algo perigoso e, ainda, havia o medo de ser castigada devido à sua expressão.

Diante desse contexto, pode-se perceber a presença de um conflito de natureza neurótica entre a pulsão *versus* a proibição. A aquisição tardia do controle de esfíncter pode

ser compreendida como sinal de uma dificuldade de adaptação emocional, diante de dificuldades ambientais e de relacionamento com a figura materna, expressos no corpo.

5. Iniciação sexual e preparação pela família

O amadurecimento sexual de Telma foi acontecendo de modo não integrado em sua personalidade, pois também nessa fase de desenvolvimento houve falhas maternas e ambientais. A sexualidade era assunto proibido no ambiente familiar e lhe foi apresentada pela mãe como sendo algo que deveria ser reprimido e que seria punido caso fosse expresso. Desse modo, pode-se pensar que a mãe não contribuiu para a integração das pulsões sexuais, nem para o desenvolvimento de sua feminilidade. Nesse sentido, Telma afirma que, quando saiu de casa para se casar, esse movimento foi impulsionado pelo desejo de libertar-se da mãe e do ambiente repressor, mas a sua escolha do parceiro sexual possuiu características muito parecidas com as de sua mãe.

6. Relações conjugais

As relações conjugais de Telma aparecem divididas em dois momentos, sendo que no primeiro relacionamento o vínculo estabelecido com o marido foi baseado no medo e na coação. Ele possuía as mesmas características do relacionamento que ela tinha com a própria mãe, no qual Telma permanecia numa posição passiva e de exposição. A busca do relacionamento pareceu ter sido motivada por uma tentativa de escape das ameaças e do controle repressor da mãe. Porém, o marido repete o mesmo tipo de vínculo, ou seja, ele também a ameaça e provoca medo. Vivendo mais uma vez uma situação considerada insuportável, Telma consegue usar seus recursos internos e fugir de casa. Atualmente, ela vive o seu segundo casamento e considera a relação conjugal satisfatória, entretanto, existe uma incompatibilidade de horários de trabalho entre o casal, que promove um desencontro e que pode trazer dificuldades tanto no convívio propriamente dito quanto no encontro sexual necessário para a procriação.

7. Infertilidade

Telma vivenciou o período do diagnóstico da Infertilidade com medo, pois ele trouxe à tona as suas dificuldades relacionadas à autoestima. O diagnóstico parece ter reacendido nela as dúvidas sobre a sua capacidade criativa, de poder gerar algo positivo no mundo, reativando a experiência do desencontro entre a sua criatividade e o seu acolhimento pela mãe. Assim, o diagnóstico da Infertilidade autentica, a seu ver, o olhar espelhado que a mãe lhe ofereceu (menina-homem e porca). Nesse sentido, ele fortalece as dúvidas sobre o seu valor no mundo como ser humano e como mulher.

Diante desse contexto, o filho representaria uma possibilidade de reparação da autoestima e da sua identidade sexual. E, ainda, ele seria apresentado ao marido como uma forma de gratidão por seu acolhimento, afeto e reconhecimento nunca recebidos da figura materna e nem do meio ambiente. Portanto, a Infertilidade assume o sentido de sua incapacidade em criar e gerar algo bom dentro de si como forma de realização humana – um impedimento ao seu acesso à capacidade feminina, à capacidade de gerar uma vida e de se expressar como mulher. Dessa maneira, ela sofre uma dupla frustração pessoal no sentido de não ser mulher o suficiente para gerar um filho e de não poder presentear o marido com ele.

4.4.4 Teste de Apercepção Temática

Estórias e análise dinâmica do TAT

Cartão II:

TL: 10 segundos

TT: 06 minutos

É a estória de uma estudante adolescente, que está indo estudar. Ali tem um rapaz trabalhando na roça, ele é seu paquera. A mãe dela está na porta da casa esperando ela. A mãe está preocupada porque a filha ainda não chegou e está atrasada. A mãe está muito preocupada e vai dar uma bronca porque ela não chegou no horário. A bronca vai ser séria e ela pode até bater de vara.

Análise dinâmica

O conteúdo latente desse cartão evoca o conflito da pulsão *versus* a proibição, típico do registro neurótico. O desenvolvimento da sexualidade é impedido pelo superego materno

rigoroso, proibitivo e castrador, que ela tenta entender como um aspecto protetor. Todavia, esse tipo de defesa não se sustenta e perde espaço para o aspecto punitivo. Na estória contada, a mãe impede o acesso da filha à sexualidade e o seu desenvolvimento como mulher.

Cartão IV:

TL: 03 segundos

TT: 04 minutos

É um casal, o cara está bravo com alguma coisa e a esposa está tentando acalmá-lo. Eles vivem mais ou menos, ele é muito nervoso e ela calma. Ela vai convencer ele a ficar menos agressivo. Hum, não sei como isso vai terminar. Ele é muito alterado e ela gosta muito dele e é muito tolerante.

Análise dinâmica

O tema latente nesse cartão é expresso como uma continuidade da estória anterior e a figura da mãe é substituída pelo marido. A moça permanece diante de certa violência que a ameaça e que ela tenta aplacar; trata-se de viver em um contexto de descontrole e violência. O conflito não se resolve e ela permanece numa posição passiva, de quem precisa suportar o descontrole do outro.

Cartão III MF:

TL: 07 segundos

TT: 08 minutos

É uma moça que está chorando porque está de castigo, a mãe colocou para ela não encontrar com o namorado. Ela é muito nova tem quatorze anos, é muito rebelde e a mãe não quer o relacionamento com o rapaz que é mais velho. Elas brigam muito desde pequena. Ela gosta muito deste rapaz, tem muito medo da mãe, mas gostaria de ter relação sexual com ele. Ela vai ficar de castigo um dia e vai ter muito cuidado em encontrar ele de novo. Eles se comunicam através de amigas. Não vai dar certo essa estória, ele é mais velho e a mãe dela não quer. Eles terminam porque ela percebe que a mãe tá certa e é só um namorico.

Análise dinâmica

O tema da estória contada aborda a temática edípica e o conflito entre a pulsão sexual e a proibição representada pelo superego materno. O exercício da sexualidade é combatido pela força repressora da mãe, que a filha consegue burlar, mas, posteriormente, ela incorpora os limites da mãe e apresenta uma identificação superegoica com ela, ou seja, introjeta a interdição. Então, a sexualidade passa a ser vista como algo perigoso: o moço é mais velho, o que pode representar uma força mais experiente e sedutora, capaz de lesar o outro.

Cartão VII- MF:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

É uma mãe dando conselhos para uma filha que tem um bebê. Ela tem uns treze anos, ficou mãe solteira na adolescência. O relacionamento delas é ruim, a filha está revoltada com o bebê, não consegue cuidar do bebê e a mãe ajuda a cuidar, mas cobra muito. A mãe do bebê não gosta dele e a avó gosta. O bebê é filho de um namoradinho que ela teve e eles não se casaram. O pai dela assumiu o bebê e o bebê não conhece o pai. A avó vira mãe das duas crianças, porque a filha é uma adolescente. O bebê é uma menina que cresce melhor do que a mãe foi e tem um relacionamento melhor com a avó e não vai dar trabalho como a mãe deu. O relacionamento de mãe e filha melhora com o tempo.

Análise dinâmica

A estória demonstra a relação edípica de rivalidade da menina com a mãe, sendo que a primeira, numa atitude de desafio, atua a sexualidade e engravida. Assim, ela é vista como alguém que não introjetou as proibições da mãe e, agora, sofre as consequências. Diante do seu “erro”, ela precisa da ajuda da mãe e permanece presa às cobranças dela. O filho não aparece como sendo dela, mas sim, como um irmão, já que ela sente-se pouco madura para cuidar dele. Os recursos para ser mãe são pouco desenvolvidos, quase insuficientes para darem conta da maternidade e da maternagem. Posteriormente, o relacionamento entre ela e a mãe passa a ser compreendido de uma melhor forma, dentro de uma relação mais madura proporcionada pela experiência.

Cartão IX- MF:

TL: 15 segundos

TT: 06 minutos

Estas são duas amigas que estão indo para a escola, mas uma quer ir e a outra quer ir para outro lado. Ela quer ir namorar, tem um namorado e a outra não. Ela tem uns quinze anos e a amiga uns dezoito. A de quinze é a que namora e a de dezoito tem mais juízo. A de dezoito tenta convencer a outra, mas não vai conseguir. Elas se separam e uma vai para o encontro e a outra vai para a escola.

Análise dinâmica

O tema da estória é endopsíquico e o conflito é entre a pulsão sexual *versus* a proibição. A sexualidade mostra-se imatura, pois ela é produto de uma falta de integração entre as pulsões sexuais e superegoicas.

Cartão X:

TL: 25 segundos

TT: 06 minutos

É um homem e uma mulher. Eles são namorados, mas são mais velhos e ambos já foram casados e não tiveram filhos. Eles vivem bem, são felizes e estão num encontro matando a saudade. Eles pensam em se casar e vão se casar logo. Eles pensam em ter filhos, os dois querem construir uma família, ter dois filhos, qualquer um que vier está bom. Eles se casam, tem dois filhos e viverão felizes para sempre.

Análise dinâmica

Nesse cartão, o tema latente aparece por meio da expressão do desejo de Telma em poder recomeçar uma vida conjugal, mas, sobretudo, de poder viver uma sexualidade livre dentro de um contexto social aceito, em que ela poderá casar e ter filhos. O casamento é visto de forma madura e sem pressa, conforme expresso em suas referências à idade e à experiência do casal, assim como a questão de terem filhos e constituírem uma família. Contudo, o futuro e a realização da maternidade são vistos de uma forma idealizada (eles viverão felizes para sempre).

Cartão XIII- HF:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

É um casal, eles são casados, a mulher está doente, o marido está muito triste e chorando. Eles são mais velhos, ela tem cinquenta anos e ele cinquenta e cinco. Ela tem muitas dores na barriga e na cabeça, eles não sabem o que ela tem, está doente há uma semana. Ele é quem está cuidando dela, está desesperado, o remédio não está dando certo, foi no médico, mas estão esperando os resultados dos exames. Ela melhora depois dos resultados dos exames, toma o remédio certo e fica boa.

Análise dinâmica

A estória evoca o sentimento de desamparo físico e mental diante do sofrimento. Um casal maduro vive a angústia e a impotência diante do fato de não saberem a causa das dores da mulher, o que gera sofrimento físico e psíquico, já que não saber do que se trata é não saber como resolver o problema. A dificuldade é ultrapassada quando se descobre a causa. Pode-se, aqui, pensar na Infertilidade vivida como doença (a mulher tem uma dor localizada na barriga que gera sofrimento emocional).

Cartão XVIII-MF:

TL: 10 segundos

TT: 04 minutos

Parecem duas mulheres, são irmãs, uma está passando mal e a outra está tentando ajudar. Elas estão na casa da que está passando mal e ela é mais velha. Ela ligou para a irmã ir ajudar porque moram perto, são unidas e se dão muito bem. As duas são casadas e têm dois filhos, os da mais velha são casados e os da outra estão trabalhando. A mais velha morre nos braços da irmã, morreu de problema no coração.

Análise dinâmica

A estória deste cartão retoma a temática dos sentimentos de impotência diante da doença e a necessidade de ser cuidada pelo outro. Na estória anterior, a personagem consegue obter a cura, mas, na atual, aparece a impotência diante de um quadro sem solução. O cuidado do outro não é suficiente para sanar o problema do coração, que, num sentido metafórico, expressa sua fragilidade emocional. Assim, mesmo que a mulher tenha conseguido a realização do casamento e da maternidade, isso não foi suficiente para curar a ferida emocional.

Cartão VIII-MF:

TL: 07 segundos

TT: 06 minutos

Esta é uma moça pensando na vida, é uma moça casada e preocupada com o que está pensando em fazer. O marido está trabalhando para melhorar a situação, ela pensa muito no futuro dos filhos como pode ser. Ela tem dois filhos, uma moça e um rapaz. Ela só trabalha em casa, pensa em conversar com todos, é uma boa mãe e boa esposa, mas a falta de dinheiro incomoda muito porque os filhos não podem estudar. Ela vai dar um jeitinho pra tudo, vai trabalhar fora para ajudar os filhos e o marido. Ela é uma vencedora porque consegue estudar os filhos até se formarem como médica e advogado.

Análise dinâmica

A temática dessa estória expressa o ideal de vida de uma mãe, com a perspectiva de um crescimento, de amadurecimento emocional e de cuidado com o outro. A mãe, nesse contexto de relacionamento, se vê provida de capacidades para gerar recursos, mudar a situação dos filhos e ultrapassar as dificuldades, num funcionamento em que a tônica é ajudar o outro a desenvolver-se. A idealização das profissões dos filhos aparece em função da superação diante das dificuldades materiais.

Cartão XVI:

TL: 20 segundos

TT: 05 minutos

Nossa! Que difícil! Não sei falar nada olhando para esse papel branco. [Risos] Não vem nada na minha cabeça. Estou no meio do nada. Eu estou casada, vou ter dois filhos, uma menina e um menino, vou trabalhar para dar tudo do bom e do melhor, tudo o que eu puder. Vou mostrar sempre o melhor caminho, formar pessoas boas em casa, no trabalho, na escola em tudo. Eles conseguem estudar, trabalhar, casar e serem muito felizes.

Análise dinâmica

Nesse cartão, Telma sofre um processo de choque diante do branco, do vazio, que gera angústia e dificulta a expressão de sua criatividade. A angústia é combatida por meio da idealização do casamento e o casal de filhos que aparece como o alcance de um desejo muito esperado e valorizado, no sentido de uma realização pessoal.

4.4.5 Análise vertical TAT

Os temas das histórias contadas por Telma aparecem com frequência centrados nas dificuldades de relacionamentos com a figura materna e no conflito entre o impedimento e o exercício das pulsões sexuais, em que a mãe tem papel fundamental. Os conflitos resultam de um impedimento imposto pela mãe, em que a filha não pode exercer a própria sexualidade.

Em geral, Telma apresentou percepção correta das imagens do conjunto dos cartões; apenas no cartão II ocorreu omissão da gravidez da mulher. Ainda, no último cartão, ela apresentou dificuldade em começar a história e risos diante da ausência de uma imagem, do quadro vazio.

As instruções geralmente foram seguidas, com a participante criando histórias razoavelmente elaboradas, mas pobres em detalhes no início da aplicação. Porém, após o segundo cartão, as histórias foram bem elaboradas com trama, coerência, descrição de sentimentos, pensamentos dos personagens e capacidade de análise e síntese. Em cinco histórias, ela apresentou ausência de passado e em duas apresentou ausência de passado e futuro, indicando uma tentativa de afastar-se da própria história e insegurança quanto ao futuro.

Os heróis apresentaram-se, predominantemente, como sendo do mesmo sexo da participante. Apenas no cartão X o herói foi um casal com atributos idealizados e diferentes

dos heróis femininos. Estes, em sua maioria, foram positivos, mas, algumas vezes, a protagonista do sexo feminino apresentou qualidades negativas, com vivências disfóricas. Esses dados sugerem uma autoimagem com marcas de desvalorização, aridez emocional, solidão e impotência. As necessidades giraram em torno da afiliação (emocional, sexual, familiar) e de proteção reclamada, demonstrando a necessidade da participante de ser cuidada e valorizada pelo outro, de usufruir de proteções exercidas por ele e receber, assim, um cuidado suficientemente bom.

As condutas predominantes foram de aprendizagem social e preparatórias, com estilo de iniciativa. Todavia, em algumas histórias, o estilo alternou-se para passivo, principalmente, quando o conteúdo dizia respeito às situações de impotência devido à coerção que o outro representava ou situações de doenças físicas que remetiam a um sofrimento emocional. Isso indica que, apesar de a participante apresentar um controle sobre si e dispor de recursos secundários razoavelmente desenvolvidos, ela tende a desorganizar-se diante da dor do desamparo emocional. As pausas não apareceram, indicando um controle pulsional parcialmente eficaz. O estilo das condutas, em geral, caracterizou-se pela iniciativa, força e coordenação, indicando empenho para alcançar seus objetivos. O desfecho predominante foi o de sucesso total, em que o herói consegue realizar as suas necessidades, muitas vezes de forma idealizada e fictícia. O fracasso aparece diante da dificuldade para lidar com a força rígida, agressiva, impositiva e castradora da mãe, e do cuidado ineficaz exercido pelo meio.

4.4.6 Síntese geral do TAT

Os dados obtidos na análise dinâmica e vertical do TAT revelam que, em termos gerais, Telma apresenta uma personalidade razoavelmente integrada, tendo adquirido uma capacidade de controle dos afetos relativamente eficaz. Contudo, o TAT revela um nível baixo de autoestima da participante, com sentimentos de desvalorização, solidão e impotência, que parecem acarretar prejuízos importantes à sua qualidade de vida e aos seus relacionamentos. As maiores dificuldades de Telma se apresentam relacionadas, principalmente, aos conflitos com a figura materna, particularmente, no que concerne ao impedimento imposto por ela ao desenvolvimento da sua sexualidade. As necessidades de afiliação emocional, sexual, familiar e de proteção reclamada persistiram sem atendimento no TAT, revelando que também não foram atendidas num período anterior da vida dela.

4.4.7 Síntese final do caso

Durante a entrevista, Telma revelou indícios de seu modo de funcionamento frente às frustrações e dificuldades, desvelando algumas de suas características psicodinâmicas.

Telma apresenta uma personalidade razoavelmente integrada, com um controle pulsional parcialmente eficaz. A qualidade de introjeção da figura materna é, predominantemente, negativa, marcada pelo *holding* insuficiente, além de sentimentos em relação a ter sido lesada durante a infância pela responsabilidade de cuidar dos irmãos e, na adolescência, pelo impedimento do exercício da sua sexualidade.

O vínculo com a figura paterna foi visto como, predominantemente, positivo, com a possibilidade do desenvolvimento do apego e de sentimentos de proteção. Desse modo, apesar da boa introjeção da figura paterna esta não foi suficiente para suprir as suas dificuldades emocionais, principalmente, no que se refere ao desenvolvimento de sua criatividade e à reparação de sua baixa autoestima. A aquisição tardia do controle de esfíncter também pode ser interpretada como sinal de uma deficiência de adaptação emocional, perante as falhas maternas e ambientais.

Diante desse contexto, Telma apresenta grande sofrimento emocional, sentimentos de vazio, de desamparo e de incapacidade de produzir, como se fosse portadora de uma “Infertilidade emocional”, de modo que, a dificuldade para engravidar seria um problema, mas não seria maior do que a sua dor existencial. Dessa forma, o sentido da maternidade teria uma função reparadora da sua autoestima e identidade sexual, além de representar um sentimento de gratidão em relação ao marido.

Apesar de Telma relatar um bom vínculo conjugal com o atual esposo, é preciso considerar a incompatibilidade de horários entre o casal, fato que dificulta o convívio conjugal e o encontro sexual para que possa acontecer a concepção.

Por meio da análise do ISSL, o nível de stress de Telma foi classificado como ausente, sem a presença de sintomas físicos ou psíquicos, indicando a eficácia de seu controle pulsional perante essa problemática específica. Deve-se, com tudo, considerar até que ponto essa dinâmica psicológica conflituosa, de má identificação com a figura materna e de dificuldades para alcançar a sua feminilidade poderia contribuir para a manutenção do desequilíbrio hormonal patrocinador da Infertilidade.

4.4.8 Síntese dos resultados do ISSL

Nesse tópico, serão descritos os resultados do Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL) respondido pelas participantes.

Gláucia e Valdete apresentaram-se com o mesmo nível de stress, classificado na fase de resistência, com a presença de sintomas físicos e psicológicos, porém com o predomínio dos últimos que estão relacionados à ansiedade e depressão.

Por sua vez, Cristina e Telma apresentaram-se com um nível de stress classificado como ausente, o que pode ser interpretado como um controle pulsional eficaz diante da experiência específica da Infertilidade.

Diante desses resultados, o nível de stress em si não parece ter se mostrado como relevante nos casos para compreender o desequilíbrio hormonal subjacente à Síndrome dos Ovários Policísticos e, em consequência, à Infertilidade.

5 SÍNTESE DO GRUPO

De acordo com os resultados das entrevistas, em todos os casos as participantes provinham de famílias de origem numerosa, com uma prole que variou de oito a quatorze filhos. Diante disso, na visão das participantes, suas mães eram vistas como símbolos de fertilidade, estando, contudo, sobrecarregadas com os cuidados dos filhos e da casa. Uma análise conjunta dos casos mostrará as particularidades, as semelhanças e as diferenças nos psicodinamismos das participantes.

A seguir, há descrição das características apresentadas pelas participantes com relação ao relacionamento com as figuras parentais.

No que diz respeito às figuras maternas, nos casos de Cristina e Valdete, apesar do relato de que o vínculo era, sobretudo, positivo, foi possível detectar, na primeira um frequente medo do abandono e na segunda (que disse sentir-se privilegiada pela companhia da mãe) uma falta de confiança, que lhe impedia de contar sobre os abusos sexuais que sofreu. Além disso, Valdete também relatou dificuldades junto à família, especialmente, com a mãe, devido à sua enurese noturna, pois a mãe tentava de tudo para contê-la, mas não conseguia, chegando a responsabilizá-la pelo ocorrido.

No caso de Gláucia, o relacionamento foi percebido como ambivalente e no de Telma como fundamentalmente negativo; ambas não se sentiam queridas e importantes para as mães, o que pode ter contribuído para o desenvolvimento da baixa autoestima delas. Dessa forma, pode-se concluir que em todos os casos o continente materno não foi percebido como suficientemente bom e seguro, e as características das figuras introjetadas parecem não ser boas o suficiente.

Com relação às figuras paternas, no caso de Gláucia, o vínculo foi percebido como fundamentalmente negativo, apesar do avô paterno, com quem ela relatou ter um bom relacionamento, ter aparecido como eventual substituto do pai, mas que foi perdido na adolescência. No caso de Cristina, essa figura foi percebida como ausente; no de Valdete, como negativa, mas a relação se modificou posteriormente; para Telma foi percebida como positiva, pois se sentia especial para o pai. Assim, pode-se perceber que as características das figuras introjetadas não foram boas o suficiente com exceção de Telma.

No que diz respeito às figuras fraternas, os vínculos de Gláucia foram descritos como ambivalentes e com características de rivalidade; os de Cristina como predominantemente positivos, com os irmãos sendo vistos como substitutos da mãe. No caso de Valdete essas figuras também foram descritas como positivas, mas com a discreta presença de rivalidade. Já os vínculos de Telma com essas figuras também apresentaram uma característica predominantemente boa, porém com a presença de sentimentos de injustiça e ambivalência.

Nesse contexto, apesar das particularidades, pode-se perceber que as características das figuras fraternas introjetadas são predominantemente boas.

Com referência à infância, três das quatro participantes qualificaram-na como sendo um período difícil, com exceção de Cristina, que não se lembra desse período. As três participantes descreveram dificuldades no controle sobre o próprio corpo, conforme citado pela referência à enurese noturna. Nos casos de Gláucia e Telma, os relatos sugeriram a existência de importantes falhas no vínculo com os pais, como a deficiência de *holding*, de acolhimento e sentimentos de rejeição por parte do meio. Apesar desse período da vida de Cristina ter sido marcado pela privação e falta de recursos alimentares e materiais, seu relato indica que a união familiar prevaleceu e contribuiu para amenizar as dificuldades materiais por meio do suprimento das suas necessidades afetivas.

Dessa forma, pode-se observar que as características das figuras parentais introjetadas não são boas o suficiente e as rejeições sofridas pelo ambiente podem ter contribuído para as dificuldades no controle do próprio corpo, expressas por meio da enurese noturna.

A adolescência foi descrita pelas participantes como sendo um período desejado, mas solitário. Assim, apesar das mudanças corporais terem sido aguardadas por todas, elas vivenciaram esse período sozinhas e sem esclarecimento sobre a sexualidade e procriação. No caso de Gláucia, a sua “doação” aos tios e a perda do avô paterno que representava a sua referência de figura masculina parecem ter acentuado os seus sentimentos de rejeição e menos-valia. Cristina teve esse período encurtado pelo início da vida sexual e pelas responsabilidades do casamento precoce. Valdete apresentou muitas dificuldades físicas, como o inchaço inexplicável do corpo, a paralisia facial e o aumento de peso, que geraram o isolamento social devido à vergonha, tristeza, sentimentos de impotência frente à doença e consequente baixa autoestima. A agitação de Telma e suas preferências não foram compreendidas pela mãe que a chamava de menina-homem, mas sim, repreendidas e punidas nesse período, dificultando um processo de identificação sem entraves com a figura feminina.

Diante disso, a adolescência parece ter sido um período conturbado na vida das participantes e que contribuiu de forma significativa para a baixa autoestima.

A preparação e o esclarecimento sexual por parte da família mostraram-se ausentes em todos os casos, proibidos e sem espaço para diálogo entre pais e filhos. A iniciação sexual de Gláucia ocorreu de forma casual, sem vínculo afetivo e passível de arrependimento. A de Cristina foi vivida de forma passiva: a preocupação e a prevenção da procriação foram atribuídas à sogra. Valdete vivenciou a iniciação sexual como algo insatisfatório e com arrependimento. A iniciação sexual de Telma foi vivida de modo vigiado e seguindo as

determinações da mãe. Pode-se perceber que todas as participantes apresentaram dificuldades no domínio e no exercício satisfatório da própria sexualidade.

Com exceção de Cristina, as participantes apresentaram dificuldades nos relacionamentos conjugais. Para Gláucia o casamento foi realizado de modo impulsivo e, atualmente, o vínculo com o marido é ambivalente, sendo que o relacionamento sexual é visto como insatisfatório tanto no que diz respeito à frequência quanto à qualidade. Valdete apresenta um vínculo conjugal inseguro, turbulento e insatisfatório sexualmente, devido ao descompasso de desejo sexual entre o casal. Telma vivencia o relacionamento conjugal dividido em dois períodos: no primeiro casamento o vínculo é insatisfatório, vivido numa posição de medo diante das ameaças do marido, porém, as relações conjugal e sexual do casamento atual são vistas como satisfatórias, apesar da ocorrência dos desencontros devido à incompatibilidade de horários do casal.

Diante desse contexto de dificuldades conjugais e de escassos relacionamentos sexuais dessas participantes, é preciso analisar com cautela até que ponto as dificuldades emocionais também poderiam contribuir para a manutenção da Infertilidade do ponto de vista fisiológico, pois, a falta de vida sexual também dificulta a concepção, gera e pode manter o quadro de Infertilidade. Somente para a Cristina os vínculos conjugal e sexual são descritos como satisfatórios e permeados por afetos amorosos, mas, tendo vivido marcadas privações, ela parece ter desenvolvido uma psicodinâmica em que não se autoriza a desejar e não exigir muito da vida, mas a contentar-se com o que possui. Por isso, o nível de satisfação conjugal e sexual pode ser questionável em relação à qualidade e frequência.

Uma semelhança encontrada entre os casos de Cristina e Valdete foi a vergonha com relação ao rosto e a tentativa de esconder o que as incomodava – no caso de Cristina os pelos que possuem o aspecto de bigode e barba masculina e, no de Valdete, o leve entortamento da boca ainda visível, que contribuíam para a baixa autoestima delas.

A experiência da Infertilidade foi descrita como algo difícil de vivenciar por todas as participantes, já que remete às dificuldades emocionais relacionadas à baixa autoestima e sentimentos de impotência. Elas apresentaram sentimentos de tristeza, dor, debilidade e vazio frente ao diagnóstico.

Por sua vez, a experiência biológica da gravidez mostrou-se como essencial em todos os casos, como forma de realização pessoal. Todas as participantes apresentaram dificuldades para falar sobre e aceitar a hipótese da adoção como alternativa para a realização do desejo da maternidade. Ela apareceu como uma possibilidade que não pode ser cogitada, pois

inviabilizaria a realização de continuidade da espécie do ponto de vista biológico e dificultaria o alcance da feminilidade.

O sentido do filho apresentou-se diferente diante de cada dinâmica individual. No caso de Gláucia, ele representaria a realização de um ideal de si, como busca da completude para tamponar uma falta e escapar da dor existencial da rejeição. Para Cristina, ele simbolizaria uma experiência reparadora para combater os sentimentos de medo, solidão, inferioridade e impotência. Já para Valdete, ele seria a possibilidade de reconciliação consigo e com o próprio corpo, como forma de reparar a sua baixa autoestima produzindo, potencialmente, algo seu como uma expressão feminina. No caso de Telma, o filho biológico apareceria como uma possibilidade de reparação da sua autoestima e identidade sexual, como uma via de acesso à sua capacidade criativa de conseguir produzir algo de bom como mulher e poder presentear o marido como expressão de sua gratidão e amor por ele.

Diante disso, a adoção não pode ser cogitada, porque somente o filho biológico poderia sanar as dúvidas e inseguranças quanto à capacidade delas de produzir algo de bom. Desse modo, apesar de todas as particularidades, a experiência emocional da Infertilidade foi descrita por todas as participantes como sendo algo difícil, vivenciada como doença e que dificultou o acesso dessas mulheres à feminilidade. Nesses termos, a vivência da Infertilidade também parece remeter essas mulheres às dificuldades de identificação com a figura materna, vividas durante as várias etapas do desenvolvimento.

5.1 Síntese das análises verticais do grupo no teste TAT

Em todas as participantes, os temas apareceram centrados nas dificuldades de relacionamentos familiares e conjugais. Em todos os casos, no cartão II, houve a omissão da gravidez da mulher, indicando, assim, dificuldades das participantes para lidar com a problemática da gestação e da Infertilidade. As ausências de passado e futuro foram muito presentes nos casos de Cristina (7 cartões) e de Telma (7 cartões), principalmente, nas histórias que expressavam relacionamentos familiares – fato que se mostra relevante ao serem analisadas as dificuldades que elas possuem para lidar com a sua história de vida passada, dúvidas e inseguranças relacionadas ao futuro.

Todas as participantes atribuíram aos heróis das histórias características como solidão, incapacidade, sofrimento e impotência, expressando seus sentimentos de desvalorização

decorrentes de uma baixa autoestima. A necessidade de proteção reclamada, também esteve muito presente nesse contexto, demonstrando a necessidade que todas apresentaram de serem cuidadas, valorizadas e amadas pelo outro.

Em todos os casos, as necessidades giraram em torno da afiliação emocional, familiar, conjugal e proteção reclamada. As condutas predominantes foram de aprendizagem social, indicando uma boa presença de recursos secundários e controle pulsional razoavelmente eficazes, porém Valdete e Telma apresentaram dificuldades para utilizar esses recursos de modo a colocá-los em marcha para a satisfação de suas necessidades.

Em todos os casos, o meio mostrou que exerce uma pressão desfavorável para as participantes, principalmente, quando evocadas situações referentes a doenças e à maternidade, conforme percebidas anteriormente por meio dos atributos e das necessidades do herói.

Os desfechos foram, predominantemente, de sucesso total, em que o herói consegue realizar as suas necessidades de afiliação emocional, conjugal e proteção reclamada expressas pelos desejos de constituírem família e de serem felizes, mesmo que, em algumas vezes, Valdete e Telma recorram à uma forma idealizada e fictícia de desfecho.

5.2 Síntese das análises dinâmicas do grupo no teste TAT

Relacionamentos com a figura materna e identidade feminina (cartões II, VII, IX e XVIII)

Por meio das análises dinâmicas das histórias, pode-se perceber que em três das quatro participantes analisadas houve o predomínio de uma dificuldade de identificação com a figura materna e, em consequência, no processo de aquisição da identidade feminina. Nesse contexto, a figura materna foi vista ora como ambivalente, ora como uma figura repressora e hipervigilante da sexualidade da filha. No caso de Cristina, essas dificuldades apareceram, mas foram negadas como forma de evitar o conflito, conforme percebidas na idealização da mãe e na atitude dela de não exigir muito do mundo, de contentar-se com o que possui. Em todos os casos analisados nesses cartões, houve a presença de rivalidade fraterna, mesmo que nos casos de Valdete e Cristina ela tenha aparecido de forma mais suave.

Conflitos amorosos e sexuais (cartões IV, X)

Nos casos de Gláucia e Valdete, elas apresentaram dificuldades no vínculo conjugal, pois o relacionamento apresentou-se, predominantemente, frágil e inseguro. Nesse contexto, a posição feminina foi determinada a manter um relacionamento sólido a qualquer custo. No caso de Cristina, o conflito foi negado e substituído por um vínculo ideal. Telma permaneceu numa posição passiva frente ao conflito e o vínculo conjugal foi visto de forma idealizada.

Relação conjugal (cartão XIII)

Em todos os casos analisados no cartão XIII, houve o predomínio de um sentimento de impotência do casal e da mulher diante da doença, que foi vista como sendo algo doloroso, sem controle, danificador do aparelho reprodutor feminino, provocador de dores físicas e de sofrimento emocional, a qual pode comprometer e impossibilitar a realização da maternidade, além de ameaçar o vínculo conjugal.

Conflitos, frustrações e formas de enfrentá-los (cartões III e VIII)

Os conflitos nos relacionamentos interpessoais, sobretudo, familiares e, especificamente, a rivalidade fraterna, mostraram-se presentes em três casos analisados com exceção de Cristina. Os conflitos entre a expressão das pulsões sexuais e a proibição, com o castigo advindo delas, estiveram presentes em Gláucia, Valdete e Telma. Cristina foi a única participante que destoou do grupo em vários aspectos, já que as suas maiores angústias estavam relacionadas ao medo de abandono, medo de solidão e de perda do objeto. Geralmente, as participantes apresentaram como forma de enfrentarem as dificuldades o uso de relações idealizadas. O final mágico também esteve presente como forma de superar as dificuldades, porém, Valdete, em determinadas situações, apresentou certa confusão diante do seu papel no mundo, no qual, para conseguir o afeto do outro, ela é sempre condicionada à experiência de sofrimento anterior, muitas vezes, ocorrida numa relação de abuso de força e poder.

Aspirações e desejos (cartão XVI)

Apesar do uso da idealização ter aparecido constantemente nesse cartão, os desejos expressos nas relações de casamento, da vida familiar e de realização materna das participantes apresentavam características realistas e tangíveis. A esperança esteve presente em três casos, com exceção de Cristina, que novamente destoa do grupo, pois sempre buscou convencer a si de que já conseguiu muito da vida e que deve se contentar com o que possui, não demonstrando esperança e nem grandes aspirações com relação ao futuro. Essa atitude parece ter sido motivada talvez pelo uso da negação como forma de proteger-se do sofrimento caso o seu desejo não se realize.

Portanto, diante desses dados descritos na síntese das análises dinâmicas das histórias pode-se perceber que houve como similaridade no conteúdo das narrativas o predomínio de conflitos interpessoais e angústia de perda de objeto. O ambiente e a família geralmente apareceram exercendo uma função rejeitadora, repressora da sexualidade, com a presença de conflitos entre a pulsão sexual *versus* a proibição, além da presença de rivalidade fraterna, demonstrando que as vivências e dificuldades reais das participantes puderam ser expressas pelas histórias do TAT.

Nas narrativas das histórias do cartão XIII, os conteúdos dos conflitos relacionados à Infertilidade nele expressos apareceram repetidamente atrelados ao sentimento de impotência diante da doença, além do medo da ameaça do comprometimento do vínculo do casal que geralmente não possuía filho e que também não poderia tê-lo, pois o aparelho reprodutor havia sido “estragado” pela doença.

Na produção em geral, mesmo diante dos conflitos e dificuldades, as narrativas apresentaram-se por meio de perspectivas reais com relação ao futuro e com a esperança da realização do desejo da maternidade.

6 DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação sugerem a presença de algumas dificuldades no desenvolvimento emocional das mulheres participantes da pesquisa. Tais impedimentos parecem advir de experiências relacionadas ao vínculo com a mãe desde a infância, que conduziu a prejuízos no processo de identificação com a mesma, bem como a conflitos na elaboração do complexo de Édipo.

De acordo com a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional, para compreender como se processa a evolução psíquica da criança, é necessário considerar as características do vínculo da mãe com o bebê. Winnicott (1983) destaca três funções maternas imprescindíveis para o bom desenvolvimento psíquico do bebê: *holding*, *handling* e apresentação dos objetos.

O termo *holding* é de origem inglesa e pode ser traduzido como “sustentação” ou “amparo”. O *holding* é essencial para o desenvolvimento emocional normal, que facilita a integração do eu no tempo e no espaço, sendo a sustentação tanto física quanto psíquica. O autor citado acima escolhe o termo *holding* e o define como uma tarefa materna capaz de oferecer uma sustentação apropriada para que as condições inatas do bebê alcancem um desenvolvimento ótimo. O auxílio que a “mãe suficientemente boa” oferece na construção da personalidade do filho é importante para todas as relações futuras que ele estabelecerá com outras pessoas e com o meio. Então, é por meio de um manejo cuidadoso, acolhedor e sensível às necessidades do bebê que a relação suficientemente boa vai sendo construída e nutrida pela mãe.

A palavra *handling* é de origem inglesa e significa “manipulação”. Para Winnicott (1983) o *handling* se refere à manipulação do corpo do bebê enquanto ele é cuidado e em termos psíquicos; ele facilita a personalização do bebê no momento de união entre a vida psíquica e o corpo ou a “psique que habita o corpo”. A última função destacada por Winnicott refere-se à apresentação dos objetos oferecidos pela mãe, que é uma condição básica para o estabelecimento das relações de objeto. O encontro e o relacionamento com o objeto do mundo externo é facilitado e apresentado pela mãe.

Para Winnicott (1971/1992), o papel materno de sustentação é fundamental para a integração do eu e possibilita a passagem do estágio de dependência para o de independência. A passagem de um estágio para o outro é propiciada por uma mãe suficientemente boa e por um ambiente confiável que favoreceria o desenvolvimento da experiência de ilusão. Essa experiência, conforme descrita por Winnicott, permite ao bebê a ilusão de onipotência, que é a ideia de criar o objeto que encontra.

O modelo de oferecimento do seio exatamente no momento em que o bebê precisa, gera a sensação de que ele criou o objeto do qual necessita e essas experiências de ilusão e onipotência são fornecidas pelas ações da mãe. Com isso, o desenvolvimento de um verdadeiro *self* começa a ter vida por meio do alimento da onipotência oferecido pela mãe. Todavia, posteriormente, a onipotência passará ao reconhecimento da realidade e, se a mãe não for suficientemente boa, a criança não conseguirá passar de um estágio para o outro.

A partir da observação clínica, Winnicott (1971/1992) destaca a importância do ambiente facilitador para ajudar o amadurecimento do indivíduo. A possibilidade de pertencer com segurança a um lar é condição primordial para o desenvolvimento saudável da personalidade de um indivíduo e a ausência dessa segurança acarretará prejuízos no desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, danos à personalidade e ao caráter.

De acordo com o autor, “holding é utilizado para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com” (WINNICOTT, 1983, p. 44). Dessa maneira, pode-se refletir sobre o papel que o *holding* desempenha em vários momentos na vida de um indivíduo, pois a sustentação e o reconhecimento são elementos fundamentais para o seu contínuo desenvolvimento.

Durante esse processo, se o *holding* for bem estabelecido e o ambiente for confiável e seguro, o processo de integração irá desenvolver-se gradativamente, ligando a psique com o soma. Winnicott (1949/2000) escreve que a mente é parte do esquema corporal e seria um acontecimento especial da evolução do psique-soma, mediante o qual ele ocupa e equilibra as falhas inevitáveis da adaptação da mãe, e que se desenvolve a partir da atividade psíquica do bebê. Porém, quando o *holding* fracassa, a integração e o desenvolvimento emocional são interrompidos e prejudicados.

Nesse sentido, é visto que nos casos de Gláucia e Telma, as descrições das mães internas como agressivas, intrusivas e castradoras, permitem hipotetizar que o *holding* foi deficiente e que o “continente materno” foi pouco elástico, podendo, assim, ter dificultado e, até mesmo, sufocado o desenvolvimento dos processos mentais.

Winnicott (1971/1992) escreve que uma mãe intrusiva impede a abertura do espaço potencial e que pode dar lugar a possíveis patologias, pois, ao invés de terem sido acolhidas com amor e segurança, as participantes Gláucia e Telma receberam intrusão, rejeição e desamparo. No caso de Valdete, a mãe foi internalizada de forma simbiótica e dependente, sem espaço para desenvolver-se sozinha – dados que sugerem uma “sustentação fraca” para o desenvolvimento dos processos mentais.

De acordo com Abadi (1998), se a sustentação para os processos mentais for “frouxa”, o desenvolvimento ficará “pendurado”, sem suporte, como num espaço “ingrático”. Desse modo, o amadurecimento emocional terá dificuldades para organizar-se e passar de um estágio do desenvolvimento para outro.

Apesar das diferenças entre Winnicott e Klein sobre o desenvolvimento emocional, eles também deram atenção à importância da relação da mãe com a criança para a organização do ego.

Para Klein (1955/1980), durante o desenvolvimento emocional da criança, a influência da relação objetal com a mãe e a necessidade desta promover experiências de satisfação e frustração para o bebê, por meio da sua presença e alimentação, são fundamentais.

Diante disso, o predomínio da gratificação auxilia a integração do ego, das emoções e dos objetos internos e externos. Assim, a introjeção do “seio bom” fortalece a capacidade de amor e confiança nos objetos externos.

Nessa linha de pensamento, Klein (1930/1991) mostra a importância da relação positiva entre os pais e a criança durante a infância para o bom desenvolvimento do sentimento de confiança e o estabelecimento das relações interpessoais. Klein (1932/1975) também sustenta que a compreensão da personalidade é a base da vida social e que, para a exploração desta na vida adulta, é necessário dirigir-se para a vida emocional infantil. Dessa maneira, as participantes demonstraram dificuldades no desenvolvimento da capacidade de confiarem em si, no meio ambiente, nas relações e em suas potencialidades. Elas apresentaram, também, dificuldades para desfrutarem de alguma autonomia, com o objetivo de fazer escolhas cuidadosas para si.

Langer (1986), partindo das teorias freudianas a respeito da sexualidade feminina e da maternidade, aborda algumas características de personalidade passíveis de comporem a etiologia da Infertilidade. Segundo a autora, foi possível verificar, em várias análises, que a ausência da fecundação expressaria fatores psicológicos negativos em relação à gravidez. Para ela, uma hipótese a ser considerada é a de que a escolha do “sintoma” apresentado depende das condições egoicas da mulher, envolvendo, principalmente, a natureza das defesas dominantes e a organização de base da personalidade.

Apesar de ter que considerar as diferenças individuais, Langer (1986) revela a existência de duas situações psicodinâmicas básicas presentes em casos de Infertilidade: relações com a figura materna permeadas por sentimentos de hostilidade, inveja e ciúme, bem como uma intensa rivalidade fraterna, do mesmo modo como foram encontradas em alguns dos casos analisados. Para Langer (1986), a gravidez implicaria em uma identificação da

mulher tanto com o feto quanto com a própria mãe, portanto, a hostilidade dirigida inicialmente a essa figura é vivida, nesse momento, como passível de voltar-se contra a própria mulher, o que é experimentado como uma atitude vingativa por parte da mãe. Também a impossibilidade de vivenciar de modo completo a etapa edípica, seja porque há demasiado temor da rivalidade com a mãe, vista como uma figura altamente ameaçadora, pode levar a mulher ao desenvolvimento de uma atitude viril, permanecendo, assim, ligada à mãe num Édipo homossexual, que lhe impossibilita a vivência plena da feminilidade na idade adulta, conforme se pode perceber nos casos analisados, em especial, nos casos de Telma, Gláucia e Valdete. No caso de Cristina, essa etapa também não pode ser vivida de forma completa em função da ausência do pai.

De acordo com Winnicott (1975), assim como a mãe organiza o aparecimento gradual da realidade na apresentação de objetos, a família administra a transição entre o mundo íntimo e a realidade social. Para falar da função da família, é preciso pensar na função do pai que implica no oferecimento de proteção e imposição de autoridade e interdição, enquanto que a família promove um espaço para as primeiras relações de vínculo, confiança e apresentação do mundo social. Para Laplanche e Pontalis (1999), a figura paterna incitará manifestações de distanciamento da dupla mãe-bebê, impossibilitando a dependência excessiva e promovendo o complexo de Édipo.

Nos casos analisados, todas as participantes apresentaram dificuldades na dissolução e elaboração do complexo de Édipo. Nesses termos, Gláucia e Valdete demonstraram que as características das figuras paternas introjetadas não foram boas e o pai foi percebido por elas como hostil, desvalorizador e rejeitador. Cristina apresenta-se como órfã de pai e das lembranças da infância. Apenas Telma apresentou um bom pai internalizado e idealizado.

Nessas condições em que se mostraram as figuras materna e paterna, é possível dizer que, de um modo geral, o ambiente familiar das participantes não foi visto como bom para possibilitar um benéfico desenvolvimento emocional. O ambiente familiar de Gláucia, Valdete e Telma não foi suficientemente acolhedor; o *holding* mostrou-se como deficiente e tendendo ao fracasso, e as relações fraternas foram permeadas por sentimentos de hostilidade, rejeição, rivalidade, inveja e ciúme. Com isso, percebeu-se que a falta de referenciais amorosos para as participantes pode ter contribuído para a dificuldade de desenvolvimento, em um nível mais sofisticado, de recursos psicológicos secundários como a simbolização. Cristina foi o único caso que, apesar das dificuldades, apresentou boas características de introjeção das figuras fraternas.

Sobre a vivência da experiência emocional da Infertilidade, Langer (1986) afirma que, o maior empecilho para que a filha alcance a maternidade está na dificuldade dela de se identificar com sua própria mãe em seu papel maternal. Ela menciona que em seus estudos realizados com pacientes estéreis, os resultados demonstram que a maioria era procedente de ambientes familiares neuróticos e conflitivos. Nesse contexto, as rejeições e as resistências sofridas dificultariam a identificação com a figura materna.

Diante desse suporte teórico, pode-se pensar que as falhas maternas e paternas contribuíram para as dificuldades de desenvolvimento emocional durante a elaboração da fase edipiana no processo de integração entre a mente (vida psíquica) e o corpo, assim como também podem ter contribuído para uma Infertilidade física. Diante dessa dinâmica, é possível hipotetizar que a aquisição tardia do controle de esfíncter revelaria uma dificuldade de integração dos componentes psíquicos e somáticos das experiências emocionais.

Winnicott (1949/2000) relata que a enurese está associada a uma falha de adaptação emocional diante das dificuldades ambientais e familiares. Para Winnicott (1990), essa tendência explicaria a expressão de conflitos emocionais em termos corporais. De acordo com vários autores, como Épinay (1988), Ferraz (1997), McDougall (1996) e Bandeira e Barbieri (2007), na primeira infância pode estar localizado o ponto de partida dos fenômenos psicossomáticos na relação com o casal parental, principalmente, com a figura materna. De acordo com esse ponto de vista, Ferraz (1997) demonstra que as pesquisas em psicossomática têm se deparado com evidências de que nas relações mãe-bebê está localizada a base de perturbações que influenciam a organização das defesas, diferenciando, assim, o indivíduo somatizador do neurótico. Em acordo com esse ponto de vista, Winnicott (1971/1975) descreve que a patologia psicossomática teria a sua origem no comportamento irregular materno e suas falhas constantes em atender o bebê.

Outra característica comum em todas as participantes aconteceu em outro período de vida, na adolescência, pois a menarca apresentou-se como sendo um período de vivência solitária, em que, apesar das modificações corporais terem sido esperadas e desejadas, não houve lugar para a preparação sexual. As relações parentais e fraternas não se mostraram como um continente acolhedor e seguro para possibilitar um diálogo. A sexualidade era um assunto proibido, que sempre apareceu como algo que deveria ser reprimido, vigiado e, algumas vezes, temido como no caso de Telma. Langer (1986) afirma que a menarca representa a capacitação física e biológica da mulher para o amor e a maternidade, mas que também pode gerar sentimentos de estranheza e ansiedade. Esse momento é uma conquista na vida da menina, em que ela assume sua identidade feminina.

Os dados relacionados ao desenvolvimento sexual das participantes sugerem um prejuízo nesse setor de sua vida, vinculado às dificuldades de alcance da identidade feminina. Nos casos de Gláucia, Valdete e Telma a sexualidade apresentou-se como sendo um assunto que deveria ser reprimido, vigiado e sua expressão como passível de punição. Atualmente, a vida sexual dessas participantes é caracterizada pelo pouco desejo e marcada por desencontros, demonstrando uma ausência de plenitude em sua realização como mulher. Por sua vez, Cristina é uma exceção a essa interpretação, destoando novamente do grupo. Todavia, essa dissonância poderia de certo modo também ser explicada considerando-se que ela parece ser uma pessoa que se habituou a contentar-se com o que tem e que pode utilizar a negação como forma de evitar o conflito. Ela é a única que parece ter uma sexualidade bem integrada, sendo que as demais participantes apresentam dificuldades no relacionamento sexual com os cônjuges. Portanto, elas apresentam uma vivência sexual pobre, devido à dificuldade de aproximação do outro – fato que, além de dificultar a intimidade da relação, também pode contribuir para o desencontro dos gametas para que a concepção aconteça.

Com relação à Infertilidade, Maldonado (1991), sob a perspectiva da psicossomática em Ginecologia e Obstetrícia, observa o desdobramento da sexualidade e da identidade feminina nos principais pontos de transição do ciclo vital da mulher: menarca, início das relações sexuais, gestação, parto e menopausa. De acordo com a autora, o equilíbrio hormonal e a regularidade da ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes em relação à maternidade. Se considerarmos o corpo como unidade psicossomática, teremos a influência recíproca do orgânico no psíquico e vice-versa. Com isso, o sistema reprodutor humano pode apresentar desequilíbrio em seu funcionamento, já que conflitos inconscientes podem afetar o processo reprodutivo levando a alterações hormonais que resultam na Infertilidade. Com isso, pode-se perceber que, a dinâmica psicológica das participantes se assemelha à de mulheres inférteis, conforme descrito na literatura.

Com relação aos sentimentos de solidão e desvalorização apresentados por todas as participantes, eles podem ser entendidos como resultado da dificuldade de integração da introjeção do objeto bom, pois ele foi estabelecido sem segurança. Dessa forma, pode-se pensar em uma conexão entre a solidão e o problema da integração. Os sentimentos de solidão foram acompanhados pelos sentimentos de desvalorização, que podem ter sido derivados da solidão e da sensação de não pertencerem a um grupo, nem a si e nem a nenhuma outra pessoa.

De acordo com Klein (1955/1980), as partes perdidas são também sentidas como sendo solitárias e a integração significa perder um pouco da idealização, tanto do objeto como a de uma parte do *self*. Sendo assim, existe uma ligação entre a solidão e a capacidade de integrar, tanto o objeto bom como partes do *self* que são sentidas como inacessíveis. Uma relação feliz com o primeiro objeto e uma internalização bem-sucedida dele significam que o amor pode ser dado e recebido. A satisfação está ligada à gratidão.

Com relação à Infertilidade, todas as participantes apresentaram dificuldades para aceitar e vivenciar esse período doloroso, sendo que essa condição foi vivida com grande sofrimento e sentida como doença. De acordo com Farinati (2009), a impossibilidade de realização do desejo de procriação produz sentimentos como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, que podem desencadear quadros de intenso sofrimento emocional e a revivência de antigos traumas, perdas, sentimentos de inadequação, ciúme e inveja.

Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan e Sieber (2001) afirmam que a Infertilidade é sentida e vivida como um evento traumático para a maioria dos casais, sendo experienciada como o acontecimento mais estressante da vida deles. Seibel e Carvalho (1998) enfatizam que, nesses casos, o conceito de si se vê constituído sob a égide da desvalia e da incapacidade, chegando os indivíduos a se verem como defeituosos, assim como pode ser percebido no conteúdo das histórias do cartão XIII do TAT, que demonstraram a dificuldade de integração do objeto bom.

Nesse contexto, Ribeiro (2004) define a experiência da Infertilidade como contribuinte para a intensificação de fantasias de que há coisas estragadas no interior do próprio corpo. Nas histórias contadas diante da exibição do cartão XIII, as mulheres caracterizaram as protagonistas como doentes e impotentes diante de uma grave doença sem cura, que tomava o aparelho reprodutor feminino e que gerava sofrimento físico e emocional, além de ameaçar o vínculo do casal.

As informações fornecidas pelas participantes na entrevista e no TAT revelam que a experiência da Infertilidade foi difícil de ser vivenciada por elas, tendo despertado angústias arcaicas referentes à feminilidade, às suas próprias potencialidades e à capacidade de manutenção do vínculo conjugal. Para Straube (2009, p. 110) “ser infértil resulta em um mal-estar, fonte de sofrimentos e dissabores como frustração, culpa, inferioridade, pois significa ser portador de um estigma que marca e discrimina quem se desvia dessa ordem social estabelecida”. Neste contexto, a infertilidade também gerou sentimentos de estranheza, ansiedade, tristeza, desvalorização, entre outros, conforme descrito na literatura.

O alto investimento financeiro e emocional em tentativas malsucedidas de tratamento, também reforçou os sentimentos descritos. O desgaste emocional decorrente da situação de Infertilidade pode se iniciar durante o processo de investigação e/ou no próprio tratamento, pois estes são períodos de grande tensão que influenciam a sexualidade do casal, conforme percebido no relato de Gláucia. O desajuste emocional pode surgir a partir do longo processo de diagnóstico (LEE; SUN; CHAO, 2001), de tentativas malsucedidas para conceber e dos procedimentos terapêuticos requeridos (HAMMARBERG; ASTBURY; BAKER, 2001).

Conforme descrito por Gasparini (2009), toda a trajetória do diagnóstico ao tratamento da Infertilidade é sempre muito penosa, despertando intensas angústias e expectativas, fortalecendo ou enfraquecendo vínculos conjugais. Lopes, Melamed e Martucci (2003) afirmam haver uma progressão de reações psicológicas nos pacientes inférteis, que se inicia com a negação e termina com a aceitação, passando pelo isolamento, busca da culpa e depressão. O percurso emocional geralmente inicia-se com o trajeto percorrido pelo casal em busca da resolução do seu problema, que, muitas vezes, é longo e doloroso.

Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuysen (1999) destacam que uma em cada quatro pacientes inférteis apresenta sinais de problemas depressivos. Esse desgaste emocional referido na literatura, tanto no momento do diagnóstico quanto durante o tratamento, pode ser percebido em todos os casos analisados nesta pesquisa.

Em tais casos, as participantes apresentaram dificuldades para lidar com as cobranças familiares e sociais relacionadas à gravidez e à ausência desta. A adoção foi cogitada apenas no início da busca pela resolução do problema no caso de Valdete, sendo que as demais participantes não se apresentaram preparadas para lidar com essa possibilidade, devido ao sentido simbólico que o filho biológico representa para elas, sendo que para cada uma ele possui um sentido.

Sabe-se que a opção de ter um filho é fundamentada no desejo, porém ele pode se apresentar sob diferentes manifestações simbólicas, conforme foi constatado em cada caso analisado. Moura (2012) descreve as possíveis roupagens do desejo, como: não se sentir diferente de outras mulheres, garantir a continuidade da espécie, evitar a solidão, ocupar o vazio gerado por uma perda, entre outras. De acordo com Mamede (2000), a Infertilidade interfere nas relações pessoais e sociais e é acompanhada de sofrimento e altos níveis de ansiedade, stress, depressão, sentimentos de culpa, problemas sexuais e conjugais. Farinati, Rigoni e Muller (2006) salientam que ansiedade, depressão e stress são focos de investigação em pacientes inférteis.

A investigação psiconeuroimunológica realizada por Moreira, Lima, Souza e Azevedo (2005) demonstrou que casais inférteis apresentam altos níveis de stress, cuja presença ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e inibe o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (HHO), resultando em uma supressão das menstruações. Na presente pesquisa, contudo, o stress, conforme avaliado pelo ISSL, não se mostrou como fator relevante na experiência da Infertilidade. Esse resultado, até certo ponto inesperado, necessita de investigações adicionais para a sua compreensão. Todavia, devem ser consideradas as hipóteses de que o ISSL pode não ter sido sensível ao nível de stress das participantes ou, então, o stress não pode ser considerado como fator gerador da Infertilidade nessa pequena amostra, que não pretende ser representativa do universo das mulheres inférteis. A ausência de um grupo comparativo de mulheres férteis também inviabiliza realizar afirmações mais seguras sobre o papel do stress na Infertilidade no grupo estudado.

Por meio dos resultados deste estudo, conclui-se que, independentemente das dificuldades e particularidades psicodinâmicas de cada participante, a função da figura materna e do ambiente familiar são fundamentais para o bom desenvolvimento emocional. Desse modo, é evidenciada a presença de um desequilíbrio emocional em todas as mulheres conforme descrito por Halpern (2009). A experiência da Infertilidade foi um fenômeno vivido por elas como uma doença, capaz de gerar sofrimentos físico e psíquico, atingindo suas vidas em vários aspectos, como seus relacionamentos conjugais, familiares, sociais, e interferindo diretamente na qualidade de vida. Diante disso, os cuidados psicológicos com essas pacientes e com o casal são de suma importância em tratamentos de reprodução humana assistida para, assim, acolher e trabalhar os medos, angústias, frustrações, expectativas, ansiedades e depressões vivenciadas nos tratamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Infertilidade, conforme o que foi verificado neste trabalho, delineou-se como uma experiência difícil para as participantes, tanto do ponto de vista físico quanto do psíquico. A avaliação a partir dos instrumentos utilizados na pesquisa evidenciou que, em acordo com a literatura, a Infertilidade foi vivida como doença, com as mulheres sentindo que possuem partes estragadas dentro de si, principalmente no aparelho reprodutor.

Vivenciar a infertilidade gerou dores psíquicas, reabriu antigas feridas narcísicas e dificultou os relacionamentos conjugais, sociais, familiares, além de, consequentemente, interferir na qualidade de vida das participantes.

Os dados analisados mostraram que os ambientes familiares das participantes não foram suficientemente bons para viabilizar um desenvolvimento emocional saudável. Nesse sentido, as vivências afetivas junto aos pais não parecem ter possibilitado as elaborações completas do complexo edípico, que podem ter dificultado o alcance da feminilidade sem conflitos e o exercício da sexualidade.

As mães foram vistas pelas participantes como símbolos de fertilidade, mas as características das figuras introjetadas não foram boas o suficiente. Essa introjeção negativa parece ter comprometido os vínculos afetivos e amorosos, a autonomia, a confiança em si e nos outros, resultando, assim, em prejuízo para o desenvolvimento harmonioso do *self* verdadeiro. Desse modo, o *holding* deficiente conduziu as dificuldades para lidar com as falhas, as faltas, com a frustração e a não realização dos desejos.

No caso das participantes, mãe e bebê não formaram uma boa dupla e a introjeção negativa das características maternas dificultou a identificação dessas mulheres com suas mães. Apesar de todas as participantes apresentarem esperança em ter filhos, se sentem impossibilitadas e incapazes por acreditarem que não são suficientemente boas. Com isso, os dados da pesquisa estão de acordo com Langer (1986), que relata ser característico de mulheres estéreis apresentarem uma posição ambivalente frente à maternidade, ao desejo de ter um filho, pois, por algum motivo, não se sentem no direito de tê-lo.

Os resultados apresentados neste trabalho, predominantemente, vão ao encontro das conclusões de Langer (1986), que também afirma sobre o desenvolvimento emocional de mulheres que passaram por períodos de Esterilidade, entre as quais a autora verificou que a maioria delas provinha de ambientes familiares neuróticos e conflitivos.

Todas as participantes também apresentaram um controle de esfíncter tardio, com exceção de Cristina, que não se lembra desse fato em sua vida. Tal característica das três participantes demonstra uma falta de integração das pulsões e, conforme descrito por Winnicott (1949/2000), a enurese está associada à uma adaptação emocional deficiente da

criança diante das falhas maternas e ambientais. Essa tendência explicaria a manifestação de conflitos emocionais expressos no corpo. Os sentimentos comuns descritos por todas as participantes foram: tristeza, solidão, sensação de vazio e desamparo.

O diagnóstico de Infertilidade apresentou-se como uma experiência emocional difícil de ser pensada e vivida por todas as participantes, pois acentuou os sentimentos de baixa auto-estima, desvalorização, tristeza, solidão, medo de rejeição e de perder o amor do outro. Essa dinâmica emocional desgastante parece produzir um esgotamento das defesas, que poderia dificultar a gravidez e manter a Infertilidade. Como os quadros de alterações hormonais também podem ser decorrentes de fatores emocionais, os psicodinamismos dessas mulheres podem atuar como fatores geradores e mantenedores da Infertilidade, criando um círculo vicioso passível de comprometer ainda mais as funções reprodutivas.

Diante desse contexto, a necessidade de acompanhamento psicológico das mulheres com diagnóstico de Infertilidade é de grande valia durante a realização dos tratamentos de reprodução humana assistida para, assim, poder acolher e trabalhar os medos, as angústias, as frustrações, as expectativas, as ansiedades e as depressões vivenciados nos tratamentos.

REFERÊNCIAS³

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABADI, S. **Transições**: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott. Tradução Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ABBEY, A.; ANDREWS, F. M.; HALMAN, L. J. Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? **Journal of Personality & Social Psychology**, v. 68, n. 3, p. 455-469, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Revised (DSM-IV-R)**. Washington, DC: APA, 2000.

APFEL, R. J.; KEYLOR, R. G. Psychoanalysis and endometriosis. **International Journal of Psychoanalytic**, v. 83, n. 1, p. 85-102, 2002.

BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V. Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 295-304, 2007.

BENEDEK, T. As funções do aparelho sexual e seus distúrbios. In: ALEXANDER, F. (Org.). **Medicina psicossomática**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 166-197.

BERGERET, J. **Psychologie pathologique**. Paris: Masson, 1976.

_____. **A personalidade normal e patológica**. 3. ed. Tradução Maria Elísia Valliatti Flores. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BÍBLIA SAGRADA. **Bíblia Sagrada Nova Edição Papal**. Tradução dos Missionários Capuchinho. Rio de Janeiro: Livros do Brasil, 1962.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**: an introduction for theory and methods. E. Ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J. E. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. **Fertility and Sterility**, v. 64, n. 1, p. 802-810, 1995.

BUSSETTI, L. Z. As implicações psicossociais da infertilidade masculina e feminina. **Aletheia**, v. 2, n. 1, p. 59-65, 1995.

CAMARGO, R. P. Panorama nacional da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 8-15.

CHAUÍ, M. S. **Convite à filosofia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.

COLLUCCI, C. **Por que a gravidez não vem?** São Paulo: Atheneu, 2003.

CONNOLLY, K. J.; EDELMANN, R.; COOKE, L. D.; ROBSON, J. The impact of infertility on psychological functioning. **Journal Psychosomatic Research**, v. 36, n. 5, p. 459-468, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1957/10**, 2010. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>.

CORRÊA, M. V. **A tecnologia a serviço de um sonho**: um estudo sobre a reprodução assistida. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 339-356, 2002.

CUNHA, M. C. V.; CARVALHO, J. A.; ALBUQUERQUE, R. M.; LUDERMIR, A. B.; NOVAES, M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 30, p. 201-210, 2008.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DILTHEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu**: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia. 1. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1980. (Colección Alianza Universidad, 271). Versión de Julián Marías.

DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. **Quality of Life in behavioral Medicine Research**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1995.

DOMAR, A. D.; DREHER, H. **Equilíbrio mente/corpo na mulher**: uma abordagem holística para administrar o estresse e assumir o controle de sua vida. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

DOMAR, A. D.; ZUTTERMEISTER, P. C.; SEIBEL, M.; BENSON, H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. **Fertility and Sterility**, v. 58, n. 1, p. 144-147, 1993.

DURHAM, E. R. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

EDELMANN, R. J.; CONNOLLY, K. J.; COOKE, I. D.; ROBSON, J. Psychogenetic infertility: some findings. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 12, n. 1, p. 163-168, 1991.

ÉPINAY, M. L. **Groddeck: a doença como linguagem**. Campinas: Papirus, 1988.

EVERLY, G. **The clinical guide to the treatment of the stress response**. New York: Plenum Press, 1990.

FAIN, M. Prélude à la vie fantasmatique. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 35, p. 291-368, 1971.

FARIA, C. Aspectos psicológicos da infertilidade. In: CANAVARRO, M. C. (Org.). **Psicologia da gravidez e maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 229-234.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. S.; MULLER, M. C. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 433-439, 2006.

FARINATI, D. M. As causas multideterminadas da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L., BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 45-50.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. FEBRASGO. **Infertilidade conjugal: manual de orientação**. São Paulo, 1997.

FERENCZI, S. **Obras Completas. Psicanálise II**. Tradução Álvaro Cabral. Revisão técnica e da tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma-psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 23-38.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLESHNER, M.; LAUDENSLAGER, M. L. Psychoneuroimmunology: then and now. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews**, v. 3, n. 2, p. 114-130, 2004.

FLICK, U.; VON KARDOFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.). **Was ist qualitative forschung: ein handbuch**. Reinbek: Rowohlt, 2000. p. 13-29. (Pesquisa qualitativa - um manual).

FRANCO JÚNIOR, J. G.; BARUFFI, R. L. R.; MAURI, A. L.; PETERSEN, C. G. **Reprodução assistida**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: _____. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 2. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1893-1895/1996. p. 57-82.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 14. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996. p. 75-108.

FREUD, S. O ego e o id. In: _____. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 19. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 923/1996. p. 13-80.

FURMAN, R. I.; DEVOTO, C. L.; RAMOS, R. A.; URMENETA N. L.; VANTMAN, B. D.; FUENTES, G. A. Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad em hombres y mujeres chilenos. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, v. 62, n. 1, p. 9-14, 1997.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica**. Baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GASPARINI, E. V. R. Quando o paciente simula o desejo de ter filhos: o que fazer? In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 109-111.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

GLASER, R.; KIECOLT-GLASER, J. K. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. **Nature Reviews-Immunology**, v. 5, n. 3, p. 243-251, 2005.

GREEN, A. **Le discours vivant**. Paris: PUF, 1973.

GREIL, A. L. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. **Social Science Medicine**, v. 45, n. 11, p. 1679-1704, 1997.

HALPERN, G. Nutrição e infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 70-73.

HAMMARBERG, K.; ASTBURY, J.; BAKER, H. W. G. Women's experience of IVF: a follow-up study. **Human Reproduction**, v. 16, n. 1, p. 374-383, 2001.

HARRISON, K. L.; CALLAN, V. J.; HENNESEY, J. F. Stress and semen quality in an in vitro fertilization program. **Fertility and Sterility**, v. 48, n. 1, p. 633-636, 1987.

HARRISON, R. F.; O'MOORE, R. R.; O'MOORE, A. M. Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. **International Journal of Fertility**, v. 3, n. 1, p. 153-159, 1986.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.

JACQUEMIN, A.; BARBIERI, V. **O Teste de Apercepção Temática - TAT**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

KIRK, J.; MILLER, M. L. **Reliability and validity in qualitative research**. Newbury Park: Sage, v. 1, 1986. (Qualitative research methods series).

KLEIN, M. Os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: _____. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1975/1932. p. 259-331.

KLEIN, M. Técnica psicanalítica através do brinquedo. In: _____. **Novas tendências da psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980/1955. p. 25-48.

KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991/1930. p. 281-297.

KLEIN, M. Estágios iniciais do conflito edipiano. In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1928. p. 214-227.

KLONOFF-COHEN, H.; CHU, E.; NATARAJAN, L.; SIEBER, W. A. Prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. **Fertility and Sterility**, v. 76, n. 4, p. 675-687, 2001.

LANGER, M. A. **Maternidade e o sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LEE, T. Y.; SUN, G. H.; CHAO, S. C. The effect of on infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. **Human Reproduction**, v. 16, n. 1, p. 762-176, 2001.

LEGENDRE, P. **Revista Mente Cérebro**, ano XIV, v. 211, n. 1, p. 22, 2010.

LEHFELD, N. A. S.; BARROS, A. J. P. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1990.

LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Inventário de Sintomas de Stress para adultos: ISSL**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP, M. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LOPES, G.; MELAMED, R. M. M.; MARTUCCI, R. C. Aspectos emocionais da Infertilidade. In: WROCLAWSKI, E. R.; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Consenso Brasileiro de Infertilidade Masculina, 2**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2003.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MAMEDE, F. V. **Aspectos psicossociais da infertilidade: um estudo monográfico**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MARTY, P. **Les mouvements individuels de vie et de mort**. Paris: Payot, 1976.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MAYRING, P. H. **Einführung in die qualitative sozial forschung**. 5. ed. Meinheim: Beltz, 2002. (Introdução à pesquisa social qualitativa).

MEZAN, R. **Pesquisa teórica em psicanálise: psicanálise e universidade**, v. 2, 1998.

MC DOUGALL, J. **Em defesa de uma certa normalidade:** teoria e clínica psicanalítica. 4. ed. Tradução Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1991.

_____. **Teatros do corpo:** o psicossoma em psicanálise. Tradução Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1989/1996.

_____. **As múltiplas faces de Eros:** uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. Tradução Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1995/1997.

MOREIRA, S. N. T.; LIMA, J. G.; SOUZA, M. B. C.; AZEVEDO, G. D. Estresse e função reprodutora feminina. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.

MOURA, M. D. Vitros veritas: Reprodução Assistida: “Um saber não sem verdade”. **Psychiatry on line Brasil**, v. 17, 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br>>.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

O'MOORE, A. M.; O'MOORE, R. R.; HARRISON, R. F.; MURPHY, G.; CARRUTHERS, M. E. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 27, n. 1, p. 145-151, 1983.

ODDENS, B. J.; TONKELAAR, I.; NIEUWENHUYSEM, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. **Human Reproduction**, v. 14, n. 1, p. 255-261, 1999.

PEDREIRA, S. Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia. In: ROHENKOHL, C. (Org.). **A clínica com o bebê.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 125-130.

PEREIRA, F. **Sonhar ainda.** Do sonho-desejo-realizado ao sonho emblemático. Lisboa: ISPA, 1999.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** São Paulo: Atheneu, 1996.

RIBEIRO, M. **Infertilidade e reprodução assistida:** desejando filhos na família contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RIELCHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas perante a gestação. In: ZUGAIB, M; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Orgs.). **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997. p. 88-97.

ROMEY, L. C. **Avaliação da personalidade de mulheres inférteis: uma contribuição do Rorschach Temático**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SAHAJ, D. A. et al. A psychosocial description of a select groups of infertile couples. **The Journal of Family Practice**, v. 27, n. 4, p. 393-397, 1998.

SANTOS, F. O. C. **Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático**. São Paulo: Atheneu, 1992.

SCHIPERS, O. J.; WICHES, M. C.; MAES, M. Cytokines and major depression. **Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 201-217, 2005.

SEIBEL, D.; CARVALHO, C. A. P. Respostas emocionais do casal na reprodução humana. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO HUMANA, 18., 1998, Porto Alegre. **Anais Eletrônicos**. Porto Alegre, 1998.

SHATFORD, L. A.; HEARN, M. T.; YUZPE, A. A.; BROWN, S. E.; CASPER, R. F. Psychological correlates of differential infertility diagnosis in a in vitro fertilization program. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 158, n. 5, p. 1099-1107, 1998.

SILVA, E. F. S. **O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1984.

SPIELBERGER, C. D.; SARASON, I. G.; ZULCSÁR, Z.; HECK, G. L. V. **Stress and Emotion**, v. 14. New York: Hemisphere Publishing Cor, 1991.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. p. 435-454.

STRAUBE, K. M. (2009). Repercussões psicossociais da reprodução assistida sobre a vida de casais. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 110-118.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TOSEVSKI, D. L.; MILOVANCEVIC, M. P. Stressful life events and physical health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 184-189, 2006.

TRINCA, W. **Formas de investigação em Psicologia**. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda, 1997.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil. **Revista de Psicologia (USP)**, v. 13, n. 2, p. 151-182, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

UMEKAWA, E. E. R. (2010). **Fatores psicológicos envolvidos na Infertilidade por endometriose**. 2010. Monografia de conclusão do Curso (Bacharelado em Psicologia e Educação) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

VAYENA, E.; ROWE, P. J.; GRIFFIN, P. D. **Current practices and controversies in Assisted Reproduction**. Report of a WHO Meeting, Geneva: Switzerland, 2001.

VALLES, M. **Técnicas cualitativa de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional**. Madrid: Editorial Sintesis, 1997.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma-psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 15-22.

VITETTA, L.; ANTON, B.; CORTIZO, F.; SALI A. Mind-body medicine: stress and its impacto on overall health and longevity. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1057, n. 1, p. 492-505, 2005.

WASSER, S. K.; SEWALL, G.; SOULES, M. R. Psychosocial stress as a cause of infertility. **Fertility and Sterility**, v. 59, n. 1, p. 685-689, 1994.

WEST, P. C. Age and infertility. **British Medicine Journal**, v. 294, n. 1, p. 853-854, 1987.

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade**. Tradução J. O. A. Abreu, V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1971/1975.

WINNICOTT, D. W. (1975). A teoria da relação paterno filial. In: _____. **El proceso de maturacion em el nino**. Barcelona: Laia, 1975.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução Irineo Constantino Schurch Ortis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. O relacionamento entre doença física e distúrbio psicológico. In: _____. **Natureza Humana.** Tradução David Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **O gesto espontâneo.** Tradução L. C. Borges. São Paulo: Martins Fontes, 1987/1990.

WINNICOTT, D. W. **Realidad y juego.** Barcelona: Gediva, 1971/1992.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1949/2000. pp. 409-425.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction.** Report of a WHO Meeting. New Delhi: Byword Editorial Consultants, 2002.

ZIMMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos:** Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de Entrevista

1. Motivo da procura do tratamento atual

Razões da busca por tratamento

Tratamento atual, anteriores, duração da Infertilidade

2. Infância

2.1 Principais lembranças

2.2 Relacionamento com a mãe

2.3 Relacionamento com o pai

2.4 Relacionamento com os irmãos

2.5 Desenvolvimento e suas dificuldades: alimentação, sono, desenvolvimento psicomotor e sexualidade

3. Adolescência

3.1 Principais lembranças

3.2 Sexualidade: experiência das transformações corporais, menarca e iniciação sexual

3.3 Relacionamentos familiares

4. Vida atual

4.1 Relacionamento conjugal: história, percepção atual (satisfações/insatisfações)

4.2 Maternidade: razões do desejo por um filho, desejo compartilhado ou não pelo parceiro, expectativa das famílias de origem

4.3 Infertilidade: reações frente ao diagnóstico, atitudes e sentimentos frente à Infertilidade

4.4 Identidade sexual: visão de si como mulher, expectativas e visão de si como mãe

**ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado ao Hospital das
Clínicas da FMRP – USP**

Eu, _____, autorizo a realização da pesquisa “*Psicodinamismos de mulheres com Infertilidade decorrente de problemas de fator hormonal*”, com mulheres que estão sendo atendidas no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP – USP.

Entendo que esse estudo pode ajudar na compreensão dos aspectos emocionais envolvidos na patologia citada, visando a uma posterior melhoria no atendimento a essas mulheres.

Declaro estar ciente que:

- esta pesquisa consiste na realização de entrevistas e aplicação de alguns instrumentos de avaliação psicológica;
- esta pesquisa não implica em nenhum risco à saúde física ou mental das pacientes;
- a participação das pacientes é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se for de sua vontade, sem que isso acarrete prejuízos ao atendimento recebido neste Departamento;
- estou ciente de que este estudo possui finalidade de pesquisa, sendo que os dados obtidos serão utilizados em publicações científicas, sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2010.

Prof. Dr. Rui Alberto Ferriani

Coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – FMRP/USP

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado às participantes

Eu, _____, concordo em participar como voluntária da pesquisa “*Psicodinamismos de mulheres com Infertilidade decorrente do diagnóstico de problemas de fator hormonal*” que está sendo realizada pela psicóloga Patrícia Gomes Accioly Lins sob orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri, junto ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP – USP.

Essa pesquisa tem como objetivo investigar os aspectos emocionais envolvidos na Infertilidade, visando à compreensão mais ampla do quadro de problemas hormonais. Para sua execução, serão realizadas entrevistas e aplicações de alguns instrumentos de avaliação psicológica, nos quais responderei a perguntas sobre minha história pessoal e busca pelo tratamento no Departamento, e contarei histórias sobre gravuras que me serão mostradas. Como este estudo possui finalidade de pesquisa, estou ciente de que os dados obtidos serão utilizados em publicações científicas, sendo minha identidade pessoal preservada por sigilo ético.

Declaro saber que não há riscos diretos envolvidos na minha participação nessas atividades, exceto a possibilidade de mobilização de emoções; nesses casos, a psicóloga oferecerá a mim o apoio necessário para que eu retome o meu bem-estar.

Em termos dos benefícios, a presente pesquisa permitirá melhoria no atendimento às mulheres diagnosticadas com Infertilidade, por meio da compreensão mais completa deles.

Assim, declaro que:

1. compreendi o objetivo e o procedimento desta pesquisa;
2. não sofri nenhuma forma de pressão para participar;
3. se eu desejar recusar ou desistir de participar, não sofrerei nenhum ônus ou penalidade por isso e meu tratamento nesta instituição não sofrerá prejuízos;
4. fui assegurada de que minhas informações e identificação serão mantidas em sigilo;
5. autorizo que a entrevista seja gravada e transcrita na íntegra, para que as informações sejam reproduzidas de forma fiel.
6. em caso de dúvidas, posso entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, pelos telefones (16) 3623-8231 ou 9102-3959, com a psicóloga Patrícia ou com o Departamento de Psicologia (16) 3602-3798 ou, ainda, pelo endereço Avenida Bandeirantes, 3900 do Bairro Monte Alegre, onde fica localizada a Faculdade de

Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- SP, no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada, bloco 5.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2010.

Assinatura da participante

Patrícia Gomes Accioly Lins
Aluna de pós-graduação em psicologia da FFCLRP-USP
CRP: 66261

Profa. Dra. Valéria Barbieri
Orientadora
CRP 06/ 29719-3