



MARIA DE LOURDES CENTA

**DO NATURAL AO ARTIFICIAL:
A TRAJETÓRIA DO CASAL INFÉRTIL
EM BUSCA DO FILHO DESEJADO**

FLORIANÓPOLIS

1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DA
ENFERMAGEM**

MARIA DE LOURDES CENTA

**DO NATURAL AO ARTIFICIAL:
A TRAJETÓRIA DO CASAL INFÉRTIL
EM BUSCA DO FILHO DESEJADO**

**Tese submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do grau de Doutor em
Filosofia de Enfermagem.**

FLORIANÓPOLIS

1998

Orientadora: *Prof^a. Dra. Ingrid Elsen*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DA
ENFERMAGEM**

**DO NATURAL AO ARTIFICIAL: A TRAJETÓRIA DO CASAL
INFÉRTIL EM BUSCA DO FILHO DESEJADO**

MARIA DE LOURDES CENTA

**Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca Examinadora
para a obtenção do título de**

DOUTOR EM ENFERMAGEM

**Área de concentração – Filosofia em Enfermagem e aprovada em sua forma
final em 27 de novembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente
do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.**



Dr^a. Alaceque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do

Curso

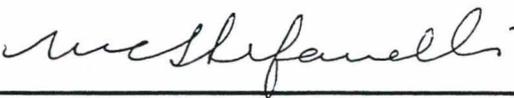
BANCA EXAMINADORA



Dr.^a Ingrid Elsen **Presidente /Orientadora**



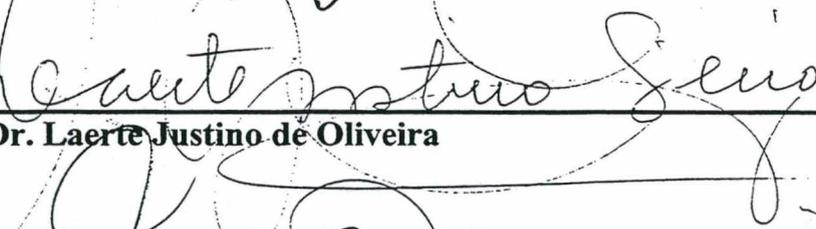
Dr.^a Mercedes Trentini **Membro**



Dr.^a Maguida Costa Stefanelli **Membro**



Dr.^a Magda Rojas Yoshioka **Membro**



Dr. Laerte Justino de Oliveira **Membro**



Dr.^a Vanda Maria Galvão Jouclas **Suplente**

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo milagre da vida, pela beleza do existir e pela infinitude do amor.

A meu pai Verginio Antonio Centa, in memoriam, que com sabedoria, cumplicidade e infinito amor me ensinou a trilhar os caminhos da vida com persistência, fé e trabalho, acreditando sempre num futuro melhor.

À minha mãe Ana Maria, in memoriam, por ter-me dado a luz e me transformado em guerreira, com o seu exemplo, dedicação, força e amor.

AGRADECIMENTOS

Aos *casais participantes* deste estudo, pela disponibilidade em contribuir com o saber da Enfermagem, expondo suas vivências nesta difícil trajetória de busca do filho sonhado e desejado. Sem a contribuição, sem o desprendimento e confiança de vocês este trabalho não seria realizado. Obrigada pelo carinho com que expuseram suas histórias permitindo-me participar de suas vidas.

À *Ingrid Elsen*, pela forma de transmitir seu saber, desvelando novos horizontes, sempre criando, lutando, fazendo acontecer. Você herdou da Dra. Wanda a simplicidade de gente que cuida de gente. Obrigada por me conduzir nesta caminhada com compreensão e amizade.

À *Mercedes Trentini*, pela sabedoria velada que me deu força, incentivo e ajuda neste caminhar. Você sempre foi minha luz no final do túnel. Obrigada pela amizade e carinho compartilhados

À *Maguida Costa Stefanelli*, pela capacidade de ouvir, sugerir e ajudar nas horas mais difíceis. Você sempre foi meu porto seguro nas horas de desânimo e incerteza.

À *Ana Lúcia Fiebrantz Pinto*, pelo colorido especial das suas sugestões, críticas e promessas. Obrigada pelo ombro amigo.

À **Ana Lúcia Mogela**, pelo sorriso gostoso, ar brejeiro e mineirice amiga. Você me fez refletir o cotidiano e esperar por um amanhã melhor.

À **Marlene Montes**, pelo compartilhar de uma amizade sincera que perdura apesar da distância e do tempo. Com você eu aprendi exercitar minha paciência e ver que, apesar da competição de nossos dias, ainda existe amizade verdadeira.

À **Ymiracy de Souza Polak**, pelo desafio proposto e pelo compartilhar amigo nesta caminhada.

À **Ivete Palmira Sanson Zagonel**, pela nossa historicidade profissional, carinho, respeito e amizade.

À **Neneça**, por estar sempre presente, oferecendo um ombro amigo e entendendo as minhas angústias neste jornada solitário. Você foi companheira, guardiã e soube respeitar e compreender as minhas variações comportamentais decorrentes das incertezas deste processo. Você foi mais do que irmã. Obrigada pela sua dedicação e amor.

Ao **Jair**, pela irmandade compartilhada num misto de amor, amizade e cumplicidade. Obrigada pela ajuda e esclarecimentos profissionais.

Aos **meus irmãos**, cunhadas e sobrinhos pela compreensão, apoio, força e amor demonstrados neste difícil caminhar. Vocês cobraram e

compreenderam as minhas ausências dando carinho e amor.

Aos **meus amigos**, pela ausência / presença, pela força, compreensão, apoio e carinho, sentidos neste compartilhar de mais uma escalada em minha vida.

Ao **Tio João**, pelas acolhidas carinhosas, o lugar de destaque, por ter sempre demonstrado o carinho de amigo. Você me fez sentir em casa. Obrigada, pela amizade.

Ao **Dani**, pelo socorro nas horas de desespero, quando pensava que a máquina me tinha vencido e levado não sei para onde todo o meu trabalho. Obrigada pelo carinho e presteza em atender os meus pedidos de socorro.

À **Melissa** que com sorriso e história de menina / mulher dava um pouco de colorido ao meu ser solitário e cansado.

À **Edi**, pela disponibilidade, responsabilidade, ajuda e amizade. Obrigada pelos sábados e domingos de trabalho compartilhado.

À **Sueli**, pela dedicação, vigilância, disponibilidade e presença silenciosa. Obrigada pelos cafezinhos adoçados com carinho.

Ao **Edson**, pela amizade e presteza em ajudar-me quando a máquina falhava.

À ***Pro-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação*** da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio, confiança e amizade.

Às ***colegas do Departamento de Enfermagem de Universidade Federal do Paraná***, pelo apoio, amizade, carinho e estímulo recebidos. Com vocês eu compartilho a minha história e luta pelo ideal profissional. Obrigado, pela cumplicidade e pelas divergências que nos fazem crescer.

À ***Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem, área Filosofia de Enfermagem***, pela acolhida e pelos momentos felizes vividos.

À ***CAPES***, pelo apoio financeiro, sem o qual tudo seria mais difícil.

A ***todos*** os que participaram deste caminhar, oferecendo apoio, amizade, amor e compartilhando dos momentos difíceis: meu amor, minha gratidão e amizade.

RESUMO

Este estudo refere-se ao desvelamento da trajetória do casal infértil em busca do filho desejado. Emergiu de questionamentos durante a minha atuação na Área Materno-Infantil, quando tive oportunidade de conviver com esse tipo de casal e, também, da minha forma de ver o ser humano interagindo no seu meio social com seus mitos, ritos, valores, símbolos e significados. A interação com estes casais levou-me a questão norteadora deste trabalho: **Qual é o processo vivenciado pelo casal infértil na busca do filho desejado?** Com o objetivo de compreender o processo vivenciado pelo casal infértil na busca de um filho. Escolhi como referencial teórico-metodológico o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados, visto que este referencial me proporcionaria descobrir, através de relatos verbais, a trajetória percorrida por estes casais em Clínica de Reprodução Humana, na qual obtive a amostragem teórica. Os dados obtidos foram analisados e categorizados, tendo-se como categoria central: **BUSCANDO O FILHO DESEJADO**. As demais categorias são: **RELEMBRANDO FATOS, SENTINDO UM VAZIO, TOMANDO DECISÕES, SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE, UTILIZANDO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA, VIVENCIANDO SENTIMENTOS, EMOÇÕES E SENSACÕES, BUSCANDO FORÇAS, CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO, ACEITANDO O PLACAR**. O contido nestas categorias mostram o que os casais inférteis vivenciam e o que são capazes de enfrentar para realizar seu desejo. Eles agem e reagem de acordo com o significado que o filho tem para eles e para o meio em que vivem. Isto me possibilitou construir a teoria substantiva **DO NATURAL AO ARTIFICIAL: A TRAJETÓRIA DO CASAL INFÉRTIL EM BUSCA DO FILHO DESEJADO**, a qual possibilita visualizar não só um casal infértil que procura recursos para realizar o desejo de ter um filho, mas um ser humano e, portanto, o planejamento e execução de uma assistência mais humanizadas a estes casais.

ABSTRACT

This work presents a description of the trajectory of the infertile couple in search of the wanted son. This work started with reflections during my job as a teacher in the Maternal-Child Area, when I had a close contact with infertile couples. It's also the result of my way of seeing the human being interacting in their social environment with their myths, rites, values, symbols and meanings. The interaction with these couples led me to the main question of this work: **What is the process which the infertile couple in search of the wanted son goes through?** With the aim of understanding this process I have chosen as a theoretical-methodological referential the Symbolic Interactionism and the Grounded Theory Research, since this referential allows me to discover, through verbal reports, the trajectory made by those couples in a Human Reproduction Clinic, where I obtained the theoretical sample. The data was analysed and categorised, having as their central category, **SEARCHING THE WANTED SON**. The other categories are: **REMEMBERING FACTS, FEELING EMPTY, TAKING DECISIONS, SUSPECTING INFERTILITY, USING ASSISTED REPRODUCTION, EXPERIENCING FEELINGS, EMOTIONS AND SENSATIONS, SEARCHING STRENGTH, CONDITIONS THAT INTERFERE WITH THE SEARCH FOR A CHILD, ACCEPTING THE RESULTS**. The content of these categories show what they are capable of facing in order to make their wish come true. They act and react according to the meaning that the child has for them and for the environment in which they live. It has given me the possibility of constructing the substantive theory **FROM NATURAL DO ARTIFICIAL: THE TRAJECTORY OF THE INFERTILE COUPLE IN SEARCH OF THE WANTED CHILD**, which allows visualising not simply an infertile couple who are looking for the resources to make their wish come true, but human beings and, therefore, the planning and execution of a more humane assistance to these couples.

SUMÁRIO

I	INTRODUZINDO O TEMA E A QUESTÃO DO ESTUDO	001
II	REVISITANDO A LITERATURA	012
	2.1 FAMÍLIA	013
	2.2 A SIMPLES E COMPLEXA TRAJETÓRIA DO NASCER	023
	2.3 INFERTILIDADE.....	037
	2.3.1 Conceito, causas e procedimentos.....	038
	2.3.2 Evolução do conhecimento	046
	2.3.3 Infertilidade hoje	050
III	DEFININDO UM REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	055
	3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	056
	3.1.1 Símbolo e Significado	061
	3.1.2 Self.....	063
	3.1.3 Ação e Interação.....	066
	3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	069
	3.2.1 Amostragem Teórica: Seus Atores.....	077
	3.2.2 Proteção dos Direitos.....	080
	3.2.3 Coletando os Dados e Fazendo a Análise	082
IV	A TEORIA CONSTRUÍDA: DO NATURAL AO ARTIFICIAL: a Trajetória do Casal Infértil em Busca do Filho Desejado	091
	4.1 RELEMBRANDO FATOS.....	094
V	DISCUTINDO OS DADOS.....	166
	5.1 DO NATURAL AO ARTIFICIAL E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	173

VI	TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E APONTANDO ALGUMAS AÇÕES.....	178
VII	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186

LISTA DE QUADROS

1	RELEMBRANDO FATOS.....	094
2	SENTINDO UM VAZIO	100
3	TOMANDO DECISÕES.....	109
4	SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE.....	112
5	UTILIZANDO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	121
6	VIVENCIANDO SENTIMENTOS, EMOÇÕES E SENSAÇÕES	138
7	BUSCANDO FORÇAS	151
8	CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO	155
9	ACEITANDO O PLACAR.....	159
10	SÍNTESE DA TEORIA CONSTRUÍDA: DO NATURAL AO ARTIFICIAL: a Trajetória do Casal Infértil em Busca do Filho Desejado.....	165



**I. INTRODUZINDO O TEMA E A
QUESTÃO DO ESTUDO**

Relembrando minha trajetória na Enfermagem, verifico que algumas situações marcaram mais o meu viver profissional; entre elas, o meu interesse pela obstetrícia, evidenciado desde quando era aluna de graduação. Acredito que esta tendência tenha ocorrido devido ao meu amor pela vida, manifesto no deslumbramento sentido diante do processo de nascer e de viver...

Jamais esquecerei a emoção sentida durante o primeiro parto do qual participei, quando ainda no curso de graduação. Tomar parte neste rito de vir-ao-mundo do ser humano, mostrou-me o expresso e o contido no encontro de dois seres, quando então ocorreram dois nascimentos: de um lado o nascer de uma criança aparentemente frágil, delicada, expressão pura de amor e inocência; de outro lado, o nascer de uma mulher “mãe” forte, lutadora e amante; tudo isso, numa simbiose total, demonstra a beleza do sagrado em sintonia com a natureza. O ser humano, no simples e complexo fenômeno do nascer, despertou em mim a vontade crescente de conhecê-lo e de fazer parte da equipe que assistia o binômio mãe-filho e dele cuidava.

Depois de formada, fui exercer minhas atividades como enfermeira-chefe em um Hospital Maternidade Público, onde conheci a “garra” da mulher-mãe-brasileira; tentando compreendê-la, aprendi sobre sua verdadeira realidade vivida coisas que nem os livros nem a escola me haviam ensinado. Pude ver e sentir suas lutas pela sobrevivência física, emocional e social dentro de uma sociedade capitalista, mecanicista na qual a supremacia masculina, geralmente, é cultivada e cultuada.

Não sei se foi este convívio, ou a minha inclinação em seguir uma linha mais humanista de cuidar, que me fizeram procurar, cada vez mais, interagir com mulheres durante o seu ciclo reprodutivo. Neste meu caminhar observei que o homem/pai, co-responsável pela geração e criação dos filhos, ficava tal qual “bobo da corte,” alijado do processo de gestar e

parir o filho que era, antes de tudo, produto do ato de amor de ambos, homem e mulher.

Durante a gravidez, quando o sistema de saúde preconizava a atenção especial à assistência materna, visando diminuir os índices de morbi-mortalidade materno-fetal, este homem, dependendo de sua classe social, não era autorizado sequer a participar das consultas de pré-natal, realizadas por suas esposas ou companheiras. Outros pais ficavam à margem do processo, com todas as suas dúvidas, medos e ansiedades.

Nessa época e, ainda hoje, muitos cursos de preparo para o parto só enfocam a fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, crescimento fetal, noções de parto sem dor, cuidados com a criança e o crescimento e desenvolvimento infantil. Esses conhecimentos geralmente são oferecidos de maneira formal e com linguajar técnico; fazem com que as mulheres pouco entendam ou perguntem sobre sua gravidez, o que demonstra a falta de interação entre clientes e profissionais de saúde.

Tais fatos, cada vez mais, me inquietavam e impulsionavam-me na busca de melhor atendimento às necessidades biopsico-sociais da mulher grávida, conforme preconizava Horta (1979), ao apresentar uma sistematização para a assistência de enfermagem.

Em 1974, como enfermeira, atuando junto às mulheres em fase reprodutiva, fui contratada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), para atuar no Hospital de Clínicas (HC), sendo designada para exercer a função de supervisora de enfermagem na maternidade. Além do papel administrativo, tive oportunidade de interagir tanto com mulheres gestantes, parturientes, puérperas, como também com aquelas que vivenciavam o processo de perder o filho, desejado ou não. Pude ampliar minha visão em relação ao trabalho da equipe profissional que atendia esse tipo de pacientes, como médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, estudantes, entre outros.

Esta vivência levava-me, cada vez mais, a questionar o tipo de assistência oferecido e a procurar um caminho capaz de conduzir-me a uma forma de assistir melhor a mulher na fase reprodutiva, bem como sua família. Em 1975, fui indicada para fazer um curso de Especialização sobre Metodologia da Assistência de Enfermagem na Escola Ana Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), de onde retornei convicta de ter adquirido maior conhecimento sobre o processo de enfermagem de Horta (Horta,1979). Isto me possibilitou introduzi-lo na minha práxis, ajudando-me a minimizar os problemas sentidos pelas mulheres nos seus processos de reprodução, melhorando a assistência a elas dispensada.

Nesse mesmo ano, fui convidada para ser professora colaboradora do Curso de Enfermagem da UFPR. Sentindo a necessidade de qualificar-me para poder exercer a docência, visto que minha experiência nesta área se resumia no ensino de 1º grau da rede pública de ensino do Estado e de 2º grau, em escola particular de ensino para auxiliares e técnicos de enfermagem, decidi realizar o Curso de Mestrado. Ingressei no Programa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), quando aumentaram minhas angústias, questionamentos e vontade de obter maiores conhecimentos para compreender e mudar a realidade profissional vivenciada. Preocupada em obter conhecimento para melhor assistir a “família grávida”, desenvolvi minha dissertação de mestrado sobre “A Experiência vivenciada pelos homens, durante a primeira gravidez de suas esposas/companheiras”. Foi neste trabalho que senti quanto era importante a participação da família no transcurso de uma gravidez, pois a família está inserida num contexto social, que forma uma rede de relação composta por parentes, amigos, vizinhos, sistema formal ou informal de saúde, entre outros (Centa, 1981).

Ao retornar, como mestra, para o Curso de Enfermagem, procurei redimensionar os conteúdos programáticos da disciplina Enfermagem Obstétrica e incluir no currículo, que estava sendo elaborado, a disciplina

“Família”. Mesmo antes de ter concluído o Curso de Mestrado, dei início à realização da consulta de enfermagem à gestante sadia no serviço de Pré-Natal do Hospital das Clínicas, como processo de ensino-assistência, colocando em prática o Processo de Enfermagem de Horta (1979), adaptando-o à nossa prática. No início, de forma incipiente, mas como primeira experiência dentro do contexto universitário de saúde, desejava que esta “sementinha”, plantada num universo tradicional e conservador (mundo médico e de enfermagem), crescesse e desse bons frutos.

Com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1983), e o preparo de enfermeiras para esta ação, novos adeptos, entre estes as professoras de enfermagem, aderiram ao programa, mudando seus conceitos e práticas relacionados ao atendimento da mulher. Foi nesta época que comecei a observar o número de mulheres que engravidavam só para poderem fazer laqueadura tubária, após o parto. Isto porque o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Clínicas realizava esta intervenção, quando a gestante freqüentava seu serviço de pré-natal e a solicitava, de acordo com normas vigentes do serviço e aprovação da comissão de ética médica.

No ambulatório de Pré-natal e Reprodução Humana, constatei que só as condutas preconizadas pelo PAISMC não eram suficientes para suprir as necessidades de saúde da mulher, as quais, em seu processo de saúde/doença, utilizavam como recursos não só os serviços institucionalizados de saúde, mas também uma rede informal que ia desde a troca de informações até novas formas de tratar a doença, como o sistema popular de Saúde. Esta prática dependia do grau de credibilidade de cada uma e do contexto onde se inseriam. Isto veio reforçar minha forma de ver o ser-no-mundo como ser total inserido e integrado em seu mundo-vida, com seus mitos, ritos, simbolismos e significados.

Na mesma época, participei da organização da primeira clínica de Andrologia de Curitiba, onde senti a presença marcante do tabu que envolve a potência reprodutora do homem. Esta instituição foi organizada, segundo normas específicas, a fim de preservar a integridade dos clientes, cujo valor naquele momento se referia à sua virilidade. Esta atividade representou um grande desafio para mim, devido à alta complexidade e tecnologia utilizada; o tipo de clientela atendida; e o meu despreparo técnico-científico na área. Foi aí que comecei a envolver-me com a problemática do casal infértil: para esta clínica previa-se, além do atendimento dos casos de andrologia, o desenvolvimento de um programa de reprodução humana para atender estes casais.

Com a divulgação do trabalho realizado e de minha participação nele, comecei a ser procurada por amigos e conhecidos com o objetivo de obterem informações sobre o “tratamento para ter filho”. Com o passar do tempo, esta procura foi aumentando, até por mulheres que tinham feito laqueadura tubária e queriam reverter o processo, pois estavam, naquele momento, com outro companheiro. Foi interagindo com esta clientela que descobri ser a infertilidade, para o indivíduo, dependendo de sua cultura, uma questão que envolve o “instinto reprodutivo”, a “honra” de poder procriar e a importância de conseguir o filho desejado. Isto gerava intensas emoções e sentimentos que repercutiam no processo de viver destes indivíduos. O filho, para muitos casais, representava a continuidade da descendência e como eles diziam “família sem filho não tem graça”.

A infertilidade é um problema de saúde que atinge a humanidade desde os tempos mais remotos. O “não ter filhos” sempre esteve envolto por mitos, ritos e símbolos próprios de cada cultura e de acordo com sua temporalidade. Atualmente, o processo de ser infértil está sendo analisado através da avaliação de inúmeros fatores que têm influência sobre o contexto natural, os quais estão relacionados com os aspectos biopsicosociais que habitam o mundo vida do casal infértil. Mesmo hoje,

quando cientistas procuram desenvolver, descobrir e inventar técnicas, cada vez mais especializadas, específicas e complexas para o tratamento deste distúrbio, ainda encontramos povos que admitem e utilizam crenças e tabus relacionados ao fenômeno de não ter filhos (Keye, 1995). Hoje é sabido que a infertilidade possui múltiplas causas e que a responsabilidade da não procriação deve ser dividida entre o casal.

Foi este meu caminhar, junto aos casais com problemas de infertilidade, que me levou a refletir sobre a constituição familiar e as influências exercidas pelo público no privado, ou seja, a interferência do mundo social na vida familiar. Embora os tipos, características e comportamentos da família de hoje já não sejam os mesmos do período feudal, ainda se percebe que esta instituição, dita “célula mater da sociedade”, segue suas regras e normas. Parece que ainda é importante o que Deus disse para Adão e Eva quando os expulsou do paraíso, por terem comido o fruto proibido, “crescei e multiplicai-vos” – Gênesis,1:28 (Barsa, 1965).

Hoje, a realidade nos mostra na mídia que mesmo casais homossexuais e adultos sem companheiros expressam publicamente o desejo de ter filhos, o que está sendo denominado de “produção independente”. Não se referem à adoção, mesmo conhecedores, através da mesma mídia, do problema dos menores abandonados e dos meninos de rua. Sabe-se também que para atender esta demanda os países, ditos de primeiro mundo, investem em pesquisas à procura de novos procedimentos que facilitem a obtenção do filho desejado, até para mulheres em idade avançada e na menopausa, como foi o caso ocorrido na Itália, completa e amplamente noticiado pela mídia.

O atendimento à clientela infértil é pequeno ou inexistente na rede básica de saúde, pois requer para sua execução, profissionais e serviços complementares especializados. Há, entretanto, interesse cada vez maior,

em aperfeiçoar o saber sobre Reprodução Humana e de colocá-lo à disposição dos casais, mesmo que isso tenha de envolver sistemas de referência e de alta complexidade existentes em hospitais de ensino e em alguns da rede privada de saúde.

Para o enfermeiro este recorte do sistema de saúde parece encontrar-se ainda completamente encoberto, não só pelo desconhecimento e compreensão do que seja “casal infértil” como também da complexidade técnico-científica envolvida. É escassa a presença de enfermeira em clínicas de reprodução, mesmo nos locais onde já se desenvolve o processo de trabalho de forma coletiva.

No Brasil, apesar de que o Ministério da Saúde, através do PAISM (1983), estabelece que a assistência completa nas Ações de Planejamento Familiar deve incluir a concepção, esta ainda não faz parte do atendimento da Rede Básica de Saúde, pois requer, para a simples execução de diagnóstico, profissionais e serviços complementares especializados e, para o seu tratamento, unidades de alta tecnologia e complexidade. Devido a esses fatores, as pessoas das classes sociais economicamente menos favorecidas não têm tido acesso a esse recurso, o qual só se torna possível em alguns hospitais-escolas ou em clínicas particulares.

Visualizando e vivenciando a enfermagem como profissão de “*gente que cuida de gente*”, como Horta (1979:31) dizia, acredito que a enfermeira não possa se omitir no processo que propicia a realização do grande sonho dos casais inférteis, ou seja, da sua luta para ter um filho.

A prática de enfermagem abrange não só o conhecimento técnico-científico, mas também a compreensão e o conhecimento do processo desenvolvido pelo cliente/família, inserido em seu mundo-vida repleto de significados, gerando ações e reações. Em se tratando de casais inférteis, sua conduta, muitas vezes, é influenciada por fatores socioculturais, familiares e econômicos que interferem no seu processo de ter ou não o

filho. Esses fatores podem ser expressos através de uma interação efetiva, a qual propicia à enfermeira melhor conhecimento e compreensão das necessidades, desejos e sentimentos experienciados, permitindo-lhe elaborar e executar um plano de assistência compatível com as necessidades sentidas pelo casal. Esta forma de ação da enfermeira resultará em um possível modelo de assistência, o qual possibilitará ao casal infértil uma melhor compreensão do seu problema e do tratamento realizado oferecendo-lhe oportunidade para tomar decisões em relação ao caminho a ser seguido para atingir seu objetivo, satisfazendo assim suas necessidades e tornando-os mais saudáveis. Em relação à equipe multiprofissional, visualizo uma enfermagem integrada, participante, que realiza um trabalho compartilhado, cujo resultado será o encontro de uma resolução do problema, seguindo-se a trajetória escolhida pelo casal e trabalhada tanto pela equipe como pelo casal infértil.

Na minha busca por conhecimento sobre o processo vivenciado pelas famílias em fase reprodutiva, senti a necessidade de mais estudos a respeito para obter respostas aos meus questionamentos. Procurei ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, curso de Doutorado em Enfermagem, com área de concentração em Filosofia de Enfermagem. A escolha deste curso foi devida a vários fatores, sendo o conteúdo programático do curso, com sua abrangência e possibilidades de aprofundamento, a principal motivação. Vi nesse programa a possibilidade de obter respostas aos meus questionamentos, de compreender o processo vivenciado pelo ser humano, saudável ou não, dentro de seu mundo-vida, de poder aplicar na prática os conhecimentos adquiridos e, principalmente, de conseguir subsídios para compreender e assistir o casal em seu processo de vencer o desafio da infertilidade.

Espero que os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Doutorado, aprofundados, organizados e concentrados na presente tese, possam ajudar os profissionais interessados no assunto e principalmente os

enfermeiros a questionar e reorganizar sua práxis, tendo como fundamentação uma melhor compreensão do casal infértil. O conhecer e compreender a trajetória do casal infértil, associado ao conhecimento técnico-científico específico da área, pode dar oportunidade ao enfermeiro de participar desta equipe criando novos espaços de atuação, quer em nível de rede básica de saúde, quer nos serviços de alta complexidade.

Quanto mais conhecermos o mundo-vida desses indivíduos mais poderemos colaborar para minimizar suas necessidades através de uma ação conjunta, interativa e humanista e, assim, transformar sua busca em algo mais harmonioso e saudável, procurando transformar o sonho, a esperança e o desejo em realidade, por meio de processo menos doloroso para o casal e sua família.

Diante do exposto, como profissional da área de saúde, tenho diversos questionamentos em relação à infertilidade e escolhi para este trabalho a seguinte questão norteadora:

Questão Norteadora

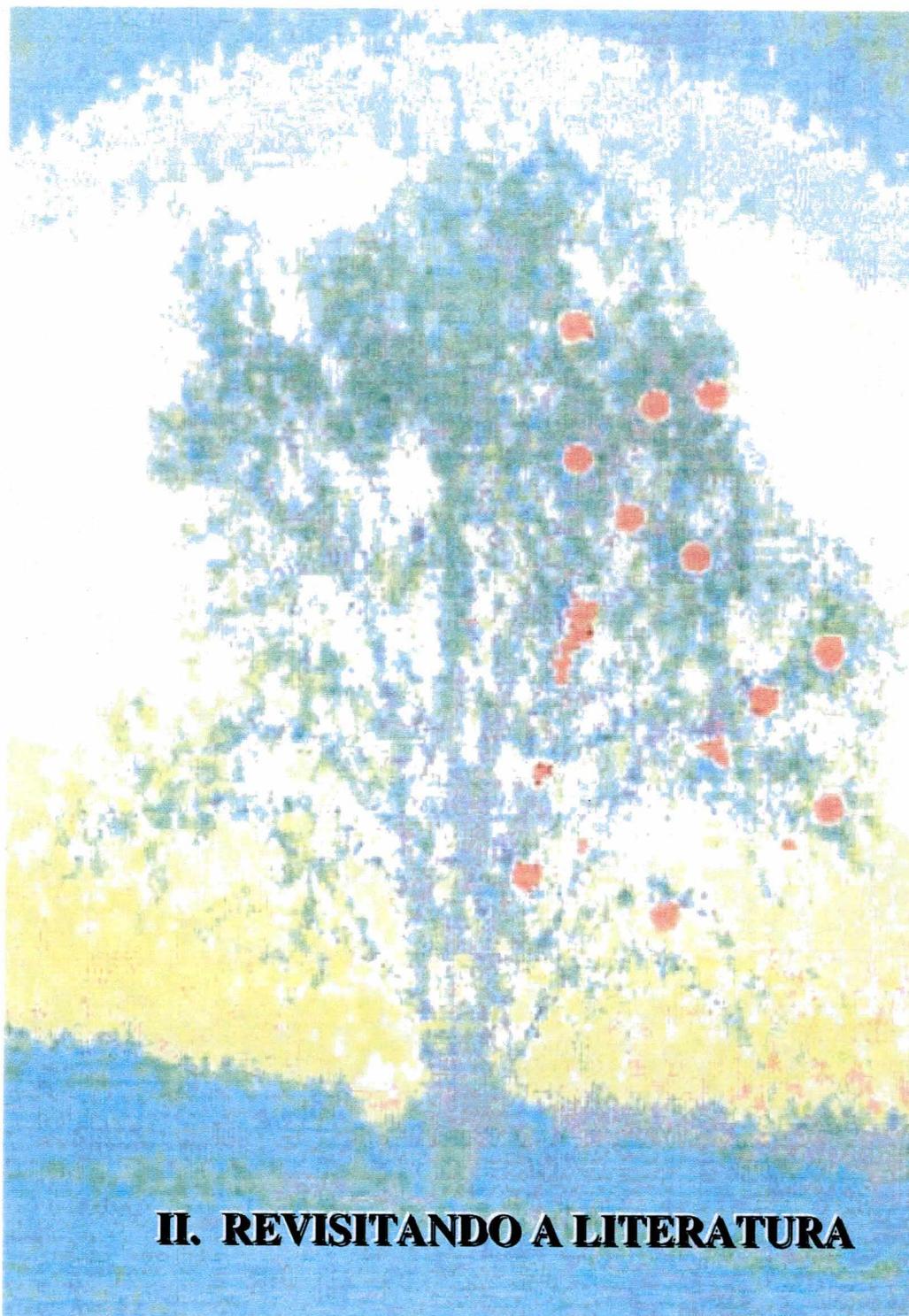


Qual é o processo vivenciado pelo casal infértil na busca do filho desejado?

Visando atingir o objetivo de:

Descrever o processo vivenciado pelo casal infértil na busca de um filho.





A infertilidade implica a convivência de um casal e é, em si mesma, um tema que traz inerente a ele a figura da família, a trajetória do nascer e a própria infertilidade. Para melhor compreensão do tema esses aspectos serão abordados a seguir.

2.1 FAMÍLIA

Reconhecendo que o viver em família é que dá suporte para entender o significado de nossa herança cultural, dos valores transmitidos, da sociabilidade exigida pelo meio em que vivemos, entre outros, considere necessário entender um pouco mais a família para compreender o significado de ser infértil para os casais.

Atualmente, ter filhos não resulta apenas do instinto reprodutivo, é também ato de amor que envolve o desejo geralmente consciente do casal; este desejo se insere em um sistema de parentesco numa sociedade, em uma teia de pessoas com as quais interage. Na sociedade de tradição romano-cristã, ter filho é decorrência da legitimidade do casamento, ou seja, da constituição de uma nova família. Não se poderia compreender a experiência vivenciada pelo casal infértil, sem antes conhecer a evolução histórica da família e a importância que um filho tem nesta instituição.

Refletir sobre família é ingressar no universo da realidade, do imaginário, do sonho e da utopia. É rever o passado, viver o presente, pensar o futuro. É ver como a ordem natural pré-estabelecida perdura

através dos tempos, mudando apenas as tonalidades, mas mantendo sua essência, ou seja, seus valores, significados, funções e papéis.

É ver como o ontem interfere no hoje e como este alicerça o amanhã. É ver que a família, forma de relação homem-mundo, perpassa a temporalidade, ditando suas leis, normas, funções, interferindo na vida dos povos e escrevendo sua história. A história é contada por diversos autores; para elaborar esta síntese da sua evolução, tomei como base os escritos de Engels (1995); Aries (1981); Muraro (1992); Aries & Duby (1991).

Num mundo de relações entre o público e o privado, vamos encontrar o homem e a mulher desenvolvendo funções e exercendo papéis, para realizarem a maior e a mais simples e complexa produção humana, ou seja, conceber e ter um **filho**. Estes papéis, foram exercidos sob diversas formas, dependendo da época e dos povos. Observa-se que no início dos tempos, na época da selvageria e barbárie, os povos praticavam o heterismo, o que impossibilitava o estabelecimento da linhagem paterna, conferindo a mulher/mãe o título de única progenitora conhecida, fato pelo qual a mulher gozava de grande apreço, respeito e detinha o domínio absoluto do clã (ginecocracia) até a instituição da monogamia. A gens baseava-se no matriarcado, em que a mulher exercia atividades importantes na produção de bens de consumo, sobrevivência da reprodução de seres humanos para a ocupação territorial e perpetuação da espécie.

A natureza realizava sua seleção natural reduzindo cada vez mais o casamento em grupo até chegar a união entre um homem e uma mulher. Esta evolução teve sua origem com a domesticação de animais e a criação de gado; os povos pastoris foram ganhando terreno; a caça, que em outros tempos servia de subsistência, passa a ser passatempo. Os rebanhos tornaram-se propriedade dos chefes de família, assim como os objetos de metal e os escravos. À medida que os homens foram acumulando riquezas, e assumindo posições mais importantes do que as mulheres no seio da

família, valeram-se destas vantagens para inverter a ordem da herança estabelecida, em proveito dos filhos e com isso aboliram o direito materno, substituído pelo direito paterno. O homem apoderou-se da direção da casa, convertendo a mulher em sua escrava e simples objeto de reprodução, surgindo então a família patriarcal, monogâmica, na qual, para assegurar a fidelidade feminina e a paternidade de seus filhos, a mulher foi entregue ao poder absoluto do homem.

O domínio do homem sobre a mulher tinha como finalidade principal a procriação de herdeiros, que um dia tomariam posse dos bens do pai (Engels, 1995). Nesta época, exigia-se que a mulher guardasse castidade, mantivesse fidelidade conjugal rigorosa e tolerasse a infidelidade do marido: para ele, ela não passava de mãe de seus filhos legítimos e herdeiros; era aquela que governava a casa e vigiava as escravas, as quais ele, homem, podia transformar em concubinas.

Com a Revolução Francesa, pretendia-se transformar os costumes e criar um novo homem em aparência, linguagem e sentimentos. Isto, entretanto, fracassou devido à resistência das pessoas e porque os costumes se mostraram mais fortes que as leis. Foi no século XVIII que o público se tornou coisa do Estado e o privado foi valorizado, ressaltando o sentido familiar. Diferenciaram-se os papéis sexuais, estabelecendo-se a oposição entre homem (mundo público) e mulher (mundo privado).

No século XIX, com a reforma social, o Estado invadiu a vida familiar, legislando sobre o casamento, regulamentando o processo de adoção, determinando os direitos dos filhos naturais, instituindo o divórcio e limitando o poder paterno. Era ele quem garantia os direitos individuais, encorajava a união familiar e paterna.

A mulher, entretanto, continuava imersa na redoma da vida privada. Era identificada pela sua sexualidade e pelo seu corpo: seu útero definia seu lugar na sociedade; tornando-se símbolo da fragilidade, devia ser

protegida, pois era o centro do lar e da família. Distanciava-se das atividades públicas (negócios), transformava-se em mãe e dona de casa e com isso dependente do homem, inserido no público e responsável pelo sustento do lar. A família era construída voluntariamente, tendo como chefe o pai.

Na maior parte do mundo, o casamento monogâmico continuava sendo o fundamento de uma família nuclear, cuja afetividade era fortalecida e os filhos ocupavam lugar de destaque. A família era responsável pelo funcionamento econômico; transmissão de patrimônio; produção de crianças; pela sua socialização, pureza e saúde, era ainda a transmissora de valores e agia ligada às tradições religiosas e políticas do meio social. Era a garantia do bom nascimento e do bom sangue. No final do século XIX, toda mãe se ocupava de seu bebê, e essa dedicação aos filhos era expressa até pela instrução deles. Ela se dedicava a essa tarefa, mantendo as diferenças sociais e sexuais da criança. Foi em nome do interesse da criança que, no começo do século XX, ocorreu no Brasil a intervenção de juizes, médicos e policiais no ambiente do privado, tendo os médicos de família (higienistas) ocupado papel de destaque.

O pai, porém, continuava dominando, pois o Código Civil estabelecia a superioridade absoluta do marido e do pai na família, o qual dominava o espaço público e o privado: era ele o senhor do dinheiro e do poder de decisão; dava o nome à prole, o que ainda prevalece nos dias de hoje. Existia nele, entretanto, um constante desejo de ser pai. A paternidade preenchia um vazio intenso; ela era como um desdobramento da existência, uma espécie de imortalidade. A paternidade, para os proletários, constituía simultaneamente a forma mais elementar de sobrevivência, patrimônio e honra. A classe operária se apropria da paternidade/virilidade; essa clássica visão da honra masculina era oriunda das sociedades rurais tradicionais e sobre ela edificava parte de sua identidade.

No começo deste século, iniciou-se, nos Estados Unidos, o movimento feminista individualista, o qual, entre outras coisas, era contra os casamentos “arranjados”, isto porque, cada vez mais, as pessoas desejavam uma aliança baseada no amor, e porque os homens não queriam mais esposas submissas, mas esposas amorosas, alguns almejando até a igualdade de relação. Os papéis da mulher sofreram constante revalorização, perante uma sociedade interessada no utilitarismo, preocupada com os filhos e atormentada por suas próprias contradições. O feminismo, bem como o discurso da maternidade social, apresentado pela Igreja Católica e pelo Estado, foram introduzidos no direito e estabeleceram princípios.

No período entre 1840-1900, no Brasil, as mulheres brancas administravam o lar, os empregados e os filhos, sendo estes em média 7 por família. Elas já possuíam consciência de si próprias, submetiam-se a códigos, não eram passivas nem resignadas, mas tentavam construir sua própria visão de mundo. Entre suas funções, a principal era dar à luz e cuidar das crianças; sendo costume a utilização de amas de leite entre as mais abastadas, ou seja, as mais pobres amamentarem as “crias” das mais ricas.

O filho ocupava o centro do grupo familiar e era o alvo afetivo, econômico, educativo e existencial, pois como herdeiro representava o futuro da família, seu sonho, seu projeto e sua forma de perpetuar-se através dos tempos. De acordo, entretanto, com as diversas localidades, o desejo de ter filhos dependia da vontade dos pais, pois eram levados em conta os fatores ideológicos. Geralmente, este desejo era expresso com grande intensidade não só por causa da linhagem e dos papéis, mas por vontade; o sentimento materno, por extensão, expressava o sentimento paterno. Isto, entretanto, não chega ao ponto de incluir a adoção na vida do casal, que preferia ter seus próprios filhos, ou seja, filhos de sangue para transmissão de nome. O filho era objeto de amor e a infância um privilégio da vida. A

maternidade e a paternidade constituíam valores em alta, o filho já não era relegado à mãe, porque o pai já o exibia como valor.

No Brasil, pela sua extensão territorial, pela biodiversidade de seu continente, pelas diferentes etnias que abrigou desde a época de seu descobrimento, pelo tipo de colonização e influências recebidas do Reino, da Igreja Católica e dos higienistas coabitamos com as mais diferentes formas de viver em família. Atualmente, estas formas são representadas pelas famílias indígenas, que vivem no interior de nossas florestas, por aquelas dos grandes centros urbanos e rurais, perpassando pelas famílias constituídas de intelectuais, profissionais liberais, comerciantes, operários, de mãe solteira, de pais separados e de homossexuais.

Toda família tem uma história e cria história, dentro da qual estabelece um nível de relacionamento com o ambiente, modificando-o e sendo modificada por ele; a liberdade dos seres humanos em relação ao grupo familiar, e deste perante o ambiente, significa que a partir de uma dada situação e enfrentando um determinado acontecimento, a família tem várias possibilidades de encontrar soluções e vários caminhos para seguir e atingir seus objetivos. Ela reage de modo diversificado em relação ao ambiente que a circunda, caracterizando seu modo de interagir, influenciando os intercâmbios estabelecidos. As pessoas que não compõem o grupo familiar, mas que com ele mantêm relação, são fontes de enriquecimento, de sustento em caso de dificuldades e, às vezes, até de conflito, sendo possível utilizar esses recursos como forma de aumentar suas potencialidades (Carvalho, 1995).

Para Ribeiro; Ribeiro (1995), há indícios de que, no Brasil, antes da abolição e Proclamação da República, as classes altas e médias, mais abastadas e intelectualizadas, geravam proles numerosas, valorizando os filhos homens: viabilizavam a perpetuação do nome da família e a condição de classe. Utilizavam a prática de deixar vir os filhos desde o casamento até

a menopausa, o que era preconizado pela Igreja, reforçado pela submissão da mulher e apoiado pelos higienistas; entretanto, nas classes menos abastadas, a prole não era numerosa. Havia alta incidência de celibatários. As uniões consensuais ou eventuais produziam filhos ilegítimos, os quais, com freqüência, eram abandonados ou doados e parte destas crianças eram recolhidas pelas Santas Casas de Misericórdia; a mortalidade infantil era alta. Ter filhos representava a castidade no matrimônio, a prosperidade e virilidade do homem e a feminilidade e dedicação da mulher. Ter e criar muitos filhos significava dar sua contribuição à sociedade e fortalecer a rede de parentesco consangüíneo e, por afinidade, as suas estratégias de ajuda mútua.

No Brasil, este processo começou a ser revertido a partir do século XIX; no século XX, isto já não acontecia, pois a partir dos anos 40 deste século, eram as classes populares as que mais proliferavam, devido à necessidade de reserva de mão de obra para o processo de industrialização. Este processo gerou uma política de proteção ao trabalhador e sua família através da obtenção da garantia de casa e escola para seus filhos; salário mínimo, previdência social, salário família, auxílio natalidade, licença maternidade. Houve também expansão e melhora do ensino, tanto na rede pública como na particular, tendo a Igreja desempenhado importante papel incentivando o desenvolvimento intelectual da mulher e iniciando sua participação na esfera pública. A Igreja estimulava sua participação em movimentos que visavam revigorar a fé, a moral e a defender a família de ideologias, quando não estavam de acordo com o estabelecido pelo Catolicismo.

Nos países subdesenvolvidos, os papéis sexuais diferem segundo as classes sociais; na família de camponeses, as mulheres são unidades de produção e reprodução, permanecendo oprimidas. No caso dos países capitalistas, elas permanecem submissas para não perderem posição, riqueza, "status" e poder; nas de classe média são donas de casa, e

defendem os valores tradicionais referentes à sexualidade, educação, economia, política (Muraro, 1992).

Hoje, as profundas mudanças que darão à luz um novo tipo de sociedade já se iniciaram; vivencia-se um período de importantes inovações tecnológicas, econômicas, políticas e culturais, valorizando-se as emoções, acelerando a troca, estimulando a consciência e obrigando as pessoas a examinar e revisar seus valores e instituições. Este é o decênio da liberdade feminina, da idade da biologia, do renascimento das artes e da religião, do triunfo do individualismo, do mercado livre, da globalização, privatização do Estado, entre outros (Lagos, sd.).

No limiar do Terceiro Milênio, parece que as mulheres brasileiras acabaram com a separação entre o público e o privado, tentando superar o patriarcado, retomando os valores da solidariedade e da partilha (Muraro, 1992).

Estamos assistindo à troca de paradigmas e com ela à modificação substancial da nossa percepção da realidade e de valores. A sociedade pós-industrial é altamente tecnocrática e organizada de forma global: as grandes transformações estão modificando seus esquemas, metas e valores, e também estão transformando as famílias, as quais, muitas vezes, sentem dificuldade para adaptar-se e acompanhar o ritmo acelerado do desenvolvimento em curso.

A família contemporânea brasileira constitui-se numa comunidade de amor, apoio, compreensão e solidariedade que tem seu fundamento na própria família. É com base nesse amor que se elabora o viver em família, porque o vínculo afetivo é o único que une o grupo familiar, fundamenta a qualidade de relações, estabelece os vínculos de interdependência e compatibiliza os projetos de vida familiar, mantendo a individualidade de cada um. Estabelece-se, portanto, uma dimensão maior à realização pessoal, ao individualismo e à autenticidade; diminui a submissão da mulher, torna-a

mais participativa, permitindo-lhe maior responsabilidade nas funções públicas, através de sua inserção no mercado de trabalho.

Em nosso país, às famílias urbanas são dadas maiores oportunidades educativas, de trabalho e de salários, ao passo que nas zonas periféricas das cidades se vive miseravelmente, observando-se a exploração do trabalho de crianças, mulheres e jovens.

A família nuclear moderna, com base conjugal, está centrada nos filhos, voltada para a mobilidade social e conta com o apoio e competência de um provedor. Observa-se que nas classes populares a solidariedade é indispensável, mas, ao mesmo tempo, na classe média encontra-se o individualismo, como forma de viver em família. Isto mostra até que ponto a família é autônoma, em sua forma de viver, e que este viver em família está condicionado à classe social à qual pertence o indivíduo. Entre os fatores que influenciam a forma de viver em família encontra-se o local de residência, a corporatividade e o sistema de atitudes. Entre os novos desafios surgem a individualização da mulher, através de política, mercado de trabalho, igualdade de relações, nível de instrução, organizações feministas e outras (Bilac, 1995).

O ideal da família moderna, hoje, caracteriza-se por livre escolha do cônjuge, baseado no amor romântico, laço conjugal e aconchego do lar como refúgio contra pressões externas, em função da importância e centralização dos filhos e do papel de socializadora, exercido pela mãe. Ressalta-se ainda a importância simbólica do sangue (consangüinidade), o que implica a participação da rede de parentesco na família nuclear (Lagos, s.d.). Para este autor, a conjugalidade moderna baseia-se em trocas afetivo-sexuais com uma não-demarcação de papéis conjugais, adotando, como ideal, a preservação da autonomia individual, a singularidade, a delegação mútua de autoridade, utilizando mecanismos de troca e de mútua

dependência. Utiliza, também, a intimidade, cumplicidade, privatividade e o diálogo, como aspectos positivos da vida a dois.

Atualmente há predomínio da família nuclear, aumento de relações sexuais preconjugais, incidência de gravidez na adolescência, coexistência do casamento monogâmico com uniões consensuais e celibato, aumento do número de separações e divórcios, a existência de duas ou mais uniões sucessivas, famílias com um só chefe, muitas famílias em que o casal trabalha e famílias com número reduzido de filhos (Lagos, s.d.).

O mito evolucionista, entretanto, através da mídia, promove modelos de família ideais, geralmente importados, que usualmente não se adaptam à realidade brasileira, criando uma imagem de modernidade, em que a grande massa da população trabalhadora tem papel passivo na evolução cultural do país, como, por exemplo, a união de homossexuais. Apesar de todas as transformações ocorridas, a família patriarcal ainda é referência simbólica para a sociedade brasileira (Ribeiro; Ribeiro, 1995).

A família, hoje, está sendo construída a partir do que é abolido no velho: modelos, mitos e ilusões serão reavaliados de acordo com as novas formas de vivência afetivo-sexual, em que se faz presente o individualismo.

Como agente socializador, a família tem no amor e no apoio mútuo do casal a principal determinante da educação dos filhos, a fim de poder desempenhar a importante tarefa de formar hábitos, atitudes e valores.

A busca de melhor qualidade de vida pelas famílias é centrada no ser integral, considerando-se as transformações sociais, econômicas e culturais, presentes em sua temporalidade; aspira-se, contudo, ao amor, à paz, à liberdade, à justiça no pleno exercício de seus direitos, compartilhando benefícios e satisfazendo necessidades.

2.2 A SIMPLES E COMPLEXA TRAJETÓRIA DO NASCER

O nascer não envolve simplesmente o desejo ou não de filhos, ele suscita o percurso de uma trajetória, que pode ser feliz, alegre e simples, ou constitui caminhar árduo, difícil e complexo, quando este desejo não é concretizado naturalmente.

Numa época em que o mundo passa rapidamente por inúmeras transformações, o homem mostra que o simples/complexo processo de estar-ser-no-mundo é algo que nos leva a refletir sobre a beleza da criação numa ambivalência de sentimentos, emoções e realizações, que se concretizam dentro de uma historicidade e temporalidade. Presenciam-se, neste século, grandes descobertas científicas e tecnológicas, as quais, muitas vezes, pelo seu uso inadequado ou incorreto, se contrapõem ao ciclo natural de vida humana.

Preparamo-nos para o Terceiro Milênio onde enfoques são dados aos princípios históricos de homem total, integrado e em constante interação com o universo maior. Estamos na era da globalização: pelo simples toque de um botão podemos comunicar-nos com o mundo, mas ainda temos fome, doenças, falta de educação, misérias, guerras, conflitos, preconceitos e falta de amor. Isto nos mostra que o ser no mundo é circundado por uma multiplicidade de fatores, ocorrências e outros seres que interferem em seu cotidiano, transformando o seu dia-a-dia em palco que mostra o desenvolver do que é um ser, estar e viver no mundo de hoje, com todas as suas tonalidades, ambivalências e experiências de ser público e privado simultaneamente.

É nessa teatralidade vivida que encontramos o homem com suas crenças, valores, conhecimentos e experiências historicamente adquiridas e

acumuladas através de gerações: dita seu comportamento, justifica suas realizações, interfere na satisfação de suas necessidades, enfim define sua vida através de um sistema simbólico. Este sistema se manifesta nas instituições, na linguagem, nos valores, nos modos de vida e de relações; é neste mundo vivido, que ele se transfigura, se adapta, se organiza de acordo com seus interesses, valores, necessidades, desejos, ou seja, constrói sua identidade, autonomia e possibilidade de realização, estabelecendo um elo entre o real e o imaginário (Stort, 1993).

A cultura é um sistema de símbolos e significados partilhados entre os atores, membros do sistema cultural que define a vida, não através de sua materialidade, mas de acordo com um sistema simbólico (Laraia, 1993). Para este autor, o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativas, os diferentes comportamentos sociais são produtos de herança cultural, que refletem determinada cultura com características próprias e está em contínuo processo de modificação. É necessário entender esta dinâmica, tanto para evitar preconceitos e choques entre gerações, como para entender as diferenças culturais entre os povos, mesmo aquelas que ocorrem num mesmo sistema; só assim se pode enfrentar este constante e admirável mundo.

A cultura é sempre histórica, desenvolve-se através das diferentes formas de objetivação, das intencionalidades do homem ao longo do tempo, ao que damos o nome de civilização (Reale, 1996). Para este autor, a cultura é o homem com todos os seus acertos e contradições, o domínio do que é enquanto deve ser. Baseia-se fundamentalmente no ser e dever ser do homem, em todas as suas condutas e formas de vida, desde as mais elementares até as mais altas expressões de suas atividades criadoras ou desveladoras; é a universalidade de bens espirituais e materiais, subjetivos e objetivos que o homem constrói através do tempo, visando à realização de seus próprios fins.

Na sua vivência, o homem adapta o mundo à sua existência: transforma o que lhe é dado pela natureza, confere-lhe sentido, cria a cultura, condicionando sua forma de viver em sociedade (Ullmann, 1991). Este conjunto de relações que se estabelecem entre o mundo vivido e o imaginário, o qual se expressa através de símbolos, é que orienta e dá sentido à vivência/existência do ser. É formado pelos sistemas de representação, normativos, de expressão, de ação, baseados em valores (Stort, 1993).

Para Boudon; Bourricaud (1993), cultura é o sistema de valores fundamentais da sociedade, o qual se caracteriza por valores dominantes ou morais; estes fazem com que uma sociedade se organize em um conjunto de elementos coerentes complementares entre si. Estes valores culturais correspondem à necessidade individual, fazendo com que o comportamento humano não seja só condicionamento mas resultado de uma intencionalidade.

O mundo do ser humano, portanto, é a exteriorização de seus valores, aspirações, intenções e objetivos, construídos de acordo com seus interesses, valores, necessidades, desejos, edificando sua vivência ética através de gestos, palavras, atos, trabalho, lutas (Stort, 1993).

Para explicar este simples e complexo processo de viver há necessidade da compreensão dos fenômenos da concepção e do nascimento, porque deles resulta o sistema de parentesco, que regula o comportamento social. É através destes fenômenos, entre outros, que podemos observar as diferenças culturais dos povos, em sua temporalidade (Laraia, 1993).

Geralmente, as pessoas são socializadas a desejarem filhos e estes possuem um valor em si. Quando o casal se sente capaz de sustentá-lo tentarão realizar seu desejo de ter filhos (Goode, 1969). Em nosso país isto nem sempre ocorre, pois grande parcela da população economicamente menos favorecida geralmente não faz uso de anticoncepcionais; mesmo não

desejando ou não podendo ter filho, continuam tendo-os. Outros casais, mais privilegiados economicamente, fazem uso da anticoncepção e só tem filhos segundo o que planejaram para suas vidas; sentem-se preparados para tê-los ou sentem o vazio causado pela falta de um filho. Um dos marcos mais importantes, portanto, do ciclo vital e familiar é o nascimento, o qual está sempre cercado por tabus, mitos e sentimentos que perduram através da história, influenciados pela cultura e pela época em que ocorrem.

A história nos mostra que o homem procura atender as necessidades de sua natureza, agindo e fazendo as mesmas coisas, de maneiras diferentes; é essa diversidade cultural que anima a permanência ou a passagem dos povos pela história. Para Crippa (1975), as realizações humanas são conseqüências de modelos vivenciados de uma anterioridade, empiricamente indefinível, mas que serve como referencial. São estes modelos que determinam os modos peculiares de ser, estar, pensar e agir que definem os traços e o comportamento histórico de um povo, os seus estilos de culturas. Para Kitzinger (1978), a mulher possui papel importante de disseminadora da cultura através dos filhos, porquanto é ela que os coloca em contato com o mundo, ensina-lhes as diferenças básicas dos papéis sexuais, inicia sua socialização, mostra-lhes o sentido dos laços que ligam os seres humanos entre si e o que é vida, introduzindo-os no sistema de valores da sociedade em que nasceram.

Independentemente de constituição genética, cada sociedade dita normas para o relacionamento do homem e da mulher e associa a cada indivíduo um complexo de valores e de símbolos, susceptíveis de variar culturalmente; não permitem que nenhuma cultura seja tida como absoluta ou universalmente válida (Rodrigues; Riechelmann, 1993). Nas sociedades primitivas e nas civilizações antigas as danças, ao som de tambores, não eram predominantemente expressões de poder do sexo, mas da fertilidade; as meninas aprendiam desde cedo que a gravidez era sinônimo de prazer, e que se tornariam mais belas quando grávidas.

Em nossa sociedade, entretanto, o próprio rito da fertilidade, corporizado pela Igreja Católica como a festa das colheitas, tem pouco significado para nós, dado que utilizamos alimentos industrializados ou beneficiados. A fertilidade humana é muitas vezes inconveniente; o parto transformou-se em situação clínica, que deve acontecer em ambiente hospitalar, em vez do leito nupcial, como antigamente, sobre o qual era espalhado arroz na noite de núpcias, para propiciar a fertilidade do casal.

Durante milhares de anos e em todo o mundo, desejou-se a fertilidade e evitou-se a infertilidade; de que outro modo o homem poderia assegurar sua velhice, transmitir seu nome, guardar rebanhos ou lavrar a terra? O lar era, ou pretendia ser, uma unidade econômica em que mais braços significavam não só que a comida tinha de ser dividida entre mais pessoas, mas também um trabalho mais leve. As crianças começavam a contribuir para a economia doméstica a partir da hora em que podiam manejar um instrumento de trabalho ou tomar conta dos mais novos. O orgulho de uma mulher era sua fertilidade, o fruto de seu ventre (Kitzinger, 1978). Tão grande era a importância atribuída à fertilidade, que esta autora nos relata que, em certas tribos africanas, um marido impotente incentivava a mulher a manter relações sexuais com amigo ou parente. Se a mulher não podia ter filhos, outra era trazida para os ter, em seu lugar. Em algumas sociedades a infertilidade ou impotência são motivos de separação e divórcio.

Em nossa sociedade, para exercer os papéis de pai e mãe, o ser humano é preparado desde o início de suas vidas. Para Freud, é na infância que o indivíduo repete, de alguma forma, a trajetória do desenvolvimento da raça humana, fazendo com que os acontecimentos sobrevivam e em determinadas condições, possam ser trazidos novamente à luz do consciente. É nesta fase do ciclo vital, que ocorrem os problemas e conflitos resultantes do complexo de Édipo, os quais exercem papéis importante no ajustamento individual, que perdura a vida toda. O passado, portanto, não

pode ser desconsiderado ou livremente remoldado, pois na sua trajetória de vida o ser humano preserva o primitivo, o artístico e o arcaico (Pikunas, 1979).

Freud reduziu o indivíduo à família nuclear: o Édipo privatiza o mito, a emoção, a fantasia e o inconsciente, concentrando o processo na díade mãe/pai. É a imagem do espelho, utilizado por Lacan, através do qual a criança incorpora o desejo da mãe, antes de incorporar o seu próprio (Poster, 1979). Isto vem ao encontro do que é citado por Morgado (1986) e observado no dia-a-dia, relativo ao tipo de brincadeiras e atribuições destinadas aos gêneros masculino e feminino desde a mais tenra idade. Em nossos dias, ainda se observa que às meninas são destinadas e ensejadas brincadeiras com bonecas, fogões, panelinhas, contos de fadas, príncipes encantados, enquanto os meninos são premiados com pescarias, futebol, brinquedos eletrônicos e jogos que despertam o raciocínio, embora, ultimamente, se esteja também fabricando bonecos para os meninos e as meninas já começam a participar de jogos e competições, antes proibidos.

Apesar das transformações ocorridas no pós-guerra, como a industrialização, a urbanização, a necessidade de mão-de-obra e o desenvolvimento educacional, ainda persiste o preparo da mulher para o privado. Mesmo aquelas que ousaram romper o espaço público, introduzindo-se no mercado de trabalho, transformando-se em profissionais, sentem o peso da dupla jornada de trabalho: devem ser concomitantemente ótimas donas de casa, esposas e mães. Estas mulheres, embora assumindo responsabilidades com o PÚBLICO, mostram ser no PRIVADO submissas e integradas à organização social, exercendo o papel que foi definido por um mundo gerenciado pelo HOMEM.

É esta sociedade que cobra da menina a menarca, da adolescente o primeiro namorado, da mulher adulta o noivado, o casamento, o FILHO,

pois tudo deve seguir o ritual pré-estabelecido para se chegar a constituir família e procriar.

Embora a liberação sexual seja uma constante nos programas da mídia, ela tem duplo sentido, pois observa-se que os adolescentes homens são estimulados a manter relações sexuais com todas as “mulheres”, desde que elas não sejam nossas “filhas, ou irmãs, ou esposas”. Isto para provarem sua virilidade, poder, força, domínio, autonomia; enfim, o poder masculino reinante na espécie. As meninas, pelo contrário, ainda devem manter-se recatadas e, se possível, virgens para poderem fazer um “bom” casamento. Para a mulher ser “livre”, sexualmente, significa fazer sexo com qualquer um. Para elas, a sexualidade raras vezes é encarada como liberdade de escolher e decidir livremente sobre seu corpo, mas é direcionada e realizada para satisfazer os desejos e apelos do homem. Este é educado e preparado para exercer a sua sexualidade livremente (Morgado, 1986).

Para cumprir seus papéis e se realizarem como seres-no-mundo é que o homem e a mulher iniciam, na fase da adolescência, a procura do par ideal, para que na fase adulta, realizem o grande sonho, acalentado desde a infância, de constituir FAMÍLIA e procriar, ou seja, de assumirem o papel de PAI-MÃE, reproduzindo e preparando o produto de sua concepção, para o mundo (Pikunas,1979). Este tipo de reprodução envolve um universo de fatores que englobam desde o imaginário sonhado até o real vivido, dentro da temporalidade e alteridade de cada casal. Diversificam-se as formas e a importância dadas ao produto concebido, mas este vir-a-ser no mundo está envolto em mitos, ritos, símbolos, sonhos, sentimentos e realidades, do invisível ao visível, do indizível às mais diversas formas de expressão, dentro de um universo que acolhe o ser humano, num simples e complexo mundo de relações, a família.

Atualmente o desejo de ter filhos, a gravidez e o parto, em geral, deveriam ser planejados, preparados pelo casal; sabe-se que este período envolve o homem e a mulher numa gama de sentimentos em relação ao filho que desejam ter, a eles próprios e à família, levando-os a assumir a importante tarefa de acolher emocionalmente a criança e aproveitar a oportunidade de poder gestar não só o filho, mas também um novo ser dentro deles próprios. Não se deve criar, entretanto, expectativas fora da realidade, pois o nascimento de uma criança marca um período de transição extremamente importante para a mãe, o pai e o filho (Maldonado; Canella, 1981).

A gravidez e o parto não são apenas atos biológicos, mas, em geral, um processo social e um ato de amor. Em muitas sociedades, o nascimento de uma criança é que determina a consumação de um casamento, ele afeta a relação não só entre marido e mulher, mas entre todos os membros da família e do grupo social. Ele define a identidade da mulher, pois agora ela é mãe, e a do homem como pai; ele é compartilhado com outras mães, família, profissionais e suscita sentimentos, emoções. O nascimento é ato cultural que, num contexto de costumes, tem significado histórico e temporal. “Compreender a cultura de um povo e visualizar sua maneira de ser-estar no mundo sem, contudo, interferir em sua particularidade (Geertz, 1989).

Começar a ter vida, brotar, germinar, desabrochar... são palavras, entre outras, que definem o ato sublime de “amor” e nos levam ao simples e complexo processo de existir, intrincado nos mistérios da vida, do ser e do universo.

O nascer representa o milagre da vida: corpo, mente e espírito formam uma unidade inserida num todo maior; esse vir-ao-mundo, no reino das plantas, dos animais ou no reino do homem, segue processo natural, com rituais próprios, que visam à perpetuação da espécie. Na maioria das

vezes, não nos apercebemos da nossa necessidade de que as plantas germinem, de que as árvores dêem frutos e de que os animais procriem, porque na realidade interagimos com a natureza e esperamos que estas coisas aconteçam naturalmente.

Sobre o “nascer” encontramos relatos de rituais e mitos que demonstram a importância que sempre foi atribuída à fecundação e ao nascimento. Vale lembrar que, por volta de 6.000 a.C., a maioria das esculturas representavam mulheres com seios grandes, quadris largos e, muitas delas, bastante gordas, as quais estavam associadas ao culto da fertilidade e representavam a “Grande Mãe” ou “Deusa Mãe”, figura da “Mãe Terra”, aquela que é a senhora dos animais, que alimenta e que recebe de volta seus mortos. Para muitas tribos, a Lua era igualmente capaz de fecundar as mulheres; os homens primitivos estabeleciam uma relação causal entre o fato de uma mulher fazer oferendas, invocar o auxílio do astro noturno, dormir expondo-se à sua luz, com o fato de ficar grávida. A chuva, também, era considerada o esperma fecundante da Terra Mãe. As analogias entre os homens e os vegetais são numerosas em relação ao fenômeno da concepção. Existem lendas em todos os países que atestam a estreita relação existente entre o trabalho no campo, mundo vegetal, ato sexual, tempo de gestação; encontramos, em textos mais antigos, a referência de que a “mulher é o campo onde se desenvolve a semente depositada pelo homem” (Barbaut, 1990).

Esta simbologia da terra fértil era centrada na mulher, baseada na capacidade de produzir alimentos e novas vidas, incluída a humana, o que supriria a necessidade de sobrevivência e de continuação da espécie. O culto à Deusa Mãe, ao que parece, era universal, pois foi encontrado na Europa, América Latina e Extremo Oriente, até o início da era do bronze.

Na mitologia grega encontramos Gea, a Mãe Terra, que deu origem aos protodeuses Uranos e Titãs e às protodeusas, dentre elas Rea, que iria

ser mãe de Olimpo, Zeus. Assim, como temos na África Nanã Buruquê, que gera todos sozinha e na China, temos Yin e Yang que regem a vida.

Observa-se que vários são os mitos em que prevalece a figura da Mãe Terra ou da Deusa Mãe, o que nos indica que nos primórdios dos tempos havia grande preocupação com a sobrevivência e com a reprodução, que o poder era centrado na mulher, mãe, supridora, trabalhadora (Muraro, 1992).

Para Barbaut (1990), a mitologia grega é repleta de histórias, cada uma mais surpreendente e singular do que a outra, relatando nascimentos extraordinários, como a concepção e nascimento de Atenas, Dionísio, Hércules e Afrodite. Para explicar o fenômeno da fecundação, desde a antiguidade até os nossos dias, os cientistas reportam-se a Hipócrates, para o qual a fecundação e a criação do embrião resulta da mistura das duas sementes, masculina e feminina, ejaculadas no interior da matriz (útero) durante o coito.

A situação da mulher sem filhos, é comparada a figueira do inferno, árvore sem frutos (Dauster, 1983).

Temos também o relato cristão, contido em Gênesis, que narra a expulsão de Adão e Eva do Jardim do Éden, quando Deus lhes diz: “Ide, cresci e multiplicai-vos”. Apesar de termos encontrado na literatura a pouca importância dada pela Igreja Católica à criança até nosso século, parece-nos que esta ordem divina talvez tenha de ser cumprida, pois se observa, na maioria dos casais, o desejo de terem filhos, para perpetuar a espécie, transmitir a linhagem, o nome, a herança (Ariès, 1981; Both, 1976; Muraro, 1992; Ariès; Duby, 1991).

Como fase da vida familiar, o nascimento está ligado à responsabilidade de assumir papéis de pai e de mãe e é uma meta impressa pelos antepassados (Noronha; Lopes; Montgomery, 1993). Hoje, o simples

e complexo processo de nascer está envolto em uma multiplicidade de ações, as quais são executadas desde os primeiros indícios de gravidez até o pós-parto tardio, continuando com o crescimento e desenvolvimento da criança.

Na espécie humana, o preparo para a gravidez inicia-se desde a infância, quando meninos e meninas brincam de papai e mamãe, de bonecas e casinhas; se faz presente na adolescência, quando os jovens admiram e sentem inveja de casais com filhos e se imaginam nessa situação, ou quando se revoltam contra seus próprios pais, e juram que com seus filhos vai ser tudo diferente. Na fase adulta, o casal passa pelo processo de sonhar com o filho que deseja ter, de pensar como ele será, o que vai representar em sua vida, como irá desempenhar o seu papel de pai ou de mãe. Enfim, são muitos os motivos pelos quais os casais desejam ter filhos, o que transforma o processo natural da gravidez em algo específico e complexo, envolvendo não só mudanças fisiológicas no organismo materno, mas também suscitando sentimentos conscientes e inconscientes (Pikunas, 1979).

O desejo de ter filhos, a união de um espermatozóide a um óvulo no momento exato, dando origem ao novo ser, deve ser preparado e planejado pelo casal, para que este acontecimento se torne motivo de alegria, pois a gravidez é uma época fecunda em vários sentidos; não só um novo ser está sendo formado, mas também um homem e uma mulher consolidam sonhos, anseios, esperanças; passam por modificações e adaptações, que lhes permitem vivenciar um relacionamento repleto de emoções e ações com repercussões profundas, dando colorido especial a suas vidas.

Ser pai e ser mãe saudáveis requer habilidades; este processo envolve ritos, costumes e tabus próprios de cada cultura, de cada sociedade; gerar filhos saudáveis não é só freqüentar serviços de saúde que prestam atendimento ao binômio mãe-filho, mas é procurar vivenciar a gravidez como processo especial e natural, dentro do ciclo reprodutivo, de forma

equilibrada, harmônica e com muito amor. Ser pai e ser mãe não se limita apenas a dar à luz a criança, a criar filhos saudáveis ou a preservar a descendência. Esse processo, como dom natural, é demasiado importante e sutil para que o esplendor da relação mãe, pai e filho não seja organizado de acordo com planos pré-concebidos; ele envolve gente que ajuda gente, ou seja, sentimento, interação e conhecimento.

O vir-ao-mundo de uma criança é ato de amor, esplêndido em sua plenitude, repleto de desejos, anseios e realizações, direcionados por sonhos, mitos e realidade; oferece tanto ao homem como à mulher a oportunidade de conhecerem novos aspectos de suas personalidades, de assumirem responsabilidade e de participarem no crescimento das famílias e de escreverem sua história. Ter um filho, portanto, segundo (Noronha; Lopes; Montgomery, 1993) representa quatro nascimentos: “o de uma criança, o de uma mulher para o papel de mãe, o de um homem para o papel de pai e o de uma família”; a consciência do outro, na sua própria identidade e realidade, deve ser respeitada e não utilizada como objeto de satisfação pessoal ou como instrumento para alcançar determinado fim.

O filho pode ser percebido como fonte de sentimentos construtivos e gratificantes para os pais, pois ele proporciona um clima positivo para a família mais do que um relacionamento entre pais-filho. É o filho que descentraliza a atenção dos adultos e aumenta a coesão familiar. Ele faz os pais reviverem recordações, necessidades e desejos que os ligam a infância e ao passado (Soifer, 1973).

O casal prepara-se de acordo com as suas expectativas em relação ao filho, ao papel a ser desenvolvido junto ao parceiro e as suas famílias de origem, pois o nascimento de um filho não só determina uma readaptação na vida do casal, mas cria novos papéis de pai, mãe, avô, avó, tias, irmãos, os quais requerem nova definição das relações na família extensa. Para a mulher moderna, o nascimento de um filho constitui, geralmente, a primeira

mudança real de estilo de vida, pois as necessidades da criança solicitam cuidados constantes da mãe, gerando muitas vezes sentimentos de ambivalência entre o papel de mãe e de profissional: a mulher define-se como objeto da própria maternidade (Soifer,1973).

O homem e a mulher, como casal e individualmente, reconhecem seus sentimentos em relação às novas exigências; sentem-se seguros e aptos para desenvolverem a nova função de pai e mãe, proporcionando à criança um ambiente saudável e favorável a seu crescimento e desenvolvimento; em nossa sociedade, o nascer de uma criança é tido como acontecimento maravilhoso, do qual se esperam pais repletos de alegria e felicidade, apesar de ser processo de riscos, dificuldades, responsabilidades, sentimentos, ambivalência, entre outros (Maldonado; Nahoum; Dickstien,1978).

O nascer de uma criança não só enfatiza a diferença entre os sexos e os sentimentos daí decorrentes, mas também as ocorrências especiais da transição de uma fase de vida para outra, em que ocorrem mudanças de papéis e crise (Pincus; Dare, 1981).

Pensando em melhorar as condições da maioria dos casais, que buscam a realização do desejo, acalentado desde a infância, de TER FILHOS, o universo acadêmico desenvolveu um arsenal de instrumentos e processos, que não só auxiliam na caminhada, mas possibilitam um vir-ao-mundo mais saudável e feliz. Compartilhando com a academia, o Estado, através do Ministério da Saúde (Brasil, 1983), instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tornou o atendimento à mulher grávida uma das prioridades dos serviços de saúde; através de ações básicas, de alta resolutividade e baixo custo, procura assistir o binômio mãe-filho. Neste programa também encontram-se normas e procedimentos, cuja finalidade é assistir o casal que não pode ter filhos, tornando sua trajetória mais fácil, atingível e mais saudável. Observa-se, porém, que a reprodução assistida ainda não está à disposição das classes

sociais menos favorecidas economicamente, porque os serviços de saúde da rede básica ainda não implantaram este programa. Com o PAISMC, o nascimento de uma criança está envolto não só em mitos, crenças, vontades e ações individualizadas, signos do PRIVADO, mas torna-se PÚBLICO, visando dar ao casal melhores condições de gerar filhos saudáveis, futuros trabalhadores do País. Além dos serviços básicos de saúde, os casais podem dispor de tecnologia altamente avançada, complexa e de alta resolutividade, encontrada em clínicas e hospitais, que funcionam como sistema de referência ou instituições particulares. Esse conjunto de ações e procedimentos tem por finalidade última o acompanhamento e a avaliação do conceber, gestar, nascer e crescer de uma criança, oferecendo aos casais maior segurança e preparo diminuindo o estresse próprio do processo de nascer.

A gravidez, como estado natural do ciclo reprodutivo humano, é o simples e complexo processo do casal de ser-estar grávido; envolve um universo maravilhoso de tornar-se e/ou realizar-se PAI-MÃE, gerando vida... dando vida... vivendo... escrevendo sua história... transcendendo... Imortalizando-se.

Há casais que não conseguem conceber filho, vendo-se frente a frente com o fenômeno da infertilidade.

2.3 INFERTILIDADE



2.3.1 Conceito, causas e procedimentos

O Ministério da Saúde conceitua infertilidade como a incapacidade de um casal obter a gravidez após pelo menos um ano de práticas sexuais freqüentes, com ejaculação intravaginal, sem substâncias agregadas e sem precauções anticoncepcionais; ou como a dificuldade de os casais terminarem as gestações com filhos vivos, ou seja, embora consiga obter as gestações, estas terminam em abortamento espontâneo ou natimortos. Para este órgão, o estado de infertilidade pode ser conseqüência de determinados fatores do homem, da mulher ou de ambos, sendo a participação masculina, na sua gênese, tão importante quanto a feminina. Freqüentemente, é a mulher que, não conseguindo engravidar ou ter filhos vivos, procura os serviços de saúde para avaliação e orientação; entretanto o problema de infertilidade deve ser tratado como condição vivenciada pelo casal. O estudo da infertilidade interessa tanto à ginecologia quanto à andrologia. Geralmente é a ginecologia que estabelece o diagnóstico do problema masculino, quando realiza a avaliação do casal e solicita ao homem o teste pós-coital e o espermograma e encontra subfertilidade em 30 a 40% das amostras de sêmen (Brasil, 1992).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO – conceitua infertilidade conjugal como a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas contraceptivas, em período de dois ou mais anos; este período de tempo diminui para um ano, quando o casal apresenta mais idade, ou seja quando o casal tem mais de 30 anos. É importante salientar que o índice de fecundidade normal de um casal com atividade sexual regular, sem uso de anticoncepção, não ultrapassa 20% do ciclo ovulatório normal; após 2 anos de vida sexual ativa, a expectativa é de que 85 a 90% das mulheres fiquem grávidas; apenas de 10 a 15% dos casais apresentam dificuldades reprodutivas e podem ser considerados inférteis (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1997).

Para a FIGO, infertilidade pode ser primária, quando a mulher nunca concebeu, apesar da prática de atividade sexual regular, sem anticoncepção, por um período mínimo de 2 anos; e secundária refere-se à mulher que já concebeu anteriormente, e não volta a fazê-lo, apesar de manter atividade sexual regular, sem anticoncepção, por um período mínimo de dois anos. Infertilidade é a incapacidade definitiva em gerar (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1997).

Apesar destas novas idéias, para Langer (1981), o povo sempre viu a infertilidade como um castigo de Deus, castigo que poderia ser anulado com votos e peregrinações, isto é, tratava-o como problema psicológico e de consciência, portanto a falta de fecundação é a expressão de fatores psicológicos negativos para a gravidez.

Segundo Redem et al (1990), os homens inférteis apresentam aspectos psicológicos relevantes como diminuição da auto-estima, tensão, culpa, ansiedade, depressão, raiva, inferioridade, inutilidade, inadequação e/ou incapacidade sexual, imperfeição, estresse e maior número de sintomas somáticos. A infertilidade é considerada como uma das mais negativas situações de vida, semelhante à morte de um filho ou da esposa; as reações são comparadas com o lamento pós-morte, dor da perda da potência. Homens e mulheres inférteis sofrem danos em vários níveis de sua personalidade; a infertilidade para muitos pode ser, segundo Rieker et al. (1990) o que Shakespeare descreveu como “a dor que não fala”.

Dentre as causas de infertilidade, 40% são atribuídas à fatores masculinos, 40% aos femininos e 20% ao casal (Stewart; Robinson, 1989). A incidência da infertilidade é difícil de ser estabelecida, pois além de envolver fatores que afetam a saúde reprodutiva do homem e da mulher, incluem-se fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e qualidade de vida. Estima-se, em níveis internacionais, que 10 a 30% dos casais em idade reprodutiva são inférteis. Sua incidência mais elevada encontra-se na

África (30%); a mais baixa (2%) está entre os Quiteremitas, seita religiosa germano-norte-americana (Ferrari, 1991). Acredita-se, entretanto, que ela atinge entre 10 e 15% de todos os casais em fase reprodutiva (Ribeiro; Fonseca, 1981).

Atualmente, segue-se a proposta de Meacker (1934) e Melvin; Taymor (1978), que estabelecem o reconhecimento de que a infertilidade possui múltiplas causas e que a responsabilidade deve ser dividida entre o homem e a mulher (Speroff; Glauss; Kaser, 1991). Os riscos desta incidência aumentam com a idade e é dobrado em mulheres da faixa etária de 33 a 44 anos. Apesar de que os índices de fertilidade estão em declínio, a procura pelo tratamento de infertilidade tem aumentado. Dentre os fatores voluntários que contribuem para diminuir a fecundidade temos a mudança nos papéis e aspirações das mulheres, com o retardamento da idade para o casamento; adiamento da gravidez; uso de anticoncepcionais; aborto legalizado; preocupação com o meio ambiente; condições econômicas, entre outros. O retardamento da união e conseqüentemente da gravidez é tido como a causa mais importante. Nota-se que o índice de infertilidade aumentou em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos, provavelmente pelo aumento da incidência de doenças sexualmente transmitidas. Além das patologias clínicas como causa de infertilidade masculina e feminina, temos a infertilidade sem nenhuma causa aparente, a qual incide em 10% dos casais (Speroff; Glauss; Kaser, 1991). Para Ferrari (1991) este índice está entre 5 e 20% dos casais.

Segundo Speroff; Glauss; Kaser (1991), as causas de infertilidade no casal podem ser inexplicadas (28%), ou devido a falhas na ovulação (21%), lesões de trompas (18%), endometriose (6%), problemas de coito (5%), muco cervical (3%) e outros problemas masculinos (2%). Para esse autor, o fator masculino é responsável por 40% da infertilidade nos Estados Unidos; por isso ele aconselha que deve ser feito o exame de sêmen antes de qualquer investigação diagnóstica. Se o sêmen apresentar alterações deve-se

adiar os procedimentos diagnósticos na mulher até se ter a decisão da parte masculina; se o sêmen for normal, as atenções devem ser voltadas para a mulher.

A Comissão de Especialistas da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (1997) cita, também, como fatores importantes na infertilidade a frequência do coito, duchas e lubrificantes, dispositivo intra-uterino (DIU), práticas esportivas extenuantes, uso de álcool, fumo, maconha e outros tóxicos, fatores ambientais e ocupacionais como radiações ionizantes, determinados produtos químicos e altas temperaturas.

Com base nos fatores determinantes da infertilidade, nos problemas e dúvidas do casal e da sociedade ou nos índices de fecundidade e na idade dos casais, o Ministério da Saúde (Brasil, 1992) estabeleceu que a investigação da infertilidade deve abranger sempre o casal. As normas para sua assistência foram estabelecidas como segue.

1. Os centros de saúde devem:

- 1.1** Realizar o exame clínico das mulheres, rastreando os casos de infertilidade, afastando patologias concomitantes, identificando as pacientes que requeiram tratamento especializado.
 - 1.2** Orientar o casal quanto à prática sexual compatível com a obtenção de uma gravidez, identificando o período fértil da mulher e concentrando as relações sexuais neste período.
 - 1.3** Eliminar qualquer fator que interfira com o depósito de sêmen na vagina, orientando sobre o não uso de lubrificantes, duchas vaginais e outros.
 - 1.4** Receber em seus ambulatórios de infertilidade conjugal casais com idade inferior a 40 anos, com vida sexual ativa e desejo de obter uma gravidez.
-

-
-
2. Os hospitais regionais devem estar habilitados para:
 - 2.1 A atender o casal infértil, excetuando-se aqueles que necessitam de diagnóstico endoscópico;
 - 2.2 Os que necessitam de clínica de apoio e tratamento microcirúrgico, se não houver disponibilidade na unidade de origem;
 - 2.3 Os que necessitam de reprodução assistida.

 3. Os hospitais de referência devem estar equipados e capacitados para:
 - 3.1 Atender o casal infértil em toda a extensão de sua problemática, até mesmo realizando a reprodução assistida (Brasil, 1992).

A reprodução assistida representa novos procedimentos na assistência aos casais inférteis. Suas técnicas são utilizadas quando as intervenções clínicas e ou cirúrgicas não são suficientes, por si sós, para obter uma gravidez. Pode envolver a indução de superovulação, monitorização do crescimento folicular ovariano, captação de oócitos, inseminação de oócitos, cultura de gametas em meios especiais, transferência intra-tubária ou intra-uterina de gametas ou embriões, transferência intraperineal de gametas.

Segundo Ferrari(1991) e Badalotti; Telöjen; Petracco (1997), estas técnicas classificam-se como segue:

1. Intracorpóreas. Quando o intuito é otimizar o encontro do óvulo com o espermatozóide no aparelho reprodutor da mulher (útero, trompas); requerer permeabilidade em pelo menos uma das trompas. É realizada
-
-

através da inseminação artificial, especialmente da inseminação intra-uterina e da transferência intratubária de gametas.

A inseminação intra-uterina consiste em depositar dentro da cavidade uterina os espermatozóides, após o preparo do sêmen, durante o período periovulatório da mulher. É indicada quando houver fator cervical, fator masculino leve, aderências anexiais mínimas, endometriose sem distorção significativa da anatomia dos órgãos reprodutivos, insuficiência lútea e infertilidade sem causa aparente.

O preparo do sêmen objetiva concentrar o maior número possível de espermatozóides com motilidade progressiva rápida, livrando-os do líquido seminal e de outras células presentes no sêmen. Quando se utiliza um número de espermatozóides abaixo de um milhão, os resultados obtidos em relação ao sucesso da gravidez são ruins, pois os melhores resultados são obtidos quando se utiliza uma concentração maior que 5×10^6 de espermatozóides (SPTZ) móveis. Os índices de gestação por ciclo variam de 6 a 25%, conforme o fator de infertilidade. Ela pode ser cancelada, quando a estimulação ovariana produzir mais de que quatro folículos dominantes, ou seja, acima de 15mm e a espessura endometrial for menor que 7mm; quando o endométrio se encontra nessas condições, recomenda-se e orienta-se o coito espontâneo durante o período ovulatório.

2. Extracorpóreas. Quando se faz necessário promover o encontro do óvulo com o espermatozóide em laboratório, são utilizadas, ou quando não existem condições de fertilização nas trompas, devido à sua ausência, obstrução ou aderência, ou quando a infertilidade for causada por fatores masculinos ou desconhecidos, ou ainda quando houve falha em técnicas intracorpóreas anteriormente realizadas. Nela, pode ocorrer transferência intra-uterina de embriões, ou intratubária de zigotos, após fecundação in vitro convencional, ou por manipulação de gametas.

As técnicas de reprodução assistida podem ser realizadas em ciclos ovulatórios naturais, ou em ciclos em que é realizada a hiperestimulação ovariana, com a finalidade de aumentar o número de folículos utilizados no procedimento. A hiperestimulação depende da técnica utilizada. Na técnica intracorpórea, a estimulação folicular deve ser suficiente para produzir no máximo quatro folículos dominantes, com o intuito de evitar gravidez múltipla, enquanto para a fecundação in vitro se pode realizar uma estimulação mais agressiva, tendo em vista o congelamento dos embriões excedentes.

A fertilização in vitro pode ser realizada como se discrimina em seguida.

1. Transferência intratubária de gametas (GIFT). Consiste na aspiração folicular por via endossonográfica vaginal, ou por via laparoscópica, colocação dos oócitos em meio de cultivo, preparo do sêmen e transferência dos óvulos e espermatozóides para o interior da ampola tubária, via laparoscopia. Seu objetivo é assegurar a presença dos gametas nas trompas. É indicada para endometriose, fator masculino, infertilidade inexplicada, fatores uterinos que possam tornar extremamente difícil a transferência de embriões obtidos pela fecundação in vitro, seu índice de sucesso é de 35%.
 2. Fertilização in vitro (FIV). Inicialmente esta foi idealizada para ser utilizada em mulheres com problemas tubários; entretanto, devido aos seus benefícios, ela é indicada para o fator tubário, endometriose, fator ovulatório, imunológico, infertilidade inexplicada, fator masculino moderado ou severo, como em casos de azoospermia, onde é possível obter espermatozóides em epidídimo e ou em testículo. Diversos esquemas podem ser utilizados para o recrutamento folicular, quando após a
-

estimulação, monitorização e maturação folicular programa-se o cultivo celular em meio apropriado. O sêmen é preparado e a inseminação é realizada , geralmente entre 4 e 6 horas após a coleta dos óvulos, em uma concentração de aproximadamente 200.000 SPTZ para cada quatro ou cinco óvulos. Os óvulos são examinados entre 16 e 20 horas após a inseminação, para verificar a presença dos pró-núcleos; os embriões são transferidos para a cavidade uterina ou tubária aproximadamente 48 horas após a aspiração folicular, sendo recomendado a transferência de no máximo quatro embriões. A gestação é definida pela visualização do saco gestacional, através de ultrassonografia, 21 dias após a transferência dos embriões. Seu índice de sucesso por ciclo é de 18,8 para a FIV – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI) e de 24,4% para a Transferência Intratubária de Zigoto, ZIFT Ferrari, 1991; Badalotti; Telojen; Petracco,1997).

A seleção da técnica de reprodução assistida mais apropriada para a resolução da infertilidade conjugal deve levar em conta não só a sua causa, mas também outros fatores, como os percentuais de sucesso por tentativa, idade da paciente, ansiedade e condições sócio-econômicas do casal, antecedentes históricos de sucesso ou insucesso no tratamento da infertilidade (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1997; Brasil, 1992; Ferrari, 1991).

2.3.2 Evolução do conhecimento

Ao buscar compreender e descrever a infertilidade, através de sua temporalidade e de acordo com a cultura dos diferentes povos utilizei o referencial de Keye (1995); Leite (1995); Melvin; Taymor (1978).

Os povos primitivos preocupavam-se com a procriação, e tentaram descrevê-la através da arte e da religião. Como eram incapazes de entendê-la, envolviam-na com interpretações mágicas e divinas. O primeiro escrito encontrado, que abordava a fertilidade e a infertilidade foi o papiro de Canaan, datado de 2200 - 1950 a.C., pertencente ao povo egípcio. O papiro de Ebers (1550 a.C) contém uma revisão médica com informações ginecológicas, em que o místico foi emergindo com o real. Este documento trata de vários aspectos do diagnóstico e tratamento da infertilidade, a qual era atribuída às mulheres, as quais eram vistas como seres malditos e indignos de participarem da sociedade.

Havia, também, descrições de tampões e supositórios utilizados no tratamento dos transtornos pélvicos e poções, chás, pomadas, duchas, rituais mágicos e atos religiosos para o tratamento da infertilidade.

Entre os povos judeus, primitivos, a inabilidade para conceber era tida como maldição, punição de algum pecado ou erro, causa de separação. A fertilidade ocupava lugar central na vida desses povos; o problema da infertilidade não só era atribuído à mulher como também a pressionavam a arranjar uma companheira que suprisse sua falha, como é o caso de Sarah, esposa de Abraão: por ser infértil, oferece sua serva para que o esposo possa ter um filho.

Nas civilizações Assíria e Babilônica as patologias femininas eram tidas como causadas por demônios, que controlavam o corpo da mulher; para tratá-las usavam rituais mágicos, orações, ervas, ornamentos.

No período de 334 a 322 a.C., Aristóteles discutiu muitas questões relacionadas à reprodução. Na Roma Antiga, Celsus, de 27 a.C a 50 d.C e Saranus, no Século II, já faziam referência à esterilidade e subinfertilidade em seus trabalhos. Saranus descreve a pelve, o trabalho de parto, o uso de espéculo vaginal e de métodos anticoncepcionais. A mulher infértil era condenada, podendo ser rejeitada pelo marido.

Na Grécia, no período de 460 a 370 a.C., Hipócrates já discutia o processo de procriação e a etiologia de várias desordens causadoras de infertilidade, bem como ações diagnósticas e terapêuticas. Referia-se à castração como causa de infertilidade. Para ele, a concepção era o resultado da combinação e da retenção do sêmen masculino com o sêmen feminino na cavidade uterina e a interrupção do ciclo menstrual, nesta época, quando era necessária a nutrição para o desenvolvimento fetal.

Na Arábia, Avicenna, na época de 980 - 1037 d.C., já acreditava que as causas de infertilidade envolviam tanto o homem como a mulher. Na Idade Média, não houve grandes inovações no conhecimento sobre infertilidade, pois a Igreja não permitia investigações ou interpretações do processo que era cercado por mitos e crenças. A infertilidade, entretanto, era tida como resultado de uma incompatibilidade anatômica entre o pênis e a vagina. Seu tratamento incluía chá, ervas, metais, pedras preciosas, invocações religiosas, rituais, flagelações, entre outros.

Na Renascença surgiram contribuições importantes para o desenvolvimento da prática médica, o que veio auxiliar as investigações da infertilidade. A invenção do microscópio por Leenwenhoek, em 1590, muito auxiliou as novas descobertas, mas foi só no século XVII que Ham revelou que a infertilidade, muitas vezes, ocorre por hipospermia, ou seja, ela ocorria também no homem, surgindo a noção da infertilidade conjugal / casal infértil.

Em 1729, Scandiano descreveu o processo de fertilização e mostrou que a concepção era resultado da união do óvulo com o espermatozóide. Ele foi o primeiro a descrever uma inseminação artificial em cachorros e em 1728-93, obteve sucesso na inseminação de seres humanos, depositando o sêmen do homem com hipospádia na vagina da mulher, sendo o primeiro a realizar este procedimento. Heller, em 1778, afirmou que o líquido seminal continha espermatozoides. Mas foi somente a partir do séc. XIX, que cientistas alargaram os horizontes da embriologia, fisiologia e patologia celular; com isso estabeleceram os fundamentos da medicina moderna, a qual veio contribuir com um gestar e vir-ao-mundo de crianças em melhores condições de vida e, conseqüentemente, mais saudáveis.

Foi neste período que várias descobertas ocorreram: Sims, entre 1813-1883, fez referências especiais à infertilidade, advogando procedimentos radicais para sua cura. Hühner, em 1873, introduziu o teste pós-coital como meio de investigação da infertilidade masculina, baseado na sobrevivência do espermatozóide no muco cervical; Dogues, em 1883, revelou a participação dos ovários no processo de fecundação; Ponchet e Beschoff, em 1842, desvendaram a ovulação e a menstruação; Brackett, em 1912, cultivou embriões de mamíferos; Rubin, em 1920, desenvolveu o teste da potência tubária e em 1924, Allen e Daisy, o moderno conceito de menstruação. Além disso, Monck, dedica-se, entre 1927 e 1930, aos estudos da morfologia, fisiologia e biologia dos espermatozoides, descrevendo as características do sêmen associados à fertilidade; Mercker, em 1934, estabeleceu o reconhecimento do complexo natural de diagnóstico e tratamento da infertilidade, baseado na multiplicidade de causas. O gráfico de temperatura basal é instituído por Ogino e Knaus em 1934; Chang, em 1947, realiza a transferência do ovo congelado e Smith, em 1953, consegue congelar embriões (Melvin; Taymor, 1978).

As descobertas realizadas através da endocrinologia, no século XIX, também contribuíram com o desenvolvimento científico e auxiliaram na

tentativa de encaminhamento do processo de resolutividade da infertilidade. Dentre elas, Berthold desvelou as secreções ovarianas e testiculares; Butemandt isolou a testosterona; Morris; Halban e Rubinstein, documentaram a função endócrina do ovário; Fraenkel e Magnus, a função do corpo lúteo; Daisy isolou o estrogênio; Corner e Allen, a progesterona; Zondek, Aschain e Smidt, o hormônio folículo-estimulante e o hormônio luteinizante (Melvin; Taymor, 1978).

Foi, também, neste período, século XIX, que Mackenrodt desenvolveu as técnicas de cirurgias tubárias para patologias adesivas e Rubin a técnica da insuflação tubária. Na área tecnológica, ocorreram grandes inventos como o endoscópio, laparoscópio, os quais vieram auxiliar na precisão do diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Enfim, todas estas descobertas culminaram com o nascimento de Louise Brown, o primeiro ser humano a vir-ao-mundo através dos recursos da fecundação “in vitro”, em 1978 (Leite,1995).

Apesar dos importantes avanços científicos, foi há poucos anos que seu tratamento começou a ter efetiva resolutividade, em virtude das novas técnicas utilizadas para seu diagnóstico, avaliação e tratamento. Atualmente, a infertilidade conta com os mais sofisticados meios de diagnóstico, avaliação e tratamento de que o mundo moderno dispõe, o que vem contribuindo, cada vez mais, para um nascer saudável. Mesmo assim, ao lado desta tecnologia de alta precisão e complexidade, ainda encontramos mitos, crenças e rituais, que envolvem o vir-ao-mundo, como consequência de nossa cultura e de nosso modo de ser-no-mundo, e como herança de nossos antepassados.

2.3.3 Infertilidade hoje

Até há uns 50 anos, pouco se sabia sobre infertilidade, além de ser um infortúnio que o casal guardava para si e que hoje, com a difusão do conhecimento e da disponibilidade de tratamento, pode ser admitida livremente. Em virtude dos métodos anticoncepcionais e das mudanças sociais, a mulher de hoje tem a capacidade para decidir sobre abster-se ou retardar uma gravidez, mas também é sabido que sofre pressões no sentido de que todo o casal deve ter filhos. Atualmente, observa-se que, apesar de os casais planejarem a vinda dos filhos ou não desejarem tê-los logo após o casamento, eles ainda são cobrados e transformam-se em motivos de piadas e brincadeiras de mau gosto, quando o filho não chega, de acordo com o estabelecido pelo mundo social em que vivem.

É comum o casal infértil ser chamado de egoísta, “falhado”, “brocha”; referirem-se à mulher como tendo o útero seco, ou simplesmente dizerem: “cuidado, vai perder o marido”, entre outras expressões jocosas, que demonstram, em tom de brincadeira, a cobrança social e o sentimento depreciativo ao casal, pelo filho que não vem. Outros expressam sentimentos de piedade como “coitado já fez de tudo”, “pobrezinha, não pode ter filhos”. Outros cobram “como é, ainda não se decidiram? Até agora nada? Vão esperar ser chamados de avós?” e assim por diante.

Não conseguir ter filho, quando o casal o deseja, tende a gerar, principalmente na mulher, apreensão, ansiedade, tensão, frustração, culpa, angústia, pois a exigência cultural provoca atitudes de desespero, desvalorização, depreciação, pena (Maldonado & Canella, 1981).

Há casais, entretanto, que optam por não ter filhos. Nos Estados Unidos, em 1979, verificou-se que de 5 a 7% dos casais unidos legalmente tinham decidido não ter filhos; destes 33%, tomaram esta decisão antes do

casamento. Isto devido a desejarem mais liberdade para atingirem seus objetivos profissionais e interesses pessoais; não desejarem assumir as restrições e responsabilidades que um filho impõe, por sentirem-se incapazes de criar um filho, por medo da gravidez, da paternidade ou maternidade, ou, até, por sentirem-se economicamente incapazes, entre outros. Nesse mesmo país, entretanto, 18% dos casais em fase reprodutiva, tem dificuldade de ter uma gravidez, no período de um ano de relações sexuais regulares sem uso de anticoncepcionais; há indícios de que estas taxas estão aumentando, talvez, devido à postergação do casamento, uso de anticoncepcionais e doenças sexualmente transmissíveis. Keye (1995) relata que em 1960, 13,3 % dos casais entre 15-44 anos eram inférteis; em 1982, este número dobrou entre os casais de 20-24 anos. Atribui este fato à evolução sexual, ao fato de a sociedade aceitar pais solteiros, e proclamação da infertilidade como causa médica para evitar crianças defeituosas ou com problemas.

A concretização do relacionamento sexual, sem ter como objetivo a concepção, possibilita aos casais escolherem livremente e decidirem quantos e quando terão seus filhos. Muitos casais utilizam-se de métodos anticoncepcionais no início de suas vidas sexualmente ativas, interrompendo-os somente quando acreditam estarem em condições de procriar. Quando chega este momento e o filho não vem, iniciam-se as dúvidas, incertezas, esperas, tentativas, até que, em dado momento, a mulher começa a trilhar seu penoso caminho em busca da realização de seu sonho ou objetivo. Embora seja sabido que os meios de diagnóstico de infertilidade disponíveis para a mulher sejam mais traumáticos, tanto física como psicologicamente, é ela quem procura o médico para resolver o problema, demonstrando que, apesar de estarmos no limiar do terceiro milênio, trazemos marcas das eras primitivas, nas quais geralmente é a mulher quem carrega a culpa pela falta de filhos, mesmo nos casos em que o homem é azoospermico, fato freqüentemente ocultado de familiares e amigos.

No meio médico, está comprovado que a realização de espermograma é muito mais simples e menos onerosa, física, psicológica e economicamente, do que a histerossalpingografia, ou insuflação tubária. Realizam-se primeiro todos os exames auxiliares de diagnóstico disponíveis para detectar a infertilidade da mulher, mesmo quando esta não é infértil, sendo que, muitas vezes, um simples espermograma forneceria o diagnóstico, com menos traumas, angústias e conflitos.

Seja o homem, seja a mulher ou ambos a causa pelo não nascer de um filho, a situação envolve o casal, a família e o meio em que vivem, pois todos compartilham desta difícil situação.

Quando se esgotam todos os recursos clínicos disponíveis para o tratamento da infertilidade é que se introduzem os meios artificiais de reprodução, como recurso último para satisfazer o desejo de ter filho. O recurso vem em benefício do casal, satisfazendo sua necessidade de reprodução; contudo não é método utilizado para a cura da infertilidade, e ainda sua utilização como meio de reprodução artificial não oferece completa resolutividade do problema, pois existem tentativas mal sucedidas tanto na inseminação artificial como na fecundação "*in vitro*". Segundo Leite (1995), ela envolve não só os aspectos clínicos da infertilidade, mas também os jurídicos; sabe-se, portanto, que sua prática envolve a competência da equipe, o casal, a família e a comunidade; envolve sentimentos e emoções em torno de crianças geradas com gametas que passam por técnicas específicas, quando não o são com gametas de apenas um dos componentes do casal.

A reprodução que sempre resultou de um ato íntimo do casal, passa a ser realizada em laboratórios, utilizando-se de procedimentos médicos competentes, para que se atinja o resultado desejado. É o médico que dita normas e até hora em que o procedimento deverá ser realizado, dentro do ápice de fertilidade da mulher; é o doador de esperma que contribui,

levando junto com seu sêmen características físicas próprias; é a mãe de aluguel, que transmite a incerteza de uma gravidez saudável e da entrega do filho logo após o nascimento; é o medo de que a equipe não tenha a competência necessária para manipular óvulos, espermatozóides e embriões sem traumatizá-los e, com isso, provocar a concepção de crianças anormais; são as famílias questionando o procedimento escolhido. Enfim, nesse processo encontra-se uma infinidade de questionamentos, que contribuem para fortalecer ainda mais os sentimentos vivenciados pelo casal, interferindo em suas decisões e na resolutividade do problema (Leite, 1995).

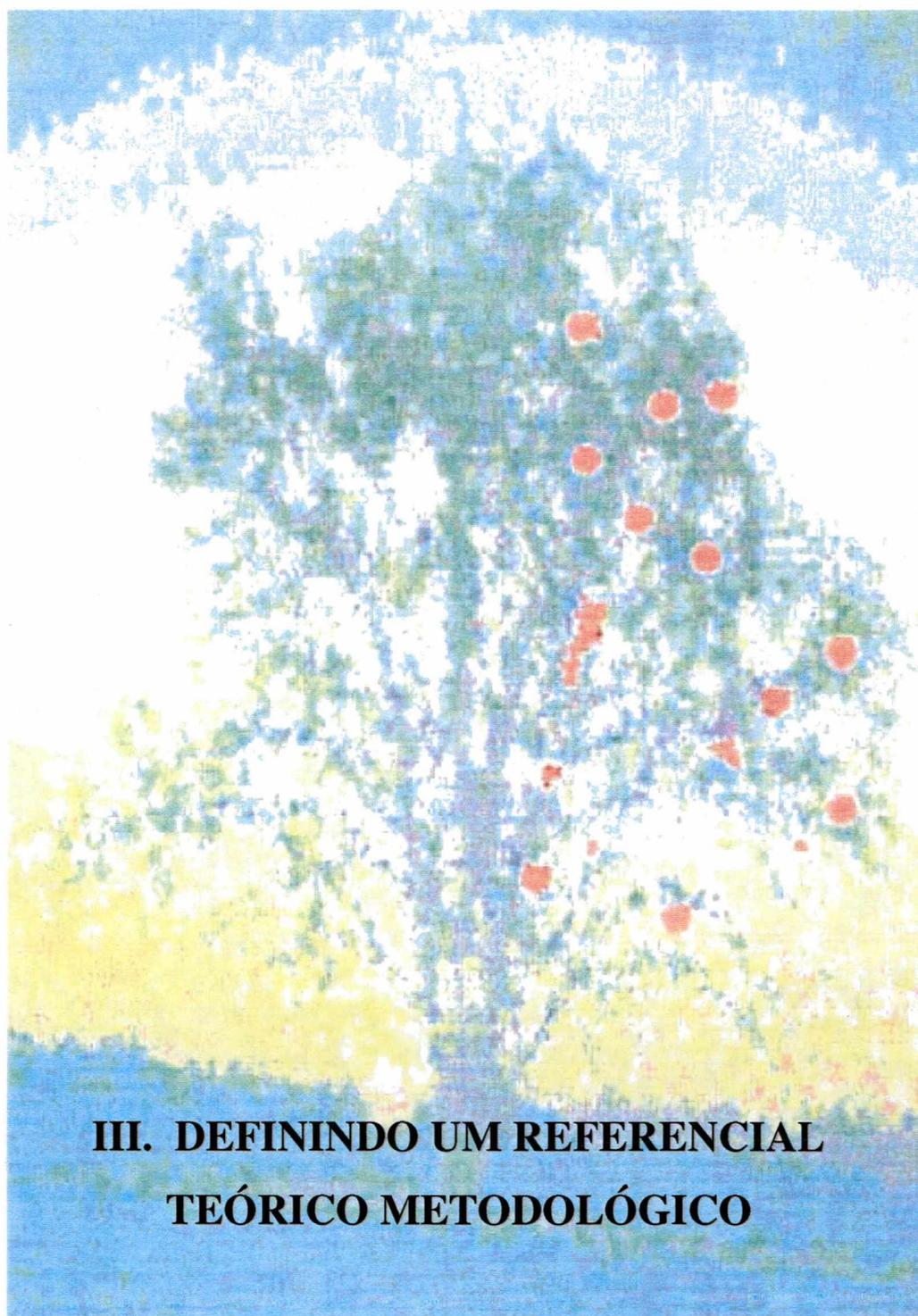
O simples e complexo ato de conceber, gestar e vir ao mundo de uma criança ainda apresenta aspectos não estudados pelo homem; quando estes são conhecidos, ainda podem ser inviáveis para todos os que desejam ter filho, mostrando a nossa limitação em face de algo. O procriar, ato que sempre nos pareceu fácil, normal e corriqueiro, traz em sua naturalidade e simplicidade a complexidade universal do processo criador.

Neste universo maior da criação, temos homens e mulheres em face da sua finitude como seres, atores que desempenham os seus papéis, procurando realizar seu sonho acalentado desde a infância, quando a menina brincava de boneca, querendo imitar sua mãe, enquanto o menino tentava ser igual ao pai. Isto demonstra que, apesar da evolução dos tempos, ser pai e ser mãe trazem vestígios do passado, quando ter filho era importante. Houve mudanças na finalidade, nos sentimentos, nos valores, nos significados e até nos meios de ter filhos, mas não houve mudanças no estabelecido pelo mundo social, ou seja, que a finalidade do casamento é ter filhos.

A dificuldade de engravidar, entretanto, em grande número de casos, deve-se a fatores que causam a infertilidade no casal; quando esses fatores atingem apenas um dos parceiros, reveste-se de especial importância devido

aos sentimentos que suscita e porque ainda existem sociedades em que a infertilidade é motivo de divórcio. Há, entretanto, casais que preferem renunciar à busca do filho desejado em prol de manterem o casamento. Muitos deles recorrem à inseminação artificial, à fecundação in vitro ou adoção, após longo tempo, havendo feito tratamento sem sucesso, ou após o diagnóstico definitivo de infertilidade. A adoção de uma criança, muitas vezes, faz com que o casal, ao exercer o papel de pai-mãe, diminua a angústia, a frustração e os temores inconscientes, determinando um afrouxamento dos conteúdos psicossomáticos, o que permite que essas mulheres fiquem grávidas, quando menos esperam; a família será constituída por filhos “do coração e de sangue”.

Independentemente da obtenção ou não do filho desejado, os casais inférteis continuam sua trajetória, em seu mundo vida, escrevendo história e dando seu exemplo.



III. DEFININDO UM REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Há mais ou menos um século, filósofos como Max Weber e Husserl já discutiam as ações e interações dos indivíduos inseridos em seu contexto. Não se pode dizer, entretanto, que essas discussões iniciais fossem precursoras do que atualmente se conhece como interacionismo simbólico-IS (Luz, 1993).

Este referencial, como é focado atualmente, teve sua origem com os clássicos da sociologia, no final do século XIX como *C. H. Cooley, W.I. Thomas, G. H. Mead, H. Blumer, J. Dewey, R. Park, W. James, F. Znaniecki, J.M. Baldwin, R.Redfield e L. Wirth* (Luz, 1993). Essa corrente popularizou o uso dos métodos qualitativos na pesquisa de campo, afirmando que a concepção que outros atores fazem para si do mundo social constitui, em última análise, o objeto essencial da pesquisa. Deve-se, portanto, em primeiro lugar, levar em conta o ponto de vista dos atores, seja qual for o objeto de estudo, pois é através do sentido que eles atribuem aos objetos, às situações e aos símbolos, que eles constroem seu mundo social. O interacionismo simbólico interessa-se pelo papel criativo desempenhado pelos atores na construção de seu cotidiano e também pelos pormenores desta construção (Coulon, 1995). Embora tenha sido Blumer quem atribuiu o nome de interacionismo simbólico, foi Mead quem lhe deu a fundamentação na perspectiva da psicologia social.

Os pressupostos básicos do interacionismo simbólico foram sistematizados por Blumer (1969), sociólogo, ex-aluno de Mead. Este movimento (IS) foi influenciado por várias correntes apresentadas sucintamente a seguir.

1. *Pragmatismo*. Suas idéias são importantes para a compreensão da verdade, a qual se baseia em pressupostos como se discrimina em seguida:

- As coisas não nos dizem o que elas são; os seres humanos interpretam todas as coisas, pois elas nunca falam por si mesmas; portanto é impossível ver a verdade “no cru”.
- Os seres humanos julgam o conhecimento pela sua utilidade, isto é, só nos lembramos do conhecimento que podemos usar, aquele que nos auxilia nas situações que enfrentamos. Perspectivas, fatos, definições e idéias são julgadas pelo indivíduo conforme sua aplicabilidade: se são úteis, nós as mantemos; caso contrário, nós as alteramos.
- Os objetos são definidos a partir do uso que fazemos deles, da mesma forma que o conhecimento.
- O ser humano pode ser entendido a partir do que ele faz, pois é a ação humana que possibilita entender o organismo humano, o grupo e a sociedade. Esta ação tem sempre um significado para quem a executa, pois nós pensamos sobre o que fazemos e interpretamos as nossas ações e a dos outros. Ignorar isso nos afasta da essência da ação humana.

2. *Darwinismo*. Mead foi influenciado e inspirado pelo trabalho de Darwin, o qual revolucionou o estudo da biologia através da teoria da evolução. Darwin acreditava que nós poderíamos entender a natureza em seus próprios termos, sujeita às leis naturais, assim como Mead argumentou que nós poderíamos considerar o ser humano em sua natureza: se somos livres, únicos e possuímos qualidades diferentes dos outros animais, então os seres humanos podem ser entendidos conforme as leis naturais.

Para Darwin, tudo na natureza faz parte de um processo e, como tal, está constantemente em mudança; portanto é dinâmico e não estático. A

compreensão deste processo pode ser conquistada através do IS, porquanto, para Mead e os interacionistas simbólicos, o ser humano também é considerado como um processo (Charon, 1989).

3. *Comportamentalismo*. Esta corrente influenciou os interacionistas simbólicos no entendimento do ser humano em termos de seu comportamento, não em termos do que ele é. Mead, no entanto, acreditava que medir só o comportamento externo, sem tentar entender o comportamento mental, é uma forma de ignorar as qualidades centrais do ser humano. Mead foi um comportamentalista, mas um comportamentalista social, argüindo que, como nós observamos uma ação, evidentemente devemos sempre considerar o que está acontecendo em termos de definição, interpretação e significado (Charon, 1989).

Para Mead, a conduta humana deve ser compreendida como inserida no mundo social, focalizando a natureza da interação homem-mundo, onde explora não só a complexa relação entre sociedade e indivíduo, como também a gênese do *self*, o significado e desenvolvimento de símbolos e o comportamento mental (Blumer, 1969). Mead vê no símbolo o instrumento, através do qual vários indivíduos podem compreender-se e comunicar-se, sendo que esta comunicação é definida inicialmente como interação. Para ele, a interação entre os atores sociais define-se como processo pelo qual cada sujeito é capaz de colocar-se no lugar do outro, substituição esta que trata apenas da troca de papéis, que são regulados tanto em sua oposição como em sua complementaridade.

Mead (1972) ao considerar a interação entre os atores sociais como um processo, afirma o que segue.

- O indivíduo não tem personalidade consistente, estruturada, mas é ator dinâmico em processo de mudança; ou seja, ele está sempre “em estado
-

de tornar-se”, em processo de socialização, passando por constantes mudanças no processo de interação.

- A sociedade e o grupo são conceitualizados como processo de interação; ela é composta por indivíduos em interação dinâmica, com modelos emergindo e constantemente sendo trocados ou reafirmados no tempo.
- O indivíduo é caracterizado como possuidor de *mind* e de *self*, mas ambos são conceitualizados como processos e não como entidades estáticas. Isto significa que ele possui habilidades para selecionar estímulos, envolvimento, atribuir significados, interpretar situações e emitir julgamento sobre si e sobre os outros.
- O ser humano possui *self*, relacionado com a interação na qual está envolvido, podendo ser redefinido constantemente no processo de interação com outros.

Segundo Blumer (1969) a natureza do interacionismo simbólico baseia-se em três premissas.

1. Os seres humanos agem em relação às coisas, de acordo com os significados que elas têm para eles. Entende-se por “coisa” tudo o que o indivíduo pode observar em seu mundo, como objetos, seres humanos individuais e grupos, instituições, idéias, atividades, bem como situações da vida cotidiana. O significado que isso tem para o indivíduo influencia a formação de seu comportamento; conhecê-lo nos pode levar a compreender a ação humana.

2. O significado das coisas é derivado, ou surge da interação social que os seres humanos estabelecem com os outros. Para o IS os significados são produtos sociais, que surgem da interação; desta forma não são inerentes à coisa em si, nem uma união de elementos psicológicos que o indivíduo tem em relação à coisa.

3. Os significados são manipulados e modificados através de processo interpretativo, usado pela pessoa, quando lida com as coisas que ela encontra. Esse processo apresenta duas fases distintas.

3.1 O indivíduo indica para si mesmo as coisas em relação às quais está agindo, ou seja, as coisas a que ele atribui significado. É a fase da incorporação, quando o indivíduo interage consigo mesmo, comunicando, conversando.

3.2 O indivíduo faz com que a interpretação se torne um trabalhar com significados, ou seja, ele seleciona, assinala, suspende, reagrupa e transforma os significados de acordo com a situação na qual se encontra. A interpretação é considerada como processo formativo, no qual os significados são usados e revisados como instrumentos para guiar e formar a ação; dessa forma, os significados fazem parte da ação, através do processo de auto-interação.

Charon (1989) descreve as idéias centrais do IS neste elenco quadripartite:

1. O ser humano é concebido como ativo, sendo rejeitada a idéia de ser determinado e passivo. A interação implica ação do ser humano em relação a si mesmo e aos outros, levando-o a responder, agir, perceber, interpretar e reagir; portanto é destas interações que se forma a sociedade.

2. O ser humano é entendido como agindo no presente, influenciado muito mais pelo que está acontecendo do que o acontecido no passado. O passado só entra na ação, quando nós o chamamos ao presente; dificilmente sua ação será a mesma, porque a ação do presente é distinta e sofre a ação do momento.

3. A interação não acontece unicamente entre as pessoas, mas também dentro delas, pois interagem consigo, definem a situação,

interagem com outra pessoa e essa definição pode ser influenciada por esse outro.

4. O IS descreve o ser humano como ativo, imprevisível e livre, porque agimos no mundo conforme nós o definimos; essa definição envolve escolha consciente, autodireção, avaliação de nossas ações e das ações dos outros, o que nos leva ao redirecionamento das ações.

Para Chenitz; Swanson (1986), o ser humano age e interage com o meio; sendo ator e reator, ele está inserido em uma sociedade composta de culturas com valores e expectativas.

Os seres humanos são ativos, interagindo entre si, e estas interações formam a sociedade. A interação implica ação do ser humano em relação a si próprio, uns em relação aos outros, o que leva cada um a agir, reagir, perceber, interpretar e agir novamente.

Os conceitos centrais do IS são descritos a seguir.

3.1.1 Símbolo e Significado

Os seres humanos agem em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para eles. Entende-se por coisas tudo o que o indivíduo pode identificar em seu mundo, ou seja, desde objetos físicos até idéias e percepções. O significado que estas “coisas” têm para o indivíduo vai influenciar a formação de seu comportamento; conhecê-lo nos pode levar a compreender a ação humana, pois os símbolos são desenvolvidos

socialmente. Para o casal infértil, o filho simboliza várias atitudes e valores impostos, através da cultura e sociedade.

Os significados são manipulados e modificados pelo ser humano, através de processo interpretativo, usado por ele ao lidar com as coisas. Esses significados podem ser expressos através dos símbolos, exteriorizados ou não, pelo casal, em que a fertilidade simboliza o poder de procriar e criar uma criança. Eles se manifestam também entre os membros da equipe de saúde e nas instituições de saúde através de normas e procedimentos que preservem a integridade do casal em relação a eles próprios e à sua rede de relações. As pessoas criam os símbolos e concordam com o que eles representam; os símbolos são, portanto, desenvolvidos socialmente. Eles são definidos na interação, e são significativos, pois envolvem um melhor entendimento, mais do que uma simples resposta de conduta, uma palavra: o homem age como se fosse alguma coisa a mais. São definidos de acordo com o seu uso, e, estabelecidos universalmente, mudando através do significado estabelecido pela pessoa no processo de interação. Símbolos, portanto, são uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa, ou seja, comunicar-se com o *self* ou com outras pessoas e o *self* (Charon, 1989).

Neste estudo é importante, observar a comunicação simbólica estabelecida pelo casal, durante o processo de interação estabelecida entre pesquisadora e pesquisado; segundo Charon (1989), existe uma linguagem de sons ou gestos que é significativa e que inclui regras, que permitem que se combine tais sons ou os gestos em declarações significantes. Quando uma pessoa compartilha suas perspectivas com os outros, utilizando a linguagem, isto é simbólico. Para ser simbólico, portanto, o ser humano, cria e manipula símbolos durante sua interação com os outros, ou consigo mesmo.

Dentre os conceitos utilizados pelo IS, o símbolo ocupa lugar central, porque, sem ele, os seres humanos não poderiam interagir uns com os outros. Segundo Blumer (1969), o símbolo é usado para pensar, comunicar, representar; ele só é simbólico, quando possui significado e intencionalidade.

Os símbolos só tem significado porque podem ser descritos através do uso da palavra, ou seja, da linguagem, a qual é um tipo especial de símbolo – a base simbólica do ser humano. É por meio da linguagem que o ser humano se integra na sociedade, interagindo e criando uma interdependência entre homem e sociedade.

A interação humana, portanto, é mediada pelo uso de símbolos pela sua interpretação ou pela determinação do significado das ações dos outros, ou seja, a ação humana é constituída com base nos significados que os indivíduos lhe atribuem (Charon, 1989).

3.1.2 *Self*

Há muitas visões de *self* em filosofia e ciências sociais, mas na perspectiva do interacionismo simbólico *self* tem significado específico. Para os interacionistas simbólicos o *self* é um objeto em relação ao qual o ator age, ou seja, a partir do momento em que o *self* é considerado como objeto, é possível ao indivíduo relacionar-se, interagir consigo mesmo, como ele faz com qualquer objeto social.

O interacionismo simbólico considera que o indivíduo possui um *self*, o qual representa o processo social interior do indivíduo e envolve duas fases distintas.

O *eu* representa a iniciação do ato, antes de que seja submetido ao controle de definições e expectativas dos outros; é a reação às atitudes dos outros; é o aspecto imoral, impulsivo, espontâneo, não socializado, desorganizado da experiência humana; suas reações são mais ou menos incertas; enfim, é aquele aspecto que dá propulsão ao ato que provoca o *mim*.

O *mim* é conjunto organizado de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo, que ao serem adotadas pelo indivíduo determina sua conduta. É o que dá forma ao eu e direção ao ato.

Quando dizemos que o *self* é um objeto social, estamos dizendo que o indivíduo interage socialmente com outros; o *self* é pontuado e definido socialmente. Segundo Mead (1972), o indivíduo se experimenta como tal, não diretamente, mas sob o ponto de vista particular de cada um dos outros membros do grupo social, ou do ponto de vista generalizado do grupo social, enquanto todo a que pertence.

Haguette (1992) afirma que o *self*, assim como outros objetos, é formado através das definições feitas por outros a pessoas, que servirão de referencial para que ele possa ver-se a si mesmo. O ser humano pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro de sociedade

O indivíduo interage com os outros, o *self* é definido, redefinido e muda constantemente, pois é processo dinâmico, criado e recriado continuamente, à medida que o indivíduo participa de cada situação social (Charon, 1989).

A formação do *self* tem fundamentação social, é dinâmica. Tem início na infância, através da interação com os pais; evolui e modifica-se, à

medida que se vivenciam novas experiências, de acordo com as mudanças de padrões e de interação, vivenciadas não só com os outros, mas também consigo mesmo (Haguette, 1992).

O *self*, como objeto social, tem a propriedade de mudar durante o processo de interação; esta mudança ocorre quando interagimos com as diferentes pessoas ou grupos de pessoas com as quais nos relacionamos. O indivíduo, entretanto, pode ou não usar as pessoas ou grupos de pessoas com as quais interage como significantes, dependendo da importância que eles têm para o indivíduo.

O que pensamos e sentimos sobre nós mesmos, como tudo o que está relacionado ao *self*, resulta da interação social, o que faz com que o *self* seja resultado, em grande parte, do julgamento dos outros sobre nós. Embora o indivíduo possa ser altamente dependente dos outros, também é capaz de tornar-se cada vez mais independente em relação a si mesmo, dependendo do tipo de interação que ele (ator) estabelece com as outras pessoas.

Blumer (1969) relata que Mead vê o *self* como processo e não como estrutura, pois o *self* é reflexivo, permitindo que as pessoas atribuam significado às suas ações. O *self* tem como uma de suas funções centrais a interação simbólica, porquanto o ser humano, como agente social, pode comunicar-se consigo mesmo e com outras pessoas; como indivíduo, possui um *self*, capaz de ter vida mental. Por possuir *mente*, ele é capaz de dirigir e controlar impulsos e estímulos, reagindo a eles ativamente.

Para Mead (1972) o conceito de *mente* é uma interação dos conceitos de símbolos e de *self*; ela é o ator, na ação simbólica, para o *self* (Charon, 1989).

3.1.3 Ação e Interação

A ação humana pode ser interpretada como simbólica, porque faz parte de processo que sofre constantes mudanças: tomamos decisões, avaliamos, estabelecemos metas, definimos objetos, interagimos com os outros, avaliamos seus atos, assumimos seu papel. Nesse processo, o indivíduo interage com diferentes grupos e possui vários grupos de referência, com os quais ele compartilha perspectivas, incluída a do *self* (Blumer, 1969).

O indivíduo define a situação e age de acordo com essas definições e com seus planos (Charon, 1989). Para Mead (1972) a conduta é sempre a ação na forma de sua relação com o meio.

Segundo Blumer (1969), a análise da ação humana pode ser feita através do conceito de atitude; para este autor atitude é tendência, estado de preparação, ou estado de prontidão, o qual antecede a ação. O ato humano não é a liberação de tendência anteriormente organizada; é construção feita pelo ator.

A interação com o *self* e com os outros nos leva a tomar decisões que direcionam nossas ações. Dessa maneira, as ações ou os atos são objetos sociais que o ator retira do fluxo de ações, para decidir alguma coisa no presente. As ações, portanto, não são apenas liberadas pelo ator durante a situação; tampouco são causadas pelas características de personalidade e situação, mas pelo processo ativo de tomada de decisão do ator, a qual envolve interação consigo mesmo e com os outros; isso possibilita a previsão do caminho que a ação seguirá. Como este autor coloca, é a definição da situação pelo ator que indica como ocorrerá a ação. A realidade é criada pela pessoa, através das ações e das conseqüências das

ações, podendo ser definida segundo o significado que ela tem para o indivíduo (Charon, 1989).

No IS o comportamento dos seres humanos tem origem no significado; surge do processo de interação entre as pessoas; assim, quando interagimos, nos tornamos objetos sociais uns para os outros; usamos símbolos, direcionamos o *self*, nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade e a situação, assumimos o papel do outro.

A interação social é constituída a partir da ação social. A ação é entendida como social, quando levamos em consideração os outros, ou seja, quando nossas ações são guiadas ou influenciadas pela ação dos outros, porque os outros com quem interagimos são considerados objetos sociais (Charon, 1989).

Para Blumer (1969), interação social é interação entre atores e não entre fatos; é processo que forma a conduta humana, em vez de ser meramente significado, expressão ou liberação da conduta; consiste em fazer indicação para o outro de como fazer e de como interpretar a indicação feita por outrem.

Para que a ação social seja simbólica, deve envolver comunicação, que pode ocorrer em forma de palavras ou atos que expressam o que nós somos e o que pensamos.

A interação social, portanto, envolve interpretações e definições, as quais ocorrem entre as pessoas envolvidas, fazendo com que o processo de interação possa ser modificado, dependendo da adaptação que ocorre nas ações dos atores envolvidos. Dessa forma, o que cada um dos atores faz depende, em parte, do que os outros fazem na situação. Os outros não determinam a nossa ação, mas nós interagimos com eles; esta interação gera o que fazemos.

Segundo Blumer (1969), as atividades dos outros entram como fatores que influenciam ou guiam nossa própria conduta; mediante a ação dos outros, podemos abandonar uma intenção ou propósito, revisá-los, validá-los, suspendê-los, intensificá-los, redimensioná-los ou recolocá-los, porque agimos com o nosso *self*. Não é o que decidimos que importa somente, porque os outros também agem segundo seu *self* e, no processo de interação com os outros, alteram a situação.

Pelo exposto, concordamos com Charon (1989), quando diz que a interação é realmente uma qualidade central do homem.

Acredito, portanto, que as premissas do IS são pertinentes para serem usadas no estudo junto ao casal infértil: a experiência que o casal tem em relação à infertilidade e à sua ação em face dela dependerá do significado que ele atribui ao filho; o significado que a experiência tem para o casal influencia a formação do comportamento; conhecê-lo pode levar à compreensão da ação.

←
legal

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Tendo escolhido como referencial teórico o interacionismo simbólico, para compreender o processo vivenciado pelo casal estéril relatei a teoria fundamentada nos dados, como base metodológica, uma vez que ela foi desenvolvida por Glaser; Strauss (1967) com a finalidade de conhecer o fenômeno diretamente no campo onde ocorre, onde as pessoas partilham suas vidas, no interrelacionamento de significados e ações.

Apesar de Glaser e Strauss terem vindo de escolas diferentes, suas contribuições foram igualmente importantes. Strauss veio da Universidade de Chicago, que tinha longa história e tradição em pesquisa qualitativa; foi influenciado por interacionistas como Mead e Blumer. Glaser recebeu seu treinamento na Universidade de Colúmbia; foi influenciado por Lazarsfeld, conhecido como inovador dos métodos quantitativos, ao trabalhar em pesquisa qualitativa, quando sentiu necessidade de sistematizar procedimentos para codificar e testar hipóteses, durante o processo de pesquisa.

A teoria fundamentada nos dados explora basicamente o processo social e radica no interacionismo simbólico, visto que o significado do processo em estudo deve ser compreendido a partir do referencial dos atores, e estes significados são derivados da interação social estabelecida por eles. Sua técnica sistematiza a análise dos dados, permitindo ao pesquisador desenvolver uma teoria substantiva, dando a precisão e o rigor do processo analítico. Seu propósito é gerar teoria substantiva que favoreça a compreensão de fenômenos sociais e psicológicos, ao invés de testar teorias já existentes (Strauss; Corbin, 1991).

As bases que contribuíram para o desenvolvimento deste método foram:

1. A compreensão do fenômeno no local em que ele ocorre;
2. A construção da teoria fundamentada na realidade para o desenvolvimento das ciências;
3. O envolvimento contínuo entre a natureza da experiência e da experimentação;
4. O papel ativo das pessoas na mudança do mundo no qual elas vivem, enfocando as mudanças, a sua evolução constante, a variabilidade e a complexidade da vida;
5. Os interrelacionamentos como condições de significado e ação (Strauss; Corbin, 1991).

Segundo Glaser; Strauss (1967) a teoria fundamentada nos dados possui os seguintes pressupostos:

1. Toda experiência humana é processo em constante evolução.
2. A elaboração da teoria envolve abordagem dedutiva e indutiva.
3. Devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si, durante o estudo, dando origem a conceitos de amostragem teórica e a saturações de categorias.

Ao gerar uma teoria, não é sobre os fatos em si que nos firmamos, mas na categoria conceitual, que é gerada deles e, por sua vez, nos conceitos que emergem.

Para Glaser; Strauss (1967), dessa forma a análise comparativa constante que realizamos com os dados faz com que haja a geração dos elementos da teoria, ou seja, as categorias conceituais e suas propriedades

(elementos conceituais), que levam à formulação de hipóteses que devem ser testadas. Categorias e propriedades são então os conceitos indicados pelos dados, que variam em grau de abstração conceitual. Eles devem ter duas características essenciais, como se explicita.

- *Analíticos*. Suficientemente generalizados, para designar características de entidades concretas, não as entidades em si próprias.
- *Sensitivos*. Produzir um quadro significativo, induzido por ilustrações que habilitem o entendimento da referência em termos de sua própria experiência.

Como os conceitos são a base de análise neste tipo de abordagem metodológica, os procedimentos seguidos buscam identificá-los, desenvolvê-los e relacioná-los, para que alcancem relevância teórica comprovada, ou seja, os conceitos serão considerados significantes, quando estiverem repetidamente presentes; ou ausentes, quando, através do procedimento de codificação, ganharem o status de categoria.

Essa elaboração de conceitos, a partir dos dados coletados, demanda coleta e análise concomitantemente, até que se consiga a saturação teórica das categorias.

A amostragem teórica é o processo de coleta de dados para gerar a teoria, sendo “controlada” por ele, onde se coleta, codifica, analisa; então, decide-se quais incidentes coletar e onde encontrá-los, a fim de desenvolver a teoria. Na teoria fundamentada mostram-se incidentes e não pessoas em si; coletam-se dados sobre o que as pessoas fazem ou não fazem, em termos de ação/interação; o leque de condições que dão origem àquela ação/interação e suas variações; como as condições mudam ou permanecem as mesmas, através do tempo e com que impacto; também as conseqüências da ação/interação presentes ou não, ou de estratégias que nunca aconteceram (Strauss; Corbin, 1991).

A amostra inicial é baseada somente na área temática geral ou problema de pesquisa, não sendo norteada por estrutura teórica pré-concebida. Começa-se a pesquisa designando-se poucos aspectos gerais da estrutura e do processo da situação em estudo, pois os dados é que indicarão o problema emergente, direcionando os próximos locais e sujeitos que vão ser pesquisados. Dessa forma, não se pode previamente citar o número e tipos de grupos ou incidentes, cujos dados se coletam.

A amostragem teórica, estando diretamente associada à coleta de dados, apresentará aspectos diferentes, dependendo da fase de procedimento de codificação em que se estiver.

Segundo Strauss; Corbin (1991), uma das regras fundamentais da metodologia, que o pesquisador não pode violar, e que se adapta a qualquer tipo de codificação, é a da amostragem com base na evolução da relevância teórica dos conceitos. Ela deve estar relacionada com a representatividade dos conceitos, em suas várias formas, de modo que se acumulem evidências e se encontrem mais variações e maior densidade sobre o fenômeno em estudo, tentando não generalizar, mas especificar as condições sob as quais o fenômeno existe e a ação/interação que pertence a eles e os resultados ou conseqüências associados.

A formulação teórica resultante aplica-se às situações ou circunstâncias em estudo, mas não a outras. A amostragem continua até que a saturação teórica de cada categoria seja alcançada, ou seja, até que não se visualizem mais dados novos ou dados que dêem mais densidade ao conhecimento do fenômeno..

Os procedimentos de coleta e análise de dados que veremos adiante, foram pensados tomando-se como base o que Strauss; Corbin (1991) chamam de **modelo de paradigma**, que tem sua estrutura pautada nos seguintes elementos.

Condições causais. Refere-se aos eventos ou incidentes que levam à ocorrência ou desenvolvimento de um fenômeno. Podem também ser chamadas de condições antecedentes, apontadas nos dados pelo uso de termos como: quando, enquanto, desde que, porque, devido a, por causa de. Nem sempre estão evidentes nos dados, mas podem ser localizados.

Fenômeno. É a idéia central, evento, acontecimento, sobre o qual um conjunto de ações/interações é direcionado para gerenciar ou lidar, ou ao qual o conjunto está relacionado. Pode ser identificado através da formulação de questões tais como: A que este dado se refere? Sobre que versa ação/interação?

Contexto. São as especificidades da condição causal e do fenômeno, ou seja, o conjunto específico de particularidades que os envolve, as condições que influenciam as estratégias de ação/interação.

Condições de intervenção. Podem ser pensadas como o contexto estrutural mais amplo pertencente ao fenômeno. Essas condições agem, para facilitar ou restringir as estratégias de ação/interação, ocorridas dentro de contexto específico. Podem incluir tempo, espaço, cultura, status econômico, status tecnológico, história, biografia do indivíduo entre outras.

Estratégias de ação/interação. Em princípio, podemos dizer que elas se referem ao modo como as pessoas respondem às condições causais. Há ação/interação, que é direcionada para gerenciar um fenômeno, lidar com ele, responder a ele, averiguar como ele se dá num contexto ou sob um conjunto específico de condições percebidas. Essas estratégias devem ser concebidas como processuais, seqüenciais, em movimento: mudam ao longo do tempo, orientadas por metas, feitas por alguma razão, ou seja, em resposta a um fenômeno, ou de forma, que gerenciem um dado fenômeno. Elas geralmente são descritas por verbos que denotam ação (por exemplo: manter, procurar, fazer, avaliar...).

Conseqüências. As ações/interações que são realizadas ou não em relação a um dado fenômeno têm certos resultados ou conseqüências, reais ou potenciais, sucedidas no presente ou no futuro. O que pode acontecer também é que as conseqüências da ação/interação em determinado tempo, tendem a tornar-se parte das condições causais, em outro momento.

O uso deste modelo capacita-nos a pensar sistematicamente sobre os dados e a relacioná-los de modo mais complexo, de forma que a resposta a cada um de seus elementos possa garantir a saturação teórica de cada categoria.

Segundo Glaser; Strauss (1967), os critérios para determinar a saturação são uma combinação entre os limites empíricos dos dados, a integração, a densidade da teoria e a sensibilidade teórica do analista. Sensibilidade teórica é a habilidade de reconhecer o que é importante nos dados e dar-lhes significado, o que ajuda a formular uma teoria fiel à realidade do fenômeno estudado. Ela deve estar embasada em literatura técnica e experiência do pesquisador, levando esse conhecimento para a situação real da pesquisa; pode ser adquirida durante a pesquisa, através de interações contínuas com os dados, desde sua coleta até a análise, permitindo criatividade e imaginação. É importante, porém, manter o equilíbrio entre aquilo que é criado e o que é real.

O pesquisador deve ter sensibilidade teórica para que possa conceitualizar e formular a teoria que emerge dos dados. É a qualidade pessoal do pesquisador que indica a percepção de sutilezas dos significados dos dados (Strauss; Corbin, 1991), a capacidade de ter intuições (insights) de entendimento e de discernimento entre o que é pertinente e o que não é.

A sensibilidade teórica pode vir de algumas fontes, como da literatura, da experiência profissional ou pessoal. Essas fontes podem fornecer intuições, mas deve-se estar atento para não deixar que essas

visões limitem ou bloqueiem a forma como o pesquisador olha para o problema sob estudo (Chenitz; Swanson, 1986).

Glaser (1978) assevera que essas fontes devem ser tratadas como parte dos dados que vão ser posteriormente comparados com a teoria que está emergindo, para que possibilitem até mesmo a geração de uma teoria mais densa e integrada. Desta forma, as variáveis relevantes de tais fontes podem ser incluídas e integradas à teoria fundamentada nos dados.

Segundo o mesmo autor, o primeiro passo para alcançar a sensibilidade teórica é entrar no cenário de pesquisa com o menor número possível de idéias pré-concebidas, especialmente aquelas logicamente deduzidas, como hipótese prévia. Adotando esta postura, somos capazes de permanecer sensíveis aos dados, registrar eventos e detectar acontecimentos, sem primeiro tê-los filtrado com pensamentos e ajustes de hipóteses e tendências (viés) pré-existentes. É preciso manter-se aberto ao que está realmente acontecendo, indo constantemente além dos dados, para perceber novos problemas, novas idéias e novos conceitos (Glaser, 1978).

Dessa forma, outra fonte de sensibilidade teórica pode ser o próprio processo analítico dos dados, pois interagimos com eles, levantamos questões, fazemos comparações, pensamos sobre o que estamos vendo, formulamos hipóteses e iniciamos o desenvolvimento de estruturas teóricas sobre os conceitos e suas relações. Um passo alimenta o outro, aumentando a intuição e o reconhecimento dos parâmetros da teoria que está evoluindo.

Manter o equilíbrio entre criatividade e cientificidade, a ponto de questionar os conhecimentos e querer contribuir para o corpo teórico já existente; manter atitude ética, ou seja, conceber os achados como provisórios, até que sejam apoiados em dados reais; seguir os procedimentos de pesquisa, que conferem rigor ao estudo; o somatório de todos esses aspectos é que nos confere sensibilidade teórica e que ajuda a

garantir a formulação da teoria substantiva. Esta metodologia, portanto, consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas de forma sistemática e comparativa, estabelecendo-se categorias. Os procedimentos analíticos da teoria fundamentada nos dados são projetados para este elenco:

- a. Construir ao invés de somente testar teorias;
- b. Dar ao processo de pesquisa o rigor necessário para fazer boa e rica teoria;
- c. Ajudar o pesquisador a romper preconceitos e aceitar os dados trazidos pelo processo de pesquisa;
- d. Promover a fundamentação, construir a autenticidade e desenvolver a sensibilidade e integração necessárias para gerar uma teoria explanatória rica, que intimamente se aproxima da realidade que se apresenta (Strauss; Corbin, 1991).

Segundo Stern; Allen; Moxley, (1982), é devido às suas características que a teoria fundamentada nos dados tem sido usada para descobrir novas perspectivas de ação, em situações que são familiares, com a finalidade de utilização em problemas práticos, o que leva à sua utilização em estudos de problemas de enfermagem .

3.2.1 A Amostragem Teórica: Seus Atores

Os atores do estudo foram os casais inférteis, que se submetiam a tratamento em clínica de Reprodução Humana, na qual se realizam diagnóstico, tratamentos de infertilidade incluindo-se até a fecundação “in vitro”, no período de janeiro a julho de 1997. Esta Clínica conta com equipe multidisciplinar, composta por médicos, bioquímicos, administrador, equipe de enfermagem, na qual está incluída a presença da enfermeira. Sua área física é composta por consultórios médicos, sala de enfermagem, laboratório, banco de sêmen, sala de ecografia, centro cirúrgico, 2 quartos destinados ao repouso das pacientes após o procedimentos como inseminação artificial e FIV, entre outros.

Para a seleção dos casais escolhi uma clínica por ter fácil acesso à equipe profissional; por ter consciência do nível de responsabilidade técnica e da ética que norteia o trabalho ali desenvolvido, tanto na assistência aos clientes quanto no aspecto da investigação científica.

A amostragem teórica deste estudo contém 7 casais que já tinham recebido o diagnóstico de infertilidade e que se submeteram a tratamento em clínicas de reprodução assistida. Os atores que compõem esta amostragem foram: 1 casal, iniciando o processo de reprodução assistida; 2 vivenciando o processo de gravidez; 2 que já haviam tido filho por meio da reprodução assistida e outros 2 não conseguiram engravidar. Um desses últimos não utilizou os recursos da reprodução assistida, optando pela adoção e o outro, utilizando esses recurso sem sucesso, decidiu permanecer sem filho. Todos os componentes da amostra estavam na faixa etária de 30 a 45 anos, possuíam nível de escolaridade universitário, exerciam atividades profissionais e possuíam renda per capita acima de 15 salários mínimos.

Dos 7 casais que compõem a amostragem, 5 foram selecionados em uma clínica de reprodução humana. Seus relatos, no entanto, contém informações de suas vivências em outras instituições dessa especialidade, pois na busca de orientação e tratamento vivenciam a troca de profissionais e de serviços. A amostragem contou com 1 casal que não chegou a utilizar os recursos da reprodução assistida e outro os utilizou em outras clínicas. Destes dois últimos casais selecionados, o primeiro o foi porque queríamos conhecer a experiência do casal infértil que optou pela adoção; o segundo foi incluído por indicação de um dos participantes, com o que concordamos, para enriquecer o conhecimento com a experiência vivida em outro local, onde também realizam procedimentos de reprodução assistida.

Inicialmente pretendia entrevistar todos os atores; no decorrer do trabalho, alguns impedimentos foram ocorrendo; eu pude entrevistar apenas três homens/companheiros. Dos restantes, 1 aceitou fazer a entrevista porém, após três tentativas agendadas, não consegui realizá-la. Quanto aos outros dois, as mulheres disseram que eles eram muito reservados e que só participariam dando as informações por escrito, o que não era minha intenção pois estaria contrariando o método que exige que os dados sejam obtidos por meio da interação entre os atores; outro estava viajando durante o período de coleta de dados. Isto vem comprovar que ainda em nossos dias, os homens relutam em expor sua intimidade reprodutiva. Os três que aceitaram participar desse estudo falaram espontaneamente, relatando o sentido durante o processo de busca do filho desejado.

Decidi utilizar amostragem aberta, porque ela me oferecia a possibilidade de obter dados mais relevantes sobre o fenômeno estudado: através da coleta e análise dos dados obtidos era possível fazer comparações e levantar novas hipóteses, as quais puderam ser testadas. Esse tipo de amostragem permite utilizar o processo indutivo-dedutivo, até se chegar à saturação dos dados, que nos indica o término da coleta de informações.

Com esta composição da amostragem, acredito ter abrangido casais que estavam vivenciando o processo de ser infértil, do início até a resolutividade do problema e com isso desvelar suas experiências, enfocando as trajetórias e os significados da busca do filho desejado e sonhado. Procurei entrevistar casais até constatar que estava havendo saturação dos dados obtidos, quando então resolvi que deveria finalizar esta etapa do trabalho.

A seleção destes casais foi dando-se, à medida que a análise comparativa ocorria e perguntas (hipóteses) surgiam, exigindo a busca de novos atores (casais em situações diferentes).

Ao término do trabalho, apresentei as categorias e o modelo da teoria a outros casais inférteis, com intenção de validar os dados obtidos. Isso ocorreu através de entrevista, na qual apresentei o que havia construído com os dados e perguntei se eles tinham vivenciado a experiência ali descrita. Os casais relataram que suas experiências, em busca de um filho, guardavam muita proximidade com o vivido pelos casais que participaram deste estudo.

O compartilhar os resultados obtidos neste estudo com outros casais, também inférteis, fez com que eu pudesse experimentar a sensação de gratificação plena quando esses mostraram-se surpresos, ao verem que suas experiências, em busca de um filho, encontravam-se retratadas na teoria substantiva construída com relatos de outros casais.

Após experienciar esse processo de validação considerei que não eram mais necessárias novas análises comparativas e encerrei a amostragem teórica deste estudo.

O contato com os casais foi muito rico de significados; através da interação estabelecida, além de obter os dados, pude sentir um pouco do que eles vivenciaram neste difícil caminhar em busca de um filho. Não esperava obter determinado tipo de revelação dos homens, como, por

exemplo, o desvelamento de caso de abortamento, ocorrido com um dos casais, provocado no início da fase adulta, como o sofrimento vivido pelas mulheres no transcorrer do processo. Constatei que, mesmo tratando-se de clientes diferenciados pelo seu poder aquisitivo e nível de escolaridade, o sistema de saúde ainda tem muito que fazer em prol desta clientela. Houve entrevistas que me emocionaram; não pude deixar de compartilhar o sentimento expressado e manifestado pelos participantes, durante o relato de suas experiências. Nesse processo de procurar conhecer o vivido pelos casais inférteis, interagi, compartilhei significados, aprendi e senti o que é viver em busca de um sonho no mundo tecnicista da saúde.

3.2.2 Proteção dos Direitos

Com a finalidade de respeitar os direitos individuais do casal infértil, procurei oferecer todo tipo de informações necessárias e requisitadas, no sentido de esclarecer minha posição de pesquisadora, o direito que eles tinham de aceitar ou não participar de meu trabalho e dele desistir no momento em que desejassem.

Informei-lhes o objetivo da pesquisa; a importância de sua contribuição, para uma melhor compreensão dos casais que vivenciam o problema da infertilidade; a manutenção do sigilo de seus relatos e a utilização deles apenas para o estudo; assim como o anonimato dos casais e o desenvolvimento do trabalho, tipo de metodologia utilizada, finalidade deste trabalho para a enfermagem e para outros profissionais interessados.

Após essas informações, obtive a concordância dos casais em participar do estudo e a autorização do uso dos dados, ou seja, direito de uso dos depoimentos para a finalidade exposta.

Para manter o sigilo em relação aos casais, decidi utilizar pseudônimos como: Safira e Rubi; Jasper e Topázio; Esmeralda e Quartzó; Ágata; Brilhante; Hematita e Cristal.

À instituição que permitiu acesso as informações para a seleção dos casais inférteis foi assegurado o sigilo e o estudo só foi realizado após aprovação de seus diretores, os quais receberam as mesmas informações fornecidas aos casais.

Quanto à equipe de profissionais que atuam na clínica, foi mantida uma conduta interativa, participativa, baseada em confiança e envolvimento de todas as partes, com a finalidade de atingir as metas deste estudo. Após selecionar os casais para a amostragem teórica, contei com a ajuda dos membros da equipe de profissionais da clínica, devidamente informados sobre o sigilo e anonimato dos casais, para entrar em contato com eles e saber de sua disponibilidade e interesse em participar do estudo.

Após ter tomado todas as providências em relação aos aspectos éticos para resguardar os casais, as equipes de profissionais, as instituições e a pesquisadora, iniciei meu trabalho de campo, que transcorreu sem obstáculos, em clima harmônico, transparente, participativo e prestativo.

Neste processo, pude sentir o interesse dos profissionais em participar de atividades científicas que possam resultar em melhoria de condutas em prol de sua clientela e do fortalecimento da ciência.

3.2.3 Coletando os Dados e Fazendo a Análise

Para a obtenção dos dados utilizei entrevistas semi-estruturadas, com roteiro básico, com questões sobre a infância, a socialização, a adolescência, o casamento, a descoberta da infertilidade e o caminho percorrido, para obter o filho desejado, por acreditar que este instrumento me proporcionaria a obtenção de dados, através de relatos verbais e não verbais, expressos pelo casal infértil, referentes à sua experiência no processo de busca de um filho.

As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos participantes e realizadas individualmente, procurando com isso manter o sigilo dos relatos, obter mais informações e evitar intromissão de outros elementos. Elas foram gravadas, após obter consentimento para tal, procurando não perder nenhuma informação referente ao processo de ser infértil e estar procurando ter um filho.

Durante o estudo, foi utilizado um caderno de notas; após cada entrevista realizada, procurei registrar o observado e o sentido durante este processo. Nele pude registrar o indizível, o expresso, o incontido, o sofrido com as lembranças, o sentido, a emoção, o choro, a alegria de ter conseguido o filho tão desejado, sonhado e sofrido, bem como o verbal e todo o não verbal percebido pela pesquisadora.

Procurei sempre interagir com os componentes da amostra de forma que se estabelecesse uma interação capaz de proporcionar um desvelar do vivido em busca do filho desejado. No desenvolvimento da sensibilidade teórica tentei, por meio da ação e interação com os casais inférteis, identificar os dados procurando os seus significados. A preocupação com esse desenvolvimento esteve presente em todo o desenrolar da pesquisa, mantendo-me sempre atenta as ações e reações dos casais, esclarecendo e

acompanhando-os, tendo sempre o cuidado de não induzir a expressão de suas idéias sem, no entanto, perder a minha espontaneidade e o papel de pesquisadora.

Para manter-me fiel ao rigor da pesquisa qualitativa, no decorrer das entrevistas submetia anotações e interpretações feitas à apreciação dos informantes para verificar se eles reconheciam como suas as idéias registradas.

Com alguns casais realizei mais de uma entrevista, pois senti a necessidade de melhores esclarecimentos, de testar novas hipóteses ou mesmo de validar os achados. A validação dos dados foi realizada através de questões clarificadoras; procurei verificar se cada casal também vivenciou aquela experiência e como ela ocorreu. Esse processo de coleta e análise dos dados, permitiu a construção de grupos amostrais nas diferentes fases do processo de busca do filho desejado, ou seja, na composição de uma amostra em que estivessem contidos casais desde a fase inicial da reprodução assistida até aqueles que já tinham chegado ao seu final.

Ao realizar as entrevistas abordava inicialmente questões mais genéricas, que guardavam relação com o tema do estudo, dando oportunidade para o casal falar livremente o que os levava a se expressarem de forma natural, sobre o porquê de estarem ali, há quanto tempo estavam em tratamento, entre outros. A seguir realizava questões mais focalizadas sobre como vivenciavam o seu processo de ser infértil.

Foi neste vai e vem que obtive o vivido pelos casais inférteis durante suas trajetórias em busca do filho e pude dar mais densidade à teoria construída. Nestes encontros pude observar os matizes do caminho percorrido, o significado deste trilhar e a variação das cores conforme o sucesso ou insucesso da experiência. Mesmo aqueles casais que já tinham atingido seus objetivos de ter um filho, ainda se emocionavam ao relembrar o vivido, expondo ocorrências íntimas, confiando e querendo ajudar.

As entrevistas, após a transcrição, foram lidas e relidas, antes de serem codificadas. Utilizou-se a codificação aberta, sendo que cada entrevista foi analisada linha por linha, frase por frase e, às vezes, palavra por palavra, auxiliada pelas notas teóricas, o que permitia o estabelecimento de novas hipóteses e das categorias.

Após as codificações seguiu-se o agrupamento sob a forma de categorias iniciais ou provisórias, de acordo com a orientação dos autores interacionistas Strauss; Corbin (1991).

Da organização e reorganização dos dados chegamos aos códigos. O agrupamento desses códigos nos mostrou os subgrupos e categorias, seguindo este processo em todo o estudo como preconizado por Strauss; Corbin (1991).

A categorização se deu sob a forma de processo, isto é, foram sendo formadas a partir das primeiras entrevistas, reelaboradas após novos dados, reagrupadas ou aglutinadas em novas categorias, à medida que se avançava na análise e se ampliava a amostragem teórica.

Além disso, algumas categorias, inicialmente denominadas segundo as falas dos informantes, foram substituídas por termos mais abstratos, a fim de contemplar melhor o fenômeno abordado.

Abaixo é apresentada a exemplificação do caminho percorrido dos dados brutos às categorias.

DADOS BRUTOS	CÓDIGOS
<p>“Depois de 5 anos de casados, nós verificamos que o filho preenche a vida do casal; daí o buscamos naturalmente”. <i>Rubi</i></p>	<p>Verificando que ter um filho preenche a vida do casal</p> <p>Desejando um filho após 5 anos de casados</p>
<p>“Eu sei exatamente Quando eu comecei a pensar em ter filhos; foi há 2 anos; eu tenho 35 anos”. <i>Cristal</i></p>	<p>Pensando em ter filho após 33 anos</p>
<p>“Hoje Ter um filho para mim é muito importante, porque ele representa a alegria de continuar vivendo, lutando, dando amor, trabalhando”. <i>Brilhante</i></p>	<p>Filho representando a alegria de viver</p>
<p>“Você fica com aquela pressão... antes de casar, perguntam quando é que vai casar; casou, no outro dia tem de ter filho. Se demora um mês está demorando demais; eu fiquei 7 anos tentando; comecei a fazer o tratamento”. <i>Brilhante</i></p>	<p>Sentindo Pressão</p>

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Verificando que ter um filho preenche a vida do casal	Tendo atingido o objetivo	SENTINDO
Desejando um filho após 5 anos de casados		
Pensando em ter filho com 33anos	Atingindo a idade limite	UM
Filho representando a alegria de viver	Significando a presença do filho	VAZIO
Sentindo pressão	Sofrendo a pressão social	

Seguindo o processo descrito e exemplificado elaboramos a codificação e categorização dos dados obtidos, encontrando-se a categoria central: BUSCANDO O FILHO DESEJADO. Na categorização verifiquei que com frequência os casais descreviam fatos relacionados a sua infância e, com esses dados, elaborei as categorias relacionadas aos fatores causais. Esses antecedem a trajetória em si dos casais inférteis em busca do filho desejado. As categorias ficaram constituídas como constam a seguir.

RELEMBRANDO FATOS

- SENDO SOCIALIZADO PARA EXERCER O PAPEL DE PAI E DE MÃE
- BUSCANDO DEFINIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA
- PLANEJANDO A VINDA DOS FILHOS

SENTINDO UM VAZIO

- TENDO ATINGIDO O OBJETIVO
- TENDO ATINGIDO IDADE LIMITE
- SIGNIFICANDO A PRESENÇA DO FILHO
- SOFRENDO A PRESSÃO SOCIAL

BUSCANDO O FILHO DESEJADO

TOMANDO DECISÕES

- DECIDINDO TER UM FILHO
 - DECIDINDO IR EM FRENTE NO PROCESSO DE CONCEBER
 - DECIDINDO UTILIZAR A REPRODUÇÃO ASSISTIDA
-
-

SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE

- TENTANDO ENGRAVIDAR
- BUSCANDO AJUDA NA CIÊNCIA
- PROCURANDO A MELHOR ASSISTÊNCIA
- INDO AO ENCONTRO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

UTILIZANDO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

- PREPARANDO-SE PARA A RA
- SUBMETENDO-SE A FIV
- AGUARDANDO RESULTADOS
- CONHECENDO O RESULTADO

VIVENCIANDO SENTIMENTOS, EMOÇÕES E SENSações

- SENTINDO-SE DESINFORMADO
 - TENDO DOR E SENSações
 - TENDO SENTIMENTOS E EMOÇÕES NEGATIVAS
 - TENDO SENTIMENTOS E EMOÇÕES POSITIVAS
-
-

BUSCANDO FORÇAS

- PROTEGENDO-SE
- FORTALECENDO-SE

CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO

- ENVOLVENDO O CASAL
- ENVOLVENDO A REDE DE RELAÇÕES
- ENVOLVENDO O MEIO SOCIAL
- ENVOLVENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE
- ENVOLVENDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ACEITANDO O PLACAR

- TENDO O FILHO
- ADOTANDO UMA CRIANÇA
- CONTINUANDO SEM FILHO

A partir da descrição foi possível identificar como fatores causais as categorias RELEMBRANDO FATOS E SENTINDO UM VAZIO e, como intervenientes, as categorias TOMANDO DECISÕES; VIVENCIANDO SENTIMENTOS, EMOÇÕES E SENSAÇÕES; BUSCANDO FORÇAS e CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO.

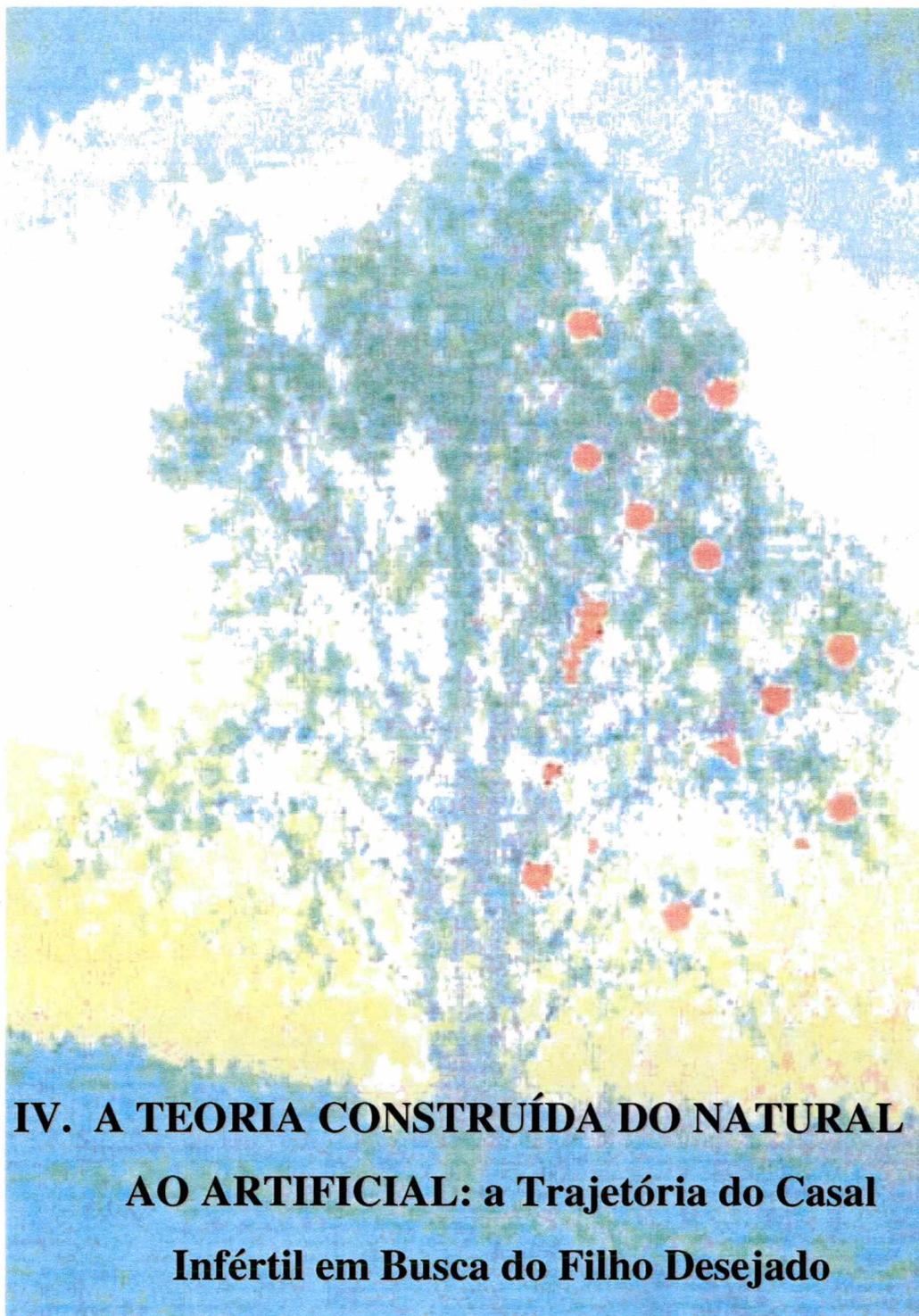
É importante ressaltar que esse processo de análise é complexo, não linear; envolve um constante ir e vir dos dados às categorias e entre estas, tudo permeado por reflexões, questionamentos em constante busca de melhor entendimento da situação vivenciada pelo casal. O trabalho foi auxiliado pelo uso de memos, nos quais pude registrar dúvidas, novos questionamentos e levantar novas hipóteses.

O maior desafio constituiu identificar a categoria central, que representa o processo nuclear da teoria. Desde o início, o “querer ter filho” emergiu como categoria significativa; em torno dela giravam várias outras. Aos poucos foi sendo substituída por **BUSCANDO O FILHO DESEJADO**, que evidenciou a trajetória do casal infértil, do processo natural para se ter um filho ao uso de tecnologia específica para atingir o mesmo objetivo.

A validação dos dados foi realizada através de entrevista com os casais inférteis: procurei averiguar se eles concordavam com os achados contidos na categorias encontradas. Depois de validados os dados, procurei discuti-los à luz do interacionismo simbólico.

Este caminhar me trouxe a oportunidade de interagir com os casais, de adquirir maior experiência no uso da metodologia escolhida e subsídios para melhor compreender sua vivência.

Trabalhar com casais inférteis foi apaixonante, pois pude compartilhar e viver com eles o processo de busca de informações, para desvelar um mundo vida já imaginado, mas ainda não confirmado. Vivenciar a empatia, o envolvimento emocional com estes casais foi algo profundo, que me permitiu ouvi-los sem julgá-los e conviver em clima de aceitação mútua. Neste vai e vem vivi a experiência de interagir, refletir, sentir, compreender significados e ações, o que deu asas ao crescer do meu ser "enfermeirístico" e do meu ser pessoa, se é que é factível tal desdobramento.



**IV. A TEORIA CONSTRUÍDA DO NATURAL
AO ARTIFICIAL: a Trajetória do Casal
Infértil em Busca do Filho Desejado**

A história dos casais inférteis está centrada na determinação de ter um filho, a qual requer a busca de ajuda, que traça o caminho percorrido para poder concretizar o seu objetivo. Esta busca vai desde a ajuda solicitada a familiares, até a possibilidade da utilização dos serviços de saúde, dos usuais aos da mais alta complexidade existente na comunidade. Ela ocorre como caminho a ser percorrido pelo casal, que tem como ponto de partida a suspeita de infertilidade, motivo que o leva a inserir-se nos serviços de saúde, expondo sua vida privada, submetendo-se ao controle de seu modo de ser, desde os aspectos gerais de seu cotidiano até os mais íntimos atos de sua vida. Nessa trajetória o médico ocupa lugar de destaque, pois ele se vê na posição de quem informa, ouve, discute, controla, ordena, interfere em toda a vida do casal, até em seu relacionamento sexual, o que evidencia a importância da ciência e da tecnologia no desenrolar do processo. Esse controle é sentido em relação à rede de relações do casal, gerando sentimentos, desejos e ações e reações. O casal sente a pressão da sociedade, cobrando um filho, o que se manifesta ora de forma sutil, como nas brincadeiras realizadas, ora de forma direta, como nas perguntas sobre o filho que não vem, mas que é sempre dolorosa. Nessa invasão de privacidade, o casal reage de diferentes formas, mas sempre procura proteger-se, não se expondo, cuidando-se e preservando-se.

Essa busca, embora seja compartilhada pelo casal e sua rede de relações, ocorre também individualmente: cada um de seus membros tem seus próprios desejos, anseios e reações, os quais são trabalhados individualmente, através de processo de troca contínua. É uma caminhada consciente, desejada, planejada, executada, cujo resultado depende de cada etapa vencida e da luta para atingir cada meta estabelecida. Nesse caminhar, várias possibilidades vão surgindo, como outras se vão esgotando, o que exige do casal uma participação ativa, constante, requerendo negociações e decisões.

Esta teoria é baseada na história de pessoas inférteis. Embora seja experienciada de forma compartilhada, ela é vivida de modo único e específico, segundo as peculiaridades de cada indivíduo e casal.

4.1 RELEMBRANDO FATOS

A experiência vivenciada pelo casal infértil é complexa, rica de significados; inicia-se na infância, quando a criança é socializada para exercer o papel de pai ou mãe; afirma-se na fase adulta, quando o homem e a mulher escolhem um cônjuge para unirem-se e constituírem família.

Iniciamos esse caminhar pela categoria **RELEMBRANDO FATOS** (QUADRO 1), na qual os casais relataram desde as suas brincadeiras de infância até a realização de planos de casamento e da vinda dos filhos.

QUADRO 1: RELEMBRANDO FATOS

SENDO SOCIALIZADO PARA EXERCER O PAPEL DE PAI/MÃE	
BUSCANDO DEFINIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA.	Procurando o par ideal
PLANEJANDO A VINDA DOS FILHOS	Traçando objetivos de vida
	Estabelecendo condições financeiras
	Realizando-se no trabalho
	Aproveitando o lazer

O desejo de ter um filho, em geral, está presente na vida do homem e da mulher desde sua infância; pode ser constatado através do tipo de brincadeiras e atribuições destinadas ao gênero masculino e feminino, desde a mais tenra idade.

Nas atividades da infância observa-se o tipo de socialização estabelecido pela cultura e temporalidade impressas pelo meio social em que vivem; embora as meninas tenham realizado brincadeiras de meninos, elas não deixaram de brincar de bonecas e casinhas. Isto pode ser visto através das seguintes falas:

"Na minha família há mais meninos, por isso eu brincava muito com eles... eu jogava futebol, soltava pipa, tinha cabana em cima de árvore, eu não gostava de coisa muito parada... mas eu brinquei muito de boneca, de casinha... Foi uma infância boa, alegre... a gente brincava dessas coisas antigas que hoje não brincam mais". Esmeralda

"Brincava muito de boneca... eu brinquei muito. Eu era a única menina da família e não podia brincar fora de casa; então eu fazia meu mundo lá, eu brincava de boneca, com meus cachorros e de bicicleta". Ágata

"Eu gostava de brincadeiras de menino, mas eu brincava mesmo de boneca e de casinha... as bonecas eram meus filhos, fazia comidinha de verdade nas panelinhas. Os meus filhos eram as bonecas". Ágata

"Minha infância foi muito feliz, eu jogava bola, empinava papagaio, tomava banho de rio, andava a cavalo, fazia cabanas". Quartzzo

"Minha infância foi muito feliz... nós jogávamos bola todo o dia, empinávamos papagaio, jogávamos bolinha de burrico, cartas, baralho". Rubi

As atividades educacionais complementares também seguem este princípio, pois para as meninas tem-se o balé, piano, enquanto para os meninos há o karatê, judô, entre outros. Nessas atividades é incorporada a representação de mãe e de filho. Isto é corroborado por Pikunas (1979); Morgado (1986); Muraro (1992).

Segundo Morgado (1986), o feminino é preparado desde a mais tenra idade para a vida privada, ou seja, para casar, ser ótima dona de casa, excelente mãe; o masculino é preparado para o público, desenvolvendo desde cedo o contato com o mundo, seu potencial de liderança, independência, autoridade, poder e autonomia.

Em SENDO SOCIALIZADO PARA EXERCER O PAPEL DE PAI/MÃE, quando chegam à adolescência, meninos e meninas descobrem-se BUSCANDO DEFINIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA, como por exemplo, a **procura do par ideal**, para que na vida adulta possam realizar o sonho do casamento, de formação de família e terem seus filhos. Essa vivência é pautada pela observação e comparação de casais com filhos que compõem seu mundo vida.

“Eu sempre pensei que no dia em que eu encontrasse a pessoa certa, era para casar e constituir família... ter filhos... ter a casa cheia de filhos, como meu pai e minha mãe. Safira

“Eu acho que toda a mulher sempre sonha. Sempre, não sei..., acho que, até quando você está brincando, já tem o instinto feminino, instinto maternal”. Esmeralda

“Na minha adolescência, sempre pensei em encontrar a pessoa certa para casar e constituir família. Depois eu queria casar com meu marido que era a pessoa de que eu gostava e ter filhos... Ter a casa cheia de filhos como era a do meu pai; nós somos italianos; quando sentávamos à mesa,

havia nono, nona, vô, vô e todos nós; era aquela união dos pais e dos filhos e era isso que eu queria para mim". Jasper

Na fase adulta, quando os casais se unem e procuram ampliar a família, alguns refletem sobre a qualidade de vida desejada e vêm-se PLANEJANDO A VINDA DOS FILHOS, de acordo com metas pré-estabelecidas para a vida profissional e pessoal; outros decidem ter filhos logo após a união. É nessa hora que eles refletem sobre sua realidade e sobre o momento que estão vivendo; projetam seu futuro e decidem quando e quantos filhos desejam ter. **Traçando objetivos de vida, estabelecendo condições financeiras, realizando-se no trabalho e aproveitando o lazer** são fatores que influenciam o as idéias do casal quando pensam em filhos dentro do processo do casamento.

"Antes de casar eu pensava em ter dois... sempre se pensa num casal... na realidade quando eu casei com este que é meu marido agora eu pensava em não mais ter filhos, até mesmo porque eu já tinha dois e ele era solteiro...". Jasper

"Quando nós casamos, eu não queria filhos por dificuldades financeiras e porque eu queria viajar". Rubi

"Eu pensava que nós casaríamos; teríamos de ter aquela estabilidade financeira, casa própria...". Esmeralda

"Eu sempre pensei em estudar, trabalhar... ter filho e casamento não faziam parte da minha vida... mesmo depois que eu casei, não tive essa mentalidade de que as pessoas casam e tem de ter filhos...". Ágata

"Eu dizia que ia casar com 23 anos e ter filho; realmente, eu casei com 25 anos; e não fazia parte dos meus planos ou do meu marido, na época, ter filho". Cristal

Os que desejam ter filho logo após a união relatam o que segue.

“Quando casamos, não tomei nenhum comprimido, nada, como nunca tinha tomado antes. Então nunca houve cuidado em relação ah! vamos cuidar para não ter filhos. Desde que casei comecei a tentar ter filho”. Ágata

“Quando eu era solteiro eu queria casar e ter filhos para poder transmitir para eles o que a vida tem de bom”. Quartzzo

“Eu sempre fui apaixonada por criança... eu sempre quis ter três ou quatro filhos, quando casasse. Até nome eu escolhia”. Esmeralda

Os casais que não desejam ter filhos logo após sua união, alegam inúmeros motivos para tal conduta.

“Quando eu comecei a namorar, principalmente a minha esposa, nós não queríamos ter filhos pela relativa dificuldade financeira; a idéia de ter filhos não encaixava; nós sempre gostamos muito de sair, de viajar.” Rubi

“A gente se acha sempre jovem; sempre tudo vai dar certo; espera mais um pouco, então nós trabalhamos muito. Nós sempre nos demos muito bem, viajamos bastante; então filho na época não encaixava muito mesmo; depois veio muito trabalho. Eu falo até hoje, talvez a gente demorou demais, talvez não...”. Brilhante

Neste momento verificamos que existem casais que planejam a vinda dos filhos logo após a união; há os que desejam tê-los, quando acreditam estarem preparados para recebê-los. Esse fato demonstra como os casais percebem a vinda dos filhos dentro do processo de união de um homem e uma mulher, e refletem a transmissão de valores e o significado que um filho tem para o casal, para a família e para a sociedade, conforme referem

vários autores como Ribeiro; Ribeiro(1995), Muraro (1992), Maldonado (1978).

Em geral, as pessoas são socializadas a desejarem filhos, os quais possuem um valor em si; quando um casal se sente capaz de sustentá-los, então buscarão realizar seu desejo de ter um filho (Goode, 1969). Hoje, as opções de conhecimento, estudo, realização profissional e auto-sustento da mulher fazem com que esta tenha maiores perspectivas existenciais, independência e poder decisório em relação a ficar ou não grávida, o que geralmente torna o casamento e a gravidez opções de vida.

Entretanto observa-se que o desejo de ter filho ainda faz parte do viver do ser humano, de grande parcela dos casais ou das pessoas individualmente. Os casais, quando decidem compartilhar suas vidas e viver juntos, trazem consigo ideais, sonhos, expectativas, valores e metas, alguns conscientes e outros inconscientes, quando o filho tem lugar importante, e sua busca segue as mais diversas motivações e trajetórias. Em nossa cultura, há uma pressão social e familiar muito grande para que todo casal tenha filhos, o que passa a ser a meta prioritária, em torno da qual gira o resto da vida do casal (Maldonado, 1989).

Quando o filho não chega o casal percebe que algo está faltando em sua vida familiar. **SENTINDO UM VAZIO (QUADRO 2)**, ocorre geralmente, quando os casais, após terem atingido seus objetivos de vida, sentem que algo está faltando em seu viver, que existe um vazio em suas vidas.

QUADRO 2: SENTINDO UM VAZIO

TENDO ATINGIDO O OBJETIVO	
ATINGINDO A IDADE LIMITE	
	Partilhando
SIGNIFICANDO A PRESENÇA DO FILHO	Dando continuidade
	Realizando desejo
	Co-participando da obra divina
	Sendo pressionados pela família
	Sendo pressionados pelos amigos
SOFRENDO A PRESSÃO SOCIAL	Sentindo-se pressionada por si mesma
	Sendo pressionado pelo cônjuge
	Sendo pressionados por profissionais

A constatação de ter atingido suas metas, TENDO ATINGIDO O OBJETIVO, faz com que os casais que postergaram a vinda dos filhos sintam a necessidade de tê-los.

“Depois de 5 anos de casados, nós verificamos que o filho preenche a vida do casal; daí o buscamos naturalmente”. Rubi

“Quando a gente achou que estava na hora de ter um filho, minha esposa tirou o DIU e daí foi passando o tempo e ela não engravidava”.

Topázio

Em TENDO ATINGIDO A IDADE LIMITE há o reconhecimento de que a mulher, com a idade, pode ter uma gravidez de risco e este é fator que interfere na vontade do casal para ter um filho.

“Como eu casei com 27 anos eu queria ter filhos antes dos 30.”

Ágata

“Eu sei exatamente quando eu comecei a pensar em ter filhos; foi há 2 anos; eu tenho 35 anos.” Cristal

Segundo Ribeiro (1981), a fertilidade máxima da mulher é atingida aos 24 anos, quando começa a decrescer gradualmente até os 30 anos e, depois desta idade, abruptamente.

Outro motivo que leva os casais a desejarem preencher o vazio de suas vidas com um filho é o significado que uma criança tem para eles, ou seja, o valor que eles atribuem à criança. De acordo com Maldonado; Canella (1981), o desejo de ter um filho pode representar algo muito profundo na vida do casal, ou seja, a expressão de amor e de união; um ato criador e produtivo dentro de um vínculo fecundo do casal, a necessidade de transcendência, através de gerações, a tentativa de salvar o casamento, a vontade de dar um irmão para o filho mais velho, entre outros.

Para os casais deste estudo as principais representações do SIGNIFICANDO A PRESENÇA DE UM FILHO surge sob diferentes formas. Assim, **partilhando**, o casal espera poder usufruir junto com o filho seu amor, seus bens, experiências, caminhos e companhia.

“Ah! eu vou deixar isso para meu filho, eu vou dar carinho, vou poder passear com meu filho. Ter um companheiro, ter para quem deixar tudo o que eu montei, curtir bastante a família”. Safira

“Eu acho imensurável você não ter um filho para que você possa mostrar as coisas, mostrar a vida, transmitir experiências, partilhar o caminho. É a possibilidade de você pôr no mundo alguém que você ama, que você adora, que lhe dá a chance de crescer com individualidade, com respeito, mas também passando-lhe aquilo que você sabe”. Cristal

Os casais expressaram o significado da presença de um filho como **dando continuidade** à vida, ao relacionamento, à alegria de viver, ao crescimento pessoal, à felicidade, à família e ao seu nome.

“Hoje ter um filho para mim é muito importante, porque ele representa a alegria de continuar vivendo, lutando, dando amor, trabalhando.” Brilhante

“Um filho representa a continuação da família; quando você fica velha, você precisa dos filhos; é tão triste a gente ver as pessoas que não tem filhos, tão sozinhas; é triste. Eu gosto, eu acho que é a continuação da família mesmo, para continuar a vida; a casa fica mais alegre, eu gosto de criança, meu marido também gosta.” Hematita

“Como pessoa, e a gente como casal, tem um monte de coisas que você conquista; então filho é um motivo para que você continue esse crescimento, amadurecimento, harmonia, relacionamento e aprendizado”. Cristal

“Nosso casamento é muito bom, nós somos muito felizes e, eu acho que um filho é a continuação dessa felicidade”. Ágata

Realizando o desejo é outra razão para se querer um filho; é apontada pelos casais como realização, vontade de ser pai/mãe, gostar de criança e querer um filho homem.

“Porque o que a gente quer, quando casa, é um filho; você quer ter um filho de qualquer maneira; é uma coisa assim, é uma realização. Então tudo você sonha com uma criança, você vê uma coisa e você sonha. Eu por toda lei queria ter um filho; eu não me conformava, não me conformava...”

Esmeralda

“Eu desejava ardorosamente ter um filho; só que eu não deixava transparecer nem para minha esposa isso. E eu desejava um filho homem.”

Rubi

Co-participando da obra divina foi evidenciado pelos casais, ao apontar o significado de um filho como milagre, obra divina e vencer a infertilidade.

“Então, filho para mim é uma obra divina”. Cristal

“Filho é coisa maravilhosa, pois como pode de um espermatozóide e de um óvulo nascer um ser humano? Para mim é milagre divino, não pode ser uma técnica; para mim, não há nada que justifique uma coisa tão perfeita; poder ser uma continuidade bem melhorada do que você é”.

Cristal

“Meu filho não é Deus mas é de Deus... eu tenho certeza da participação dele”. Jásper

Muitas vezes, o casal sente necessidade de ampliar a família devido às inúmeras pressões que sofrem. Aqueles que não estão utilizando métodos anticoncepcionais sentem-se mais constrangidos do que os outros, com as freqüentes abordagens relacionadas à não vinda de filhos; **SOFRENDO PRESSÃO SOCIAL** para ter um filho, inicialmente é mais de origem

externa, sendo esta pressão manifestada principalmente no círculo familiar e de amizade.

Há inúmeros fatores que motivam a busca insistente e angustiante de ter um filho; entre eles deve-se considerar o papel desempenhado pela pressão cultural e familiar, no sentido de que todo casal deve ter filhos. O filho é esperado para que se possa exercer papéis de pai/mãe, avós, tios, transmissão de bens, realização de sonhos e desejos, entre outros (Maldonado; Canella, 1981).

Nas categorias **Sendo pressionados pela família e Sendo pressionados pelos amigos** percebe-se que os comentários de familiares e amigos serviram de alerta para que os casais procurassem averiguar a causa da não vinda do filho:

“A cobrança é muito em cima da gente, porque todo o mundo cobra; uns cobram porque você tem de casar; você casou, tem de ter filhos; daí passa um ano, passam dois, no meu caso são 12 ou 13 anos, e todo o mundo cobrando; as pessoas cobram de forma muito grosseira; porque, primeiro elas se metem na sua vida e, a partir do momento em que elas começam a se meter em sua vida, elas começam a causar atrito entre o casal”. Safira

“Você ia a reuniões de lazer e os amigos perguntavam: E o nenê quando vem? Você estava ali se divertindo e os caras ficavam perguntando...” Esmeralda

Em **Sendo pressionados pelos amigos** observa-se que, embora os casais procurem vivenciar a interferência dos amigos com naturalidade, eles sentem que a pressão exercida pode causar desarmonia e mal-estar.

“Ele nunca me julgou assim: ah! é você que não pode ter filho. Isso não. Mas as pessoas é que jogavam para o casal isso; era uma situação na qual nós tínhamos de nos controlar, para não haver briga entre o casal,

porque as pessoas cobram de você e querem esclarecer quem é o culpado.”

Safira

“Todas as pessoas perguntam: quando é que vão ter filhos? Quando vêm os filhos? Eu me sinto mal com as perguntas e com as pessoas. Eu procuro ser natural e responder que ainda estamos tentando, mas ainda não deu”. Ágata

Às vezes esse tipo de brincadeira dos amigos soa ou é interpretado pelos casais como acusação.

“Quando as pessoas falavam, me passavam o seguinte: ela não quer, porque eu sempre fui uma pessoa difícil; eu sempre fui gorda, eu sempre fiz regime; as pessoas me jogavam assim... A sensação que eu tinha é que as vezes elas diziam: ela não quer estragar o corpo. Então era acusação mesmo”. Cristal

Talvez este seja o momento, para alguns casais, em que começa a surgir a suspeita de infertilidade, estimulando a procura de ajuda. Na busca do conhecimento da causa por que o filho não vem até a confirmação da infertilidade do casal, sentir-se pressionado assume conotação diferente. A pressão se faz presente no plano interpessoal e permeia o relacionamento conjugal, com outros familiares, amigos e profissionais. É quando a mulher se volta para si mesma, refletindo sobre o porquê de o filho não vir, num plano interpessoal, ela geralmente analisa, reflete e faz comparações com a situação de outras mulheres que têm filhos, muitas vezes chegando até a revoltar-se consigo mesma. Esta vivência foi considerada como **sentindo-se pressionada por si mesma**.

*“Eu não me conformava... não me conformava, eu dizia assim:”
Puxa vida , tem tantas pessoas que não têm o que comer; a gente pode dar um lar para uma criança, e não pode ter filho. Por que será isso?”.
Esmeralda*

“Eu ficava pensando que eu nunca tive nada, sempre fui muito rígida comigo, que eu teria alguma coisa que impedisse que eu tivesse filho... não sei por que não engravidava, não sei por quê”. Jásper

A “cobrança” que a mulher impõe a si mesma começa a ter influência no relacionamento do casal de forma direta, quando a mulher exige que o marido se submeta a exames e procure ajuda, ou de forma indireta, quando os comentários de amigos sobre a não vinda de filhos provoca desarmonia entre o casal, **sendo pressionado pelo cônjuge**.

“Daí eu comecei a cobrar dele para que ele viesse fazer os exames, porque eu comecei a ver que não era por causa do mioma que eu não engravidava. Por que havia muita gente com mioma que ficava grávida. Não era o mioma que impedia; daí eu queria que ele fizesse exame e ele não queria”. Esmeralda

Sendo pressionados por profissionais torna-se evidente nas falas das mulheres, quando comentam o que o médico recomenda durante as consultas.

“Eu fui a 4 médicos; eles me disseram que eu teria de ter filho urgente, tanto é que eu tenho amigas que tinham mioma e engravidaram sem problemas”. Esmeralda

Em síntese, **SENTINDO UM VAZIO** emerge quando o casal já realizou suas metas de vida estabelecidas antes ou no início de sua união, e a mulher percebe que está na idade limite para ter filho sem correr risco, pelo significado que o casal atribui à criança, ou pela pressão social exercida pelo seu mundo de relações. As tentativas de ter um filho sem sucesso e as condições que levam o casal a querer tê-los fazem com que o casal suspeite de sua infertilidade e iniciem sua difícil trajetória.

O fenômeno, em torno do qual a teoria do **NATURAL AO ARITFICIAL** gira, é a concretização do sonho de ter um filho, ou seja, **BUSCANDO O FILHO DESEJADO**. Para muitos casais isto se transforma em longa trajetória permeada por sentimentos de ansiedade, dúvida, incerteza, insegurança, tristeza, alegria, felicidade, entre outras. Tal processo exige do casal a tomada de decisões e o estabelecimento de estratégias para tentarem atingir seu objetivo maior, ou seja, ter o filho desejado. Nesta busca de ter um filho, o casal estabelece novas redes de relações e reafirma outras, consigo mesmo, com o companheiro, com a família, com profissionais de saúde e outros. Essas interações podem ser feitas de forma harmoniosa e humanizada, ou criar conflitos, dúvidas, ansiedades, o que vai interferir no processo de ser saudável, tanto do casal como de sua família.

Para atender a necessidade de ter filho, os casais tentam obter uma gravidez pelo processo natural; quando passa um determinado tempo, e o filho não vem, começam a suspeitar de que algo está errado em sua função reprodutiva, iniciando-se verdadeira maratona em busca do motivo por que essa gravidez não acontece e do que fazer para que ela ocorra.

Nessa busca do filho que não vem, os casais vêm-se **TOMANDO DECISÕES** (QUADRO 3) que, muitas vezes, requerem habilidade e estratégia que os ajudem a percorrer o caminho escolhido.

QUADRO 3: TOMANDO DECISÕES

DECIDINDO TER UM FILHO

DECIDINDO IR EM FRENTE NO PROCESSO DE CONCEBER

DECIDINDO UTILIZAR A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Neste processo, observamos que, antes de tomar qualquer iniciativa, o casal decide se quer ou não ter um filho. DECIDINDO TER UM FILHO representa a vontade de o casal exercer seu papel de pai/mãe desejado e cobrado pelas pessoas significativas de sua rede de relações. Esta decisão, como vimos, é influenciada pelo tipo de socialização adquirida na infância e pelo significado de ter um filho.

“Filho tem de ser uma coisa bem pensada... você tem de decidir dentro de você, se você está preparada, porque filho é uma doação com certeza”. Cristal

Neste estudo, observei que a decisão de ter filhos é planejada e compartilhada pela maioria dos casais antes da união. Isso ocorre devido aos seus desejos, anseios, metas de vida, influenciados pelo fator econômico, escolaridade, êxito profissional e lazer.

DECIDINDO IR EM FRENTE NO PROCESSO DE CONCEBER um filho é consequência da vontade de o casal ter o seu próprio filho, quando há suspeita de infertilidade. Quando eles percebem que o filho não vem, decidem buscar recursos que os ajudem a obter o filho sonhado.

“Quando nós decidimos ter um filho, começamos a tentar e nada... daí eu fui fazer exame para ver o que estava acontecendo”. Brilhante

“Eu achava que nós deveríamos ter o nosso filho primeiro; depois, se não tivéssemos sucesso, decidiríamos o que fazer... mas de início eu queria tentar ter o nosso”. Topázio

Quando o casal percebe que, apesar da ajuda da ciência, não conseguem engravidar, decidem utilizar o que acreditam ser seu último recurso, a reprodução assistida. DECIDINDO UTILIZAR A REPRODUÇÃO ASSISTIDA não significa que o casal não saiba que suas possibilidades são limitadas.

“Eu fiquei 3 ou 4 anos tentando ter filho e não engravidei; cheguei à conclusão, sozinha, de que queria fazer inseminação artificial... não queria mais tentar pelo método natural”. Ágata

“Eu decidi fazer o tratamento e conversei com meu marido... eu disse que ia fazer o tratamento; mas, se não desse para ter filho, eu ia continuar a minha vida, porque eu não precisava ter filho para ser feliz com ele”. Safira

Pelo exposto, observa-se que as decisões demarcam os grandes momentos da trajetória dos casais inférteis; ao mesmo tempo, impulsionam o processo no sentido de novas etapas. Seu caminhar é formado por pequenas decisões que fazem as mudanças dentro do próprio processo.

A trajetória do **NATURAL AO ARTIFICIAL** se dá permeada de sensações emoções/sentimentos, gerados de acordo com a situação vivida pelo casal. A busca do filho desejado faz com que os casais vivenciem o processo de querer ter um filho, utilizando o método natural de reproduzirem-se. Quando isso não lhes proporciona a realização do desejo de ter o filho, começam a suspeitar de que algo está errado em sua capacidade reprodutiva, **SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE**. Com isso iniciam verdadeira maratona, desde a procura do parecer de médicos de família, até a utilização da reprodução assistida

Os procedimentos utilizados pela reprodução assistida geram, principalmente na mulher, as mais diversas reações, pois a expectativa de um resultado positivo é grande e a espera é maior ainda, o que faz com que este casal aja e reaja de acordo com seu momento vivido, porém nada os faz desistir de seu objetivo de ter um filho. A busca do filho desejado geralmente torna-se fator prioritário em suas vidas: não medem sacrifícios nem recursos; isto deve-se em geral à nossa herança cultural, que estabelece o significado que um filho tem para determinadas sociedades. Esse processo

envolve não só o casal mas toda a sua rede de relações, transformando o simples processo de nascer em algo complexo e de riscos.

QUADRO 4: SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE

TENTANDO ENGRAVIDAR	Investigando a causa
BUSCANDO AJUDA NA CIÊNCIA	Submetendo-se a tratamentos
	Esperando engravidar
PROCURANDO A MELHOR ASSISTÊNCIA	
	Decidindo utilizar a RA
INDO AO ENCONTRO DA RA	Preparando-se para enfrentar a RA
	Escolhendo o método

Em **SUSPEITANDO DE INFERTILIDADE** os casais tentam obter uma gravidez pelo processo natural; mas, quando passa determinado tempo e o filho não vem, começam a suspeitar de que algo está errado em sua função reprodutiva, iniciando-se verdadeira roda viva em busca da causa por que essa gravidez não acontece e do que fazer para que ela ocorra. Nessa trajetória encontramos o casal enfrentando ações e interações repletas de significados, sentimentos e valores; inicia-se com o processo de tentar ter um filho e não conseguir. Essa suspeita de que o filho não vem é motivada por tentativas de engravidar sem sucesso.

TENTANDO ENGRAVIDAR é uma subcategoria natural deste processo, que desperta o casal para a suspeita de infertilidade, uma vez que as repetidas tentativas não surtem efeito.

“Depois que eu casei, depois que passou um ano, não sei se eram seis meses ou um ano de pílula, começamos logo a tentar; tentamos durante um ano a fio e sempre vinha a menstruação, sempre vinha a menstruação.”

Esmeralda

“Quando eu tirei o DIU resolvi que ia engravidar no outro mês, que nada... depois fiquei 1 ano tentando”. Safira

“Quando a gente achou que estava na hora de ter um filho, a minha esposa tirou o DIU, foi passando o tempo e nós tentando... tentando, e ela não engravidava”. Rubi

Observa-se que, geralmente, o casal faz uso de métodos anticonceptivos; quando decidem que desejam ter um filho, suspendem o seu uso e esperam engravidar. Quando isso não ocorre, eles buscam ajuda na ciência para verificar qual é o motivo da não gravidez.

BUSCANDO AJUDA NA CIÊNCIA tem início quando a mulher começa a investigar por que não engravida. **Investigando a causa** passa a ser o foco de sua atenção. Nesse processo, é geralmente a mulher quem primeiro busca ajuda para verificar por que não fica grávida, corroborando os valores transmitidos pela nossa herança cultural; ela sempre foi considerada culpada pela não vinda dos filhos, sujeitando-se a tudo para tê-los, com a finalidade de satisfazer o desejo ou a vaidade de seu “senhor” todo poderoso, chefe do lar e dono de tudo, mesmo da mulher e dos filhos. Segundo Engels (1995) e Muraro (1992), ao surgir a família patriarcal, monogâmica, o homem apoderou-se da direção da casa, convertendo a mulher em sua escrava e simples objeto de reprodução. O predomínio do

homem sobre a mulher tinha como finalidade principal a procriação de herdeiros, que um dia tomariam posse dos bens do pai.

“Ai a gente começou com aquela história de temperatura, aquilo eu acho que foi pior... tem de ficar tirando temperatura todo dia; a temperatura subiu, então você tem de ter relação sexual... Faz um mês, faz outro, quando chegou no quinto mês, eu não queria mais aquilo, eu desistia, eu não ia mais ao médico para não ter mais essa coisa de temperatura; não tinha nada para mudar; porque já que ele não tinha mudado isso durante todo esse tempo, era besteira insistir”. Brilhante

“Daí tive a imbecilidade de fazer a histerossalpingografia com um médico que era um horror, cavalo vestido de gente, aqueles que atormentam a mulher”. Jásper

Jones; Wentzl; Burnett (1990) confirmam que a mulher é a mais interessada e agressiva em seu desejo de auxílio médico; em geral, é ela quem faz o primeiro contato com o serviço de saúde. Atualmente, apesar de que a mulher está inserta no mercado de trabalho e compartilha com o companheiro o seu cotidiano, traz consigo muitos valores transmitidos pela herança cultural; entre estes, podemos observar a necessidade de ter filho.

Nessa procura, o casal, principalmente a mulher, realiza procedimentos médicos tentando corrigir possíveis falhas e ficam.

Submetendo-se a tratamentos

“Ele só mandou tomar um monte de hormônios, eu tomei isso 1 ano e parei, não dava certo, Daí eu troquei de médico e descobri que eu estava com mioma, com problema de útero e ovário; tinha de fazer uma cirurgia, se quisesse pensar em engravidar, porque isso seria abortivo”. Brilhante

“Fui a outro médico que para mim foi um grande charlatão; fez uma operação que é a coisa mais imbecil que as mulheres podem fazer, isto é, a desobstrução de trompa; o sucesso é de 0,001%; acho que não existe”.
Jásper

“Eu fui até um psicólogo; fui porque todo o mundo dizia assim: Ah! a pressão. O psicólogo me disse que eu não tinha esse problema, que eu não estava fazendo bloqueio psicológico, para ter isso. Ele disse, em principio, que eu não tinha isso; que eu conseguia trabalhar com minha cabeça. Eu acho que comigo não houve esse bloqueio.” Safira

Nesta etapa do processo de busca do filho desejado, o casal dá início à sua caminhada pelo sistema de saúde, agindo e interagindo com diversos profissionais, procurando obter uma gravidez.

Em *Esperando engravidar* os casais seguem as orientações e os procedimentos médicos; a mulher sujeita-se a um processo doloroso de investigação de causas; poderia ser simplificado, se fosse o homem quem primeiro fizesse um espermograma, para aferir sua capacidade reprodutiva. De acordo com Ribeiro (1981), os índices de probabilidade de infertilidade são iguais tanto para o homem como para a mulher; mas é a mulher quem primeiro procura o sistema de saúde para tentar descobrir por que esse filho não vem. Isso mostra que, apesar de a mulher estar participando do sistema de ensino e do mercado de trabalho, atuando junto com o homem na sociedade, ainda hoje é responsabilizada pela falta de filhos. Quando este filho não vem, é ela quem primeiro busca ajuda na ciência, procurando verificar se algo não está funcionando corretamente em seu aparelho reprodutor, muitas vezes culpando-se por não poder dar um filho para o homem amado, família e sociedade.

“Então ele só diz aquilo que você tem de fazer e você vai lá e faz até a hora em que você se enche. Você faz... faz... faz..., não tem retorno nenhum e a gravidez não acontece”. Brilhante

“Eu fui ao meu ginecologista; fiquei uns 7 ou 8 meses tentando; ele falou que eu não tinha nada, vai ver que era assim mesmo. Isso me incomodava muito, porque lá como é consultório de ginecologista obstetra, havia um monte de mulher grávida, outras com criança no colo, e eu lá, tentava e não ia... tentava e não ia”. Cristal

“Ele falou vamos esperar mais uns seis meses. Esperamos, ... fizemos teste pós-coital... uma pesquisa no esperma do meu marido, e detectou que o meu marido tinha um probleminha... ele pediu que tratasse esse probleminha, porque ele talvez estivesse impedindo a gravidez”. Ágata

Nessa fase, a mulher deseja ser esclarecida, orientada, apoiada; algo que, as vezes, não é realizado pelos profissionais de saúde. Esta falta de compreensão da mulher, que busca esclarecimento, porque o filho não vem e se submete ao tratamento sem obter resultado, e que espera, sem ter certeza de que ficará grávida, isso gera sentimentos e emoções, fazendo com que ela, muitas vezes, troque de profissional.

Ao investigar a causa da não vinda do filho e após submeter-se aos mais diversos tratamentos, o casal espera pela gravidez; se esta não acontece, eles vão PROCURANDO A MELHOR ASSISTÊNCIA, através da busca de profissionais mais qualificados, esperando conseguir melhores resultados.

“Resolvi que eu ia a um médico acertar... que tinha que ser um médico, assim tipo Albert Einstein, aquelas coisas... bem conceituado, acho que, assim, quando você fala alguma coisa dessas, lembra direto dele. Marcamos e fomos”. Brilhante

“Nós decidimos que estava na hora de ter um filho; queríamos ter um filho; então fomos procurar um médico que fosse bom mesmo nisso, para nos ajudar; queríamos o melhor”. Cristal

“Eu decidi que eu ia para alguém que me interessasse mesmo, que eu não ia mais para meleca de médico nenhum, que falam Ah! fulaninho é bom, eu vou para o melhor; começaram a dizer: Vá ao Dr.X, porque ele é de reprodução humana”. Jásper

Segundo Speroff (1991), uma das mais importantes missões dos especialistas em infertilidade não é ter crédito para obter uma gravidez, mas acelerar o período de tempo para que isso ocorra. Para isso eles necessitam procurar e corrigir as causas da infertilidade, fornecer informações exatas ao casal, desfazer informações errôneas obtidas de amigos e dos meios de comunicação, proporcionar apoio emocional ao casal durante o período difícil e aconselhar a respeito do momento adequado para suspender a investigação e o tratamento. A incapacidade de conceber gera, em muitos casais, um sentimento de perda do controle sobre um segmento muito importante de suas vidas e isso é agravado pelas imposições adicionais, geradas pela manipulação a que têm de se submeter durante a investigação e o tratamento, até a necessidade de ter relações sexuais programadas.

Conforme os resultados obtidos pelo casal, depois de inúmeras tentativas e trocas de profissionais, eles avaliam sua necessidade de ter um filho e iniciam nova etapa de sua trajetória denominada: INDO AO ENCONTRO DA RA. Cansadas do processo da busca de um filho, as mulheres refletem, analisam a situação e tomam decisões, que compartilham inicialmente com os maridos, procurando dissipar sentimentos de culpa e de impotência, procurando novas metas de vida. Elas são motivadas pela demora em obter o sucesso desejado, pela pressão social que cobra o filho que não vem, por observações relacionadas às ações desenvolvidas durante o tratamento e pelo cansaço ou desânimo.

Segundo Jones; Wentz; Burnett (1990), uma vez estabelecido o diagnóstico de infertilidade, surge o momento em que o casal pode tomar conhecimento dos métodos terapêuticos, o prognóstico estatístico de gravidez para cada um deles, explorar os custos, as intervenções necessárias, o tempo de duração do processo e outras coisas que achar de interesse. Após isso, o casal escolherá a que achar melhor e mais adequada para sua situação, conhecendo e respeitando todas as possibilidades.

O casal, **Decidindo utilizar a RA**, não quer mais saber a causa de não poder gerar e ter um filho; simplesmente quer tê-lo e lançam mão de alta tecnologia para atingir seu objetivo. Eles desejam o filho e procuram o que julgam ser o melhor dentro da especialidade, depositando aí todas as suas esperanças.

“Eu decidi que ia fazer inseminação e conversei com meu marido. Eu não queria mais ter filho pelo método natural, porque fazia tempo que nós estávamos tentando e não conseguimos”. Ágata

“Eu não queria mais saber a causa, eu queria um filho nem que fosse de proveta”. Safira

“Daí nós resolvemos que eu ia fazer a fecundação in vitro e nós começamos a juntar dinheiro., fiz tudo direitinho, fiz 6 vezes e não deu certo”. Safira

O casal, ao optar pela reprodução assistida, sente a necessidade de estar **preparando-se para enfrentar a RA**, momento em que procuram obter conhecimentos sobre o processo a ser seguido, buscando informações sobre condutas médicas e sobre o próprio método. Inicia-se, também, nesta ocasião a preocupação com o fator econômico, passando o casal a avaliar suas condições financeiras e a fazer reservas para arcar com o alto custo deste procedimento:

“Daí quando eu resolvi que eu ia , nós estávamos juntando dinheiro para isso, porque a mentalidade era fazer a fecundação in vitro”. Safira

“Se o médico facilitar, em relação aos custos, nós vamos tentar até três vezes; se não der certo, vamos adotar”. Hematita

Apesar de que os casais sabem que não podem ter filhos pelo processo natural, pouco conhecem dos métodos artificiais de reprodução. Quando decidem utilizar este artifício para atingir seu objetivo de ter um filho, procuram informar-se sobre as especificidades do procedimento, de suas causas e efeitos, de seus índices de resolutividade. Para isso procuram orientação de profissionais competentes, de amigos e familiares, e informações através da imprensa escrita, falada e televisiva, ações estas incluídas no **Escolhendo o método** a ser utilizado.

“O médico me explicava tudo, eu sabia o que estava acontecendo; para ele pode não ser nada, mas para mim era muito importante saber o que estava acontecendo dentro de mim; mas, mesmo assim, eu sentia um ansiedade, uma expectativa muito grande”. Brilhante

“Eu sempre li muito sobre isso, eu sabia exatamente o que eu ia ter de enfrentar, mas alguma coisa me dizia que eu ia ter de cair nisso”. Ágata

“Eu gosto muito de ler, eu sou uma pessoa bem informada, porque leio muito; esse conhecimento do tratamento, do que fazer, eu debatia com os médicos; conversava sobre o porquê disso, o porquê daquilo; lia tudo sobre o tratamento; conheço um pouco de medicina, porque gosto da coisa. Eu dialogava com meus amigos e familiares a respeito disso; deixava que eles demonstrassem suas opiniões; sempre fui muito aberto sobre esse problema, todos sabem que o meu filho é bebê de proveta”. Rubi

Depois de esclarecidos, os casais decidem ter um filho e vão em busca da alta tecnologia oferecida pela RA.

QUADRO 5: UTILIZANDO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

	Acreditando na RA
PREPARANDO-SE PARA A RA	Tendo que modificar o relacionamento sexual
	Fazendo tratamentos
SUBMETENDO-SE A FIV	
AGUARDANDO RESULTADOS	
	Não fecundando: <i>Desconfiando do sucesso da RA</i>
CONHECENDO O RESULTADO	Voltando as tentativas
	Engravidando
	Fecundando: <i>Perdendo os embriões</i> <i>Vivendo a gravidez</i>

UTILIZANDO A REPRODUÇÃO ASSISTIDA, outra categoria do processo de busca de um filho, implica a utilização de procedimentos específicos, complexos, de alta tecnologia, mas que não garantem total solução. Mesmo assim, os casais querem fazer esta última tentativa na esperança de poderem realizar seu sonho. Esse procedimento torna-se prioridade em suas vidas; só desistem quando atingem seu objetivo, ou quando se conscientizam da impossibilidade de gerar filhos.

Neste momento eles jogam sua cartada final e não se importam de enfrentar o sofrimento. Nele, eles vivem, pensam, sentem, decidem e entram dispostos a ganhar, não se importando em mudar de direção e de profissionais, desde que alcancem a vitória. Não se preocupam em passar por procedimentos dolorosos, constrangedores, demorados, sem a certeza de que tudo vá dar certo. Jogam a “última cartada”. Depositam seus sonhos, anseios e desejos nas mãos dos profissionais que podem ajudá-los. Nisso investem até a última de suas esperanças, porque, após passar por esses procedimentos, só lhes resta adotar ou continuar sem filho.

Os casais iniciam o processo PREPARANDO-SE PARA A RA e, confiantes na ajuda de profissionais qualificados, no método escolhido, ficam esperando que dê certo, **Acreditando na RA**

“Eu carregava uma esperança muito grande de que fosse dar certo, eu me sentia muito bem acompanhada e me senti muito segura com o médico e isso eu acho uma coisa fundamental”. Brilhante

“Eu sabia que não poderia ter filho pelo método natural; então a fecundação in vitro era minha última esperança e nós decidimos investir tudo nela”. Ágata

“Esse processo vem em etapas, que você vence uma a uma; cada etapa vencida é uma vitória. É processo muito sofrido, principalmente para a mulher; para mim foi mais fácil, mas eu sempre procurei estar junto com a minha esposa, para o que desse ou viesse. O duro de todo o processo é o que a mulher tem de passar; o homem tem ansiedade, mas não é tão difícil. Pelo esforço dela eu tinha uma esperança muito grande de que a gente ia conseguir ter um filho”. Topázio

A utilização da reprodução assistida envolve preparo anterior à realização do procedimento, que vai da detecção do período fértil até a realização final. Nele o relacionamento sexual do casal fica sob controle médico, impedindo o relacionamento prazeroso. Onde havia amor, prazer, intimidade agora torna-se obrigação, controle e obediência a ordens médicas. O privado torna-se público, pois na reprodução assistida o controle do relacionamento sexual é necessário para poderem ser executados alguns procedimentos como o teste pós-coital, então eles se vêem **Tendo de modificar o relacionamento sexual**. O que foi evidenciado pelos casais, ao se referirem às mudanças de seus hábitos sexuais para cumprir determinação médica exigida.

“Nosso relacionamento sexual mudou completamente depois que eu comecei a fazer o tratamento: é coisa programada, não é por prazer; modificou minha libido. então foi uma experiência muito horrível, e eu não tinha nada. Então isso foi... acho que o ponto que mais marcou assim, em termos de você se sentir meio largada, sabe?”. Cristal

“Eu me senti um saco, fazendo o controle de temperatura, mas em compensação tudo é um mal necessário; você está indo atrás, o médico é bom; então você faz tudo o que ele manda pensando que vai dar certo”. Sâfira

“O controle de temperatura e das relações sexuais eu não achei uma coisa muito gostosa. Mas nós não estávamos transando por prazer, nós tínhamos um objetivo, nós queríamos um filho; é evidente que nós gostaríamos de ter um filho que tivesse nascido de uma noite supergostosa, superlegal; não foi o nosso caso, senão já teria acontecido antes”. Brilhante

“É aquela coisa de um olhar para a cara do outro e dizer: Olha! O teu filho está vindo aí, nós temos que transar, falta meia hora. Isso aí é um saco, mas tem de fazer, me afetava sim, me enchia o saco a idéia, mas me

enchia mais o saco a idéia da minha esposa não aceitar tanto do jeito que eu aceitava, eu acho que a dificuldade maior foi dela”. Topázio

Em **Fazendo tratamento**, a mulher submete-se a uma série de intervenções como a utilização de medicação, exames complementares. Segundo Paola, Procaccini (1991), para se chegar a um diagnóstico e instituir um tratamento, é necessário avaliar as condições fisiológicas e reprodutivas do casal. Isto é feito através do estudo dos chamados fatores femininos e masculinos. Isto inclui procedimentos que vão desde o exame físico até diferentes metodologias destinadas a diagnosticar a causa da infertilidade como estudo do sêmen, determinações hormonais, histerossalpingografia, laparoscopia entre outros. Depois de diagnosticada a causa e escolhido o método que vai ser utilizado, a mulher submete-se ao preparo para a realização do procedimento, o que envolve a utilização de medicamentos.

“A minha esposa não tinha mais onde aplicar injeção, estava aplicando injeção até na jugular; evidentemente tinha que segurar; o corpo dela não identificava que ali dentro havia um ser humano, que tinha que preparar o útero para que pudesse receber este ser humano; injeções doloridas, de custo financeiro muito grande, então no final do tratamento ela quis desistir um pouco”. Rubi

“Eu levei todos os exames, ele pediu uma ecografia e, de cara, mandou tomar o tal de Lupron e depois de não sei quanto tempo de ter tomado o Lupron, eu tinha de fazer outra ecografia e passar o resultado para ele”. Brilhante

“Foi uma roda viva para mim, na hora em que você entra, a coisa vai aumentando. Eu não sei quantas injeções eu tomei; em alguns dias eu tomava três injeções por dia; eu não tinha mais onde tomar injeções; o meu bumbum eram só bolas. Daí eu resolvi tomar no braço; mas não podia mexer o braço, não podia trabalhar”. Brilhante

Pelos relatos podemos observar a força e a coragem das mulheres na busca do filho desejado. Para atingir seu objetivo elas não medem sacrifícios, seguindo todas as orientações recebidas, sofrendo não só a pressão social, que parece recair mais sobre elas, mas também enfrentando o sofrimento físico, provocado pelos procedimentos indicados. Ela faz todos os exames indicados e submete-se aos procedimentos da RA, tentando de todas as formas ter um filho ou dar um filho para o marido e para a sociedade. No decorrer deste processo, na maioria das vezes, é ela quem procura recursos e informações: decide, enfrenta, sofre, tem esperanças, demonstrando a força do sexo “fraco”, submisso, dependente como é vista pela maioria da sociedade gerenciada pelos homens.

Depois de toda a roda viva para preparar o casal, principalmente a mulher, para a realização da reprodução assistida, chega o momento em que ela se submete ao procedimento escolhido como sendo a última esperança de atingir o objetivo desejado.

Neste caminhar, em SUBMETENDO-SE À FIV, os procedimentos ditados pela ciência médica são altamente especializados, muitas vezes complexos, sem contudo apresentarem altos índices de resolutividade, o que exige dos casais determinação e abnegação em sua realização.

“Foi marcado o dia, eu retirei 7 óvulos e fecundaram 5; quando chegou a hora de recolocá-los, falou que ia colocar 4 mas que tínhamos 5; para congelar um só para a próxima vez era pouco, o que eu sugeria;... colocamos os 5”. Brilhante

“Por que é assim: primeiro você faz o tratamento; depois tira os óvulos; vê se está tudo bem, espera uns dois ou três dias para ver quantos óvulos vão fecundar; ai vai lá e colocam os ovos; foi a pior parte para mim, porque, quando você vai colocar os ovos você tem que ficar 2 horas sem se mexer; é a parte mais física e mais chata”. Ágata

“Então é assim: tira o óvulo, faz, junta, põe, vai grudar, não vai grudar, vai ficar grávida não vai ficar grávida, vai perder, não vai perder; são etapas que eu não sabia que existiam até ter perdido, porque a primeira vez você vai no turbilhão; daí você fica ansiosa até ver se grudou e a etapa termina quando você vê que está grávida”. Jásper

Segundo Jones;Wentz; Burnett (1990), a taxa de gravidez aumenta de acordo com o número de embriões transferidos, cerca de 10 a 15% com a transferência de 1 embrião, 20 a 25% com dois, e mais de 30% com a transferência de três ou mais embriões. Nota-se aqui que, apesar das técnicas empregadas, de profissionais altamente especializados, da persistência do casal, dos sentimentos e sofrimentos enfrentados, os índices de se obter sucesso com os procedimentos da RA ainda são baixos; entretanto a mulher continua seu caminhar em busca do filho desejado enfrentando dor, preconceitos, sofrimentos, dúvidas, entre outros, demonstrando cada vez mais sua força e determinação. Isso é compartilhado com os homens, os quais reconhecem o calvário vivido pelas mulheres em busca do objetivo do casal, ou seja, de ter o filho desejado pelos dois, pela família e pela sociedade.

Para Leite (1995), nem sempre os recursos da RA conduzem a resultados esperados; no entanto estes procedimentos podem dar início a uma nova série de obstáculos, que o casal tem de enfrentar, as vezes mais dolorosos que a própria infertilidade.

Em AGUARDANDO O RESULTADO a mulher vive, ao mesmo tempo um período de grande esperança e de grande incerteza, pois ela sabe das possibilidades que possui e dos índices de sucesso e fracasso atribuídos ao método utilizado.

A partir do momento em que se propicia a união do óvulo com o espermatozóide, num tubo de ensaio, inicia-se o processo de espera. Espera-se de 12 a 16 horas para ver se fecundou; de 36 a 48 horas para verificar se

houve divisão celular, para se fazer a transferência do embrião para a cavidade uterina. Posteriormente inicia-se o processo de observação da implantação e confirmação da gravidez, o que é acompanhado de expectativa, perplexidade e ansiedade por todos, casal e equipe de saúde, pois a parte mais excitante do processo inicia-se a partir da fertilização (Leite, 1995).

“Daí você vai para casa e espera; fica com ansiedade do cão durante 15 dias, querendo saber se está ou não está grávida. Grudou... não grudou, aí você fala: Meu Deus, será que vai grudar no meu útero, será que meu endométrio vai agüentar? Você faz exame e dá x de hormônio; eu estava tão ansiosa que eu fazia 2 exames por semana; de 3 em 3 dias eu estava fazendo um exame; um dia deu errado e eles não quiseram nem comentar; o médico comentou com uma amiga minha que, nessas alturas, ele não sabia mais como falar. Acho que para mim essa parte foi por demais importante, porque eu já tinha perdido um”. Jásper

“Eu fui fazer exame; a médica falou que achava que eu estava grávida. Eu disse que ela me desculpasse, porque havia já 7 anos todo o mundo achava, todo mês, que eu estava grávida, que eu não queria mais escutar esse papo..., mas a menstruação não veio... fiz o exame e até hoje não fui buscar o resultado. O Dr. L..., me ligou e me deu a notícia. Mas até hoje eu não fui buscar o resultado”. Safira

Após a espera, o casal vivencia a fase do CONHECENDO O RESULTADO, quando recebe o veredito de “vitória” ou não. Neste período o sonho de ter o filho pode tornar-se realidade ou a esperança de ter conseguido pode transformar-se em pesadelo, em face da perspectiva de ter de passar por todo o processo novamente. Aqui muitos casais interrompem a sua trajetória na busca de um filho de sangue, podendo ou não retomá-la mais tarde, mesmo sabendo das poucas possibilidades existentes de fecundação; eles não deixam de continuar tentando, até conseguirem o seu

objetivo ou não suportarem mais. Isso ocorre devido aos índices de resolutividade proporcionados pela reprodução assistida; segundo Stewart; Robinson (1989), há, com frequência, um planejamento e idealização do estado de gravidez, uma boa vontade em aceitar qualquer risco para conceber e medo de ter perdido a fertilidade.

“Eu fiz quatro inseminações artificiais e não deu certo;. na quarta, quando eu não fiquei grávida, me deu uma frustração horrível... até porque, na segunda vez que eu fiz, no dia em que eu menstruei, minha irmã ficou sabendo que estava grávida. Aquilo para mim foi um choque; ela não fez nada, só esqueceu de tomar a pílula por dois dias. Começou a ficar muito frustrante. Em cada inseminação, eu ficava contando os minutos e ficava menstruada; quando eu fiz a última, falei que seria a última, porque se não desse certo, eu ia esquecer o assunto. Esqueci realmente, porque também não deu certo. Desisti mesmo e falei para o meu marido que não ia voltar a fazer o tratamento, porque eu achava que era bobagem”. Cristal

Em **não fecundando**, observa-se quanto o casal sente por não ter conseguido o esperado. Mesmo não tendo realizado o desejado e sentindo o insucesso, eles arranjam novamente forças para continuar, *voltando às tentativas*, demonstrando que o desejo de ter filho é maior do que tudo o que possa ser vivido e sofrido. Isto ocorre devido à necessidade demonstrada pelo casal de ampliar a família, o que é corroborado por Maldonado; Canella (1991).

“Como era eu que não podia, cada vez que a gente tentava e não dava certo eu sofria, ficava frustrada, mas trabalhava minha cabeça para dar certo na próxima vez”. Cristal

“Eu fiz seis vezes e não consegui engravidar; quando eu estava quase desistindo daquele negócio, para dar mais um tempo e depois começar de novo, porque eu não ia desistir completamente, meu marido me incentivou a continuar”. Safira

Desconfiando do sucesso da RA. Ocorre após varias tentativas sem sucesso, quando geralmente a mulher sente a necessidade de dar um tempo, trocar de médico, parar com tudo. Cansada do sofrimento causado pelos procedimentos dolorosos e pela dificuldade de engravidar, a mulher, muitas vezes, fica desmotivada, cansada ou desconfiada do método utilizado, adotando outras posturas em relação à vinda do filho. Para Novotny (1995), o tratamento da infertilidade pode ser extenuante, porque nada acontece rapidamente e porque, mesmo sendo assistido pelos melhores profissionais, as respostas podem ser frustrantes. O longo percurso exige paciência, pois o trajeto é sinuoso e cheio de incertezas.

“Ai começou aquela pergunta: Por que todo o mundo fica e eu não fico. Fiz a última inseminação artificial e falei: Agora vai dar certo, ou eu vou esquecer o assunto. Esqueci, porque não deu certo. Parei o tratamento e desisti efetivamente. Eu falei que não queria voltar e que eu achava que a gente não podia ter tudo o que queria; talvez o destino não quisesse que eu tivesse filhos; então eu não ia ter...”. Cristal

“Depois que eu fiz a cirurgia, fiz mais 2 inseminações artificiais; eu já tinha feito 2 antes da cirurgia, e não deu certo, eu não ficava grávida, foi muito frustrante”. Ágata

A maratona dos casais inférteis faz com que eles, muitas vezes, se sintam desmotivados, outras vezes que desconfiem do profissional que os está atendendo: eles fazem tudo o que é proposto e não atingem seus objetivos.

As novas técnicas desenvolvidas em reprodução assistida, nos últimos anos, representam verdadeira revolução, à medida que permitem a reprodução fora do corpo da mulher, ou seja, em laboratório, proporcionando a possibilidade de visualizar novos recursos e oportunidades (Leite, 1995). *Voltando às tentativas* ocorre com os casais

que continuam em sua busca constante de melhores profissionais e de novas oportunidades de atingirem seu desejo maior, ter o filho tão sonhado.

“Então eu falei: Sabe é uma coisa boa mudar de médico; muda a minha cabeça, muda de médico, muda clínica, toda aquela história...”.

Safira

“Na primeira vez que eu fiz fecundação in vitro, não deu certo; fiquei muito triste, chorei muito. A segunda foi absurda de boa, porque fecundaram 4... daí a colocação já é outra coisa, a gente sente uma alegria que não tem como explicar, porque é tão pouquinho o que a gente tem, mas é tão bom, faz tanto bem... eu pude ficar com 4 bebês, não são bebês, são embriões, mas para mim era como se fossem bebês; depois eu perdi, mas eu vou continuar tentando. Quero fazer outra já”. Ágata

Fecundando representa a vitória alcançada, o final do calvário e a entrada no céu. É tanta a felicidade causada pela fecundação que, às vezes, o casal nem acredita que ela tenha ocorrido. Na maratona, a fecundação significa para o casal o grande prêmio, não o máximo mas um grande prêmio, porque ela é o indicativo de que eles podem ainda ter um filho. Isso deve-se à longa caminhada realizada pelos casais; eles a enfrentaram de forma consciente, com coragem e determinação, sabendo que suas possibilidades são ainda pequenas de atingir seu objetivo, a possibilidade de ter um filho. Conseguir ficar grávida significa novo caminhar, mais esperançoso, mais harmonioso, mais feliz, mas que exige cuidados especiais. A fecundação representa também o cumprimento da função social de gerar filhos para satisfazer sua rede de relações, o mundo e o eu pessoa. Esta experiência vivenciada pelo casal está expressa em suas ações e reações pelo significado da vitória alcançada, é o período de plenitude (Leite, 1995).

Para a mulher, tem significado ainda maior, de cumprimento de sua função reprodutiva, de obtenção de metas, de poder fecundar e abrigar

embriões, enfim de poder ter e dar um filho para o marido, família e sociedade. Isso ocorre porque ela se sacrifica, utiliza todos os meios disponíveis para gerar um filho e, na maioria das vezes, não obtém o resultado desejado. Ao perceber sinais de gravidez ou mesmo a notícia da possibilidade de ter fecundado, a mulher muitas vezes, acredita. Ela teme frustrar-se ainda mais, acreditando em algo que tanto quer, mas que sabe da dificuldade para conseguir. Ela só acredita quando tem a confirmação da notícia através do resultado de teste laboratorial; mesmo assim, fica pensando se não é sonho, não se sentindo com coragem para enfrentar o resultado do exame. Isso demonstra a conscientização das dificuldades enfrentadas e o medo da continuação de uma realidade já vivida, a qual para ela é muito triste, angustiante e frustrante.

Ao ter certeza da gravidez, ou seja, Engravidando, inicia-se outra fase, misto de alegrias e preocupações; o casal, principalmente a mulher, começa nova roda viva, para manter esse filho tão sonhado e desejado. A gravidez surge, aconteceu a gravidez tão esperada; entretanto, quanto maior o período de infertilidade, maior a tendência de supervalorizar e fragilizar o feto. Ocorre, então, o medo de abortar, de ter um filho defeituoso ou com problemas e preocupações com qualquer pequena interferência (Maldonado; Canella, 1981).

“A primeira vez que eu fiz fiquei grávida; eu me cuidava, fiquei 3 meses deitada, totalmente em casa, supernervosa, e perdi o nenê. Eu comecei a fazer o tratamento em outubro; fiz a primeira fecundação em 16 de dezembro de 95; e dia 02 de janeiro já fiquei sabendo que eu estava grávida. Faz uns 15 dias que eu estou me sentindo grávida, principalmente depois que eu soube o sexo; agora foi que se formatou para mim, eu e meu bebê. Depois que houve a gravidez, apesar de que o médico dizia que estava liberado, nós não conseguimos; morríamos de medo de machucar o bebê”. Jásper

“Eu não acreditei muito que estava grávida só porque a minha menstruação não veio no dia certo; ela atrasou; fiz aquele testezinho de farmácia e deu positivo; fiz o teste na rua, porque eu não agüentei a tentação e deu positivo, mas eu falei: Esse teste pode dar resultado falso. Depois fiz o teste no laboratório; quando deu positivo; fiquei maravilhada; mas, dentro de mim, ainda não acreditava. Só acreditei quando fui fazer ecografia; o médico mostrou o saco gestacional; eu estou imensamente feliz, mas com muito medo, porque conheço a história da minha irmã, que abortou e ninguém sabe por quê, se foi alguma coisa familiar, genética. Então eu tenho medo”. Cristal

O homem vivencia a notícia da gravidez de sua esposa de forma diferente; enfim sua mulher foi fecundada e o filho já está à caminho. A notícia da gravidez da mulher causa no homem a felicidade da vitória alcançada, ele compartilha da felicidade, mas não dos medos. Ele recebe o resultado do exame com desconfiança, talvez por não saber interpretá-lo corretamente; mas, a partir da confirmação feita pelo médico, ele passa a vivenciá-la como se ela fosse uma vitória que deve ser festejada e compartilhada com toda sua rede de relações. Acredita que já é pai; quer curtir esse acontecimento com a atriz principal, ou seja, com a mãe, para depois contar para todos os outros parentes e amigos. A sua esposa está grávida e isso tem significado todo especial, pois ele vai ser pai e poder demonstrar sua capacidade reprodutiva: é o significado que o filho tem para ele (Maldonado; Canella 1981).

“Eu soube que ela estava grávida; treze dias depois iria fazer aniversário; combinamos que ficaríamos 13 dias sem contar para ninguém, guardando aquela felicidade só para nós dois. Eu tinha de esperar, porque eu ia fazer um jantar no meu aniversário para os familiares e amigos; naquele momento, em que ela me telefonou e disse que estava grávida, eu imaginei uma mesa colocada, eu levantando e anunciando a gravidez da minha esposa”. Rubi

“A gente tinha combinado de ir buscar o resultado juntos, só que eu tive um problema no escritório e não ia conseguir chegar no horário, antes que o laboratório fechasse; pedi que a minha esposa fosse pegar o resultado do exame e me aguardasse lá na frente, só que não abrisse o exame sem eu estar junto. Quando eu cheguei lá, ela estava me esperando sentada, toda nervosa; eu peguei o exame e comecei a ler e na hora em que eu vi não sei o que compatível com gravidez, fiquei feliz da vida; tentei ler mais umas 3 vezes, para me certificar mesmo e poder comemorar com minha esposa”. Topázio

Quando ocorre a gravidez, tudo é alegria. Os casais pensam que já conseguiram realizar seu sonho de ter um filho; e mesmo que os profissionais de saúde expliquem, eles parece que não se conscientizam de que sua gravidez é de alto risco e de que seu objetivo ainda não foi atingido. Para eles tudo tem a característica do sucesso alcançado, de vitória conquistada.

Existem nove meses pela frente, quando muita coisa pode acontecer, até mesmo *Perdendo os embriões*. Quando isso ocorre, dependendo da mulher, geram-se sentimentos de luto pela perda, ou então, sentimentos de felicidade por sentir-se capaz de gerar e abrigar dentro de si uma criança. Independentemente da forma como essas mulheres perdem o embrião, o significado desta perda fica registrado; por ocasião de nova gravidez, ela é lembrada e só é amenizada pela fé em Deus. É um misto de alegria e sofrimento, que impulsiona o casal a continuar tentando.

“A primeira vez que eu fiz, engravidei; mas, quando eu fui fazer ecografia, desconfiei que alguma coisa não estava certa; liguei para a médica e ela mandou eu ter calma; o doutor disse que isso podia acontecer; enchi o saco do médico; quase enlouqueci a doutora; enchi o saco psicologicamente desses dois, porque não deu certo. Eu fiz outra ecografia e ele realmente tinha parado de crescer; eu perdi, tinha um mês e

meio; o começo foi horrível, tive muita dificuldade, mas fiquei pensando em Deus, quer dizer que não é só engravidar; há a parte do bebê, só que para mim era só engravidar, se eu engravidasse prontamente teria terminado o calvário. Eu sofri muito”. Jásper

“Destas vezes eu não fiquei tão triste como na primeira, porque eu já estava preparada para enfrentar as piores coisas; na primeira vez eu não estava preparada para a não fecundação; nessa vez, quando eu soube que tinha perdido os embriões, fiquei triste; mas é diferente, porque houve a colocação deles; já é outra coisa, a gente fica esperando a próxima; o doutor vai fazer outra, e eu quero fazer já”. Ágata

Vivendo a gravidez. Inicia-se no momento em que o casal fica sabendo que os óvulos foram fecundados. É quando o casal começa a viver a gravidez; acham que o pior já passou. Agora existe uma gravidez que deve ser curtida, cuidada, vivida. A gravidez representa o começo da vitória, mas eles sabem que existem 9 meses de espera; este período pode apresentar risco para a criança; portanto ele deve ser vivido de forma especial, fazendo com que o casal e a família desenvolvam ações para proteger o binômio mãe-filho de possíveis ocorrências causadoras de morbimortalidade. Tudo é feito para que a mulher tenha gestação tranqüila e livre de riscos, procurando-se proporcionar à mãe uma vida mais saudável. Algumas procuram, até mudar de ambiente, para poder desfrutar da natureza e manter-se saudável. Suas necessidades são satisfeitas para que ela possa assegurar o desenvolvimento do nascituro; qualquer transtorno, por menor que seja, é motivo de preocupação, não só do casal e família, mas de todos os profissionais de saúde envolvidos. Este período é sonhado e almejado por todos, nele todos estão vigilantes, pois qualquer falha pode acabar com o sonho... com a luz do fim do túnel que agora parece estar mais próxima de ser alcançada. Todos curtem... sonham... planejam a vitória, dando tudo de si para que este filho possa vir ao mundo.

“A preocupação, depois que engravidei, era de não descolar minha placenta; depois tive bronquite asmática, e tossia igual uma louca, tanto que eu acho que o descolamento que eu tive foi de tanto tossir, daí eu parei de trabalhar e fui cuidar de mim e do nenê, porque um dependia do outro; então eu pensei: Vou fazer meu preparo psicológico, aquilo que eu falei que sempre consegui fazer. Vou ficar calma, nada me vai acontecer; vai dar tudo certo; eu estou linda, maravilhosa, e meu filho é lindo, maravilhoso e assim foi indo até saber o sexo”. Safira

“Acompanhar a gravidez foi superlegal, porque Deus foi muito bom com a gente e nós não tivemos problemas. Mas acompanhar a gravidez é superlegal, quando você curte, quando você vê que as coisas dão certo. A minha esposa tinha um manual; nós acompanhávamos; via-se o que estava acontecendo, o que se estava formando; via-se o que ela precisava comer; nós acompanhávamos”. Topázio

“O meu obstetra me liberou para ter uma vida normal; ele disse: Você é consciente, sabe que não pode carregar peso, você não vai ficar se esforçando, não vai fazer caminhadas, eu não vou deixar você viajar; mas você está liberada, vida normal; se você quiser fazer yoga, pode fazer, mas eu não tenho vontade de nada; só tenho vontade de ficar curtindo minha filha. O meu marido está abobado com a situação de ser pai; nós temos medo de perder essa felicidade, mas eu acredito em Deus”. Jásper

“Então eu fico com um pouco de insônia, fico preocupada e não me dei o direito de curtir tudo o que eu quero. Estou fazendo tudo direitinho, mas eu fico controlando-me, porque tenho de esperar; tenho de me cuidar, porque é gravidez de alto risco, pela minha idade, pelas minhas condições, porque não tomei aqueles hormônios para formar a camada de endométrio, e a minha camada de endométrio não é das melhores. Ele é meio fraquinho; então estou tomando hormônio, para evitar um aborto

espontâneo. Meu marido cuida muito bem de mim, ele me apóia em tudo”.

Cristal

Para Maldonado; Canella (1981), a capacidade de engravidar e confiar na normalidade e saúde da criança é fundamental, para os casais, como alicerce do vínculo com o filho. Nas gestações em que o feto é supervalorizado e fragilizado, como na gravidez de casais inférteis, a relação pai/mãe/filho cristaliza-se através da superproteção, eternizando o medo de perda e da possibilidade de descobrir algo errado com a criança.

Nessa trajetória do **NATURAL AO ARTIFICIAL** surgem sensações, emoções e sentimentos (QUADRO 6), de acordo com as situações vividas pelo casal. Os procedimentos realizados pela RA geram, principalmente na mulher, as mais diversas reações, pois a expectativa de um resultado positivo é grande e a espera é maior ainda, o que faz com que este casal aja e reaja de acordo com seu momento vivido.

**QUADRO 6: VIVENCIANDO SENTIMENTOS/EMOÇÕES E
SENSAÇÕES**

NÃO RECEBENDO INFORMAÇÕES	
TENDO DOR E OU SENSações	
TENDO SENTIMENTOS / EMOÇÕES NEGATIVAS	<p>Sentindo-se ansiosa, impotente, desconsiderada, injustiçada, revoltada, perdida, angustiada, triste, com raiva, dividida, frustrada, deprimida, irritada.</p> <p>Tendo medo.</p> <p>Agredindo.</p> <p>Desmerecendo-se.</p>
TENDO SENTIMENTOS / EMOÇÕES POSITIVAS	<p>Sentindo-se: segura, feliz, alegre.</p> <p>Tendo tranquilidade, esperança, orgulho, confiança.</p> <p>Sentindo emoção forte.</p>

No **VIVENCIANDO SENTIMENTOS/EMOÇÕES E SENSações**, o casal, principalmente a mulher, experimenta um viver que é permeado por uma gama de sentimentos e sensações. Ela sente esta caminhada como dolorosa, difícil, sofrida; às vezes, sente-se perdida, pelo

medo do desconhecido em relação ao que está acontecendo. A primeira causa de sofrimento é a falta de informação.

Em NÃO RECEBENDO INFORMAÇÕES, as mulheres expressam o desejo de serem informadas sobre o que está e o que vai acontecer durante o processo. Elas querem participar e não só obedecer a ordens; elas querem compreender o processo, para poder enfrentar seu mundo vida de forma mais harmoniosa, interagindo com este mundo, sabendo o que está realmente ocorrendo, ou então, por que não se está conseguindo o resultado desejado. Podem passar despercebidas, entretanto, pelos profissionais envolvidos, porquanto, muitas vezes eles estão mais preocupados com os resultados do que com o ser humano que está submetendo-se ao processo. Segundo Horta (1979), as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente geram desconforto; este, se prolongado, pode causar doença.

“Eu fui ao mesmo ginecologista, acho que uns 4 anos a fio; que fazia ele? Chegava lá, fazia exame, via que o mioma tinha crescido, que eu tinha de ficar grávida logo; mandava-me fazer uma ecografia; nunca me pediu um exame de sangue, nunca fez nada... nunca parou para conversar, nunca, nunca...”. Esmeralda

“Eu senti necessidade de informação; acho imprescindível que eles fizessem um roteiro, um resumo do que acontece normalmente com os problemas de infertilidade, porque, apesar de ter muitos itens e fatores que podem causar a infertilidade, a maior parte das pessoas que vão lá não sabem; deveria existir algo que explicasse a infertilidade, os procedimentos médicos e psicológicos, as coisas básicas que devem ser feitas, os dados da clínica; acho que isso ajudaria muito; você deveria saber o que está sendo feito”. Cristal

“Daí eu pedi ao Doutor me apresentar uma paciente dele, porque eu precisava disso; eu queria conversar com alguém que também estivesse tentando; ele me disse que não tinha permissão”. Jásper

“Sinto até hoje que fui muito mal orientada, mal... mal orientada mesmo, em todos os sentidos. Porque passa, deve passar um monte de coisas pela cabeça de um médico, um monte de opções, um monte de... Ele não diz... eu sinto que ele não fala, ele não fala; entendeu? Eu tinha que passar um contraste, para saber se eu estava toda desentupidinha; só que o médico não me avisou que aquilo poderia ser um exame doido e que eu fosse acompanhada”. Brilhante

“Até hoje eu me pergunto “por que eu não fiquei grávida? Que tinha eu? O que é que achavam? Por que nunca me disseram nada? Não falavam, não tinham explicação; só me diziam que eu tinha de ficar grávida quanto antes”. Esmeralda

“Você faz... faz... faz e não tem retorno nenhum; a gravidez não acontece. Para todos os médicos aos quais eu fui senti que eu era mais um numerozinho“. Brilhante

Ter ou não ter um filho está repleto de significados e de sentimento; envolve situações específicas que devem ser vistas e atendidas pela equipe de saúde, para poder tornar mais prazeroso e menos ansioso este difícil caminhar em busca do filho tão desejado.

Vários autores, como Redem et al (1990), Maldonado; Canella (1981) e Leite (1995), relatam que os casais vivenciam sentimentos e emoções durante o processo de serem inférteis como surpresa, ansiedade, medo, negação, raiva, vergonha, humilhação, modificação da auto-estima, culpa, negação, depressão, mágoa, perda de interesse, dor, angústia, inveja, expectativa, frustração, apreensão, incerteza, esperança e desesperança, tensão de morte sem ter uma vida.

Em TENDO DOR E OU SENSações, o casal relata o que foi sentido durante a experiência, desde quando desconfiaram da infertilidade até conseguirem atingir o objetivo de ter um filho. Neste processo, a mulher sente não só a dor física causada pelos procedimentos da RA, os quais vão desde o preparo para a RA até a sua realização, mas ela também tem sensações causadas pelo desejo de ter o filho, pela ansiedade de que tudo dê certo, pela incerteza do êxito do procedimento e pela possibilidade de ter de começar tudo novamente. Ela sente a dor física associada à dor emocional; continua tentando ter o filho desejado, demonstrando a força, a coragem e a determinação da mulher. Isso é compartilhado com o homem, o qual procura estar junto, apoiando, ajudando, amando, vivendo um processo desejado mas incerto na trajetória do casal. Para o homem este viver é menos doído, tendo-se em vista que os procedimentos da RA são realizados no corpo da mulher. Este sofrer pode ser observado nas falas a seguir:

“A hora em que você entra no centro cirúrgico, que retira o óvulo, tudo isso dói muito, tudo isso é muito doloroso para o físico, doem as injeções, dói tudo..”. Ágata

“É horrível a sensação que fica, você fica fazendo aquele negócio; pronto, deu errado, então vamos começar tudo de novo; faz tudo de novo; isso eu fiz 6 vezes...”. Cristal

“É coisa horrível; quer dizer que para os outros o seu casamento era só para ter filho. Ninguém entendia que existia aquele amor, compreensão, respeito, companheirismo. Com tudo isso, eu me senti um objeto, sem vida nenhuma, uma parede, uma roupa, que você pega e joga fora. Exatamente assim, uma coisa, não serve para ter filho, não serve para nada. É horrível, horripilante; mas é verdade, a gente sente isso na carne, mas é verdade”. Safira

TENDO SENTIMENTOS / EMOÇÕES NEGATIVAS. Foi vivido em todas as etapas do processo, até obterem o resultado desejado, ou vislumbrarem a possibilidade de engravidar e ter o filho. No decorrer desta trajetória, eles vivenciaram: ansiedade, impotência, injustiça, revolta, perda, agressão, angústia tristeza, raiva, frustração, depressão, medo, irritação, desmerecimento.

Sentindo-se ansiosa

“Você vai para casa e espera, você fica com ansiedade de cão”.

Brilhante

“Para mim a única coisa que está sendo ruim é isso, essa espera; não que eu tenha ansiedade, mas quero e sei que a chance de engravidar é só de 30%; tudo isso vai batendo na cabeça; como a gente quer muito a coisa incomoda”. Hematita

Sentindo-se impotente

“É uma sensação de impotência. Gente, eu não sou nada; sou uma nulidade. Você se sente impotente; se sente aquilo que eu falei, um nada, daí você vê na rua aquele miserável com oitocentos filhos e pergunta o que ele tem mais do que eu”. Jásper

Sentindo-se desconsiderada

“Era uma coisa fria; parecia que a gente ia lá só para fazer o exame; ele já mandava embora; dava a impressão de que você estava lá pedindo um favor e ele estava fazendo um favor de fazer o exame. Às vezes, eu tinha até vergonha de ir lá, porque ele nunca deu um conselho, nunca, nunca... falou nada”. Esmeralda

Sentindo-se injustiçada

“Eu dizia assim: Puxa vida, tem tantas pessoas que, às vezes, não têm nem o que comer e a gente, que pode dar um lar para uma criança, não pode ter filho. Por que será isso? E você vai aí ao mato, ou as pessoas que passam juntando lixo, você vê, dentro do carrinho de catador de papel, às vezes, criança dormindo dentro, com 3, 4 em volta e um na barriga, e a gente não pode ter um. Tudo isso vem à cabeça”. Esmeralda

Sentindo-se revoltada

“Eu me revoltava porque há coisas que revoltam muito; porque você vê as notícias nos jornais; jogam criancinhas fora, botam fora, jogam no chão e pisam em cima. Como é que pode? Há pais que não têm sentimentos para ter filhos e eu não podia ter? Isso me deixava revoltada, não com os outros mas com a minha situação. Exatamente por que eu não podia? Há um monte de gente que tem quando não quer, vem sem querer e daí aborta; eu queria e não tinha”. Cristal

Sentindo-se perdida

“De novo eu estava perdida, e me culpava muito por estar perdida; estava com um dos melhores médicos. Então fica aquela história: Será que sou eu?”. Brilhante

“O ponto que mais me marcou foi eu me sentir largada, meio perdida”. Cristal

Sentindo-se angustiada

“Então, no começo, eu não tinha essa angústia, essa necessidade desesperada; eu ia porque achava que ia dar certo”. Ágata

Sentindo-se triste

“Eu sentia tristeza muito grande; fiquei muito triste, chorei muito nas primeiras vezes em que deu errado; achava triste, achava uma injustiça, me revoltava muito”. Cristal

Sentindo-se com raiva

“Eu queria sumir, ficava com raiva da pessoa, porque ela me estava acusando”. Safira

“Quando fiz cirurgia para desobstruir as trompas e o médico falou que o que eu tinha feito tinha sido em vão, eu fiquei com raiva e tive vontade de matar, processar, fazer tudo aquilo a que eu tinha direito”. Jásper

Sentindo-se dividida

“Você não pode jogar nos outros essa frustração... essa coisa assim de não ter filho; eu não tinha prazer em nada... ficava dividida... às vezes, eu ficava com raiva dele; dali a pouco eu dizia: “Puxa, ele não tem culpa, se a gente não tem”. Então, eu sempre ficava assim na dúvida”. Esmeralda

Sentindo-se frustrada

“Você faz, faz, faz e não tem retorno nenhum; a gravidez não acontece; isso foi coisa bem complicada. Eu ficava ansiosa para que desse certo, e frustrada quando não dava”. Brilhante

Sentindo-se deprimida

“Eu voltei para casa com depressão maior do que aquela com que eu saí; estava ansiosa, pensando como ia conseguir os 7500 reais; eu tive de fazer empréstimo para os 2000 reais, como eu ia fazer?” Jásper

Sentindo-se irritada

Eu fiquei com humor muito ruim; eu queria matar todo o mundo; irritava-me extremamente e facilmente; eu estava agredindo até o poste da esquina; não tinha a menor vontade de ver gente; não queria ter contato com as pessoas; eu não estava harmonizada”. Jásper

Tendo medo

“Com o problema da idade, eu fiquei com medo, não de passar pelo processo, mas do insucesso, porque as chances que eu teria com 35 anos seriam muito maiores do que com 41; os óvulos iam estar mais velhos”. Jásper

“E meu marido ficou com muito medo; durante os 9 meses ele teve náuseas, vômito, desespero, ele tinha tudo”. Brilhante

Agredindo

“Eu começava a agredir, porque tenho essa forma de agir assim; sou pessoa que chora; choro muito; mas, a partir do momento em que eu começo a ficar com raiva, sou altamente irônica”. Safira

Desmerecendo-se

“Eu comecei a pensar: Meu Deus, eu não posso mais ser mãe, eu sou estéril, e aquele troço começou a pesar. Eu li na Folha de São Paulo que a vontade de ser mãe é cultural. Eu não sei se é cultural ou não, mas quando você não pode, o peso vem assim, é uma porrada no meio do estômago. Por isso a gente não quer conversar. É como se eu não fosse completa. Você olha, é nojento o que eu vou falar, mas você pensa numa pessoa que não tem condições, não tem nada e fica grávida como bicho, assim como rato. Caramba! Eu fiz tudo, eu tenho nível cultural, eu tenho tudo, eu posso dar uma vida mais ou menos para um filho e eu não consigo,

ela é mais feliz do que eu. É uma coisa muito louca, ...” eu não sou nada”.

Jásper

Esse caminhar é difícil, doloroso, desgastante, pois envolve aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais Jindal; Gupta (1989), Maldonado; Canella (1981), Leite (1995). Ocorre um turbilhão de fatos, que geram cobranças e reflexões, além de poder causar decepções. Como é a mulher quem sofre quase todos os procedimentos da RA, quando a fecundação não ocorre, ela reflete sobre sua própria condição de infértil; aumentam mais ainda os sentimentos vivenciados, principalmente a tristeza, a frustração e a revolta por não ter o filho. Parece que nesse caminhar tortuoso, o casal está pagando uma dívida por não procriar: ao invés de ser caminho alegre, bonito e feliz, a busca do filho desejado torna-se um calvário. Alguns profissionais de saúde, que deveriam dedicar toda sua atenção em atender as necessidades sentidas pelo casal, parecem estar mais preocupados com os resultados das técnicas empregadas do que com a vinda ou não do filho desejado. O casal, principalmente a mulher, tornam-se instrumento da ação médica, a qual não necessita ser explicada mas sim obedecida. Esta falta de atenção faz com que a mulher se sinta mulher objeto, objeto para ser restaurado; mulher incapaz de gerar e entender por que não engravidou; mulher insensível, que pode ser manipulada e desvelada sem que ela sinta dor, pudor, medo, ansiedade e sofrimento; enfim, alguém para quem a equipe de profissionais da saúde está fazendo grande favor, de tentar engravidá-la, já que ela não conseguiu sozinha. Ninguém percebe o sofrimento destes casais, o subjetivo, mas todos querem ajudá-los a ter um filho, mesmo que para isso eles paguem muito caro.

Apesar do exposto, nesse caminhar o casal passa por momentos agradáveis, quando vislumbra a possibilidade de realizar seu desejo de ter um filho:

TENDO SENTIMENTOS E EMOÇÕES POSITIVAS eles agem e interagem com familiares e amigos e sentem segurança, tranquilidade, felicidade, esperança, emoção forte, alegria, orgulho, confiança.

Sentindo-se segura

“Eu me sentia muito bem acompanhada e muito segura com o médico”. Brilhante

Sentindo-se feliz

“Então foi assim; no começo eu não acreditava, depois eu comecei a acreditar, demorou um pouquinho e eu fiquei superfeliz e estou imensamente feliz”. Ágata

“Meu Deus, como eu desejava um filho homem, quando fomos fazer o exame no quinto mês de gravidez e eu soube que era um filho homem, meu Deus do céu, realmente aquele foi o dia mais feliz da minha vida, o dia mais feliz até em relação ao dia do nascimento dele, pois eu não fiquei tão feliz no dia em que ele nasceu como no dia em que eu soube que o meu filho ia ser um homem”. Rubi

Sentindo-se Alegre

“Foi uma alegria imensa, que nós guardamos só para nós, por um tempo, porque combinamos de dar a notícia para a família no jantar do meu aniversário. Foi o que fizemos; meu Deus, a reação da família foi um dos momentos mais alegres da minha vida, quando eu vi a reação do meu pai, do meu sogro e do meu irmão...”. Rubi

Tendo Tranquilidade

“Eu tinha certeza de que ia ser perfeito; eu estava tranqüila quanto a isto”. Safira

Tendo esperança

“Eu tenho esperanças de 30% que dê certo, bem dentro da realidade, nem mais nem menos; assim você consegue ir adiante com mais coragem”. Ágata

Tendo Orgulho

“Hoje eu tenho o maior orgulho de ter bebê de proveta, porque é a coisa mais querida do mundo, dos meus filhos”. Jásper

Tendo Confiança

“A minha esposa tinha certeza de que tudo ia dar certo; ela tinha confiança muito grande; fiquei realmente muito preocupado de que o meu filho nascesse com problema; graças a Deus ele é superperfeito”. Rubi

Sentindo Emoção Forte

“Eu perdi todos, mas esse período em que eu fiquei com eles foi ótimo, me fez bem: para uma pessoa que estava há 7 anos sem nunca ter tido nada dentro de si, uma mulher quando recebe 4 embriões pela primeira vez se sente o máximo. Eu me senti o máximo, isso pode parecer pouco para os outros, mas para a gente é tão grande, foi grande demais, foi grandioso, foi bom e eu vou continuar. Esse mês em que eu fiquei com os embriões dentro de mim foi o máximo, é uma coisa que eu não vou esquecer, nunca mais, a sensação que tive. É uma sensação de já ser mãe de 4 crianças, eu não gosto nem de falar que eu já começo a ficar emocionada”. Ágata

“Eu fiquei louca de felicidade e comecei a gritar: ”eu engravidei... eu estou grávida e liguei para o meu marido. Foi uma alegria que não tenho como explicar... uma emoção muito forte”. Safira

Durante o processo vivenciado em busca do filho, fica evidenciado que, além de sentimentos, emoções, ações, interações e decisões, o casal desenvolve estratégias de enfrentamento para amenizar sua trajetória em busca do filho desejado. Ficam **BUSCANDO FORÇAS**. Eles procuram proteger-se e fortalecer-se para continuar a busca de seu objetivo. Assim, podendo realizar sua função reprodutiva, atendendo o seu próprio desejo de ter um filho; para bem conviver com sua rede de relações e com o meio em que vivem.

Em verdade, é ao buscar forças que o casal desenvolve medidas que irão protegê-los e fortalecê-los durante sua caminhada, facilitando seu viver, encontrando diversas formas de enfrentar a situação, tentando tornar a busca do filho menos sofrida. Neste processo, muitas vezes, eles não exteriorizam o que sentem, apóiam-se, demonstram força e segurança, evitam situações que possam agravar o que sentem pela falta do filho que não vem.

“A partir da hora em que você começa a lidar com isso, tentar ter um filho é um pouco desgastante para o emocional, mas eu me sinto forte para seguir em frente, eu me sinto corajosa, preparada, porque também me preparei para isso. Eu achei que a hora em que eu procurasse essa alternativa da medicina, eu tinha de estar preparada emocionalmente para enfrentar tudo o que tem de ser enfrentado, porque não são coisas muito agradáveis. A minha caminhada pelo método natural foi longa, desgastante e triste; essa outra é alegre, mas o fato de não ter filhos magoa, magoa”.
Ágata

A categoria **BUSCANDO FORÇAS** descreve como os casais vivenciam suas experiências nesta longa e sofrida jornada, **POTEGENDO-SE E FORTALECENDO-SE**.

QUADRO 7: BUSCANDO FORÇAS

	evitando culpar-se
	preservando-se
	conversando sobre o processo
PROTEGENDO-SE	extravasando
	procurando levar vida normal
	procurando unir-se mais
	sendo persistente
	tendo fé
FORTALECENDO-SE	lendo
	debatendo com médicos

PROTEGENDO-SE. Os casais inférteis procuram tornar menos sofrida a realidade, desenvolvendo estratégias de ação/interação para enfrentar o processo, diminuindo o seu sofrer. Eles evitam culpar-se, mantêm sigilo, conversam sobre o processo, evitam expor-se, sofrem, cuidam-se, procuram levar vida normal, unem-se mais, conversam muito, persistem.

Evitando culpar-se

“A gente não queria saber se um era culpado ou se o outro era culpado, ou se o casal era culpado; não queríamos saber se um tinha problema ou não, para não existir culpa. Eu disse assim para ela: “Sabe de uma coisa... se não der certo, não adianta dizer se um é culpado ou se o outro é o culpado”. Quartzzo

“Cada vez que uma pessoa me falava, eu tentava pôr na minha cabeça que eu não tinha culpa de nada. Se não é para eu ter filho, não é, eu

não vou ter filho, porque as pessoas cobram de você e querem esclarecer quem é, para eles o culpado". Safira

Preservando-se

"Eu não contei para os meus amigos, porque eu não tenho esse negócio de conversar esse tipo de assunto com as pessoas". Quartzo

"Ninguém sabia que eu estava fazendo; só eu e meu marido; é uma coisa que eu não podia falar para os outros; porque é uma coisa que a gente faz muito em sigilo, para poupar um pouco nós dois e a família". Ágata

"O triste era assim, eu e meu marido, a gente ia em aniversário de criança, eu tenho afilhado, festa de final de ano, com aquele mundo de crianças; um olhava para o outro... eu não posso... não sei se vou poder ir à festa. Sabe, é aquela agonia assim... aquela pressão. Então você não queria nem ir à festa de criança; quando havia crianças, você queria ficar o mais longe possível; quando a reunião era de família... então eu preferia não ir, porque todo o mundo ia com seus filhos e você nada... e você lá". Safira

Conversando sobre o processo

"A gente conversava muito, evidentemente depois de 8 anos de tratamento... com certeza nós não tivemos abalo psicológico em cima disso". Rubi

"Nós conversávamos sobre todo o processo; acho que, por mais difícil que seja, vale a pena; isso não tem dinheiro que pague. Para o homem não é difícil. O difícil é você ter uma mulher que realmente tenha capacidade de agüentar a barra, porque para a mulher é muito difícil, eu acho complicado". Topázio

Extravasando

“Eu sumia, eu ia gastar no shopping, eu nunca fiz tanta compra, eu torrei tudo quanto é dinheiro que eu podia, comprando roupa; vinha do shopping com um monte de sacolas; assim eu me acalmava”. Safira

Procurando levar vida normal

“Eu fui um pouco frio em relação a isso, porque eu não queria que isso atrapalhasse a minha vida nem a vida da minha esposa, também como casal.” Rubi

Procurando unir-se mais

“Nós não deixamos que essa pressão interferisse no nosso relacionamento; combinamos que isso não nos ia afetar; nós vamos continuar tendo a nossa vida, porque tudo o que tínhamos não foi ninguém que deu; ninguém tinha o direito de interferir. Foi uma união nossa”. Safira

Sendo persistente

“Foi uma persistência muito grande durante todos esses anos, eu acompanhei minha esposa na clínica. O nosso tratamento foi difícil, porque existiam muitas coisas negativas em cima disso... No final do tratamento minha esposa quis desistir; eu fui muito firme na posição de continuar”. Rubi

Outro mecanismo de BUSCANDO FORÇAS consistiu em FORTALECENDO-SE, o que se deu através do elenco apresentado abaixo.

Tendo fé

“Você tem de ter muita fé, tem de ter coração bom... amor dentro de você, porque você não pode jogar nos outros essa frustração...”. Esmeralda

“Eu sempre refleti muito, rezei muito; nunca perdi a fé. Sempre pedi nas minhas orações que Deus me desse forças para começar esse tratamento que não seria fácil para mim”. Ágata

Lendo

“Eu gosto muito de ler, eu sou uma pessoa bem informada, porque leio muito: tinha conhecimento do tratamento e do que fazer”. Rubi

Debatendo com médicos

“Eu tenho um irmão médico e nós conversávamos muito; eu debatia com amigos médicos o nosso caso... eu queria estar informado sobre tudo”. Rubi

Por outro lado, existe uma série de fatores que interferem no processo vivenciado pelo casal, facilitando-o ou dificultando-o. São fatores intervenientes, segundo Glaser; Strauss (1967), expressos no quadro a seguir.

QUADRO 8: CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO

ENVOLVENDO O CASAL

ENVOLVENDO A REDE DE RELAÇÕES

ENVOLVENDO O MEIO SOCIAL

ENVOLVENDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENVOLVENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Entre as **CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NA BUSCA DO FILHO** há as que **ENVOLVENDO O CASAL**, geralmente os leva a enfrentar e tomar, em conjunto, decisões; durante este processo, entretanto, podem ocorrer divergências em relação a ter filho biológico ou adotivo. Ocorre, então, a pressão sentida pelos membros do casal no sentido de fazerem acontecer seus desejos, aliás, divergentes.

“Desde o primeiro dia ele disse que tanto fazia ter um filho nosso ou adotivo, que o amor dele ia ser o mesmo. Ele sempre quis adotar. Meu marido nunca quis fazer tratamento; desde o primeiro dia, ele disse que não ia ser cobaia de ninguém, que ele ia adotar uma criança, que tem tanta criança por ai que fica sofrendo.” Esmeralda

Às vezes, as condições facilitadoras ou dificultadoras podem ser observadas através de conselhos, emissão de opiniões e apoio oferecidos, **ENVOLVENDO A REDE DE RELAÇÕES**, como pode ser observado nas falas seguintes.

“Até os amigos e meus familiares, no final do tratamento, depois de 8 anos tentando, diziam para a gente desistir, porque está provado que, na medicina, o máximo de tentativas recomendadas pelos médicos é 5; a partir daí, a chance cai e o sofrimento da mulher é muito grande”. Rubi

“A minha família achava que eu não precisava passar por tudo isso, porque eu já tinha dois filhos do primeiro casamento, mas respeitavam a minha decisão”. Jásper

“Antes de nós iniciarmos este tratamento, todo o mundo da família queria que eu adotasse; eles não queriam que eu fizesse o tratamento, porque tinham medo da clínica; eles achavam melhor adotar e até hoje eles dão o maior apoio para a adoção, porque na nossa família, as pessoas que adotaram foram felizes e todos os que adotaram têm filhos naturais e adotivos”. Cristal

“Eu acho que a ansiedade da família, quando é muita, atrapalha, porque eles ficam o tempo todo perguntando como a gente está, se já fez exame, se grudou, se vai dar certo; isso atrapalha, porque aumenta a ansiedade do casal; acho que a família atrapalha. Coitados, eles querem que dê certo, querem ajudar. A família também sofre”. Ágata

ENVOLVENDO O MEIO SOCIAL pode ser percebido através da interferência que a sociedade exerce sobre a trajetória escolhida, pelo casal, na busca do filho desejado. Nesse processo, a ação das pessoas pode causar reações positivas, de ajuda, um compartilhar sem intromissão, ou reações negativas, as quais geralmente são vivenciadas como forma de pressão. Para evitar essa interferência, os casais, tomam decisões; procuram preservar-se e, com isso, tornam o processo menos sofrido, menos ansioso e angustiante, ou seja, mais harmonizado e tranquilo, conforme o planejado pelos casais e equipe de saúde. Isso pode ser verificado nos exemplos abaixo.

“Você faz todo aquele esquema; aí todo o mundo fica sabendo que você está fazendo, aí todo o mundo fica perguntando: deu ou não deu, caiu ou não caiu? Eu estava cansada de sofrer pressão, as perguntas e azucrinção de todo o mundo”. Safira

“As últimas vezes em que eu fiz, não contei para ninguém, fiquei trancada em casa e não atendia telefone; fiquei 3 dias de cama, peguei licença no trabalho, descansei e ninguém tinha idéia do que eu estava fazendo, todo o mundo pensava que eu estava com vida normal”. Ágata

ENVOLVENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE. Observa-se que este tipo de atendimento aos casais inférteis só está à disposição de pequena parte da população, devido ao seu alto custo e à escassa disponibilidade no sistema de saúde. O Ministério da Saúde, através de suas políticas, preconiza a concepção como ação desenvolvida em seu programa de Planejamento Familiar; entretanto ele não instrumentaliza os serviços de

saúde básicos e de referência, para realizar esse tipo de atendimento. Restam às populações mais carentes alguns hospitais de ensino, onde as filas são grandes, o que torna a busca mais difícil e sofrida.

“O Brasil, infelizmente, não oferece nenhum plano de saúde que cubra a fecundação in vitro; se algum hospital público faz, é apenas para ter sucesso e satisfazer o ego de alguns médicos, porque nenhum hospital vai querer gastar de 4000 a 5000 dólares por tratamento apenas por questão humanitária. Eles fazem, mas divulgam muito na mídia”. Rubi

Há profissionais de saúde que, muitas vezes, não estão preparados ou não dispõem de recursos para atender este tipo de clientela. ENVOLVENDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, os casais procuram estabelecer com esses um relacionamento que torne menos sofrida sua trajetória. Eles desejam encontrar profissionais competentes que atendam seu objetivo de ter um filho, mas que sejam amigos, cúmplices e muitas vezes até pais.

“No nosso caso, os próprios médicos aconselharam a desistir, no início da reprodução assistida; o médico me cobrava o preço usual; no final do tratamento ele estava só cobrando o material, porque até ele ficou constrangido.” Rubi

“Eu tentei, procurei diversos lugares; até o meu ginecologista foi uma decepção, porque me fez descobrir que ele é um profissional muito apressado e não dá atenção para os clientes, ele nunca está, nunca atende. Fui para o Dr... fiquei todo o ano de 94; ele foi superbom comigo, mas não teve sucesso nenhum; foi um lance muito difícil, porque, além de tudo, o tratamento é supercaro; para você fazer esse tratamento não é só o pré, é o durante e o depois, tudo é muito caro”. Cristal

A trajetória do **NATURAL AO ARTIFICIAL** chega ao seu fim, quando o casal tem o filho tão sonhado ou toma outro rumo, aceitando continuar vivendo sem filho ou, então, procurando ter um filho de coração, ou seja, adotando. Esse novo direcionamento do casal denominamos **ACEITANDO O PLACAR**: o casal vivencia a conquista de seu objetivo **TENDO O FILHO**, ou então, cansados ou desaconselhados por profissionais, resolvem tomar novos rumos, **ADOTANDO UMA CRIANÇA** ou **CONTINUANDO SEM FILHOS**.

QUADRO 9: ACEITANDO O PLACAR

TENDO O FILHO

ADOTANDO UMA CRIANÇA

CONTINUANDO SEM FILHO

Em **TENDO O FILHO**, a espera é longa; mas eis que é chegada a hora... este momento sonhado, planejado, tão querido. É a vitória, a entrega do troféu. Este ritual segue sua especificidade; nele é normal ocorrerem confusões, principalmente quando os atores são marinheiros de primeira viagem. Na maternidade, depois de preencher intermináveis papéis, de passar por avaliação para constatar se realmente chegou a tão esperada hora, a mulher passa pelo preparo do parto; aí tudo é certinho, padronizado, rotinizado, cuidado. O homem, entretanto, é esquecido, continua sem poder participar do acontecimento mais importante que os dois conseguiram, ter um filho.

“Foi muito interessante, uma confusão danada, foi a primeira vez que eu vi meu marido sair do banho pronto, não faltava nada, foi um zás-trás. Só que não havia lugar no hospital; era para eu ficar e ele teve de resolver isso... ele trocava os nomes e estava mandando o médico e o pediatra para um terceiro hospital.” Jásper

*“Eles me levaram para fazer higiene e eu já saí de lá com aquele camisolão,.. o troço foi andando rapidamente. Eu tinha uma idéia bem diferente... me levaram para o centro cirúrgico; quando eu cheguei, o anestesista já estava me esperando, uma pessoa que eu nunca vi antes.”
Cristal*

Nesta hora, muitas vezes, esquecem-se do pai ou fazem com que ele se sinta aparentemente tranqüilo, por saber que inúmeros profissionais competentes estão a postos para ajudar a mulher na chegada de seu bebê. Para essa hora tudo é preparado com antecedência, esquecendo-se da individualidade e das necessidades sentidas pelo pai/mãe.

“Eles já vão mexendo em você, então vão-lhe dando uma coisa; eu sem ninguém; eles ficaram de chamar o meu marido, mas ninguém chamou; ele queria ver o parto”. Brilhante

A equipe geralmente prefere a não participação do pai na sala de parto; o casal, coitado, fica à mercê de todos, sem saber direito o que fazer e o que está acontecendo. O homem esquecido totalmente e a mulher envolta em panos e por profissionais que ela nem conhece... sem o direito de ter o carinho... o apoio... e o amor de quem com ela compartilhou toda a caminhada na geração do filho, que agora está nascendo...

“Daí botaram aquele panão infeliz na minha frente, aquele troço verdão; eu só sentia o anestesista atrás de mim, de um lado, amarrada com o aparelho de pressão; de outro, com um soro. Tudo bem, você não sabe se começou ou se terminou, porque você sente alguma coisa mas não sente; eu

não sei explicar, é um troço estranho; só sei que foi outra eternidade. Daí eu senti um blum-blum-blum, mas eu não sabia se tinha nascido ou não; de repente eu escuto o choro da minha filha. Daí eu comecei a chorar também, porque eu sabia que atrás daquele pano verde havia uma criança chorando, que era minha filha, não era do vizinho ou do quarto ao lado, era minha e tinha terminado de nascer”. Brilhante

Tudo é festa, alegria... comemoração. O “troféu” é entregue para consolidar a vitória do casal e dos profissionais que se dizem responsáveis pela criança que aí está. Essas vivências do período que antecede o parto e do próprio parto são corroboradas por Maldonado (1978) e verificadas nas seguintes fala:

“Fiz cesárea, porque o doutor achou melhor; enfrentei numa boa; o meu filho foi o meu presente do dia das mães. A hora de nascer, para mim, foi tão linda, porque eu me preparei tanto; acho que eu me preparei desde o dia em que nasci, porque eu estava tão bem preparada, que eu conversei durante o parto inteiro. A hora do nascimento foi a hora mais linda, porque eu estava muito bem naquela hora, estava tranqüila. Para mim foi uma festa. Quando o Dr... disse: olha aqui o nenê, e todo o mundo dando os parabéns; então foi uma coisa tão linda, que eu não senti dor, não senti pontos, não senti nada”. Safira

“Foi bom, mas eu não tive muito tempo para curtir isso ou sofrer, porque na sala de parto havia uma equipe fabulosa; eu me senti tranqüilo, quando ela foi para o hospital; não fiquei nervoso; quando eu quis ficar nervoso e começar a sofrer, meu irmão gritou: Nasceu... é perfeito”. Rubi

Outros casais, entretanto, apesar de todas as tentativas realizadas, não conseguem atingir seu objetivo. Quando isso acontece, eles fazem uma revisão em suas vidas e decidem continuar sem filhos ou adotar. Em ADOTANDO UMA CRIANÇA primeiro o casal discute detalhadamente o assunto para depois decidir. Muitas vezes, essa decisão é induzida ou é

influenciada por experiências anteriores, vividas pela própria família ou por sua rede de amizades. Nessa etapa do processo, o casal age e interage, analisando a situação e tomando decisões. Esse compartilhar do desejo de ter um filho e as dificuldades ou impossibilidades encontradas pelo casal fazem com que eles aceitem ter um filho de “coração”, mesmo que por muito tempo tenham preferido ter o de “sangue”. Eles procuram realizar seu desejo de ter um filho pela única via que lhes resta, a adoção.

“Quem decidiu adotar foi ele; ele já se animou e começou a comprar móveis, carrinho, até mamadeira. Ele já ficou alegre e começou a falar no nosso filho, porque é nosso filho e acabou. Para ele foi mais fácil do que para mim; para ele sempre foi mais fácil, ele sempre quis adotar, ele sempre aceitou. Até minha operação ele aceitou e sempre me falava que era normal, eu não aceitei. Só que a gente tem minhocarada na cabeça e quer ter um filho. Hoje, se alguém, que não tem filho, me perguntar, eu aconselho que adote e continue tentando”. Esmeralda

“Eu decidi adotar, porque na minha família era normal as pessoas adotarem. Eu preferi que minha esposa estivesse junto comigo, a ela ter um filho e ela não estar junto comigo mais tarde. Eu vou adotar, mesmo porque é a melhor situação; agora já é muito tarde para tentar o tratamento; meu irmão adotou e para eles foi a melhor coisa. Eu estava mais preparado do que minha esposa; ela sentiu mais; qual a mulher que não quer ter um filho?” Quartzo

Neste estudo, observa-se a luta dos casais inférteis para ter seu filho; a manifestação do desejo de adotar só aparece quando não existe mais possibilidades de gerar e ter o filho. Mesmo conhecedores de toda a problemática social, relacionada, às crianças de rua, os casais ainda preferem passar pelo difícil processo da reprodução assistida. Isto geralmente ocorre devido ao tabu existente em nossa sociedade: a adoção é sinônimo de problemas para quem a realiza.

Adotando, o casal realiza seu desejo de ter um filho, cumpre sua função e papel de ser pai/mãe e participa, diminuindo a problemática das crianças de rua ou marginalizadas. Muitas vezes, entretanto, não é fácil decidir adotar; eles sofrem interferência familiar e social, devido aos preconceitos que envolvem esse proceder. Além disso, encontram dificuldades na realização do processo de adoção pelas vias legais. Tudo é enfrentado, quando existe a possibilidade de realizar o desejo de ter um filho. Buscas, interferências, dificuldades tornam-se fatores secundários, quando a decisão de realizar o desejo se torna viável. O filho de coração torna-se o tesouro encontrado, quando nem a natureza nem a ciência são capazes de realizar o desejo de ter um filho

Adotar representa um ato de amor, de entrega, de realização, pois o filho de “coração” ocupa o lugar do filho biológico; traz alegria e felicidade para o casal e preenche o vazio sentido, tomando realidade o interiorizado desde a infância. Descortina-se um novo viver: o casal sente-se pleno em seu papel de pai/mãe, dando e recebendo amor de um filho conseguido com muita luta e amor.

CONTINUANDO SEM FILHO é início de novo trilhar para o casal que tentou tudo e não conseguiu realizar seu desejo de ser pai/mãe.

“Eu amo muito o meu marido, respeito-o como pessoa, porque, além de ele ser meu marido, ele é meu amigo principal, meu companheiro; eu achava que deveria ser uma coisa maravilhosa ter um filho de uma pessoa pela qual você sente tudo isso; então eu queria ter filho, eu queria ter um filho dele. Não servia adotar ou outra coisa, eu queria ter o nosso filho”.

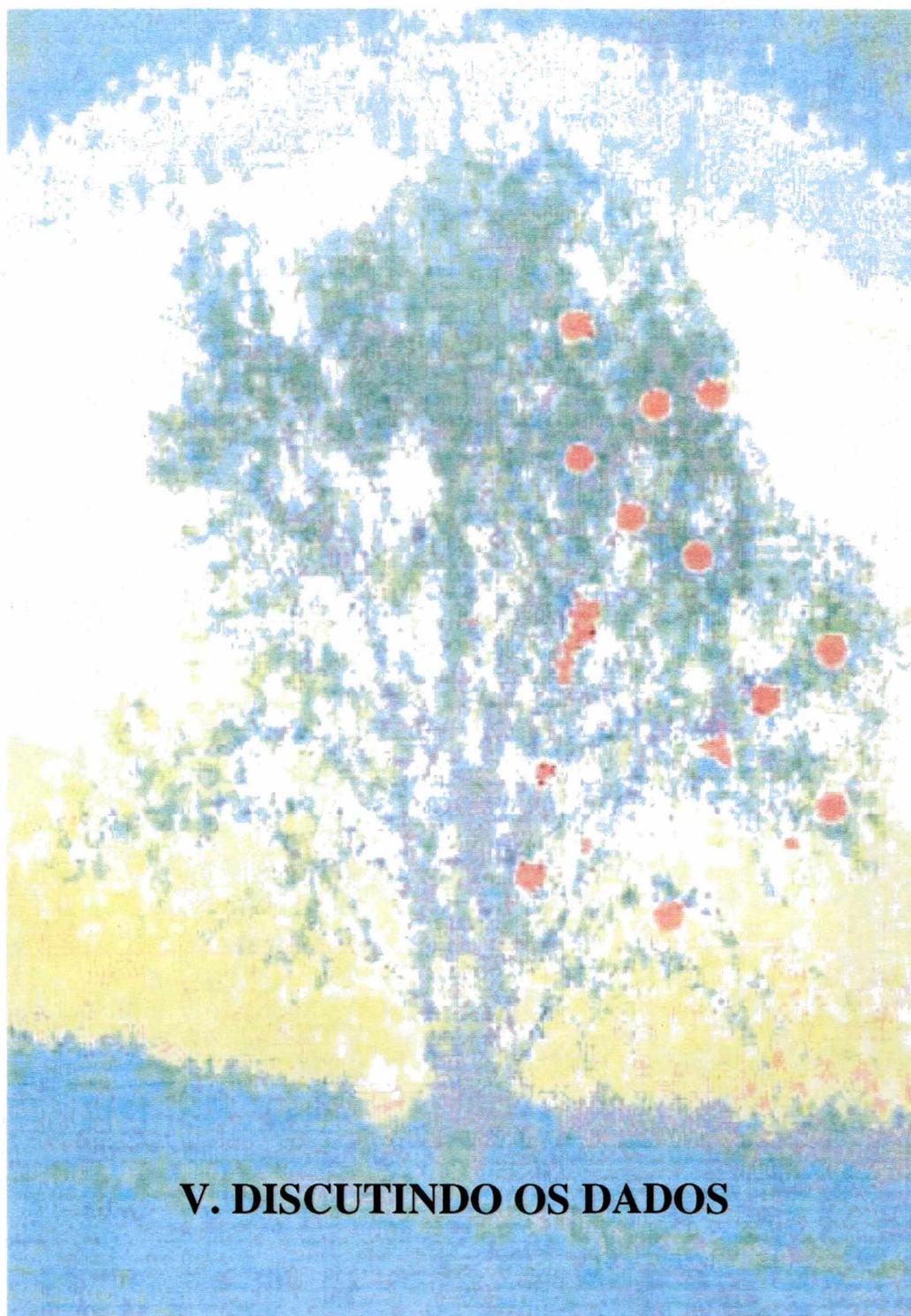
Cristal

“Nesse espaço de tempo até surgiram algumas crianças para nós adotarmos, mas eu queria um filho meu. Eu queria um filho que fosse do meu jeito, que tivesse os meus defeitos e as minhas virtudes, que fosse a minha cara. Então não servia adotar”. Rubi

Eles estabelecem novas formas de viver unidos onde, talvez, o amor, a amizade e o companheirismo superem ou amenizem a falta do filho tão desejado. Eles seguem em frente, buscando outras formas de preencher a lacuna deixada pelo filho que não puderam ou não quiseram ter.

**QUADRO 10: SÍNTESE DA TEORIA CONSTRUÍDA: DO
NATURAL AO ARTIFICIAL: a Trajetória do Casal Infértil em Busca
do Filho Desejado**





V. DISCUTINDO OS DADOS

DO NATURAL AO ARTIFICIAL: a Trajetória do Casal Infértil em Busca do Filho Desejado. A teoria substantiva, gerada a partir dos dados, consiste em um processo que vai compondo-se e recompondo-se, à medida que o casal vai interagindo entre si, com outros atores e principalmente com as pessoas que lhe são significativas. Ele encontra suas primeiras raízes na infância, no processo de socialização, quando as meninas são educadas para exercer o papel de esposas, donas da casa e mães, e os meninos são ensinados à serem chefes da casa, responsáveis pela subsistência da família. Este papel, contudo, não é estático; à medida que as crianças vão entrando em contato com outras crianças, jovens e adultos, novos símbolos e significados vão sendo apreendidos e incorporados, fazendo parte do referencial dos atores.

O casal encontra-se em constante "processo de tornar-se". Ao longo do processo pode-se perceber que os constituintes do casal, inicialmente vivenciam o desejo de serem pais; em seguida suspeitam de serem inférteis, o que traz sofrimentos de toda a natureza. Começa aí a ser desenvolvido o significado de ser infértil. Nesse momento a interação com as pessoas significativas podem assumir posição relevante através da pressão que essas exercem, do apoio que oferecem e das cobranças que fazem, tornando o processo mais ou menos doloroso para o casal.

É necessário, contudo, ressaltar que, se as relações do casal entre si e com a sociedade desempenham papel de destaque nesse processo, as interações que ocorrem com os próprios atores, no seu *self*, não são de menor porte. Eles interiorizam o fenômeno através da socialização, o transformam mediante interações, definições, compreensões e expectativas. É o *eu* impulsivo, desorganizado, espontâneo, não socializado que se transforma em mim, dando início ao processo de busca do filho desejado. É através do *mim* que cada ator interpreta e define a situação, emite julgamento e significado, definindo sua caminhada; o casal interage entre si, toma decisões, definindo a direção de seus atos. É o *eu* que se transforma

em *mim*, pois o casal vivencia o início de sua experiência como infértil, refletindo sobre sua condição de infértil e sobre o significado que o filho tem para cada um dos membros que constituem o casal, para suas famílias e para o contexto em que se inserem. Isto está de acordo com os escritos de Blumer (1969) e Charon (1989), quando se referem à natureza do interacionismo simbólico.

Este estudo, e mais especificamente o processo **DO NATURAL AO ARTIFICIAL**, nos leva a entender que o *ser família* se vai delineando ao longo da trajetória vivenciada pelo casal, em suas constantes ações e interações. O significado de família é apreendido e incorporado na infância, com sua família de origem e vai sendo reconstruído, agora pelo casal, fortalecido com o seu desejo de ter um filho. O valor atribuído à criança faz com que marido e mulher compartilhem, com mais profundidade e intensidade, valores, crenças e símbolos, ampliando e fortalecendo o mundo de significados, que são únicos para esta família. Assim surge e se forma a nova família, ancorada nas experiências passadas dos dois atores, mas atual e única pelas interações que ocorrem entre os membros do casal e pela situação especial que estão vivenciando. Segundo Maurin (1983), é através das interações ocorridas com o casal que vai sendo construído o universo de significados, que é específico para cada família.

Ousamos até afirmar que a família, no interacionismo simbólico, é processo em constante movimento, que se afirma e reafirma, à medida que o casal começa a desenvolver o *self familiar*, que é diferente do individual de cada um de seus membros, que não o anula, mas também não se iguala. O *self familiar* é construído através das relações no mundo interior das famílias e nas suas interações com a sociedade que tornam cada família “singular”, com uma história própria e específica, conforme preconiza Mead (1972).

No processo, **DO NATURAL AO ARTIFICIAL** surge com destaque especial o significado de ter um filho como uma “mola propulsora,” que gera toda a gama de ações, interações e interpretações, que se dão ao longo da situação vivenciada pelo casal, contemplando assim o preconizado por Blumer (1969) acerca das premissas do interacionismo simbólico.

A presença do filho, portanto, surge como “elemento”, o fio que interconecta as famílias de origem dos atores à que vem sendo construída, e o futuro. É o passado que se faz presente, através de sua herança cultural, trazendo para o presente valores, costumes, tradições e significados incorporados pelas famílias de origem do casal, os quais foram incorporados por eles durante a infância e, agora, no presente, são revisitados, transformados – adquirindo novos significados – e colocados em prática, para contribuir na construção da história familiar.

Assim, parece-nos importante ressaltar que o significado que o casal dá à criança é muito mais profundo e abrangente, além de conter muito mais valores e significados do que o simplesmente “falado” por eles, pois sugere que valores e significados de gerações anteriores são transmitidos através da sociedade, os quais na infância são retomados e reafirmados através das interações e da socialização.

Outro aspecto que merece atenção, na teoria substantiva **DO NATURAL AO ARTIFICIAL**, são as interações do casal durante a trajetória. Nesse ponto, elas são únicas. Para alguns casais vivenciar o processo de busca do filho é mais individual, enquanto para outros há maior compartilhamento. Há homens com dificuldade de colocarem-se no papel da esposa e compreendê-la com suas angústias, ansiedades, desejos e sofrimentos. Há, além disso, a dificuldade de comunicar e expressar sentimentos e emoções por parte de alguns atores, o que impede uma interação mais verdadeira. Em outras palavras, o colocar-se no papel do

outro não se dá da mesma forma e com a mesma intensidade entre todos os atores.

A premissa de que o ser humano é ativo, imprevisível e livre, que age no mundo conforme define a situação e que esta definição envolve escolha consciente, autodireção, avaliação de suas ações, assim como a dos outros, é reafirmada no processo **DO NATURAL AO ARTIFICIAL**, no qual o casal é consciente do que está vivenciando. Nele, questionam, participam, tomam decisões e os atores principais desta trajetória. Isto pode ser verificado desde o início deste caminhar; portanto, em nossa atualidade, muitos casais planejam a vinda dos filhos de acordo com seus objetivos de vida. Quando estes são atingidos, o casal decide que é hora de ter um filho iniciando-se as tentativas de uma gravidez.

Com o passar do tempo, com as tentativas frustradas de uma gravidez e ao interagirem com familiares e amigos, eles são cobrados pelo filho que não vem; eles começam a suspeitar de infertilidade e isso faz com que o casal analise a situação e decida buscar ajuda na ciência para desvelar a causa da não vinda do filho desejado, iniciando-se aí novas interações.

No início deste caminhar, a mulher busca ajuda de seu médico de confiança, o qual passa a ser elemento (ator) importante deste processo. Com ele, o casal age e interage, seguindo suas orientações, interpretando suas ações e analisando resultados, reforçando o interacionismo simbólico, quando afirma que a pessoa não reage simplesmente a uma situação, mas assume papel ativo, participante e reflexivo (Blumer, 1969).

Em buscando ajuda na ciência, inicia-se o cumprimento de procedimentos e ordens médicas, esperando obter o resultado desejado. Nessa etapa do processo, a mulher que já possui um significado estabelecido em sua vida, age e interage com o profissional, submetendo-se a procedimentos desconfortáveis, dolorosos e cronometrados, que muitas vezes interferem em sua intimidade sexual e, na maioria das vezes, sem ter

conhecimento, orientação ou preparo para enfrentá-los. O casal começa a interagir com um mundo desconhecido e técnico; a mulher, muitas vezes, sente-se enganada ou simplesmente “um número” num momento em que precisa de apoio, carinho e esclarecimentos. A ausência de pessoas significativas, o contato com novos símbolos, significados e problemas são os indicativos da entrada em um mundo físico e simbólico novo, o que exige novas interações, reformulação de definições, que evidentemente são fontes de sofrimento para o casal.

Nessa fase do processo, o casal age e interage consigo mesmo, individualmente, e com sua rede de relações significantes, de acordo com costumes, valores, tradições, normas e o significado que o filho tem para eles e para o coletivo, introduzindo novos elementos neste processo, quais sejam os profissionais de saúde.

Quando o tempo vai passando e o resultado não é alcançado, o casal procura outros profissionais, buscando melhor assistência. Na esperança de conseguir ter o filho, em menor espaço de tempo, inicia a procura por melhor ajuda e vivencia o processo de troca de profissionais. Nessa ação e interação, eles procuram sempre o melhor; para isso cada um dos componentes do casal é influenciado pelos outros componentes, que fazem parte de sua rede de relações, aceitando sugestões, que são analisadas antes de qualquer decisão. Nesta etapa, os casais procuram informações e orientações, questionam, ponderam ações e condutas, analisam os resultados, para estarem plenamente esclarecidos e conscientes para tomarem decisões e agirem de acordo com seu desejo. Geralmente é a mulher quem interpreta as ações médicas, analisa e avalia os resultados, age e interage com seu companheiro, redirecionando seu caminhar em busca de profissionais mais competentes para ajudá-los a ter o filho, decidindo utilizar os artificios da reprodução assistida. A trajetória do casal infértil comprova as afirmações do interacionismo simbólico (Mead, 1972) sobre as ações dos indivíduos/grupos; ao se defrontarem com uma situação,

interpretam-na e, só então, decidem passar à ação. **DO NATURAL AO ARTIFICIAL** é um processo construído ao longo do tempo, a partir do self e das suas interações, que ultrapassam o mundo da família, com seus símbolos e significados para, entrar, de forma consciente e deliberada, no mundo da ciência e dela obter os recursos para que o casal possa atingir seus objetivos. São novos valores, novas atitudes, novas crenças e novos atores que passam a delinear o comportamento do casal.

5.1 DO NATURAL AO ARTIFICIAL E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

É importante ressaltar que, no sistema de saúde vigente, muitas vezes, os casais encontram dificuldades para agir, interagir e reagir, pois a busca do filho desejado requer procedimentos e profissionais altamente qualificados devido à complexidade das ações desenvolvidas. Muitos destes profissionais, com formação tecnicista, não estão preparados para assistir e cuidar do casal infértil como ser humano, com desejos, anseios, esperanças, medos, sofrimentos, num processo dinâmico de ser e estar num mundo de relações que, com o passar do tempo, os pressiona cada vez mais para ter um filho.

A política nacional de saúde do Ministério da Saúde, (1992), através de seu Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em suas ações de planejamento familiar, preconiza tanto a concepção como a contracepção; o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o sistema de referência e contrarreferência, de acordo com o nível de complexidade das ações de saúde oferecidas ao povo brasileiro para atender suas necessidades, proporcionando-lhes uma vida mais saudável. Na realidade, tratando-se de infertilidade, pouco ou quase nada existe na rede básica de saúde para atender esse tipo de clientela, embora haja norma governamental a respeito. Suas ações são centradas na saúde da mulher, mas a infertilidade não é contemplada, como se as mulheres das classes menos favorecidas, pelo poder econômico, não tivessem o desejo e o direito de ter seu filho, como se elas não sofressem o mesmo tipo de pressão familiar e social, quando não podem ter um filho. A esse tipo de cliente resta apenas o recurso dos hospitais de ensino das grandes capitais, onde enfrenta filas e burocracia sem limites; dependendo dos locais de

residência, arca com as despesas de locomoção e estada nestes centros, tentando realizar seu desejo de ter um filho.

Quando a mulher procura as unidades de saúde para fazer “tratamento,” porque não pode engravidar, ela submete-se a inúmeros exames, gastando o dinheiro público e sacrificando-se, quando um simples espermograma resolveria o diagnóstico do casal infértil e simplificaria os procedimentos, dando rumo certo para a conduta que deve ser estabelecida e um direcionamento correto ao sistema de referência. O espermograma, entretanto, é solicitado quando não se tem mais nada para fazer com a mulher; está provado e comprovado que nada existe, em seu organismo, que impeça que ela conceba e tenha seu filho desejado. Essa conduta é observada em clínicas particulares, onde a investigação da infertilidade começa pela mulher, como se ela fosse a única responsável pela não vinda do filho desejado, enfocando o tabu da virilidade masculina, cuja potência deve ser cultuada, pois ainda em nossos dias representa força e poder. Além disso a mulher é, muitas vezes, submetida a exames constrangedores, dolorosos sem nenhuma explicação, como se ela estivesse ali simplesmente para obedecer ordens, sem ser levado em conta o que pode acontecer com seu corpo, dando-se mais importância aos procedimentos altamente especializados e complexos, capazes de tentar resolver o seu problema de ter um filho.

Quando orientada, esta explicação não vai além daquilo que o casal deve saber para poder cumprir as ordens da equipe de saúde; ninguém da referida equipe vê este casal com inteligência suficiente para entender, pelo menos, aquilo que ele deseja saber, como parte mais interessada do processo.

Além da complexidade que envolve o tratamento da infertilidade e a reprodução assistida, há o fator econômico, que pode inviabilizar a realização do desejo de ter filho, pois este processo, em nossos dias, ainda

não está disponível para toda a população, porque seus custos são elevados e a política de saúde do país, embora tenha normatizado sua realização, não implantou sua prática em unidades básicas de saúde. Os casais mais abastados fazem uso do sistema de saúde privado, cujos procedimentos médico e laboratoriais, além dos medicamentos empregados, apresentam custos altíssimos.

Apesar da realidade vivida pelos casais inférteis, não poderíamos deixar de referir os profissionais, especialistas em reprodução humana, que cada dia mais desenvolvem estudos e técnicas capazes de possibilitar ao casal ter um filho.

Observa-se nos hospitais de ensino e em clínicas particulares que o trabalho com casais inférteis é desenvolvido por equipe multiprofissional, empenhada em resolver sua problemática. Nestas equipes, entretanto, é muito difícil encontrar o enfermeiro. Além disso, o assistir o casal infértil exige maior qualificação profissional, pois não se vai trabalhar só com o ser humano que apresenta disfunção física ou psicológica, que o incapacita de se reproduzir, mas com sua família, o contexto social onde se insere e a alta tecnologia utilizada para o seu tratamento. Para que o enfermeiro possa participar desta equipe faz-se necessário, entre outras condições, conhecer o casal infértil e entender o trabalho como ação humana consciente, planejada, transformadora, com finalidades delimitadas, a partir da visão do objeto que se pretende transformar. Para que esta transformação ocorra é necessário que todos os elementos do processo de trabalho sejam eficientes e de alta resolutividade. Considerando o exposto é que concordo com Olshansky (1987), quando diz que a enfermagem está preocupada com o diagnóstico e tratamento das reações humanas como verdadeiros ou potenciais problemas de saúde e de como a compreensão dessas reações em face de infertilidade contribuem para o conhecimento da enfermagem.

A assistência a este tipo de clientes, no entanto, não pode estar só embasada no nível de competência técnica, mas deve estar agregada a uma política de ação que permita o desempenho de uma prática profissional comprometida com a resolutividade de problemas de saúde, com o contexto social e com a ética.

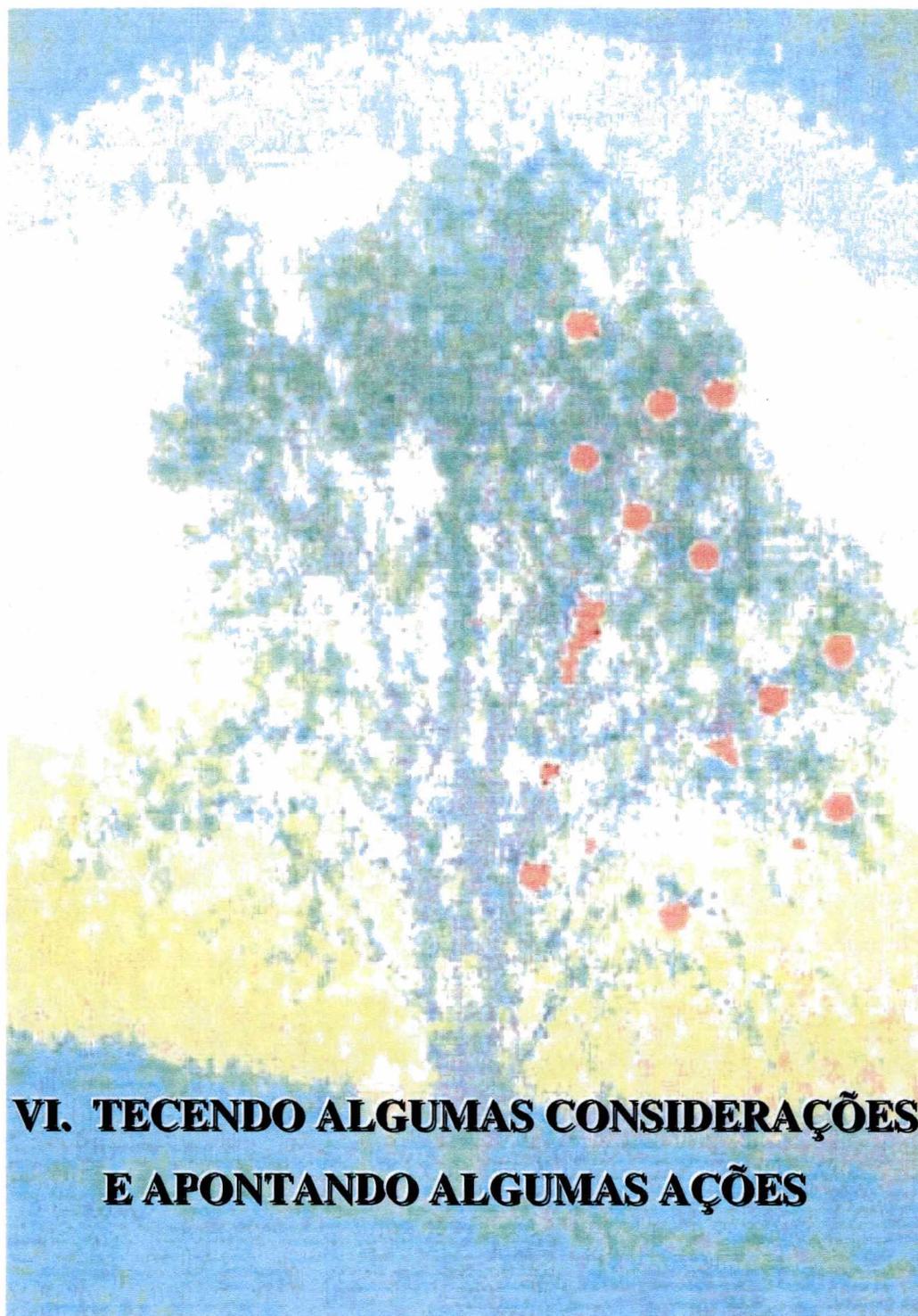
O processo como os casais administram sua infertilidade é pouco contemplado dentro do processo de trabalho do enfermeiro brasileiro, o que pode ser observado pela escassez de trabalhos publicados, nos últimos 5 anos e pela pequena atuação deles em equipes multiprofissionais que atuam em reprodução humana e concepção. Entendo que o enfermeiro pode inserir-se no seu processo de trabalho a atuação junto a casais inférteis, pois sua especificidade exige uma assistência que deve estar baseada em conhecimento científico e tecnologia especializada, aliados à competência. Embora conservando as especificidades próprias de sua práxis, o enfermeiro pode manter-se como profissional no contexto social, criando sua história, estabelecendo relações com outros profissionais e guardando suas características dentro de uma autonomia relativa, tentando construir um saber próprio, ampliando seu papel e tomando postura política e cívica quanto aos seus direitos.

Com o avanço técnico-científico relacionado à infertilidade, Keye (1995) e Badalotti; Telöjen; Petracco (1997) observam que, cada vez mais, há o interesse de profissionais em aperfeiçoar o saber, possibilitando a todos os casais terem o filho desejado.

Nota-se o aumento do número de Clínicas de Reprodução Humana, que seguem o modelo biomédico. Estas clínicas se inserem no modelo capitalista de produção, com sua atuação centrada na especialidade. Nesses locais, onde se desenvolvem atividades de alta complexidade, presta-se assistência a indivíduos com necessidades biopsicossociais: em sua equipe multiprofissional encontramos, geralmente, apenas a participação de

auxiliares e atendentes de enfermagem. Imagino que onde se procura proporcionar ao indivíduo não só um corpo saudável, capaz de se reproduzir, mas também a esperança de poder realizar o seu desejo de ser pai, ser mãe, deve-se contar com a participação do enfermeiro, desenvolvendo trabalho competente, voltado para a unidade familiar.

Acredito que ampliando os conhecimentos sobre o mundo vivido do casal infértil, o enfermeiro terá subsídios para interagir, oferecer apoio, enfim assistir esses casais, como seres humanos que são, durante sua difícil trajetória.



**VI. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES
E APONTANDO ALGUMAS AÇÕES**

O meu processo de procurar compreender o viver do casal infértil, em sua trajetória de busca do filho desejado, foi rica em aprendizado e significado, porque ao interagir com os atores deste processo, pude compreender e sentir o seu viver neste caminhar e tecer algumas considerações sobre a prática de enfermagem. Ao buscar compreendê-lo, senti necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre a família, o significado de ter um filho, a fertilidade e a infertilidade, ou seja, sobre o simples e complexo processo do vir ao mundo de uma criança.

Procurei um referencial bibliográfico que me desse fundamento; verifiquei que no Brasil existem poucos trabalhos sobre a Assistência de Enfermagem prestada ao casal infértil. Devido a isso, procurei interagir com o casal, buscando conhecimentos que facilitassem o planejamento e a execução de ações de Enfermagem que minimizassem seu sofrer neste caminhar, procurando atender seus desejos e anseios e que, ao mesmo tempo, me possibilitassem construir um conhecimento para a profissão. Para isso, senti necessidade de escolher um método que me proporcionasse interagir com os casais inférteis, coletando dados, analisando-os e, quando necessário, voltando a questioná-los para esclarecer dúvidas ou obter novos dados que complementassem meu estudo.

Nessa busca, ao deparar-me com o interacionismo simbólico, percebi que esta abordagem vinha ao encontro de minha concepção do ser humano e do seu agir no mundo. Foi com os conhecimentos adquiridos sobre o interacionismo simbólico e a teoria fundamentada nos dados que pude construir a teoria substantiva **DO NATURAL AO ARTIFICIAL**.

O interacionismo simbólico proporcionou-me conhecimentos sobre o ser humano, seu self, símbolos e significados, ação e interação social, enquanto a teoria fundamentada nos dados me mostrou o caminho metodológico para explorar o processo social, o contexto em que o fenômeno se dá, as condições causais e intervenientes, levando-me a

interagir com os atores envolvidos na situação, a conhecer suas estratégias de ação e a acompanhar suas conseqüências ou resultados.

É no interacionismo simbólico que encontrei o substrato essencial para explicar o processo social vivenciado. Compreender este viver repleto de símbolos, significados, ações, interações e decisões fez-me ver quão forte e belo é o agir humano direcionado a buscar realizar seus sonhos e desejos.

Pelo significado dado ao filho e pelo esforço despendido pelos casais em sua busca, podemos dizer que iniciei minha trajetória de procurar compreender o milagre da vida: visualizo, através deste método, a possibilidade de estudar o casal infértil em seu meio social, influenciando e sendo influenciado pelo seu contexto, retratando a construção e reconstrução de suas normas, tradições, costumes e valores. Com o desenvolvimento da **TEORIA SUBSTANTIVA DO NATURAL AO ARTIFICIAL**, posso reafirmar a necessidade de uma prática de enfermagem centrada no ser humano total, como um ser inserido em um contexto e influenciado por ele, possibilitando a compreensão dos CASAIS inférteis e tornando as ações de enfermagem mais humanizadas.

Através deste conhecimento é possível unir os cuidados com a natureza, com a ciência e melhor assistir/cuidar os casais inférteis nesta difícil trajetória em busca do filho desejado.

Visualizo, nos serviços de reprodução humana, um espaço para a realização do processo de trabalho do enfermeiro, cujo fazer contempla o planejamento e administração da assistência, sem contudo relegar o cuidado específico e mais complexo dos casais e agentes de enfermagem menos qualificados. Penso que é mais um mercado de trabalho aberto para o enfermeiro, que pode desenvolver seus conhecimentos científicos, atuando plenamente numa equipe multiprofissional, em que assistir, educar e gerenciar farão parte de seu trabalho complementar e independente no

processo de trabalho em saúde. Acredito na possibilidade de atuação do enfermeiro nas unidades de saúde, atendendo este tipo de clientela, orientando-o e ajudando-o a decidir sobre seu caminhar. Vejo que, através da interação estabelecida entre os componentes da equipe profissional, este proceder pode ser modificado, diminuindo o sofrimento enfrentado por aqueles que desejam ter um filho e não podem. O casal infértil espera que no processo de busca do filho desejado encontre não só profissionais qualificados, mas também profissionais que os vejam como seres humanos totais, com sonhos e desejos, valores, costumes e tradições. Encontram, no entanto profissionais, muitas vezes, mais preocupados com o sucesso de procedimentos técnicos do que com o homem e a mulher que desejam não só o cuidado profissional, mas também alguém capaz de compreendê-los e ajudá-los a realizar seu sonho de ter um filho de modo menos sofrido.

Para os profissionais de enfermagem, este caminhar que procura diminuir o sofrer dos casais inférteis, apenas começou. Tudo ainda está para ser feito. Este estudo demonstrou o muito que temos pela frente, até conseguirmos contribuir satisfatoriamente para a resolução deste problema.

Novos caminhos devem ser desbravados na assistência, no ensino e na pesquisa. Na assistência, devemos buscar oportunidades de integrar equipes que atuem com casais inférteis, procurando interagir com os diversos profissionais que as compõem, realizando um trabalho conjunto em prol da resolutividade da problemática destes casais. Ao atuar na assistência de enfermagem, para estes casais, devemos procurar conhecê-los cada vez mais, interagindo com eles e procurando compreender o significado deste processo. Isto poderá ser feito através de pesquisas direcionadas pela sua problemática real e pela necessidade sentida pelos profissionais.

Vislumbro um campo fértil para os pesquisadores interessados neste ramo do conhecimento, em qualquer área de ação, porquanto há muito para ser desvelado, estudado, discutido e socializado.

No ensino, acredito que estes conhecimentos podem ser adquiridos por meio de conteúdos das disciplinas de Assistência de Enfermagem à Família e da Assistência de Enfermagem à Mulher, proporcionando aos nossos alunos a oportunidade de atuar com segurança e eficiência em serviços altamente especializados, que requerem ações próprias da Enfermagem para melhor assistir / cuidar de sua clientela, valorizando as relações interpessoais e grupais que surgem como momentos propícios para o aprendizado e a compreensão dos casais.

Acredito que já estamos preparando para entrar no terceiro milênio, procurando agir e interagir com profissionalismo, competência e, principalmente, com muita harmonia e humanização. Neste novo século muitas descobertas serão feitas, mas a arte de compreender a necessidade de humanizar nosso agir deverá direcionar nossas ações e pensamentos, se quisermos ser instrumentos de um viver mais harmônico e saudável. Pelo exposto, arrolo este elenco de propostas:

1. Assistência de Enfermagem aos casais inférteis

1.1 Orientar os casais sobre o que é ser infértil e a trajetória em busca de um filho, procurando fazer-lhes compreender o processo, através de comunicação terapêutica.

1.2 Acompanhar o casal em toda a sua trajetória, envolvendo, se necessário, suas famílias e rede de relações, fazendo que se sintam seguros e apoiados em seu caminho.

1.3 Dar apoio aos casais inférteis de acordo com o significado que o filho tem para eles, procurando humanizar os procedimentos que utiliza a alta tecnologia, nas clínicas de Reprodução Assistida.

1.4 Introduzir nas unidades de saúde orientações e encaminhamento, para unidades de referência, de casos de casais inférteis que desejam filhos.

1.5 Oferecer todos os subsídios disponíveis para que os casais inférteis possam enfrentar a busca do filho desejado de forma harmônica, humana, equilibrada e decidir sobre as ações desenvolvidas durante o processo de busca.

1.6 Procurar diminuir os sofrimentos e aliviar ou reforçar os sentimentos / emoções vivenciados, através da interação e do cuidado humanizado, para aumentar sua auto-estima e talvez melhorar os índices de resolutividade do problema da infertilidade

1.7 Agir e interagir com os casais inférteis e sua rede de relações, de acordo com seus valores, desejos, significados e decisões.

1.8 Implantar, nas clínicas de RA, a comunicação terapêutica, para que os casais inférteis possam receber as orientações desejadas, expor suas dúvidas e anseios, facilitando seu caminhar neste processo, não só no âmbito da sua assistência como também no plano pessoal.

1.9 Criar grupos de auto-ajuda para que estes casais possam compartilhar sua caminhada e ajudarem-se mutuamente.

2. Ensino

2.1 Introduzir no currículo da Graduação e Pós-Graduação conteúdos sobre infertilidade, enfocando seu significado para a família e sua rede de relações.

2.2 Instrumentalizar o corpo discente para que possa atuar em clínicas de Reprodução humana.

3. Pesquisa

3.1 Estimular os profissionais a desenvolver trabalhos de pesquisa que enfoquem o casal infértil em seus diversos prismas, pois acredito que muito ainda fica para desvelar-se do seu viver sem filhos.

3.2 Desenvolver estudos que complementem casais inférteis de diferentes etnias, classes sociais, nível de escolaridade e diferentes modos de assistir este tipo de clientela, entre outros.

3.3 Estudar os aspectos éticos relacionados à RA.

4. As instituições de saúde

4.1 Que implantem em seus serviços unidades que atendam casais inférteis, podendo encaminhá-los a outros serviços de maior complexidade, proporcionando à população, pelo menos, a oportunidade de poder tentar ter um filho.

Compreendendo um pouco a trajetória vivida pelo casal infértil em busca do filho desejado, ousa dizer que muito ainda temos de fazer para amenizar a sua vida. O nosso caminho, como profissionais de enfermagem,

apenas começou a ser trilhado; espero que, em futuro próximo, possamos ter contribuído para enriquecer os conhecimentos da enfermagem sobre infertilidade, podendo, até ampliar o mercado de trabalho no assistir/cuidar cada vez melhor deste tipo de clientela.

Espero que no decorrer do terceiro milênio a trajetória dos casais inférteis seja menos sofrida e que eles alcancem seus objetivos com mais rapidez e harmonia, dentro de processo prazeroso de interação do natural com o artificial, ou seja, do homem com a ciência.

A gravidez, como estado natural do ciclo reprodutivo humano, é simples e complexo processo do casal ser-estar grávido, e envolve um universo maravilhoso, de tornar-se e/ou realizar-se PAI-MÃE, gerando vida... dando vida... vivendo... escrevendo sua história... transcendendo... imortalizando-se.

MARIA DE LOURDES CENTA





VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ALMEIDA, A. M. et al; **Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade.** Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987. p.136.
- ARIÈS, P.; DUBY, G. **História da vida privada: da primeira guerra; a nossos dias.** São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- ARIÈS, P.; DUBY, G. **História da vida privada: da revolução francesa à primeira guerra.** São Paulo, Companhia das Letras, 1991.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- BADALOTTI, M.; TELÖJEN, C.; PETRACCO, A. **Fertilidade e infertilidade humana.** Porto Alegre: Medsi, 1997.
- BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos.** Lisboa:Terramar, 1990.
- BARSA. **Bíblia sagrada.** Rio de Janeiro: Imprimatur, 1965.
- BILAC, E.D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. **Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira.** São Paulo: Loyola. 1995.
- BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In. CARVALHO, M.C. B. **Família Contemporânea em Debate.** São Paulo: EDUC, 1995.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method.** Berkeley: University of California Press, 1969.
- BOTH, E. **Família e rede social.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Materno-infantil - Divisão de Saúde Materno Infantil. **Programa Nacional de Assistência à Saúde da Mulher.** Brasília, 1983.
-

-
- BRASIL. Ministério da Saúde-Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília. Cosmi, 1992.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993.
- CARVALHO, M. C. B. **A Família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1995.
- CENTA, M. L. **Experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres**. Florianópolis, 1981. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 3ª ed. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
- CHENITZ, W. C; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory: qualitative research in nursing**. California: Addison – Wesley, 1986.
- COULON, A. **Etnometodologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- CRIPPA, A. **Mito e cultura**. São Paulo: Convívio, 1975.
- ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Infertilidade conjugal: manual de orientação**. 1997.
- FERRARI, A. N. **Esterilidade conjugal**. São Paulo: Roca, 1991.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GLASER, B. G; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine of Gruyter, 1967.
-

-
- GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory**. San Francisco: University of California, 1978.
- GOODE, W. J. **Revolução mundial e padrões de família**. São Paulo: Nacional, 1969.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- HUTCHINSON, S. A. In: MUNHALL, P. Z.; OILER, C. J. **Nursing research: a qualitative perspective**. 2ª ed. New York, National. Nursing Press, 1993.
- JINDAL, U. N; GRUPTA, A. N. Infertile woman in India. **Int. J. Fertil.** Washington, v. 34, n.1, p.30-33, 1989.
- JONES, H. W; WENTZ, A C.; BURNETT, L. S. Infertilidade. In: NOVAK. **Tratado de ginecologia**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.
- KEYE, W. R.; CHANG, R. J.; REBAR, R. W.; SOULES, M. R. **Infertility: evaluation and treatment**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995.
- KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978.
- LAGOS, J. S. **III Conferência ibero-americana sobre a família**. São Leopoldo, Brasil, s. d.
- LANGER, M. **Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- LARAIA, R. de B. **Um conceito antropológico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.
-

-
- LEITE, E. de O. **Procriações artificiais e o direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, étnicos e jurídicos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.
- LUZ, M. T. O interacionismo simbólico: uma breve exposição de uma corrente acionalista em ciências sociais. In: CARVALHO, M. C. B. **Teorias da ação em debate.** São Paulo: Cortez, 1993.
- MAEKER, S.R. **Human sterility.** Baltimore: The Willians and Willians, 1934.
- MALDONADO, M. T.; CANELLA, A. P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.
- MALDONADO, M. T.; NAHOUM, J. C.; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos.** Rio de Janeiro: Bloch, 1978.
- MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade: Situações especiais e de crise na família.** Petrópolis: Vozes, 1989.
- MEAD, G. H. **Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist.** 8ª ed., Chicago: The University of Chicago Press, 1972.
- MELVIN, L.; TAYMOR, M. D. **Infertility.** New York: Grune e Stratton, 1978.
- MORGADO, B. **A Solidão da mulher bem-casada: Um estudo sobre a mulher brasileira.** 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.
- MURARO, R. M. **A Mulher do terceiro milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- NORONHA, D. T.; LOPES G. P.; MONTEGOMERY, M. **Tocoginecologia psicossomática.** São Paulo: Alamed, 1993.
-

-
- NOVOTNY, P. P. **Infertilidade: tudo que devemos saber**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1995.
- OLSHANSKY, E. F. Identity of self as infertile: an example of theory - generating research. *Adv Nursing Sci.*, Germantown, v.9, n.2, p.54-62, jan. 1987.
- PAOLA, G. R.; PROCACCINI, J. C. Enfoque do casal estéril. In. FERRARI, A N. **Esterilidade conjugal**. São Paulo: Roca, 1991.
- PEPPERELL, R. J.; HUDSON, B.; WOOD, C. **The Infertile couple**. New York: Churchill Livingstone, 1980.
- PIKUNAS, J. **Desenvolvimento humano: uma ciência emergente**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1979.
- PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da família**. Porto Alegre: Artes Médica, 1981.
- POSTER, M. **Teoria crítica da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- REALE, M. **Paradigmas da cultura contemporânea**. São Paulo: Saraiva, 1996.
- REDEM, P.; MIKULINGER, M.; NATHANSON, E. Psychological aspects of male infertility. *Br. J.Psychol.*, Letchworth, v-63, p.73-80, 1990.
- RIBEIRO, E. R.; FONSECA, N. M. **Ginecologia básica**. São Paulo: Sarvier, 1981.
- RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. **Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995.
- RIECKER, P.P. Adaptive behavioral responses to potential infertility among survivors of testis cancer. *J. Clin. Oncol., Philadelphia*, v.8, n.2, p347-55, 1990.
-

-
- RODRIGUES, A. L.; RIECHELMANN, J. C. Medicina psicossomática. In: NORONHA, D. T.; LOPES, G. P.; MONTGOMERY, M. et al. **Tocoginecologia Psicossomática**. São Paulo: Alamed, 1993.
- SOIFER, R. **Psicología dei embarazo, parto y puerperio**. Buenos Aires: Kargieman, 1973.
- SPEROFF, I; GLASS, R. H.; KASE, N. G. **Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1991.
- STERN, P.; ALLEN, L.; MOXLEY, P. The nurse as grounded theorist: history, process and uses. **J. Phil. Soc. Sci.**, v.7, n. 1/2, p.200-215, 1982.
- STEWART, D. E; ROBINSON, G.E. Infertilidade por opção ou por natureza. **Can. J. Psychiatry, Ottawa**, v.34, n.9, p.866-871, 1989.
- STORT, E. V. R. **Cultura, imaginação e conhecimento: a educação e a formalização da experiência**. Campinas:UNICAMP, 1993.
- STRAUSS, A. L. **Qualitative analysis for social scientists**. Cambridge: University Press, 1987.
- STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. California:Sage, 1991.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994.
- ULLMANN, R. A. **Antropologia: o homem e a cultura**. Petrópolis: Vozes,1991.
-