

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Processos saúde-doença em contextos institucionais

Ivana Elia Schneider

Representações Sobre a Maternidade e o Bebê em Gestantes por Ovodoação

Orientadora:

Prof^a. Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, Julho de 2017

IVANA ELIA SCHNEIDER

Representações sobre a maternidade e o bebê em gestantes por ovodoação

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora
Prof^a. Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, Julho de 2017

S358r

Schneider, Ivana Elia

Representações sobre a maternidade e o bebê em gestantes por ovoduação / por Ivana Elia Schneider. – 2017.

128 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2017.

“Orientadora: Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli.”

1. Representação materna. 2. Gestação. 3. Ovoduação. 4. Maternidade. 5. Bebê. I. Título.

CDU: 159.9-055.62

*À Julia e Isabela, pela diária e enriquecedora
vivência da maternidade*

Agradecimentos

Realizar e concluir o desafio de um mestrado é algo que desperta o desejo de compartilhar essa satisfação com todos que me acompanharam durante esse processo, com profundo agradecimento pelas mais diversas formas de contribuição. Me sinto receptora de muitas dádivas, que possibilitaram a construção de cada momento dessa jornada.

Assim como as mulheres desta pesquisa, realizar algo tão significativo num período tardio da vida se comparado com os demais, proporcionou desafios, frustrações e superações.

Agradeço aos meus pais Otto e Judith, por proporcionarem a realização de um mestrado neste momento de minha vida.

À minha irmã Nora Lena, pela possibilidade de inserção na área da reprodução assistida através do acompanhamento de suas pacientes em sofrimento emocional.

Ao meu irmão Daniel e minha cunhada Márcia, pelo apoio familiar nos momentos em que não pude estar presente junto aos cuidados com nossos pais.

Às minhas filhas, grandes parceiras, pelo apoio e sustentação diárias.

À colega Lia Mara Dornelles que, com sua experiência no trabalho de Psicologia na área de reprodução assistida, de forma tão acolhedora acenou os caminhos que nortearam este estudo.

À Dra. Noeli Sartori, que prontamente disponibilizou sua clínica para o acesso às participantes desta pesquisa.

O trabalho de tradução de artigos de língua estrangeira foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho em vários momentos: muito obrigado Natália, minha sobrinha, e Ana Clara, uma filha de coração.

A trabalhosa etapa de transcrição das longas entrevistas foi de extrema importância: obrigada às bolsistas de iniciação científica Juliana e Bruna, pela dedicação.

À orientadora Tagma, por quem desenvolvi imensa admiração por sua capacidade afetiva e profissional. Com suas orientações, sempre promoveu crescimento, despertando o melhor de mim da forma mais respeitosa que alguém poderia fazer.

Ao NIEP, núcleo de estudos em psicanálise que me acolheu e incentivou das mais diversas formas, em especial à Maria Luiza Oliveira, Margared Steigleder e Eneida Suarez. Muito obrigada!

Um especial agradecimento às mulheres que se dispuseram a participar desta pesquisa. Mantenho a expectativa de que eu as tenha compreendido e transmitido algo a respeito dos desafios impostos ao psiquismo pelas novas formas de procriação.

*Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.*

*Fernando Pessoa
(Mar Português)*

Sumário

Resumo	10
Abstract	11
Apresentação da dissertação	12
Seção I: Representações de gestantes por ovodoação sobre a maternidade	15
Resumo	15
Abstract	16
Introdução	17
Método	22
Delineamento	22
Participantes	23
Instrumentos e procedimentos.....	23
Análise de dados	25
Resultados e Discussão	26
Caso 1 – Aline	26
<i>a) Representações sobre si mesma</i>	27
<i>b) Representações sobre a gestação</i>	28
<i>c) Representações sobre ser mãe</i>	30
Caso 2 – Fernanda	32
<i>a) Representações sobre si mesma</i>	33
<i>b) Representações sobre a gestação</i>	34
<i>c) Representações sobre ser mãe</i>	36
Caso 3 – Marta	39
<i>a) Representações sobre si mesma</i>	39
<i>b) Representações sobre a gestação</i>	40

<i>c) Representações sobre ser mãe</i>	42
Síntese dos casos cruzados	45
Considerações finais	55
Referências	57
Seção II: Representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação	62
Resumo	62
Abstract	63
Introdução	64
Método	69
Delineamento	69
Participantes	70
Instrumentos e procedimentos	71
Análise de dados	72
Resultados e Discussão	74
Caso 1 – Aline e a filha forte e independente	74
<i>a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva</i> ...	74
<i>b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva</i> ...	77
Caso 2 – Fernanda e o filho predestinado e voraz	79
<i>a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva</i> ...	79
<i>b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva</i> ...	82
Caso 3 – Marta e o bebê evoluído	83
<i>a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva</i> ...	84
<i>b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva</i> ...	86
Síntese dos casos cruzados	88

Considerações finais	98
Referências	100
Considerações Finais da Dissertação	105
Referências da Dissertação	109
Apêndices	111
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
Apêndice B – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos	113
Apêndice C – Entrevista sobre a Reprodução Assistida	115
Apêndice D – IRMAG	116
Apêndice E – Resolução do Comitê de Ética	128

Representações sobre a maternidade e o bebê em gestantes por ovodoação

Resumo

As representações maternas durante a gestação são fundamentais para as interações precoces e o futuro desenvolvimento psíquico do bebê. Trata-se de um conjunto de expectativas, fantasias, temores, percepções da gravidez, de si mesma como mãe e de seu bebê. Através do referencial psicanalítico, objetivou-se investigar as representações maternas de gestantes por ovodoação sobre a maternidade e o bebê. Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. Participaram três gestantes com idades entre 44 e 45 anos, e utilizou-se como instrumentos uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, o IRMAG, a Entrevista sobre a Reprodução Assistida e Anotações de Campo. Os resultados demonstraram que gestar representa restauração da fertilidade e sua validação como mãe diante da presença da doadora. Conclui-se que as implicações associadas à ovodoação se fizeram presentes nas representações sobre a maternidade, e que as representações sobre o bebê são comuns às de gestações naturais, acrescidas com a percepção da genética da doadora de formas diferentes entre as participantes.

Palavras chave: Representações maternas; gestação; ovodoação; maternidade; bebê.

Representations about maternity and the baby in pregnant by egg donation women

Abstract

The maternal representations during the pregnancy are fundamental for the preliminary interactions and the baby's future psychic development. It deals with a range of expectations, fantasies, fears, perceptions about the pregnancy, herself as mother and their baby. Through the psychoanalytical referential, the objective was to investigate the maternal representations of pregnant by egg donation women about the maternity and the baby. A qualitative research of exploratory character was conducted, with a Multicase Study design. Three pregnant women with ages between 44 and 45 years participated, and a Social Demographic and Clinical Data Sheet, the IRMAG, the Interview on Assisted Reproduction and Field Notes were used as instruments. The results show that to gestate represent fertility restoration and her validity as a mother before the presence of the donor. It is concluded that the implications associated with the egg donation were presents in the representations about maternity, and that the representations about the baby are common to natural pregnancies, added with the perception of the donor's genetics in different ways among the participants.

Keywords: Maternal representations; pregnancy; egg donation; maternity; baby.

Apresentação da dissertação

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo o estudo das representações maternas de gestantes no contexto da tecnologia de reprodução assistida por ovodação. A escolha da temática ocorreu em função da prática clínica da pesquisadora junto a mulheres em sofrimento emocional pela infertilidade e seus desgastantes tratamentos sem sucesso na busca por um filho. O fato de que muitas dessas mulheres engravidaram ao longo de suas psicoterapias, despertou maior interesse em investigar os aspectos emocionais relacionados com a infertilidade.

Entre tantos procedimentos de reprodução assistida, aproximar-se da realidade da ovodação provocou impacto na pesquisadora tanto pelo desconhecimento do uso tão frequente desta prática, quanto pelo espanto com o qual este assunto era recebido pelas pessoas ao ser abordado. Além de ser uma prática pouco conhecida, os estudos publicados na área da psicologia são escassos, o que motivou a pesquisar este tema tão instigante.

As questões familiares e a maternidade vêm sofrendo profundas mudanças. Se a ciência trouxe os métodos contraceptivos, também trouxe surpreendentes métodos conceptivos, favorecendo a ideia de transposição dos limites da idade numa época em que o adiamento da maternidade tem sido cada vez mais comum (Gomes et al., 2008; Maluf, 2008; Ribeiro, 2004). A idade compromete a qualidade e a quantidade da reserva ovariana, tornando-se um dos fatores importantes para a infertilidade nestes casos. Em tratamentos de reprodução assistida, o fator qualidade supera o fator quantidade, portanto a idade é considerada o melhor indicador da taxa de gravidez (Abreu et al., 2006).

Se para as gestações naturais a idade é fator significativo para ocorrer a gestação, o mesmo é observado em tratamentos de reprodução assistida. A ovodação utiliza óvulos de mulheres mais jovens, favorecendo a qualidade dos mesmos e maiores chances de

gravidez. Embora não existam fontes de dados oficiais, a experiência clínica tem evidenciado a crescente prática da ovodoação e a idade da mulher tem sido o fator preponderante, com médias acima dos 41 anos.

A experiência da infertilidade causa grande dor psíquica, podendo transformar a busca de um filho numa busca de superação, sentimento humano poeticamente descrito nos versos de Fernando Pessoa, citado na epígrafe dessa dissertação: “...quem quer passar além do Bojador, tem que passar além da dor...” (Pessoa, 2013). Na época das grandes navegações portuguesas, acreditava-se que o mundo acabava no Cabo do Bojador. Sua transposição redesenhou o mundo naquela época, ampliando os limites do homem. A ciência continua ampliando limites e redesenhando muitos contextos, entre os quais a reprodução humana, com uma velocidade maior do que as representações e afetos muitas vezes têm possibilidade de acompanhar.

Transpor o “Cabo do Bojador” da infertilidade biológica, não significa que os processos psíquicos associados tenham o mesmo êxito. Para que a dor psíquica não se transforme em transbordamento traumático, os processos de representação e elaboração das experiências emocionais são necessários (Canneaux et al., 2013; Levy, 2003).

No intuito de contribuir para o conhecimento das representações maternas no contexto da reprodução assistida por ovodoação, esta dissertação está organizada em duas seções, onde constam os artigos empíricos resultantes da pesquisa realizada. Na Seção I apresenta-se o artigo intitulado “Representações de gestantes por ovodoação sobre a maternidade”, que objetivou investigar aspectos da maternidade por meio das representações da gestante sobre si mesma, sobre a gestação e sobre o ser mãe.

Na Seção II encontra-se o artigo “Representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação”, que visou investigar as representações sobre o bebê

desenvolvidas durante a gestação. Após estas seções encontram-se as considerações finais desta dissertação, tecendo reflexões e conclusões emergentes da pesquisa realizada.

Utilizou-se a psicanálise como referencial teórico, com apoio no conceito de Daniel Stern sobre as representações maternas. Stern foi aluno de Spitz, psicanalista e pesquisador na área de desenvolvimento infantil, e que mais tarde estudou junto ao grupo de Genebra, trabalhando com Bertrand Cramer (Golse, 2002). Este grupo europeu é composto por psicanalistas que desenvolveram estudos voltados para a psicoterapia pais-bebê especialmente durante a década de 80 e 90 (Oliveira, 2007), literatura amplamente utilizada em diversas pesquisas atuais que abordam o estudo das representações maternas.

Assim como o final de uma gestação, é chegado o momento de tornar público o resultado deste trabalho. Espera-se contribuir de forma produtiva para aqueles que vivenciam ou acompanham a experiência da ovodoação.

Seção I

Representações de gestantes por ovodoação sobre a maternidade

Resumo

A maternidade por ovodoação envolve uma gestação com renúncia da transmissão genética, preservação da genética do parceiro e presença de doadora. Abrange elementos não existentes nas formas naturais de reprodução humana, desafiando os processos de representação. Este estudo tem como objetivo investigar as representações sobre a maternidade em gestantes por ovodoação. Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. Participaram três gestantes com idades entre 44 e 45 anos, e utilizou-se como instrumentos uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, o IRMAG, a Entrevista sobre a Reprodução Assistida e Anotações de Campo. Os dados foram analisados a partir de três eixos temáticos: a) Representações sobre si mesma; b) Representações sobre a gestação; e c) Representações sobre ser mãe, abordando a ovodoação de forma transversal. Os resultados demonstraram a importância narcísica da gestação frente à vivência da infertilidade, e nos casos analisados o gestar representou restauração da fertilidade e validação como mãe diante da presença da doadora. As implicações associadas à ovodoação se fizeram presentes nas representações sobre a maternidade, com repercussões clínicas relevantes.

Palavras chave: Representações maternas; gestação; ovodoação; maternidade.

Pregnant by egg donation women's representations about maternity

Abstract

The maternity by egg donation involves a pregnancy with the renounce of the genetic transmission, preservation of the partner's genetic and presence of a donor. It concerns elements that do not exist in natural ways of human reproduction, defying the processes of representation. This study has the goal of investigating the representations about maternity in women pregnant by egg donation. A qualitative research of exploratory character was conducted, with a Multicase Study Design. Three pregnant women with ages between 44 and 45 years participated, and a Sociodemographic and Clinical Data Sheet, the IRMAG, the Interview on Assisted Reproduction and Field Notes were used as instruments. The data were analyzed from three thematic axes: a) Representations of herself; b) Representations of the pregnancy; and c) Representations of being a mother, approaching the egg donation transversely. The results show the narcissistic importance of the pregnancy in the face of the experience of infertility, and to gestate represents the fertility's restauration and validation as mother before the presence of the donor. The implications associated with egg donation were present in the representations about maternity, with relevant clinical repercussions.

Keywords: Maternal representation; pregnancy; egg donation; maternity.

Introdução

A infertilidade é tão antiga quanto a reprodução humana. Ribeiro (2004) constatou que a experiência da infertilidade tem um potencial traumático considerável. Atribui este potencial ao fato do desejo de ter um filho possuir origem e vinculação inconsciente a questões da sexualidade infantil e suas feridas narcísicas. Não poder ter filhos na idade adulta remete a uma condição característica da infância, período em que o corpo biológico da criança não possui a capacidade de gerar, frustrando seus desejos.

Entre os inúmeros fatores que ocasionam a infertilidade, a busca pela maternidade após os 35 anos de idade tem se mostrado um elemento cada vez mais comum. Formações acadêmicas, viagens, a demora para obter estabilidade financeira, a espera de maior satisfação no relacionamento conjugal, muitas vezes com várias tentativas até encontrar o parceiro com quem deseja constituir uma família, reconstituições familiares, são alguns fatores que têm conduzido a busca pela maternidade a um período de declínio da fertilidade (Gomes et al., 2008; Ribeiro, 2004).

Quando o projeto de filhos se depara com as dificuldades para engravidar, pode ocorrer a renúncia de ter filhos ou a busca de alternativas. Antes da era tecnológica, a adoção era o recurso possível para aqueles que se mantinham no propósito de ter filhos. O advento da Tecnologia de Reprodução Assistida (TRA) trouxe novas perspectivas, oferecendo diversas técnicas que vão desde processos mais simples, como é o caso do Coito Programado, até processos mais complexos, como a Inseminação Artificial (IA), Fertilização *In Vitro* (FIV), Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), Útero de Substituição e Ovodoação (Cornel et al., 2006).

As novas soluções para lidar com a infertilidade se somam às antigas, sendo que a maternidade pode incluir ou não a vivência de uma gestação. A adoção e Útero de Substituição possibilitam ser mãe sem gestar. Já as técnicas de IA, FIV e Ovodoação

proporcionam a experiência da gestação, quando a concepção não ocorre por processo natural. Diferente do homem, cuja produção de espermatozoides se mantém ao longo da vida no caso de condições normais de saúde, a mulher tem uma quantidade limitada de óvulos. Em situações em que a mulher não tem mais a possibilidade de utilizar seus próprios óvulos, a ovodoação permite gestar a partir de óvulos de doadora (Sachs & Burns, 2006).

O recurso da Ovodoação pode beneficiar mulheres que perderam sua função ovariana devido a câncer, cirurgia, quimioterapia, ou menopausa precoce. Também pode ser um recurso para aquelas mulheres que não respondem à indução de ovulação durante o processo de TRA, ou que tenham múltiplas falhas de implantação. Casos complexos que envolvem doenças hereditárias também podem ser beneficiados (Santos & Quayle, 2013).

Os procedimentos de TRA envolvem aspectos éticos e legais, e cada país adota legislação própria para tratar das questões decorrentes dessas situações. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina regulamentou a doação de gametas através da Resolução 1358/92, a qual determina que a doação de óvulos não pode ter caráter lucrativo e que o anonimato deve ser preservado. Por ser vetada a comercialização de óvulos no Brasil, a prática de compartilhamento de óvulos é comum em algumas clínicas. É necessário que as duas mulheres (doadora e receptora) estejam em tratamento de reprodução assistida, sendo que a doadora concede para a receptora parte dos seus óvulos excedentes (Santos & Quayle, 2013).

Uma revisão sistemática da literatura sobre as características psicossociais de mulheres receptoras de óvulos doados realizada por Herschberger (2004) analisou 16 estudos publicados no período entre 1983 a 2002, realizados no Reino Unido (4), EUA (6), Bélgica (1), França (4) e Finlândia (1). Não há referência a estudos brasileiros,

revelando a carência de trabalhos publicados até aquela data, não só no Brasil, como em outros países.

Um aspecto bastante presente nos estudos encontrados sobre gestações por ovodoação é a questão do segredo (Cochini et al., 2011; Ehrensaft, 2012; Figueiredo, 2012; Karpel et al., 2005; Montagnini, Malerbi, & Cedenho, 2012; Oliveira & Terzis, 2011; Plut & Oliveira, 2013). Os pais são livres para revelar ou não sobre a ovodoação. No entanto, o anonimato da doadora, exigido pela regulamentação legal, não permite aos pais, nem tampouco à criança, acessar qualquer informação sobre a doadora dos gametas (Bayle, 2003).

A presença de um óvulo doado implica na renúncia da transmissão genética de uma das partes do casal. A pesquisa realizada por Borlot e Trindade (2004) com casais que realizaram reprodução assistida destaca a importância dada ao filho biológico, no fato de dar continuidade à sua descendência e ser “sangue do meu sangue”. Muito antes da era tecnológica, Freud (1914) já referia a ligação do projeto de ter filhos aos aspectos narcisistas, vinculando-o aos desejos de imortalidade.

A ovodoação é um procedimento que permite à mulher ter a vivência da gestação. Bydlowski (2002) considera a gestação um período de muitos conflitos, uma crise maturativa, comparando-a com a adolescência, quando as mudanças corporais fazem novas exigências ao psiquismo. Especialmente com a chegada do primeiro bebê, a mudança na cadeia de filiação com a passagem de filha a mãe envolve uma reorganização da identidade (Aragão, 2004; Bydlowski, 2002; Stern, 1997).

Bydlowski (2002) afirma que na gravidez ocorre um tipo de funcionamento particular do psiquismo, caracterizado por um estado de transparência em que os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência. Denomina este estado de “Transparência Psíquica”. Entende a gravidez como uma

experiência de encontro íntimo da mulher consigo mesma, na qual a transparência do psiquismo atualiza a memória da época em que era ela própria um bebê dependente de cuidados maternos. Dessa forma, angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem, podem ser atualizadas.

Quanto ao aspecto biológico, o período gestacional é marcado por características distintas a cada trimestre. Durante o primeiro trimestre ocorre a embriogênese. É um momento simbiótico, em que a gestação é mantida pelos hormônios secretados pelo ovário (Szejer, 1997). Aragão (2004) assinala que para a gestação prosseguir, é preciso que o organismo materno faça a leitura do embrião como uma gravidez e não como um corpo estrangeiro a ser rejeitado.

O segundo trimestre é marcado pela percepção dos movimentos fetais, mostrando tratar-se de seres distintos que coabitam, vivem juntos, mas que um dia vão se separar. No terceiro trimestre, o feto que a gestante carrega já é viável, podendo provocar limitações e certo mal-estar físico na mulher, com propensão a descompensações somáticas e psíquicas (Szejer, 1997). Estes três aspectos, incorporação, diferenciação e separação, assumem importância vital no desenvolvimento psicológico da gravidez (Faria, 2005).

Uma gestação por ovodoação evolui da mesma forma como outra qualquer, mas há de se considerar a forma diferenciada da concepção pela intervenção médica e vivência anterior da infertilidade. A ovodoação diferencia-se pela impossibilidade de ter seu filho genético, precisando da ajuda de outra mulher para obter os óvulos necessários (Canneaux et al., 2013; Santos & Quayle, 2013). As feridas narcísicas se fazem presentes neste processo.

Apesar das dificuldades biológicas para a fecundação, pela ovodoação a mulher pode gestar e ter um filho. Ver-se como uma mulher que tem um corpo que consegue

estar grávido, é importante para que também possa estar grávida psiquicamente e sentir-se mãe (Faria, 2005; Plut & Oliveira, 2013).

Ao abordar as representações nesta pesquisa, tal conceito será focado especificamente no contexto da maternidade, utilizando o termo representações maternas, inicialmente desenvolvido por Stern (1991). Apoiado em sua experiência clínica com pais-bebês, Stern (1997) considera a existência de dois mundos paralelos: o mundo externo real, objetivo, e o mundo mental das representações, imaginário e subjetivo. Para Stern (1997), as representações não são de objetos ou pessoas, imagens ou palavras; são de experiências interativas com alguém. Não são colocadas de fora para dentro como eventos externos internalizados, mas construídas no interior a partir da interação com o outro.

Ao falar sobre o mundo representacional dos pais, Stern (1997) considera que este inclui não apenas as experiências das interações atuais com o bebê, mas também suas fantasias, esperanças, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e expectativas para o futuro bebê (Stern, 1997). A interação com o bebê é um contexto evocativo muito específico, trazendo constantemente memórias do período de bebê da mãe e da maternagem que recebeu da própria mãe (Bydlowski 2002; Stern, 1997).

A maternidade no contexto específico da ovodação traz novos elementos, diferentes do que a mulher tem representado sobre sua própria vivência enquanto bebê de sua mãe. Os tradicionais esquemas de representação sobre a origem da vida em torno da cena primária, em que o bebê é fruto de uma relação sexual entre um homem e uma mulher, dá lugar à cena primária tecnológica. Nesta, a concepção fica desvinculada do ato sexual, com a presença ativa do médico no processo de gerar o bebê (Melgar, 1995; Ribeiro, 2004).

As representações em torno da certeza da maternidade e da incerteza da paternidade também se desfazem na concepção por ovodoação. Neste sentido, o “*romance familiar*”, termo utilizado por Freud (1909) para expressar uma construção inconsciente na qual a família inventada pelo sujeito é criada de acordo com suas fantasias, pode passar a ser uma realidade concreta (Freud, 1909; Ribeiro, 2004).

As representações maternas durante a gestação são de especial importância para as interações precoces entre a mãe e o bebê, bem como para a saúde do desenvolvimento psíquico do mesmo (Cochini et al., 2011; Faria, 2005; Winnicott, 1960). Apesar de ter sido encontrado um estudo específico sobre representações maternas de mulheres que passaram pela experiência da ovodoação (Cochini et al., 2011), não houve resultado sobre aquelas que tiveram êxito no tratamento. Considerando ser esta uma lacuna, justifica-se a relevância e o desafio desta pesquisa. Assim, este estudo tem como objetivo investigar as representações sobre a maternidade em gestantes por ovodoação.

Método

Delineamento

A presente pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa do tipo exploratória, a partir da realização de Estudos de Casos Múltiplos (Yin, 2010). Considerou-se adequado o estudo qualitativo por buscar o significado das experiências, não havendo a intenção de generalização dos dados, envolvendo um papel mais ativo do pesquisador (Turato, 2005). É exploratório, por se tratar de um tema novo, com poucos estudos, visando ampliar o conhecimento do tema em torno da reprodução assistida por meio da técnica de ovodoação. O estudo de casos múltiplos permite maior profundidade na exploração do problema de pesquisa proposto.

Participantes

Participaram desta pesquisa três gestantes que passaram por tratamento de reprodução assistida e que conceberam por meio de óvulos de doadora, mantendo a ligação genética do parceiro, conforme apresentado na Tabela 1. A escolha foi intencional, na medida em que se respeitaram os critérios de inclusão, e por conveniência, ao participarem as gestantes mais acessíveis e que se disponibilizaram a colaborar.

Foram definidos como critérios de inclusão: estarem casadas ou em situação de união estável com parceiro pelo tempo mínimo de dois anos, numa relação heterossexual; estarem entre 20 e 28 semanas de gestação, período em que os movimentos do bebê já são perceptíveis e o momento previsto de parto ainda não está tão próximo.

Foram excluídas do estudo as gestantes solteiras e as gestantes em relação homoafetiva. Estas situações poderiam trazer outras variáveis, não previstas no objetivo desta pesquisa.

Tabela 1

Caracterização das Participantes

	Caso 1 - Aline	Caso 2 - Fernanda	Caso 3 - Marta
Idade	44	45	44
Idade gestacional na coleta dos dados	26 semanas	12/24 semanas	22 semanas
Tempo de casamento	4 anos	14 anos	3 anos
Infertilidade	Baixa quantidade/ qualidade de óvulos (idade)	Obstrução parcial de trompa e baixa quantidade / qualidade de óvulos (idade)	Baixa quantidade/ qualidade de óvulos (idade)
Opção pela Ovodoação	Insucesso FIV com óvulo próprio	Insucesso FIV com óvulo próprio	Insucesso FIV com óvulo próprio

Instrumentos e Procedimentos

Inicialmente foi realizado contato com uma clínica particular de Reprodução Assistida de Porto Alegre, apresentando a proposta de pesquisa. Manifestado o interesse

em participar do estudo, o local forneceu uma carta de anuência para possibilitar o acesso à população alvo.

Com a anuência do local, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS sob o nº CAAE 54815616.8.0000.5344, o qual obteve aprovação (Apêndice E), estando em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12. Após aprovação foi feito novo contato com a clínica, solicitando um levantamento de pacientes compatíveis com os critérios de inclusão para participação desta pesquisa.

Em respeito ao sigilo médico da clínica com seus pacientes, o primeiro contato com as possíveis participantes não foi feito pela pesquisadora. Foi enviada uma carta convite por parte da clínica para divulgar a pesquisa, explicando os objetivos e a forma de realização do estudo, solicitando a disponibilidade de participação. A pesquisadora fez contato telefônico com as pacientes indicadas pela clínica que manifestaram interesse em participar, marcando encontro para entrevista em suas respectivas residências, local sugerido por elas. Cabe referir a demora de seis meses para encontrar participantes que se dispusessem a colaborar com a pesquisa.

A entrevista de cada participante iniciou com o esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo. Na sequência foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em leitura conjunta do documento (Apêndice A). Mediante concordância, o termo foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com a participante e a outra com a pesquisadora.

A coleta de dados prosseguiu com a aplicação da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos elaborada para este estudo, com a finalidade de coletar informações sobre idade, escolaridade, nível sócio econômico, situação conjugal e

profissional, bem como questões referentes à situação da infertilidade e gestação (Apêndice B).

Na sequência, foi realizada a Entrevista Sobre a Reprodução Assistida, também elaborada para este estudo, para investigar sentimentos e situações relacionadas ao tratamento de reprodução assistida e ovodação (Apêndice C). A coleta de dados finalizou com a aplicação do IRMAG (*Intrevista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza*), entrevista semi-estruturada validada por Ammaniti et al. (1991; 1995), específica para avaliar as representações maternas na gestação (Apêndice D).

Os dados foram coletados em um único encontro, com exceção de uma das participantes, com quem a coleta de dados se deu em dois momentos distintos. Ao encaminhar o contato, a clínica não observou o período gestacional do critério de inclusão de uma delas, fato que só foi verificado no momento da entrevista. A participante concordou em realizar um segundo encontro no período gestacional previsto, importante para aplicação do IRMAG. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados. Durante todo o processo, foram feitas anotações de campo sobre as situações e percepções relacionadas aos procedimentos da pesquisa.

Análise de Dados

Os dados da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos e as anotações de campo foram utilizados para complementar o entendimento e construção de cada caso. A Entrevista sobre a Reprodução Assistida e o IRMAG foram analisados qualitativamente através da análise temática proposta de Braun e Clarke (2006). As categorias temáticas foram definidas *a posteriori*, a partir dos dados levantados nas entrevistas.

Dessa análise emergiram três eixos temáticos, organizados da seguinte forma: eixo a) *representações sobre si mesma*, para analisar as referências sobre si mesma como

mulher, a vivência da infertilidade e o processo de tratamento; eixo b) *representações sobre a gestação*, para analisar as referências sobre a importância de gestar, sobre como sente esta gestação, mudanças corporais, temores, expectativas; eixo c) *representações sobre ser mãe*, para analisar a importância da maternidade no seu ciclo vital, percepções e expectativas de si mesma como mãe nesta gestação e referências sobre a própria mãe.

Os casos foram estruturados individualmente a partir dos resultados dos instrumentos empregados com cada participante. O tema da Reprodução Assistida por Ovulação foi abordado de forma transversal, perpassando a compreensão dos eixos em cada caso. Após, foi desenvolvida uma síntese através do cruzamento dos casos conforme a proposta de Yin (2010), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise individual, identificando convergências e divergências, buscando evidências que auxiliem na investigação das representações maternas das gestantes por ovulação sobre a maternidade.

Resultados e Discussão

Caso 1 – Aline

Aline, 44 anos, é casada, tem ensino superior completo e pós graduação, trabalha como profissional liberal e tem sua própria empresa. Assim como sua mãe, é a segunda filha de uma prole de três. O marido tem um filho de casamento anterior. Foi entrevistada com 26 semanas de gestação, mostrando-se muito emocionada, chorando em vários momentos. Sua primeira tentativa para engravidar deu-se aos 40 anos de idade. Não relata outros problemas de infertilidade e não tem histórico de aborto. A ovulação foi considerada como opção em função da baixa quantidade e qualidade de óvulos, compatível com as características de sua faixa etária. A fertilização por meio de

ovodação deu-se após uma tentativa de fertilização com seus próprios óvulos, que não resultou em gravidez.

a) Representações sobre si mesma

Aline refere ter sido uma criança muito quieta, tímida, carente, carinhosa e grudada em sua mãe. Em sua juventude considera ter sido “*muito certinha*” e pouco “*namoradeira*”. Atualmente descreve-se como uma pessoa determinada, decidida, prática e mandona, que gosta de cuidar de tudo ao invés de pedir alguma coisa para alguém. Percebe-se como uma pessoa forte, comparando-se com sua mãe, que considera uma “*pessoa fraca*”. Revela que muitas vezes “*precisava ser forte quando na verdade não queria ser forte*”, com expectativa de encontrar amparo da mãe em seus momentos de fragilidade.

Diz ser uma pessoa conservadora e ter a família como a base de seu mundo, salientando sua crença em Deus. Ao buscar um filho em um casamento, casar tarde implicou em também ter filho mais tarde. Aline sente-se num corpo mais jovem do que sua idade cronológica, ignorando os efeitos da passagem do tempo sobre sua fertilidade: “*Nunca tinha passado pela minha cabeça em não conseguir ser mãe. Pra mim aquilo ali era uma coisa certa. Eu ia casar, engravidar e deu. Quer dizer, por mais que eu tivesse com 40 anos, na minha cabeça não me sinto assim.*” Admite ter sua reserva ovariana diminuída em função da idade, e não identifica outros problemas em seu corpo que a impedissem de engravidar.

Fazer uso da tecnologia para engravidar suscitou sentimentos de desobediência aos princípios religiosos, por entender que a Igreja é contrária a esta forma de concepção. Conflitos internos também foram ativados ao decidir não revelar sobre a ovodação aos familiares, pois ocultar esta informação é percebido como a sustentação de uma mentira.

Aline considera, tanto ela quanto as demais pessoas de sua família, como muito diferentes umas das outras no que diz respeito à aparência física. Pensa que a carga genética de um óvulo de outra pessoa não ocasionaria uma diferença significativa neste aspecto, seguindo os padrões de falta de semelhança física naturais em sua família, pois *“não é uma família assim em que um seja o focinho do outro.”*

Compara-se com a doadora, a quem atribui características mais positivas, desvalorizando aspectos seus. Possibilitar o auxílio financeiro para que a doadora também possa engravidar parece algo de menos valor, pouco, se comparado com a capacidade de doar um óvulo. Denomina a doadora de “anjo”, mulher mais evoluída, abençoada, bondosa e generosa, não se equiparando a ela: *“então eu como receptora, eu vejo ela como um anjo na minha vida, mas eu não sei se eu conseguiria ser um anjo na vida de alguém”*. Expressa seu sentimento de gratidão: *“eu sou grata a essa pessoa pelo resto da minha vida.”*

b) Representações sobre a gestação

Após o fracasso de suas tentativas de engravidar naturalmente e uma FIV com óvulo próprio, Aline passou a considerar a possibilidade da ovodoação. Inicialmente rechaçava a ideia, pensando na renúncia de sua genética: *“se eu tiver uma menina, não vô ter uma menina parecida comigo”*. Imaginava que se tivesse um menino, não precisaria lidar com esse sentimento.

Um acontecimento inusitado eliminou suas dúvidas e medos quanto a essa técnica. Desabrigadas por um temporal, acolheu uma mãe e seu bebê em sua casa. Encantou-se pelo bebê e compreendeu esta situação como uma resposta de Deus ao expressar que *“as coisas não acontecem por acaso”*, apoiando sua decisão. Após a passagem do Dia das Mães, tomou a decisão pela ovodoação.

Ao receber a confirmação da gravidez, refere uma sensação de alívio e vitória. O anúncio da gestação foi recebido com muito entusiasmo por toda a família. No entanto, revela certo ressentimento em relação à família do marido, em função de não ter se sentido apoiada por eles em seus esforços para engravidar.

Sobre as manifestações da gestação em seu corpo, descreve várias situações como desagradáveis, tais como enjoos, azia e intolerância a cheiros no primeiro trimestre, referindo-se a estas como “*coisas normais de grávida*”. Percebe sua gestação como normal, salientando estar melhor do que esperava de uma gravidez em sua idade, não tendo sangramentos ou cólicas. Em certo momento da gestação, considera ter começado a inchar demais, despertando temores de desencadear uma pré-eclâmpsia ou trombose. Associa isso à sua idade e a predisposições familiares.

O crescimento da barriga era aguardado com muita expectativa, mas ao se perceber engordando, refere sentir-se feia. No entanto, agora que está grávida, diz não estar preocupada com seu corpo. Relata de forma positiva a percepção dos movimentos do bebê em sua barriga, identificando ter algo novo e diferente no interior de seu corpo: “*ah, é gostoso, dá uma cosquinha, é gostoso tu saber que tem alguma coisa ali dentro, que é teu.*” Apesar dos temores e sensações desagradáveis despertados pela gestação, descreve um sentimento de plenitude: “*Então eu acho que eu me sinto mais completa, hoje eu não posso dizer que me falte alguma coisa porque não me falta nada.*”

Aline considera a ovodoação uma alternativa muito diferente e mais vantajosa do que a adoção, pois a gestação exclui a questão do abandono e rejeição da mãe biológica em relação ao bebê nesta situação, percebido como fator potencial de problemas. Entende que a gestação possibilita imprimir algo seu no bebê, mesmo não tendo sua genética, assegurando ser seu bebê legítimo: “*Tá, tem o DNA, mas ela tá na minha barriga, é os meus sentimentos que ela tem. Eu que tô gerando ela. Eu que vô criá, então ela é minha*”.

As sensações experimentadas no corpo gestante real parecem não coincidir com a ideia anterior imaginada que trazia sobre gestação. Gestar não é sentido como algo prazeroso, mas sentir-se mãe ao ter um bebê na barriga é vivido com muita satisfação: *“A gravidez não é a melhor coisa do mundo, mas a sensação de ter um filho, é (rindo). Eu imaginava coisa melhor.”*

c) Representações sobre ser mãe

Aline entende que a maternidade é algo inerente às mulheres desde a infância ao dizer que *“a mulher já é mãe desde a boneca”*, havendo aquelas que desenvolvem a aptidão para serem mães e outras já nascem prontas. No seu caso, considera que o jeito maternal sempre esteve presente em sua vida: *“É, é que nem eu digo, tem mulheres que se tornam mãe, tem mulheres que nascem mãe. Acho que eu nasci mãe. Eu sempre fui mãe, mãezona.”*

Favorecida pela diferença de idade em relação à irmã mais nova, sentia-se mãe dela desde sua infância. Dessa forma, considera a maternidade como algo já muito conhecido. O envolvimento no cuidado com os sobrinhos fez com que hoje se considere experiente, confiante em suas capacidades como mãe.

A presença de um pai no contexto da maternidade é considerado fundamental, sendo esse um dos fatores apontados por ela que contribuíram para ter um filho neste momento de sua vida: *“Eu não ia querer ter um filho sem um pai. Eu casei tarde, tudo aconteceu tarde, então...”*

Um recente acontecimento familiar em que o falecimento precoce de ambos os pais deixou órfã uma menina de 12 anos de idade a deixou muito abalada, levando a reflexões em torno da realidade de ter filho na sua idade: *“Acho que ficou aquela coisa, assim... Põe um filho no mundo e não cria, sabe. Daí eu pensei "bah, ainda mais eu, com*

mais idade". A perda precoce da figura materna não é algo novo nesta família, sendo esta também a vivência de sua própria mãe.

Ser mãe, e sentir-se reconhecida como tal, é algo carregado de muita importância. Passar por tratamento de reprodução assistida para conseguir ser mãe foi percebido como desgastante, mas compensador: *“a emoção de ser mãe é muito mais forte do que qualquer coisa que eu tenha passado, que tenha ficado.”*

A ovodoação inclui invariavelmente a presença de uma doadora. Aline procura uma forma para colocá-la nesta maternidade e no seu psiquismo. O anonimato não permite saber se a doadora, também em tratamento para engravidar, obteve o mesmo sucesso que o seu: *“não sei, jamais quero saber quem é, mas eu desejo todo o bem do mundo, quero que ela tenha uma família tão feliz quanto a minha. Mas é um anjo. Não é doadora, não é mãe, não é nada. É um anjo.”*

Sente-se insegura quanto a revelar sobre a ovodoação, alimentando a expectativa de que seus pais encontrem semelhanças físicas entre ela e a criança caso não mencione a presença de um óvulo de outra mulher. Em função da ligação genética com o bebê, receia que a família do marido se sintam *“mais família da minha filha do que eu”* e a veja como uma *“barriga de aluguel”*.

Embora em nenhum dos instrumentos aplicados tenha sido formulada uma questão acerca da doadora, Aline traz espontaneamente o assunto. Questiona sobre o que levaria uma mulher a doar um óvulo, um bebê potencial, imaginando o que sentiria se fosse uma doadora e soubesse que um óvulo seu tivesse gerado outra vida. As verbalizações são de difícil compreensão, coerentes com sua expressão *“Não sei, eu não consigo explicar isso. É confuso.”*

Enquanto receptora, se diz “*eu sou a mãe, só eu*”. A doadora é percebida como uma pessoa que “*ajudou outra mulher a ser mãe*”, e isso não coloca em dúvida que essa maternidade seja exclusivamente sua, como expressa: “*minha maternidade*”.

Em outros momentos parece desvincular o óvulo recebido do corpo de uma pessoa: “*é uma celulazinha que eu tô pegando*”; “*Como eu disse, é uma célula, mas eu preciso daquela célula pra ter uma vida.*” Traz implícita a ideia de que receber um óvulo não é o mesmo que receber um bebê. Reconhece que necessitou de outras duas pessoas, além do marido, para ter seu bebê: “*eu precisei do doutor e do meu anjo*”.

Sobre suas características como mãe, Aline imagina-se muito protetora. Por considerar-se possessiva e “mandona”, quer ter o cuidado de permitir que a criança tome suas próprias decisões, sem deixar de orientar e ensinar sobre o certo e o errado. Por considerar serem “*pais de mais idade*”, pensa ser importante “*criar um filho pro mundo*” e fazer com que “*ela se torne adulta cedo*”. Não é favorável à imposição de regras ao bebê, entendendo ser melhor respeitar seu ritmo.

Em seu discurso, Aline relata representações sobre sua mãe com características opostas. Entende que a história difícil de sua mãe, que viveu parte da infância em um orfanato após o falecimento da própria mãe (avó de Aline), fez dela uma pessoa carente e frágil. Ao mesmo tempo, valoriza que a mãe tenha conseguido formar a própria família e proporcionado estudo para seus filhos. Relata a maternidade como aspecto central na vida de sua mãe, que neste percurso precisou lidar com a dor pela perda do primeiro filho. Como sua mãe, espera ser generosa e priorizar a filha. Diferente de sua mãe, quer “*ser a forte pra minha filha, não quero que ela seja a forte pra mim*”.

Caso 2 – Fernanda

Fernanda, 45 anos, é casada, tem ensino superior completo e pós graduação, e trabalha como servidora pública. É a mais nova de uma prole de seis, nascendo oito anos após uma irmã com sequelas de meningite. Foi entrevistada em dois momentos, na 12ª e na 24ª semana de gestação, demonstrando muita necessidade de falar. Em especial na primeira entrevista, mostrou-se muito emocionada. Poucas vezes utiliza palavras para descrever suas características, expressando-se por meio de narrativas de situações que as trazem de forma implícita. Tentou engravidar pela primeira vez aos 34 anos de idade, quando um exame diagnóstico constatou a obstrução de uma de suas trompas. Desistiu das tentativas para engravidar, retomando somente oito anos mais tarde, em clínicas de reprodução assistida. Optou pela ovodoação após insucesso de FIV com os próprios óvulos, associado às características de sua idade. Engravidou após a segunda tentativa de FIV com óvulo de doadora.

a) Representações sobre si mesma

Fernanda lembra de ter sido uma criança muito feliz. Adorava brincar, era sapeca, “*terrível*”, mas por vezes era introvertida. Ao começar a largar as bonecas, gostava de “*namorar*” os meninos, acompanhada das amigas.

Descreve-se como uma pessoa muito ativa e trabalhadora em sua juventude, morando sozinha, batalhando e conquistando tudo com seu próprio esforço. Atualmente considera-se uma pessoa muito exigente, preocupada e dedicada ao trabalho. Refere ser uma pessoa emotiva, agitada, tendo facilidade para se estressar e entrar em depressão.

As tentativas para engravidar se deram em dois tempos. Na etapa inicial, aos 34 anos, os exames diagnósticos a fizeram se sentir com o corpo exposto e manipulado, referindo ter sido uma experiência traumática. Oito anos mais tarde, já em clínicas de reprodução assistida, descreve ter se sentido como “*um animalzinho de teste*”.

Os resultados de exames e procedimentos sem êxito na busca por engravidar, a deixam com a percepção de um corpo defeituoso e danificado. Menciona a descoberta de uma trompa obstruída e que a *“entrada do meu útero era meio torta (...) Não era uma entrada normal”*.

Esta percepção sobre seu corpo permanece ao longo dos procedimentos médicos. Fala de si como uma pessoa de pouca sorte, e que seu corpo anula os esforços médicos na busca de gerar um bebê: *“os medicamentos que eu estava tomando, as injeções pra estimular a ovulação, não tava dando certo.”* Na preparação para a recepção do embrião gerado por ovodoação, a mesma percepção permanece: *“Meu endométrio caiu, desmanchou, enfim, perdeu a espessura necessária pra fazer a transferência.”*

Tem consciência de sua idade e das implicações da passagem do tempo na questão da fertilidade. Afirma que a idade, além de esgotar a quantidade de seus óvulos saudáveis, deixa em seu corpo apenas os óvulos adoecidos. Mesmo compreendendo o efeito da idade em sua reserva ovariana, percebe-se como uma mulher capaz de gestar: *“Pensei: “então, se os meus (óvulos) não têm qualidade, eu posso utilizar de outra pessoa, né”*.

Fernanda se percebe como possuidora de uma genética forte e dominante: *“eu sei que a minha raça, os meus genes são muito mais fortes. Eles são mais dominantes do que os genes, por exemplo, do Y. [marido], que é uma raça mais assim...”*

b) Representações sobre a gestação

O percurso até chegar à gestação foi um processo muito penoso para Fernanda, que desconhecia a técnica da ovodoação. Quando o médico lhe apresentou esta opção, acolheu de forma positiva, apesar de pensar e dizer a si mesma que *“talvez não se pareça contigo”*. A crença de que um bebê é um ser espiritual predeterminado, associado ao fato da clínica ter encontrado uma doadora com características semelhantes às suas, foi

entendido como um sinal e fonte de disposição para nova tentativa em busca de seu desejo de gestar: *"nossa, eu acho que é um sinal"*.

Fernanda considerava a possibilidade de uma adoção, no entanto, mantinha uma grande vontade de gestar. O desejo de serem pais, aliado ao sofrimento de muitos anos sem conseguir engravidar, foram fatores decisivos para a escolha de fertilização por meio de ovodoação. A notícia da confirmação da gravidez a envolveu numa intensa emoção: *"é uma felicidade carregada com muito sentimento que chega até doer"*.

Para Fernanda, gestar proporciona um sentimento de responsabilidade e participação no desenvolvimento do bebê, mesmo que não o tenha gerado: *"independente do físico que ele tenha, sou eu que está gestando, então ele está recebendo o meu al..., sou eu que estou alimentando, que está fazendo com que ele cresça."*

Entende que a gestação por meio de óvulo doado é uma gravidez como outra qualquer: *"uma gestação como qualquer outra. Não tem diferença. É a mesma coisa, sendo teu ou de outro óvulo, é uma gestação."* No entanto, apesar de revelar para outras pessoas somente sobre a FIV e omitir a questão da ovodoação, buscou apoio em suas convicções para lidar com as preocupações de sua mãe: *"porque as coisas que ela fala agora é assim - "pensa que a tua gestação não é normal, que a tua gestação não é normal"*.

A gestação ocasionou as sensações características do primeiro trimestre, referindo ter sentido muita náusea. Contornou o incômodo buscando um alimento de sua infância. Também neste período necessitou repouso com afastamento do trabalho, em função de um coágulo que ocasionou sangramento. Este sangramento despertou temor intenso de perder o bebê.

Mesmo com a evolução positiva desta situação e retorno às atividades normais de trabalho, muitos temores seguiram presentes em sua gestação, interferindo em certos

hábitos. Deixou de pintar suas unhas, usar certos cremes e não mantém mais relações sexuais, temendo que isso possa prejudicar o bebê.

O sexto mês da gestação, ocasião da segunda entrevista, é percebido como um período de muito perigo, manifestando o temor de ter um parto prematuro. Lembra da experiência vivida por uma de suas irmãs e teme passar pela mesma situação: *“pelo amor de Deus, já pensou se nasce com 6 meses, o que que vai ser desse prematuro?”*

Além dos temores de fazer mal ao bebê e de ter um parto prematuro, segue o temor de perder o bebê por algo que tenha provocado: *“Tenho medo de cair.(...) agora com 6 meses, que nasce né, ou que eu perca, sei lá. Perder. Perder o filho talvez por um descuido meu, e pra mim é cair.”*

Os comentários de uma ecografista, ao atribuir a placenta baixa à sua idade e reforçando a ideia de risco, a deixam muito incomodada. Entende que gestar na sua idade possa não favorecer alguns aspectos, como, por exemplo, ter um parto normal.

Mesmo entre tantas preocupações e com o sentimento de estar *“se arrastando”* aos seis meses de gestação, Fernanda expressa satisfação e ri muito ao contar sobre a percepção dos movimentos do bebê em sua barriga. Refere sua capacidade de diferenciar entre algo familiar de seu corpo e algo diferente dentro de seu corpo: *“foi muito engraçado: “sabe como é que é? É como se fosse um pum lá dentro” – ai que engraçado gente!! Daí eu comecei a prestar bastante a atenção pra tentar diferenciar o que que é um pum mesmo e o que que é um pum dentro. Ai, que divertido!”*

Mostra-se fascinada com a experiência de ter um ser vivo dentro de si: *“Tem gente, um ser humano que se mexe, que está dentro! Que coisa incrível, como que é que é a natureza, né, ter um ser humano!”*.

c) Representações sobre ser mãe

Para Fernanda, a chegada de um filho contempla o desejo de ter seu próprio núcleo familiar. Entende que a maternidade comporta um propósito educativo, enfatizando o ensino de valores éticos e morais, responsáveis pela forma como o filho irá conduzir sua vida mais tarde. Percebe-se a importância dada à sua cultura de origem e à convivência familiar, que pretende transmitir ao filho.

A maternidade é percebida como um mundo desconhecido, que vai exigir outras habilidades, muito diferentes das quais já está acostumada. A inexperiência desperta muitos temores, desafiando-a a confiar em suas capacidades para atividades simples como uma troca de fraldas e banho.

Ao observar as reações de uma amiga no mesmo período de gestação que o seu, menciona características que não deseja como mãe, referindo o temor de ter depressão ou de rejeitar o bebê: *“Ai que horror né, uma coisa que você desejou tanto e para chegar na hora e rejeitar”*; *“eu não quero me distanciar por qualquer motivo, seja por depressão, ou seja, porque não gostei da cara dele, não quero isso para mim, não quero esse distanciamento”*.

Espera ser uma mãe presente, cuidadosa, carinhosa e observadora. Imagina-se como uma mãe que respeite o ritmo do bebê, com a expectativa de que consiga perceber e compreender suas necessidades. Não pensa que a função materna aconteça por um instinto maternal.

Percebe sua dificuldade de imaginar-se cuidando de um recém-nascido, ao expressar *“Meu Deus! Eu preciso comprar um livro, pra ver o que que eu faço com um recém-nascido!”* Em suas verbalizações traz situações comuns do cuidado com crianças maiores.

Fernanda verbaliza que ser mãe exige uma capacidade de desprendimento, o que acontece tanto no espaço do ambiente físico quanto em suas horas de sono. Surpreende-se ao ver que está abrindo mão de suas coisas pelo bebê.

Ao pensar sobre a relação inicial com o bebê, descreve-se como única para atender o filho, uma relação de exclusividade, contando com o apoio do ambiente para atender as situações do entorno. Espera encontrar equilíbrio entre trabalho e maternidade, pois considera que a extrema dedicação ao trabalho possa implicar em falta de atenção ao filho, repercutindo em problemas futuros.

Ao exemplo de sua mãe, a figura materna é percebida como eixo central da família, havendo espaço somente para o trabalho e o cuidado com os filhos. Admira o jeito forte e protetor de sua mãe, desejando se parecer com ela nessas características.

Sua mãe iniciou a maternidade muito jovem, tendo os filhos com idades muito próximas. Fernanda nasceu oito anos após uma irmã que sofreu sequelas de meningite. Ainda bebê, ocorreu a separação de seus pais, marcando sua infância com uma mãe sofrida e ausente. Neste aspecto espera ser diferente de sua mãe, sendo mais presente com seu filho e contando com a presença do marido.

Apesar de falar para a família sobre o uso da reprodução assistida para gestar, não revela sobre a ovoduação: *“a gente vai manter assim por mais um tempo, conforme a gente vai vendo, vai, vão acontecendo as coisas, a gente vai avaliando e repensando.”* Considera ser este um assunto envolto em preconceitos, em que a falta de informação faz com que as mulheres tenham medo de falar.

A ideia de não revelação encontra apoio em um comentário jocoso de sua médica, ao dizer que *“se você não contar que é ovoduação, ninguém vai perceber, ninguém vai saber”*. Fernanda segue dizendo: *“pois é, eu vou contrariar todas as teorias da genética. Tu vai ver, ele vai se parecer comigo”*.

Caso 3 – Marta

Marta, 44 anos, é casada, empresária e tem ensino superior incompleto. É a mais nova de uma prole de dois. Seu marido não teve filhos do casamento anterior. Foi entrevistada com 22 semanas de gestação, sendo uma pessoa muito objetiva em sua forma de responder à entrevista. Expressa-se usando muitos superlativos e diminutivos em suas falas. Tentou engravidar pela primeira vez aos 39 anos de idade. Engravidou naturalmente, mas houve um aborto espontâneo na oitava semana de gestação. Aos 42 anos passou por uma FIV com os próprios óvulos, que resultou em uma gestação e outro aborto espontâneo. Optou por fertilizar com óvulo de doadora em função da idade. Não relata outros problemas de infertilidade.

a) Representações sobre si mesma

Marta refere ter vivido uma “*infância maravilhosa*”. Brincava muito, achando até que foi “*criança até um pouquinho mais*”, pois já era mocinha e ainda brincava de boneca. Gostava de aprontar, “*era tirana*”, e mesmo que sua mãe a colocasse de castigo, “*saía e aprontava tudo de novo*”. Era muito arteira.

Como adulta, considera sempre ter sido uma pessoa muito vaidosa e agitada, fazendo várias coisas ao mesmo tempo. Independente, morava sozinha e mantinha a ideia da eterna juventude: “*parecia que eu não ia envelhecer nunca, que eu ia ser eternamente jovem.*” Identifica este estilo de vida como um jeito egoísta, no qual casamento e filhos não faziam parte dos seus pensamentos.

As dificuldades encontradas ao longo de suas tentativas para engravidar, mudaram sua concepção sobre a eterna juventude, dando lugar à percepção da passagem do tempo e conseqüente impacto em sua fertilidade. A primeira vivência de um aborto conduziu à

busca do auxílio da Reprodução Assistida, mostrando seu lado prático e objetivo na corrida contra o “*relógio biológico*”.

Assimilou a ocorrência dos abortos como algo normal para sua idade. Mantém a percepção de seu corpo com as partes femininas íntegras, associando a dificuldade para engravidar somente à idade: “*Não tinha nada de trompa obstruída, essas coisas assim, endometriose, que às vezes as mulheres tem né, e não tinha nenhum obstáculo desse tipo, mas em compensação eu tinha o fator idade.*”

b) Representações sobre a gestação

Marta nunca havia tentado engravidar. A manifestação do desejo do marido em ter um filho fez com que abrisse espaço para esta ideia, envolvendo uma construção conjunta.

O período de tratamentos para engravidar e a ocorrência de abortos, foi relatado como sendo uma experiência de grande desgaste emocional. Mesmo tendo entrado com processo de adoção por ter desistido de tentar engravidar, resolveu fazer mais uma tentativa. Decidir pela ovodoação “*não foi fácil*”, mas esta opção lhe pareceu menos invasiva do que a FIV com os próprios óvulos, além de lhe parecer ter mais chance de sucesso.

O depoimento de outra mulher, grávida de gêmeos por ovodoação, foi crucial para sua decisão: “*quando a gente está grávida de uma ovodoação, quando a gente recebe a notícia da gravidez, nunca mais tu vai lembrar. Esse filho já é teu, não interessa quem doou. Esse filho já é teu, tu vai sentir como teu, não como um ovodoado*”. Encontrou apoio e aval para sua decisão no pensamento de que o encaminhamento positivo do processo, pela rapidez com que foi encontrada uma doadora compatível, tenha sido providenciado por Deus: “*Uma semana depois ela me ligou que já estava lá a doadora.*”

Foi muito rápido, e eu disse: “Olha tem coisas que a gente pensa assim, que é só Deus né!”.

A confirmação da gestação foi recebida com muita alegria por Marta e pela família, embora sentimentos de insegurança se fizessem presentes: *“Foi um misto de alegria com insegurança, no primeiro momento. “Tô grávida. Será que eu vou continuar grávida?” Porque eu já tinha passado por duas situações, por duas gravidezes interrompidas, né.”* O temor de perder o bebê foi intenso, sentindo-se tranquila somente depois de completar o terceiro mês de gestação, momento em que conseguiu contar às pessoas sobre sua gravidez.

Refere bem estar e grande satisfação com a gestação, dizendo-se surpresa com as manifestações de seu corpo: *“Eu estou me sentindo ótima, eu estou nas nuvens!”* Os primeiros sinais da gestação percebidos no corpo foram os enjoos, o crescimento dos seios e a perda da cintura. Manifesta a ideia de que a gravidez estraga o corpo, mas que não se importa com isso: *“eu já usei mais de quarenta anos esse corpinho, se eu der uma estragadinha agora, não tem problema”.*

Marta relata a percepção de outras mudanças. Diminuiu o ritmo de trabalho, passou a caminhar mais devagar e deixou de usar salto alto por medo de cair. Passou a ter mais cuidados em sua alimentação e percebe que está mais *“chorona”* e sensível. Sente-se insegura quanto à atividade sexual. Os enjoos deram lugar aos desejos, passando a ter vontades alimentares bem específicas. Observou que não teve reações ao ingerir alimentos aos quais costumava ter intolerância antes de engravidar (gluten, lactose).

O aparecimento de sua barriga despertou o desejo de mostrar seu corpo grávido, usando vestidos bem justos: *“Ai, eu quero que apareça a barriga crescendo! Eu não quero esconder.” (...)* *“Eu quero me exibir”.*

Percebe o quanto uma gravidez mobiliza outras mulheres. Observou isso em seu ambiente de trabalho, por onde circulam muitas mulheres, escutando *“coisas legais e coisas absurdas”*. Diz ficar *“chocada”* com certos comentários, fazendo um esforço para *“abstrair”* e não se deixar afetar.

Refere muita satisfação ao sentir os movimentos do bebê: *“Ela mexeu! Parece que a gente está sentindo umas bolinhas assim na barriga, parece que é meio uns gases, mas eu tenho certeza que é ela!”* Os movimentos do bebê proporcionam um encantamento, pois atestam sua capacidade de gestar: *“É, porque é um serzinho né, que está na barriga da gente que está crescendo (...) Então, isso tudo mexe com a gente quando tu para pra pensar, quando tu estás gerando uma vida.”*

c) Representações sobre o ser mãe

Embora dissesse nunca ter pensado em ter filhos, não era contrária à ideia de maternidade: *“Não pensava em ter filhos, não, não pensava. Não que eu não quisesse. Mas não pensava porque eu não tinha um companheiro que dissesse “ai, vamos construir uma família?”*

A maternidade é associada à construção de uma família junto a um companheiro, para *“complementar a felicidade”*, diferenciando de um sentido centrado em suas necessidades individuais: *“Tu não pode estar querendo desejar aquele bebezinho pra, tipo, arrumar a tua vida.”*

No mesmo período em que passava por suas tentativas de engravidar, nasceu o filho de seu irmão. Tanto Marta quanto o irmão, iniciaram o processo de parentalidade após os 40 anos de idade. Marta refere a grande expectativa de sua mãe para que tivesse um filho: *“O sonho dela é que eu tivesse um filho. Meu irmão teve, mas ela dizia: “ai não é a mesma coisa que o filho da filha”*.

Marta enfatiza a diferença entre ser mãe e ter filhos: *“às vezes as pessoas, elas tem uma vontade tão grande de terem um filho que elas esquecem que na realidade a gente tem que primeiro querer ser mãe, né”*.

O desgaste emocional sentido durante os tratamentos e duas gestações interrompidas, em dado momento conduziram Marta a abrir mão de gestar e procurar a maternidade pelo caminho da adoção: *“eu disse para o meu marido - “eu por mim, eu não tento mais engravidar”, porque eu tava a fim de ser mãe. Não exatamente gerar né, eu queria ser mãe.”*

Em meio a esse processo, a clínica de reprodução assistida apresentou a possibilidade da ovodoação. Inicialmente ficou entusiasmada, mas em seguida passou a inquietar-se com esta forma nova e diferente de ser mãe: *“Pô, mas só vai ter a genética do meu marido? Não vai ter nada meu? (...) Mas eu pensava: “mas como que é que posso estar pensando, tendo esse tipo de pensamento, se eu vou querer ser uma mãe adotiva?” E uma mãe adotiva vai aceitar o gene de qualquer pessoa, tanto de mãe quanto de pai.”*

Para lidar com a maternidade por ovodoação, Marta faz uma aproximação com uma forma já conhecida de ser mãe. Considera a ovodoação como algo similar ou idêntico a uma adoção: *“a ovodoação é uma adoção, ela é uma adoção, ela é muito similar a uma adoção. Então, a gente tem que estar bem de coração aberto para poder aceitar.”*

Se a maternidade por meio da adoção segue um processo longo e demorado, a ovodoação acena uma perspectiva mais rápida. Por já ter encaminhado uma adoção, Marta ampliou seu plano de maternidade para acolher dois filhos: *“eu quero ter dois filhos, um de barriguinta e outro do coração.”*

Ser mãe com óvulo doado lhe proporciona mais tranquilidade em sua preocupação com a idade. O óvulo de uma mulher mais jovem evitaria os riscos de problemas genéticos

possíveis em óvulos de mulheres mais velhas: *“porque pode ter muitas doenças de uma mãe de 44 anos”*.

Marta encontrou apoio para lidar com suas inquietações relativas à maternidade por ovodação junto a um grupo, ouvindo as experiências de mulheres que vivenciaram a mesma situação. A tentativa de abrir o assunto com outras pessoas despertou sentimentos de não acolhimento e rejeição por esta nova e desconhecida forma de ter filhos. Refere que os sentimentos de julgamento e de vergonha fazem com que as mulheres não queiram falar sobre a ovodação, tornando esse assunto um segredo: *“muita gente não fala nem que fez fertilização. Tem gente que tem vergonha, que esconde. Então são poucas as pessoas que falam “Ah eu fiz fertilização” (...) Até já está mais comum do que antes das pessoas comentarem né, mas de ovodação ninguém comenta.”*

Marta faz poucas referências à doadora. Manifesta o sentimento de gratidão e a expectativa de que ela tenha conseguido engravidar, pois também estava em tratamento de reprodução assistida: *“Todo domingo, eu e ele, a gente senta na mesa, nós rezamos, né, pelos familiares, pelo nosso bebê, nós agradecemos, né, até a moça que nos doou os óvulos que a gente não sabe quem é, mas a gente sempre agradece e pede por ela também pra ela ter conseguido engravidar. Então a gente sempre reza, todo final de semana, a gente já tem por esse hábito fazer a reza pra proteger o lar.”*

A presença de uma doadora nesta maternidade procura encontrar um espaço no psiquismo, suscitando fantasias. Ao ser questionada por seu médico, em tom de brincadeira, sobre como se sentia sobre o fato do marido a ter traído com uma mulher mais jovem, trata do assunto com humor: *“E eu disse “olha, eu me sinto muito feliz, porque ele continua comigo” (risos).”*

Apesar de inexperiente, Marta sente-se capaz e preparada para lidar com os cuidados da filha. Aceita apoio para cuidar das questões da casa, mas pretende encarregar-

se sozinha do atendimento do bebê. Caso perceba a necessidade de auxílio para cuidar do bebê, espera ser ajudada por sua mãe e seu marido. Ao falar sobre suas características como mãe, Marta pensa que será muito “*leoa*” e protetora. Afirma que irá respeitar o ritmo do bebê nos primeiros meses.

A perspectiva de ser mãe promoveu uma relação mais próxima entre Marta e sua própria mãe. Gostaria de se assemelhar à mãe em características como ser positiva, bem-humorada e bem disposta. Considera sua mãe uma pessoa autoritária, ansiosa e controladora, aspectos que tentaria ser diferente dela.

Síntese dos casos cruzados

O cruzamento dos casos apresentados permite identificar vários aspectos comuns e outros divergentes. Observa-se que as três participantes são mulheres muito dedicadas à vida profissional, tendo autonomia financeira, atribuindo muito valor à família e ao casamento.

Referente ao eixo temático *Representações sobre si mesma*, observou-se que as tentativas frustradas de engravidar, com a conseqüente notícia da infertilidade, impactaram de forma diferente entre as participantes, requerendo mudanças em suas representações. Marta e Aline mantinham até então a fantasia da “*eterna juventude*”, como se a passagem do tempo não afetasse a fertilidade. Ambas percebem a integridade de seus corpos, identificando “*somente o fator idade*” como empecilho para gestar. Apesar do sofrimento durante as várias tentativas fracassadas, parecem não ter uma percepção consciente de si mesmas como inférteis. Fernanda se diferencia pela percepção muito negativa do próprio corpo, com partes defeituosas, que não funcionam e não respondem aos tratamentos. Vive sua infertilidade e os tratamentos de forma traumática,

com dor intensa, confirmando o que diz Ribeiro (2004) acerca do potencial traumático dessa vivência.

Fernanda parece possuir uma percepção mais adequada sobre si mesma no que se refere à passagem do tempo e seu impacto na fertilidade. Apesar da percepção negativa das partes reprodutivas do seu corpo, considera-se possuidora de uma genética forte e dominante, e capaz de gestar, aspecto considerado relevante por Faria (2005) e Plut e Oliveira (2013).

A negação do envelhecimento parece manter relação com a gestação tardia nos casos de Aline e Marta. Diferente de Fernanda, que se encontra num casamento há quatorze anos, tanto Aline quanto Marta casaram-se em torno dos 40 anos de idade, caracterizando relacionamentos mais recentes. Sendo a maternidade vinculada ao contexto de um casamento para estas mulheres, tal situação conduziu a primeira tentativa de engravidar a um período de declínio acentuado da fertilidade. Embora Fernanda tenha iniciado suas tentativas de engravidar mais cedo, dentro de um casamento mais longo, interrompeu o processo, retomando também num período de baixa fertilidade. Entre as diversas indicações médicas para fertilizar por ovodoação, os casos desta pesquisa apresentam o fator da idade, caracterizado pela baixa quantidade e qualidade dos óvulos e conseqüente fracasso de FIV com óvulos próprios. Esta realidade é referida por diversos autores (Gomes et al., 2008; Maluf, 2008; Oliveira & Terzis, 2011; Ribeiro, 2004).

No caso de Fernanda, a busca de um filho mantém coerência com a representação de si presente em todas as outras situações em sua vida: sendo batalhadora, tudo é conquistado com muito esforço, reforçando uma representação positiva. Já para Marta, as representações de estilo independente e egoísta com as quais se identifica, não são compatíveis com o seu projeto de família, exigindo mudanças.

Ter um filho por meio da ovodoação promove conflito com as representações conscientes de Aline acerca de si mesma. Ao se considerar “certinha”, manter o segredo sobre a ovodoação expõe uma representação negativa de si, identificando tal atitude como mentira. Ao ver-se como alguém que prefere “*fazer mesmo*”, precisar de recursos de um médico e de uma doadora para ter um filho, também exige mudanças internas.

Com relação ao eixo temático *Representações sobre a gestação*, foi comum nos três casos a referência ao grande desgaste emocional ocorrido em função dos sucessivos fracassos durante as tentativas para engravidar. Antes de pensar sobre a ovodoação, a adoção foi uma alternativa considerada por todas as participantes, realizando comparações entre essas duas possibilidades. Fernanda é quem dá mais ênfase à vontade de gestar, deixando a ideia de adoção a ser pensada futuramente. Aline e Marta elencam uma série de vantagens para a ovodoação (mais rápido que uma adoção, mais garantido e menos invasivo do que uma FIV com próprios óvulos). Marta, por já ter entrado com o processo de adoção, mantém o propósito. Aline descartou esta opção após engravidar.

Diante da impossibilidade de gestar com os próprios óvulos, a decisão pela ovodoação envolveu intenso questionamento em torno da renúncia da transmissão de sua genética ao bebê. Cada qual organiza um arranjo psíquico para lidar com este assunto. Aline e Fernanda minimizam a influência da questão genética e todas destituem sua importância diante a possibilidade de gestar (Canneaux et al., 2013). Foi comum aos três casos apoiar a decisão pela ovodoação em vivências reveladoras, interpretadas como um sinal de Deus, concedendo aval e permissão para enfrentar os desafios impostos por este procedimento.

Somente o marido de Aline já possui a experiência de ser pai. Mesmo os maridos de Marta e Fernanda não tendo filhos, nenhuma das três mencionou possibilitar a transmissão genética do marido como argumento para a escolha deste procedimento. O

estudo de Mehl (2008), citado por Canneaux et al. (2013) identifica esta questão como primeiro argumento apresentado pelas mulheres como motivo para optar pela ovodoação, situação não evidenciada nas participantes desta pesquisa. Este dado parece apontar para a importância narcísica da gestação nestes casos.

Aline e Fernanda consideram suas gestações como normais, cada qual com suas particularidades. Aline manifesta muita preocupação com a idade e seus efeitos sobre a gestação, temendo problemas como pré-eclâmpsia ou morte no parto. Seus temores estão relacionados com a idade, não referindo preocupação pelo procedimento de ovodoação. Fernanda vive a gestação com muitos temores, em especial o temor de parto prematuro e perder o bebê por algo que tenha provocado. Também não relaciona estes temores com o procedimento de ovodoação. A gestação por ovodoação libera Marta de seus temores, pois preocupava-se muito com a transmissão de uma doença genética caso gestasse com seus óvulos nesta idade.

Como qualquer gestação, é preciso que o organismo materno faça a leitura do embrião como uma gravidez e não como um corpo estrangeiro a ser rejeitado, para que a gestação prossiga (Aragão, 2004). Referindo-se ao grande número de insucessos na fertilização assistida, Caron (2000) afirma que quando uma gestação evolui, há um “acerto” entre o feto, a placenta e a gestante, que se torna capaz de tolerar este “diferente” dentro de si. Neste sentido, compreende-se que, uma vez grávidas, estas gestações por ovodoação seguem como outra qualquer. No entanto, abrigar uma dupla informação genética estrangeira, sendo uma delas desconhecida, caracteriza uma situação diferenciada a ser assimilada não somente no corpo, mas especialmente no psiquismo.

Aline e Marta referem sentimento de plenitude, englobando o bebê em seu narcisismo (Aragão, 2004), diferente de Fernanda, em que a ocorrência de sangramentos e necessidade de repouso no início da gestação exacerbaram seus temores. Marta faz

questão de exibir sua barriga, símbolo exterior de sua fecundidade. A vivência da gestação, mesmo entre sentimentos de plenitude e temores, representa a reintegração no mundo das mulheres férteis, contribuindo não somente para que se sintam validadas como mães, mas também proporcionando a vivência desta experiência essencialmente feminina. Segundo Canneaux et al. (2013), o sentimento de completude e plenitude atenua a ferida narcísica ligada à infertilidade.

As sensações dos movimentos do bebê, identificando a presença de uma outra vida dentro de si, causam um encantamento em todas as participantes. Nutrir e carregar o bebê na barriga proporciona um sentimento de participação no desenvolvimento deste bebê, significando que este lhe pertence. O senso de pertencimento tem sua importância incrementada pelo fato de existir outra mulher nesta maternidade, através do óvulo doado. Luna (2002) argumenta que, no contexto brasileiro, a gestação ainda tem bastante peso para atestar a maternidade, corroborando os dados observados.

No eixo temático *Representações sobre ser mãe*, as participantes referiram aspectos diferentes sobre a maternidade. Para Aline, ser mãe neste momento representa a realização de um desejo presente em sua vida desde a infância. Fernanda entende que através da maternidade é possível fundar seu próprio núcleo familiar, enfatizando a transmissão de sua cultura de origem. Marta refere o desejo de maternidade como algo recente em sua vida, associado ao complemento da felicidade junto a um companheiro.

Aline e Marta, que fizeram suas primeiras tentativas para engravidar por volta dos 40 anos de idade e não percebendo a infertilidade como tal, referem sentir-se muito seguras e preparadas para a maternidade. Já Fernanda, que salientou o sentimento traumático relativo à infertilidade e aos tratamentos, mostra-se muito insegura e temerosa quanto a suas capacidades como mãe, tendo muita dificuldade de imaginar-se cuidando de um recém-nascido. Considera a maternidade como um mundo desconhecido, muito

diferente de Aline, que afirma não ser novidade. Dornelles e Lopes (2011) salientam que o estigma da infertilidade e a dificuldade em realizar o projeto parental podem afetar a transição de infértil para fértil. No caso de Fernanda, a presença do bebê parece não alterar sua representação como infértil.

Sobre as expectativas de si mesmas como mães, Aline e Marta salientam que serão muito protetoras. Fernanda imagina que será muito presente, carinhosa, cuidadosa e observadora. Todas afirmam que pretendem respeitar o ritmo do bebê, sem impor regras, encaixando-se na descrição de *Mãe Facilitadora* descrita por Raphael-Leff (1997). Segundo esta autora, a Facilitadora aborda a maternidade como uma experiência muito esperada e profundamente gratificante, propensa a adaptar-se ao seu bebê de forma irrestrita. Nesta abordagem, há o temor em torno das manifestações de ódio, elemento não tolerado das relações normais, que abrangem aspectos bons e maus.

As participantes também referiram que pretendem encarregar-se elas próprias dos cuidados da criança, aceitando auxílio para atender situações do entorno. Stern (1997) refere-se a este tema como *Matriz de Apoio*, rede protetora para que a mãe possa dedicar-se aos cuidados com o bebê. Todas inserem o marido nesta função. Marta e Aline incluem suas mães, enquanto Fernanda pretende contar com o auxílio de uma babá.

Marta refere não possuir temores em relação à maternidade. Aline manifesta temores em torno do ser mãe de mais idade, temendo faltar precocemente para sua filha em função disso. Fernanda expressa o temor de desenvolver uma depressão ou rejeição pelo bebê.

A maternidade por ovodoação inclui elementos peculiares: o óvulo alheio e a doadora. Aline é a única participante que aborda espontaneamente este tema. A representação acerca da doadora aparece de forma dissociada sem seus relatos. Em alguns momentos Aline enfatiza ter necessitado de uma célula para ter um bebê, como se

esta não tivesse conexão com um corpo. Este fato foi observado por Montagnini et al. (2012), entendendo que ao despersonalizar a doadora, esta se mantém afastada em sua representação como mãe genética. Em outros momentos Aline discursa extensivamente sobre a pessoa da doadora. É possível identificar sua tentativa de situar e diferenciar o seu lugar e o lugar da doadora nesta maternidade, afirmando que esta “*não é nada*” e que a maternidade é exclusivamente sua. A gestação não é suficiente para que se sinta mãe deste bebê, pois refere o temor de ser vista como uma barriga de aluguel (Faria, 2005).

A doadora também é representada de forma consciente pela figura de um “anjo”, enaltecendo suas características de grande bondade e generosidade. Apesar de sua capacidade de gestar, Aline admite que o núcleo fértil da vida provém de outra mulher, a quem se liga por meio de uma dívida de gratidão, tema muito bem desenvolvido por Perelson (2015). A autora elabora importantes reflexões a partir da noção de dádiva de Marcel Mauss, definida como um ato que implica uma tripla necessidade: dar, receber e retribuir, criando dívidas e instalando uma dupla relação entre doador e donatário.

Engravidar com a parte fértil de outra mulher também é uma forma de comprovar a própria esterilidade. A ferida narcísica e fantasias inquietantes provenientes desta realidade talvez possam justificar os poucos comentários acerca da doadora por parte de Marta e Fernanda. Fernanda refere-se à doadora como alguém muito semelhante a si, mantendo-a fusionada com as características de sua genética percebida como dominante. Marta recebe de forma inquietante o comentário de seu obstetra, que situa a doadora como uma rival, aludindo à fantasia de traição desta com seu marido, fantasia frequente nos casos de ovodoação, citada por Faria (2005).

Assim como Aline, Marta refere gratidão à doadora. Ambas mencionam o desejo de que suas respectivas doadoras também tenham conseguido engravidar. A ideia da possibilidade de que tenham conseguido seus bebês e que as doadoras tenham ficado sem

bebês após a fertilização, suscita uma fantasia de roubo. O compartilhamento de óvulos decorrente do processo de ovodoação reduz o estoque de óvulos da doadora. Caso esta não tenha conseguido engravidar, a fantasia de ter causado um esvaziamento da capacidade fértil da doadora pode se tornar perturbadora (Canneaux et al., 2013).

A presença do óvulo doado, significando a existência de uma mulher doadora, mantém relação com a questão do segredo em torno do assunto (Cochini et al., 2011; Ehrensaft, 2012; Figueiredo, 2012; Hershberger, 2004; Karpel et al., 2005; Montagnini, Malerbi, & Cedenho, 2012; Oliveira & Terzis, 2011; Plut & Oliveira, 2013). Contar para outras pessoas sobre a ovodoação torna-se algo delicado, pois o impacto provoca comentários e questionamentos por parte destas, instigando reflexões geradoras de muita ansiedade. Transitar com um segredo que é compartilhado com algumas pessoas e não com outras é penoso para Aline, que fala sobre o sentimento de estar sustentando uma mentira ao não revelar aos seus familiares sobre a ovodoação. Imagina que dessa forma estará protegendo a filha de preconceitos no futuro. Manter o segredo mantém o propósito de não decepcionar sua mãe, como também proteger-se do temor de que a família do marido se aproprie da filha pela condição genética. A fantasia da possível reivindicação do filho por parte dos pais genéticos (doadora e marido) é uma representação presente na manutenção do segredo (Ehrensaft, 2012).

Fernanda e Marta também consideram que as pessoas reagem à ovodoação com preconceitos. Marta é a única que revelou sobre a ovodoação para sua mãe. Mesmo sendo mais aberta a falar sobre isso, relata sentimentos de não acolhimento e rejeição, sendo seletiva com as pessoas a quem sente ser possível tocar no assunto (Montagnini, Malerbi, & Cedenho, 2012).

A presença física de uma barriga permite manter o segredo da ovodoação (Luna, 2002). Embora os argumentos apresentados pelas participantes mencionarem tratar-se de

uma defesa contra preconceitos de outras pessoas, a literatura compreende o segredo como uma tentativa de proteção contra a ferida narcísica ocasionada pela presença de uma doadora e a não transmissão de sua genética (Araújo et al., 2013; Canneaux et al., 2013; Oliveira & Terzis, 2011; Plut & Oliveira, 2013).

Na construção de uma representação sobre a maternidade por ovodoação, Aline e Marta fazem uma aproximação com a adoção, referencial de maternidade já conhecido. Aline considera a ovodoação como algo muito diferente da adoção, pois entende que receber uma célula não é o mesmo que receber um bebê. Também tem presente que o fato do bebê se desenvolver em sua barriga propicia a vivência de continuidade após o parto, retirando a descontinuidade vivida pelas crianças adotivas ao se afastarem da mãe biológica, interpretada como rejeição (Montagnini et al., 2012; Silva, 2016).

Já Marta manifesta uma impressão confusa, ora considerando a ovodoação como algo igual à adoção, ora como semelhante, provavelmente influenciada pela preparação para o processo de adoção já encaminhado anteriormente. Não elabora reflexões como as de Aline, mas compreende que ser mãe independe da ligação biológica, ponto muito bem desenvolvido por Angelo, Moretto e Lucia (2009).

Ressignificar a própria história pela experiência da maternidade é um aspecto possível em qualquer forma de vivência materno-filial (Zornig, 2010). No entanto, Canneaux et al. (2013) entendem que a interrupção da transmissão genética entre a mãe e seu bebê pela ovodoação favorece a expectativa de quebra da transgeracionalidade, no sentido de não repetir com o bebê a relação que teve com sua própria mãe. Aline e Fernanda temem repetir a história familiar, ao mesmo tempo em que verbalizam de forma muito clara o quanto desejam ter uma vivência diferente com seus bebês da que tiveram com suas próprias mães. A mãe de Aline foi criada em orfanato pelo falecimento de sua própria mãe na infância. Em vários momentos Aline refere sua preocupação com a

maternidade tardia, imaginando estar expondo a filha ao mesmo destino. Atribui a fragilidade de sua mãe a essa história. Por ter ocupado o lugar de apoio e força para a mãe durante sua vida, espera ser diferente como mãe de sua filha, sendo forte para ela.

A história de Fernanda revela a maternidade em momentos distintos da vida de sua mãe. Enquanto os irmãos possuem idades muito próximas (um ou dois anos de diferença), Fernanda nasceu oito anos depois, num período crítico da vida de sua mãe. Os cuidados rotineiros eram prestados por seus irmãos, relatando o distanciamento da mãe. Fernanda enfatiza muito o quanto quer ser presente para seu filho, diferente da experiência com sua mãe. É significativo que também tenha deixado um espaço de oito anos em sua busca por um filho que, na sua situação, foi muito desejado. Curiosamente, a marca dos dois tempos também se repetiu na coleta de dados da pesquisa com esta participante.

Qualquer procedimento de reprodução assistida envolve a participação ativa de uma equipe médica na concepção do bebê, desvinculando a reprodução do ato sexual em grande parte dos casos. Dessa forma, a representação primitiva da cena primária, fantasia universal acerca da origem dos bebês, dá lugar à “cena primária tecnológica”, termo utilizado por Melgar (1995) para referir-se a esse contexto de procriação. Aline menciona o fato de ter necessitado de um médico e uma doadora, incluindo-os no cenário normalmente restrito ao casal. Fernanda descreve com muitos detalhes a participação médica no ato da colocação do embrião em seu útero. Esta realidade concreta contrasta com representações muito primitivas.

Os casos apresentados neste estudo caracterizaram-se por apresentar uma maternidade em idade avançada. A busca da maternidade em período de declínio da fertilidade trouxe a constatação da infertilidade e o recurso da ovodoação pelo

esgotamento de outras técnicas. Os efeitos emocionais decorrentes dessa realidade se fizeram presentes nas representações.

Considerações finais

A investigação das representações sobre a maternidade em gestantes por ovodoação mostrou que ser mãe possui representações diferentes em cada um dos casos, tendo em comum a sensação de ser uma experiência muito compensadora frente aos desgastes provenientes dos tratamentos. Embora o apoio biológico não seja condição necessária e nem suficiente para que se estabeleça o sentimento materno, essas mulheres buscaram a maternidade por meio de uma gestação, mesmo abrindo mão de sua genética.

Neste sentido, a gestação mostrou ter grande importância narcísica diante da vivência da infertilidade, adquirindo uma representação de ser uma mulher fértil. Gestar traz o sentimento de ser responsável pelo desenvolvimento deste bebê, tornando-o seu e validando sua maternidade diante a presença de uma doadora.

Os elementos peculiares de uma maternidade por ovodoação, envolvendo uma gestação com renúncia da transmissão de sua genética, a preservação da genética do marido e a presença de uma doadora, distanciam-se das representações conhecidas sobre a maternidade. Foi comum a busca de comparações com a adoção, referência já conhecida, com a tendência a considerar a ovodoação mais vantajosa.

O segredo sobre a prática da ovodoação foi um dado relevante, e a presença da barriga favorece sua manutenção. Todos os casos referem sentimentos de preconceito, preferindo manter o segredo por enquanto, reservando o assunto somente para poucas pessoas próximas e de sua confiança. A forma como lidam com o segredo parece manter relação com a forma como lidam com a infertilidade, a presença da doadora e possibilidades individuais de elaboração psíquica do processo de ovodoação em si.

Somente uma das participantes aborda a doadora em sua narrativa, trazendo reflexões mais elaboradas. Sendo as representações manifestas tanto na forma consciente quanto inconsciente, o estudo revelou fantasias, distorções, negações, desmentidas e expressões no corpo para assimilar essa vivência. A dificuldade de encontrar mulheres dispostas a participar não só desta pesquisa como em outras similares encontradas na literatura, revela o quanto a tendência a não pensar, não falar e provavelmente não permitir um processo de elaboração, configurem um desafio para a prática clínica nestes casos.

A participação ativa de uma equipe médica por meio de TRA no lugar do ato sexual para gerar o bebê, configura uma realidade diferente daquela representação das fantasias originárias universais ligadas às origens como a cena primária. No entanto, tal fato não significa ausência da sexualidade, uma vez que esta criança foi desejada e investida no âmbito da sexualidade dos pais em seu sentido mais abrangente.

A sobreposição de experiências emocionais vividas por estas mulheres, abrangendo desde as transformações do corpo pela gestação, as mudanças de esquemas representacionais pelo advento da maternidade, as implicações psíquicas da vivência da infertilidade, até o desgaste físico e emocional das TRA e as peculiaridades da ovodação, constituem um evento potencialmente traumático, correndo o risco de ocorrer uma não representação. A não inserção dessas experiências no mental sob a forma de material simbólico mantém a emoção em estado bruto, não elaborado, restando a possibilidade de expressão pelo corpo, na conduta ou no alucinatório.

Ao alterar os processos de reprodução percebidos como naturais, este estudo demonstrou o quanto a vivência de uma TRA por ovodação exigiu da capacidade psíquica de assimilação e representação destas mulheres. Por tratar-se de uma prática cada vez mais comum na área de reprodução humana, salienta-se a importância do cuidado,

sensibilidade e respeito por parte daqueles que a acompanham. Neste intuito, recomenda-se novos estudos que contemplem a abordagem da equipe médica, as representações por parte da figura paterna nestes casos, bem como estudos longitudinais acerca do desenvolvimento emocional da criança nascida por meio da ovodoação.

Em suma, os resultados permitem observar que as implicações da ovodoação se fazem presentes nas representações sobre a maternidade nos casos observados, tanto pelas repercussões da ausência da genética da gestante, quanto pela presença de uma doadora. A generalização dos dados não é propósito deste estudo, pois possivelmente muitas situações significativas não tenham sido contempladas pela expressiva dificuldade em encontrar participantes para esta pesquisa. Se tal realidade nos revela uma dor com prováveis repercussões clínicas relevantes, também nos limita o acesso e compreensão mais ampliada acerca deste tema.

Referências

- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 246-55.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Angelo, M. L., Moretto, M. L. T., & Lucia, M. C. S. (2009). Os filhos da ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. *Revista Mental*, 7(12), 39-51.
- Aragão, R. O. (2004). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, K. A., Barbosa, M. H., Pacheco, M. I. R., Mazon, P. P., & Vives, R. V. V. (2013). Aspectos psicológicos em mulheres que se submetem às tecnologias de reprodução assistida. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 14(2), 451-464.

- Bayle, G. (2003). *L'embryon sur le divan: psychopathologie de la conception humaine*. Paris, Masson.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (orgs). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 205-214). Brasília: L. G. E.
- Borlot, A. M. M. & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 63-70.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Canneaux, M., Chabert, C., Golse, B., Wolf, J., & Maccotta, B. (2013). Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? *La psychiatrie de l'enfant* 1(56), 67-96.
- Caron, N. A. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: N. Caron. *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp.119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cochini, A., Letur-Könirsch, H., Granet, P., Wainer, R., & Cupa, D. (2011). Le vécu de patients et les représentations maternelles au fil des étapes d'un don d'ovocytes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(9), 533-537.
- Cornel, C., Grieco, S.C., Soares, J.B., Ribeiro, C.B.L., & Ceschi, A.P. (2006). Guidelines de reprodução assistida. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*. Retrieved from: <http://www.sbrh.med.br/guidelines>
- Dornelles, L. M. N. & Lopes, R. (2011). Será que eu consigo levar esta gestação até o fim? A expectativa materna da gestação no contexto da reprodução assistida. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 489-495.

- Ehrensaft, D. (2012). The 'Birth Other' in assisted reproduction. In: Maureen O'Reilly-Landry. *A Psychodynamic understanding of modern medicine*. (pp. 162-173). Londres: Radcliffe Publishing Ltd.
- Faria, C. (2005). Amor de mães: a experiência gravídica e parentalidade na fertilização com óvulos de doador. In: I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp.175-193). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, M. M. D. (2012). *Da (in)fertilidade à parentalidade após recurso a ovócitos de doadora: vivências de quatro casais portugueses*. Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.12/2324>
- Freud, S. (1909/1976). Romances familiares. In: [S.](#) Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Ed. Std. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1974). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Ed. Std. Rio de Janeiro: Imago.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), p. 99-106.
- Hershberger, P. E. (2004). Recipients of oocyte donation: an integrative review. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nurses*, 33, 610-621.
- Karpel, L., Flis-Trèves, M., Blanchet, V., & Olivennes, F. F. (2005). Don d'ovocytes: Secrets et mensonges. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 34(6), 557-567.
- Luna, Naara. (2002). Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cadernos Pagu*, 19, 233-278. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332002000200010>

- Maluf, V. (2008). *Fertilidade & maternidade: o desejo de um filho*. São Paulo: Atheneu.
- Mehl, D. (2008), *Enfants du don. Procréation médicalement assistée: parents et enfants témoignent*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Melgar, M. C. (1995). Procreación assistida (natural-artificial) en la cultura contemporánea. *Revista de Psicoanálisis*, 52(3), 811-819.
- Montagnini, H. M. L., Malerbi, F., & Cedenho, A. P. (2012). Egg donation and the issue of disclosure. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 231-239. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200009>
- Oliveira, G. P. & Terzis, A. (2011). O narcisismo dos casais que se submeteram à fertilização *in vitro* com receptação de óvulos doados: uma pesquisa bibliográfica. *Revista da SPAGESP*, 12(1), 5-13.
- Perelson, S., Fortes, I. (2015). Indagações sobre as novas formas de fabricação do humano à luz da noção de dádiva de Marcel Mauss. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 18(1), 69-84.
- Plut, S. & Oliveira, J. F. (2013). Ovodoação: da carga genética à maternidade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 14(2), 535-551.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez – a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sachs, P. L. & Burns, L. H. (2006). Recipient counseling for Oocyte Donations. In: S. N. Covington, L. Burns. (Eds). *Infertility counseling: a comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 319-355). 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, J. & Quayle, J. (2013). Ovodoação: Vivências das Doadoras de Óvulos em um

- Hospital Universitário. In: K. M., Straube & R. M. Melamed (Eds). *Temas Contemporâneos de Psicologia em Reprodução Assistida*. (pp. 137-146). São Paulo/Rio de Janeiro: Livre Expressão.
- Silva, M. R. (2016). *Adoção: desafios na construção da filiação e da parentalidade. Uma reflexão psicanalítica*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Stern, D. N. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health*, 12(3), 174-185.
- Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Winnicott, D.W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3rd ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zornig, S. M. A. J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470.

Seção II

Representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação

Resumo

A gravidez é um momento de profundas modificações nos esquemas de representação da mulher sobre si mesma, suas relações familiares e especialmente no desenvolvimento das representações sobre o bebê. O presente estudo tem como objetivo investigar as representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação. Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com delineamento de Estudo de Casos Múltiplos. Participaram três gestantes com idades entre 44 e 45 anos, e utilizou-se como instrumentos uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, o IRMAG, a Entrevista sobre a Reprodução Assistida e Anotações de Campo. Os dados foram analisados a partir de dois eixos temáticos: a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva; e b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva, abordando a ovodoação de forma transversal. Os resultados destacaram as expectativas em torno das características físicas da criança ao nascer, evidência externa da genética, e expectativas sobre a saúde física do bebê vinculadas à doadora. A revelação sobre a origem genética não é considerada relevante para a criança neste momento. As representações são comuns à de gestações naturais e a doadora se fez presente nas representações sobre o bebê de diferentes formas.

Palavras chave: Representações maternas; gestação; gestação psíquica; ovodoação; bebê imaginário.

Pregnant women's maternal representations about the baby conceived by egg donation

Abstract

Pregnancy is a moment of deep changes in the schemes of representation of the woman about herself, her family relationships and especially in the development of the representations about the baby. The present study had the goal of investigating the pregnant women's maternal representations about the baby conceived by egg donation. A qualitative research of exploratory character was conducted, with a Multicase Study design. Three pregnant women with ages between 44 and 45 years participated, and a Sociodemographic and Clinical Data Sheet, the IRMAG, the Interview on Assisted Reproduction and Field Notes were used as instruments. The data were analyzed from three thematic axes: a) Representations of herself; b) Representations of the pregnancy; and c) Representations of being a mother, approaching the egg donation transversely. The results highlight the expectations around the physical characteristics of the child when born, external evidence of genetics, and the expectations about the baby's physical health related to the donor. The revelation about the genetic origin is not considered relevant for the child at this moment. The representations are common to natural pregnancies and the donor was present in the representations about the baby in different ways.

Keywords: Maternal representations; pregnancy; psychic pregnancy; egg donation; imaginary baby.

Introdução

A gestação é um período de profunda complexidade na vida de uma mulher, envolvendo transformações biológicas e psíquicas. Ao mesmo tempo em que ela abriga outro ser no interior de seu corpo e mente, o bebê permanece ausente da realidade visível. Este estado desencadeia um universo de representações mentais características, estudado por diferentes autores (Aulagnier, 1999; Ammaniti, 1991; Brazelton & Cramer, 1992; Bydlowsky, 2002; Golse, 2002; Lebovici, 1987; Soulé, 1987; Stern, 1991).

Bydlowski (2002) afirma que na gravidez ocorre um tipo de funcionamento particular do psiquismo, caracterizado por um estado de transparência em que os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência. Denomina este estado de “Transparência Psíquica”. Entende a gravidez como uma experiência de encontro íntimo da mulher consigo mesma, na qual a gestação de uma criança e a transparência do psiquismo que a acompanha, atualizam a memória da época em que ela própria era um bebê dependente de cuidados maternos. Dessa forma, angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem, podem ser atualizadas.

Ao abordar as representações nesta pesquisa, tal conceito será focado especificamente no contexto da maternidade, utilizando o termo representações maternas, inicialmente desenvolvido por Stern (1991). Apoiado em sua experiência clínica com pais-bebês, Stern (1997) considera a existência de dois mundos paralelos: o mundo externo real, objetivo, e o mundo mental das representações, imaginário e subjetivo. Para Stern (1997), as representações não são de objetos ou pessoas, imagens ou palavras; são de experiências interativas com alguém. Não são colocadas de fora para dentro como eventos externos internalizados, mas construídas no interior a partir da interação com o outro.

Ao falar sobre o mundo representacional dos pais, Stern (1997) considera que este inclui não apenas as experiências das interações atuais com o bebê, mas também suas

fantasias, esperanças, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e expectativas para o futuro bebê. A criança, portanto, é representável, ao mesmo tempo, por elementos atuais e do passado (Aulagnier, 1999; Bydlowsky, 2002; Stern, 1997).

A literatura psicanalítica identifica vários tipos de bebês com os quais a mãe se relaciona em sua mente. Lebovici (1987) diferencia um bebê imaginário (desenvolvido na gestação, resultado do desejo do casal) de um bebê edípico (fruto de fantasias desenvolvidas pelos conflitos libidinais, narcísicos e edípicos, presente desde a infância em cada um dos membros do casal). O bebê real é aquele que a mãe carrega em seus braços, acompanhado por suas fantasias e sonhos. Golse (2002) amplia estes conceitos, diferenciando em termos de criança fantasmática (representações inconscientes que cada um dos pais tem desde a infância), criança imaginária (representação menos inconsciente e pertencente ao casal), criança narcísica (sucessores dos ideais dos pais) e criança mítica (grupo de representações coletivas de uma determinada sociedade).

Considerando que as representações de bebê já existem no psiquismo da mulher desde a infância, o encaminhamento do projeto de gravidez na fase adulta pode ocorrer de forma consciente ou não, estando sempre envolvido em uma história (Stern, 1997; Szejer, 1997). Ao se concretizar a gestação, conforme o feto vai se desenvolvendo no útero da mãe, o bebê representado também é desenvolvido em sua mente (Stern, 1997).

No primeiro trimestre, por estar ausente da realidade visível, a ultrassonografia obstétrica possibilita a entrada neste “lugar sagrado” que é a barriga da gestante, apresentando imagens que causam impacto emocional pelo seu primitivismo e mobilização de aspectos do inconsciente (Caron & Lopes, 2014). Entre o quarto e o sétimo mês de gestação, a sensação dos movimentos do bebê ocasiona um rápido aumento da riqueza, quantidade e especificidade das redes de esquemas sobre o futuro bebê. Já a partir do sétimo mês as representações tendem a diminuir pela proximidade do parto,

preparando um espaço para o bebê real (Stern, 1997). Estudo de Piccinini et al. (2004) sobre as expectativas de gestantes em relação ao bebê, constatou que aquelas mais ligadas à fantasia e as baseadas em dados reais coexistiram na formação da representação mental sobre o bebê neste período. Os autores apontaram para a intensidade da construção do bebê imaginado em detrimento do bebê da realidade na representação mental no último trimestre gestacional em alguns casos, sinalizando a dificuldade de desconstruir a primazia do imaginário para dar lugar ao real após o nascimento do bebê.

Bernardi, Tenenbaun e Dety (1998) estudaram as representações maternas daqueles fenômenos que se originam de forma autônoma na criança durante a gestação, relacionando aspectos do inconsciente da mãe e sua interação real com a criança. Entendem haver uma multiplicidade de representações que, por sua mobilidade, permitiriam à mãe mais alternativas para receber a criança real. Desta forma a mãe poderia estar mais preparada para o inesperado, propiciando espaço para as manifestações autônomas do filho. Ferrari, Piccinini e Lopes (2007) salientam a importância da mãe deixar um espaço para o imprevisível, sendo que este possibilitará o surgimento do bebê como sujeito diferenciado daquele por ela criado na sua mente. A falta deste espaço pode resultar em psicopatologias precoces pela não consideração das particularidades do bebê por parte da mãe.

Aulagnier (1999) fala sobre a presença do bebê nas representações maternas como um “Eu (*Je*) antecipado”. Salienta a necessidade de estabelecer uma junção entre o representante psíquico pré-existente na mãe sobre sua “ideia de criança” e a criança real que está ali. A falta de uma nova representação através da elaboração de um luto deste “Eu (*Je*) antecipado” implicaria no risco deste bebê tornar-se um “não-existente”, situando o recém-nascido fora de sua história. O rompimento da continuidade de sua história pode colocar em perigo a construção de seu psiquismo.

Uma gestação precedida pela vivência de infertilidade certamente trará marcas para as representações, fantasias e expectativas sobre o bebê. Por ter sido tão desejada e geralmente esperada por um período de tempo prolongado, a criança nascida por meio de Técnica de Reprodução Assistida (TRA) pode correr o risco de ser considerada como a recompensa de um “percurso de combatente”, expressão utilizada por Szejer (2002). No inconsciente dos pais, este filho não tem exatamente o mesmo lugar que o filho cuja gestação aconteceu de forma espontânea (Caron, 2000; Szejer, 2002).

A TRA proporciona diversas técnicas para se chegar a uma gestação. Entre elas, a ovodoação é uma prática que viabiliza a fertilização a partir de óvulos de doadora, quando a mulher não tem a possibilidade de utilizar seus próprios óvulos para a obtenção de uma gestação (Santos & Quayle, 2013). A utilização desta técnica em geral é precedida por outras, configurando um desgastante e invasivo processo de tratamento.

Os procedimentos de TRA envolvem aspectos éticos e legais, e cada país adota legislação própria para tratar das questões decorrentes dessas situações. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina regulamentou a doação de gametas através da Resolução 1358/92, a qual determina que a doação de óvulos não pode ter caráter lucrativo e que o anonimato deve ser preservado. Por ser vetada a comercialização de óvulos no Brasil, a prática de compartilhamento de óvulos é comum em algumas clínicas. É necessário que as duas mulheres (doadora e receptora) estejam em tratamento de reprodução assistida, sendo que a doadora concede para a receptora parte dos seus óvulos excedentes (Santos & Quayle, 2013).

A gestação por meio da ovodoação difere de outras, espontâneas ou por TRA, pela presença do óvulo alheio e sua respectiva doadora. Referindo-se ao trabalho psicológico de fantasia do bebê durante a gestação nestes casos, Faria (2005) considera ser esta uma tarefa particularmente difícil. Segundo a autora, o desconhecimento de parte da genética

faz com que as fantasias e medos sejam exacerbados, levando também a uma necessidade de fantasiar a doadora. O estudo de Figueiredo (2012) observou que a presença da doadora é uma constante nas diversas etapas da gestação ao nível simbólico, influenciando na construção do bebê imaginário. Ehrensaft (2012) também menciona a presença de fantasias em torno da doadora, relacionando a manutenção do segredo sobre o assunto por parte dos pais a este fato.

As representações maternas foram estudadas em diferentes contextos, descrevendo sobre a forma como cada situação específica de gestação impacta no psiquismo materno e sua relação com o bebê após o nascimento. Foram encontrados estudos sobre as representações maternas em gestações de bebês malformados (Gomes, 2007), gestação de risco (Cox & Maccotta, 2014), gestação no contexto do HIV (Faria & Piccinini, 2015), gestação e maternidade na adolescência (Cabral & Levandowski, 2012; Zaragoza, 2007). Também foram encontradas pesquisas abordando as representações maternas em gestações de baixo risco, relacionando-as com estilos de apego (Grimalt & Heresi, 2012), e outros mais específicos sobre a construção do bebê imaginado (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007; Piccinini et al., 2004).

Encontrou-se na literatura uma pesquisa sobre representações maternas de mulheres em tratamento de reprodução assistida, especificamente pela técnica de ovodoação. Cochini et al. (2011) pretendiam examinar as representações maternas em três etapas do tratamento por ovodoação: o início do processo, o mês seguinte à transferência de embriões e o sétimo mês de gestação. A terceira etapa não chegou a ser realizada, pois nenhuma gestante se dispôs a participar do estudo após a concretização da gestação através da doação de óvulos. A autora entendeu este resultado como uma defesa frente às inquietudes e questionamentos ocasionados pelo processo de ovodoação, numa tentativa de pensar o mínimo possível sobre o assunto.

Embora tal resultado possa ser compreendido desta forma, Bydlowsky (2002) observa que nas gestantes, em geral, ocorre certo retraimento em relação ao mundo exterior, bem como uma tendência a manter a criança imaginária em segredo. O fato de algumas gestantes não expressarem expectativas claras ou uma representação mental explícita sobre o bebê, não significa necessariamente a ausência de uma relação com este (Piccinini et al., 2004). Canneaux et al. (2013) trouxeram importantes contribuições no estudo das representações maternas em gestantes por ovodoação, enfatizando os diferentes níveis de elaboração psíquica possíveis acerca da infertilidade e da doação de óvulos durante o período da gestação. Os autores trataram diversos pontos sobre a maternidade, mas as representações sobre o bebê foram minimamente abordadas.

Embora a reprodução assistida venha sendo abordada de forma crescente na literatura psicanalítica, são escassas as pesquisas publicadas, especialmente sobre a prática específica da ovodoação. Considerando a relevância da construção do bebê no psiquismo materno durante a gestação pelas implicações nas relações precoces após o nascimento, objetiva-se com este estudo investigar as representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação.

Método

Delineamento

A presente pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa do tipo exploratória, a partir da realização de Estudos de Casos Múltiplos (Yin, 2010). Considerou-se adequado o estudo qualitativo por buscar o significado das experiências, não havendo a intenção de generalização dos dados, envolvendo um papel mais ativo do pesquisador (Turato, 2005). É exploratório, por se tratar de um tema novo, com poucos estudos, visando ampliar o conhecimento do tema em torno da reprodução assistida por meio da técnica de

ovodação. Já o estudo de casos múltiplos permite maior profundidade na exploração do problema de pesquisa proposto.

Participantes

Participaram desta pesquisa três gestantes que passaram por tratamento de reprodução assistida e que conceberam por meio de óvulos de doadora, mantendo a ligação genética do parceiro, conforme apresentado na Tabela 1. A escolha foi intencional, na medida em que se respeitaram os critérios de inclusão, e por conveniência, ao participarem as gestantes mais acessíveis e que se disponibilizaram a colaborar.

Foram definidos como critérios de inclusão: estarem casadas ou em situação de união estável com parceiro pelo tempo mínimo de dois anos, numa relação heterossexual; e estarem entre 20 e 28 semanas de gestação, período em que os movimentos do bebê já são perceptíveis e o momento previsto de parto ainda não está tão próximo.

Foram excluídas do estudo as gestantes solteiras e as gestantes em relação homoafetiva. Estas situações poderiam trazer outras variáveis, não previstas no objetivo desta pesquisa.

Tabela 1

Caracterização das Participantes

	Caso 1 - Aline	Caso 2 - Fernanda	Caso 3 - Marta
Idade	44	45	44
Idade gestacional na coleta dos dados	26 semanas	12/24 semanas	22 semanas
Tempo de casamento	4 anos	14 anos	3 anos
Infertilidade	Baixa quantidade/ qualidade de óvulos (idade)	Obstrução parcial de trompa e baixa quantidade / qualidade de óvulos (idade)	Baixa quantidade/ qualidade de óvulos (idade)
Opção pela Ovodação	Insucesso FIV com óvulo próprio	Insucesso FIV com óvulo próprio	Insucesso FIV com óvulo próprio

Instrumentos e Procedimentos

Inicialmente foi realizado contato com uma clínica particular de Reprodução Assistida de Porto Alegre, apresentando a proposta de pesquisa. Manifestado o interesse em participar do estudo, o local forneceu uma carta de anuência para possibilitar o acesso à população alvo.

Com a anuência do local, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS sob o nº CAAE 54815616.8.0000.5344, o qual obteve aprovação (Apêndice E), estando em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12. Após aprovação foi feito novo contato com a clínica, solicitando um levantamento de pacientes compatíveis com os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa.

Em respeito ao sigilo médico da clínica com seus pacientes, o primeiro contato com as possíveis participantes não foi feito pela pesquisadora. Foi enviada uma carta convite por parte da clínica para divulgar a pesquisa, explicando os objetivos e a forma de realização do estudo, solicitando a disponibilidade de participação. A pesquisadora fez contato telefônico com as pacientes indicadas pela clínica que manifestaram interesse em participar, marcando encontro para entrevista em suas respectivas residências, local sugerido por elas. Cabe referir a demora de seis meses para encontrar participantes que se dispusessem a colaborar com a pesquisa.

A entrevista de cada participante iniciou com o esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo. Na sequência foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em leitura conjunta do documento (Apêndice A). Mediante concordância, o termo foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com a participante e a outra com a pesquisadora.

A coleta de dados prosseguiu com a aplicação da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos elaborada para este estudo, com a finalidade de coletar informações sobre idade, escolaridade, nível sócio econômico, situação conjugal e profissional, bem como questões referentes à situação da infertilidade e gestação (Apêndice B).

Na sequência, foi realizada a Entrevista Sobre a Reprodução Assistida, também elaborada para este estudo, para investigar sentimentos e situações relacionadas ao tratamento de reprodução assistida e ovodação (Apêndice C). A coleta de dados finalizou com a aplicação do IRMAG (*Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza*), entrevista semi-estruturada criada por Ammaniti et al. (1991; 1995), específica para avaliar as representações maternas na gestação (Apêndice D).

Os dados foram coletados em um único encontro, com exceção de uma das participantes, com quem a coleta de dados se deu em dois momentos distintos. Ao encaminhar o contato, a clínica não observou o período gestacional do critério de inclusão de uma delas, fato que só foi verificado no momento da entrevista. A participante concordou em realizar um segundo encontro no período gestacional previsto, importante para aplicação do IRMAG. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados. Durante todo o processo, foram feitas anotações de campo sobre as situações e percepções relacionadas aos procedimentos da pesquisa.

Análise de Dados

Os dados da ficha de dados sociodemográficos e clínicos e as anotações de campo foram utilizados para complementar o entendimento e construção de cada caso. A Entrevista sobre a Reprodução Assistida e o IRMAG foram analisados qualitativamente através da análise temática proposta de Braun e Clarke (2006). As categorias temáticas

foram definidas *a posteriori*, a partir dos dados levantados nas entrevistas e considerações da literatura sobre o tema. As Escalas de Diferenciadores Semânticos do instrumento IRMAG foram analisadas comparando as características atribuídas ao bebê com as características do pai e da mãe, respectivamente. Avaliou-se a maior ou menor aproximação das representações em relação às figuras maternas ou paternas.

Segundo Raphael-Leff (1997), por ser um indivíduo separado, embora parte do interior da mulher, o feto encontra-se numa área intensamente imaginativa, para a qual tanto a realidade interior como a vida externa exercem suas contribuições. Dessa forma, foram organizados dois eixos temáticos: eixo 1) *representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva*, para analisar os aspectos imaginados acerca do bebê provenientes de dados reais, tais como procedimentos de fertilização e ovodação, procedimentos de ecografia, movimentos fetais, identificação do sexo do bebê e preparação do enxoval; e eixo 2) *representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva*, para analisar os aspectos imaginados acerca do bebê provenientes do mundo interno da gestante. Neste eixo os relatos abordam os sonhos noturnos, compreendidos como expressão de desejos inconscientes e tentativas de elaboração, expectativas em torno de características físicas e de personalidade, temores, e escolha do nome.

Os casos foram estruturados individualmente a partir dos resultados dos instrumentos empregados com cada participante. Embora a ovodação tenha sido abordada de forma mais específica no Eixo 1, quanto aos aspectos da realidade objetiva, o tema foi abordado de forma transversal, perpassando a compreensão dos eixos em cada caso. Após, foi desenvolvida uma síntese através do cruzamento dos casos conforme a proposta de Yin (2010), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise individual, identificando convergências e divergências, buscando evidências que

auxiliem na investigação das representações maternas das gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação.

Resultados e Discussão

Caso 1 – Aline e a filha forte e independente

Aline, 44 anos, é casada, tem ensino superior completo e pós graduação, trabalha como profissional liberal e tem sua própria empresa. Assim como sua mãe, é a segunda filha de uma prole de três. O marido tem um filho de casamento anterior. Foi entrevistada com 26 semanas de gestação, mostrando-se muito emocionada, chorando em vários momentos. Sua primeira tentativa para engravidar deu-se aos 40 anos de idade. Não relata outros problemas de infertilidade e não tem histórico de aborto. A ovodoação foi considerada como opção em função da baixa quantidade e qualidade de óvulos, compatível com as características de sua faixa etária. A fertilização por meio de ovodoação deu-se após uma tentativa de fertilização com seus próprios óvulos, que não resultou em gravidez.

a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva

A proposta da ovodoação como alternativa de tratamento para a infertilidade constatada, levou Aline a buscar muitas informações sobre esta prática. Encontrou apoio na ideia de que *“aquela carga genética que a criança vai carregar, é muito pouco do que vai ser o teu filho realmente”*, minimizando o fator genético.

No processo de decisão pela ovodoação, o pensamento em torno da real possibilidade de seu bebê vir a ter irmãos se fez presente. A impossibilidade de acesso a informações acerca da doadora desperta temores relacionados com o futuro da filha no sentido de estar exposta a relações incestuosas: *“vai sabê pra quem mais que essa mulher*

vai doa, quantos irmãos a XX vai ter por aí". Eu disse assim (para o marido): "não vamo pensa nisso. Eu não quero, não quero pensa nisso". Isso é coisa do destino, eu acredito muito em Deus, se Deus quiser, vai proteger, não vai acontecer nada. (...) quantas pessoas existem no mundo, é uma chance em não sei quantas, né. Pode, pode acontecer, né, ninguém tá livre de nada."

Realizada a opção pela ovodoação, a sequência do processo implica em nova tomada de decisão. A fertilização resultou em três embriões, sendo necessário realizar uma escolha para implantação. Frente à decisão do casal de implantar somente um embrião para evitar a possibilidade de uma gestação gemelar, a escolha recai sobre o embrião de *"excelente qualidade"*, conforme a avaliação do médico.

Aline afirma que a presença de um óvulo doado não implica que o bebê pertença a quem o doou, ao dizer *"eu não vejo que essa pessoa (doadora) tenha alguma ligação com a minha filha"*. Enfatiza que este bebê lhe pertence: *"Tá, tem o DNA, mas ela tá na minha barriga, é os meus sentimentos que ela tem. Eu que tô gerando ela. Eu que vô cria, então ela é minha, sabe, então, acho que isso não vai muda nada na vida dela"*.

Pensa que não faria diferença para a filha saber ou não saber sobre sua origem genética. Condiciona a decisão sobre a revelação da ovodoação às características da filha no futuro: *"ah, vai que a minha filha é uma estudiosa, uma cientista, alguém que eu possa falar sobre isso, que goste disso. Mas pode vir uma rebelde da vida que... Então, assim, eu acho que depende. Eu gostaria de contar. Mas acho que vai depender dela. Porque eu acho que isso não vai mudá nada na vida dela. Ela é minha filha."*

Aline manifesta o desejo que a filha não viesse a saber sobre a existência de uma doadora: *"se eu morre, se acontecer alguma coisa no parto, eu não queria que a minha filha soubesse que teve uma outra pessoa na minha maternidade"*.

Relata ter sentido muita emoção, chorando a cada vez que via a filha nas ecografias, assegurando o desenvolvimento saudável: *“ah, é muito bonitinho! Vi ela mexendo a linguinha, a boquinha, sabe, a perninha, o bracinho... (...) Mas é bem emocionante, bem gostoso de vê, ver que ela tá se mexendo e que ela tá bem.”*

O temor de doenças pelo desconhecimento da genética da doadora se faz presente a cada exame: *“por desconhecer a genética, [da doadora] (...) cada vez que eu tenho que fazer um exame eu vo com o coração batendo, sabe, eu bah, tu é a mãe tu quer proteger, claro, de tudo que é jeito o teu filho, tu quer que seja o mais saudável possível”.*

Em certa ocasião sentiu-se mal e solicitou uma consulta com seu médico. Conseguiu se tranquilizar após ver as imagens da ecografia e ouvir que estava tudo bem com a filha. Apesar do efeito tranquilizador, a ecografia não satisfaz sua curiosidade e ansiedade de encontrar as feições de seu bebê: *“Louca pra ver a carinha dela, pra ter ela, mas eu digo “XX, tu só vem no tempo certo, mamãe quer te ver, mas no tempo certo”.*

A percepção dos primeiros movimentos fetais exigiu esforço para diferenciar as sensações do próprio corpo daquelas pertencentes ao bebê: *“eu não sei se ela tá mexendo ou se eu tô com gases”. É uma sensação muito diferente, mas foi... mas é muito gostoso”.*

Aline associa as manifestações do bebê aos seus próprios sentimentos: *“quando chega alguém que me irrita, que eu não gosto, aaah com certeza a XX se mexe (...) Ela se manifesta, conforme o que eu tô sentindo ela se manifesta.”* Entende que a filha é seletiva em suas manifestações, mexendo para algumas pessoas e não para outras: *“Pra minha mãe até hoje ela não mexeu, não mexeu pros meus sobrinhos...” “só pra mim, pra mim e pro pai dela, de noite ela mexe também.”*

Atribui a capacidade de intencionalidade e autonomia ao bebê, quando os movimentos se diferenciam das intenções da mãe: *“ela é muito teimosa, ela mexe só pra mim. Porque quando chega alguém e põe a mão, eu digo “XX, mexe!”. E ela não...”*

Fica muito assustada quando não se sente bem, imaginando os movimentos do bebê como resposta ao seu mal-estar: *“eu passei muito mal final de semana passado. Muito, muito, muito mesmo, assim. Meu coração acelerava demais, ela pulava de um jeito diferente, sabe. Eu pensei “meu Deus do céu, o que foi que aconteceu com a minha filha!” (...)* *“assim como eu não tava me sentindo bem, eu tava com medo de que ela não se sentisse bem”*.

Aline diz que ela e o marido conversam muito com a filha, rezam por ela e a chamam pelo nome escolhido. Isso acontece de forma a enfatizar que a filha pertence à mãe: *“eu sempre digo ‘a minha XX’. E o Y também diz ‘a XX da mamãe’. Acho que o Y já se acostumou... Em vez de ‘minha XX’, é a ‘XX da mamãe’.*”

Imagina que irá precisar fazer repouso no final da gravidez, por isso neste momento, com 26 semanas de gestação, o enxoval já está todo preparado. Transparece a ideia de que a filha será um bebê a termo.

Antes de decidir pela ovodoação imaginava-se olhando para um filho, questionando sua capacidade de suportar uma dessemelhança física, representante da genética alheia: *“poxa vida, eu vou ter um filho..., vou olhar...”*. Pensava que se tivesse um menino, não correria o risco do aspecto físico do bebê denunciar a presença de outra genética: *“se eu vou ter uma menina, eu não vou ter uma menina parecida comigo, né”*. *Então isso me incomodava, (...)*. *Eu disse assim: “Não. Se Deus quiser, eu vou ter um menino, eu vou ter um menino”*. A confirmação de uma menina contraria sua expectativa inicial acerca do sexo do bebê, afirmando a convicção de que a filha não irá se assemelhar fisicamente a ela: *“dá um quezinho assim, de pensar – ‘ahh, a XX não vai ser parecida comigo”*.

b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva

Aline recorda ter sonhado com seu bebê em três ocasiões, sempre em torno das características físicas: *“ela era muito moreninha e tinha uns olhão assim saltados, parecia uma caricatura. E daí eu dizia "meu Deus do céu, como é que eu vou dizer que essa criança é minha filha?"* Relaciona este sonho com a preocupação de não ter revelado sobre a ovodoção aos familiares e que a filha nasça com as feições muito diferentes da sua família.

Em outro sonho o bebê apresentava características que vinham ao encontro de seu desejo, motivando ações objetivas: *“ah, eu já sonhei com ela bem branquinha, de olhinho claro. Porque eu até comprei o brinquinho com a pedrinha verde, porque eu disse "ah, ela vai ter os olhinhos verdes igual a mamãe". Então fui lá e comprei os brinquinhos”*. Em um terceiro sonho, o bebê apresenta características mais uma vez diferentes: *“já sonhei com ela normalzinha, assim, castanhinha. É justamente por eu não conseguir imaginar né, eu acho que eu fico sonhando...”*

Tem a expectativa de desfazer a importância atribuída à semelhança física assim que a filha nascer: *“no momento que eu tiver nos meus braços não vai... Mas é aquilo... Às vezes dá aquela coisa assim, sabe, é minha filha e eu não vou poder dizer assim tem a minha perna, tem a minha cintura, tem o meu pé, sabe”*.

Quanto às características de personalidade da filha, as imagina como provenientes de si mesma e do marido: *“eu imagino ela meio braba (risos). Eu acho que por causa de mim e do pai dela... Eu imagino ela meio braba, meio invocada, assim. Acho que ela vai ser meio birrentinha”*. Na comparação das escalas de diferenciais semânticos, as características de personalidade imaginadas do bebê coincidem em 15 dos 17 itens com o perfil atribuído a si mesma. Quanto às características do pai, os aspectos imaginados do bebê coincidem em 10 dos 17 itens.

A escolha do nome foi feita por Aline, por ser um nome forte, bonito e fácil, sendo possível observar suas expectativas em relação à personalidade do bebê. Além de possuir significado religioso associado ao seu tratamento de fertilização, era o nome de sua bisavó, por quem sente orgulho ao ter sido forte em assumir ser mãe solteira na sua época: *“Eu acho um nome forte. A minha bisavó era XX também, foi uma mulher muito forte, criou um filho sozinha. Então eu imagino a minha filha uma pessoa forte, uma pessoa do bem, forte, de personalidade.”*

Aline manifesta muitas expectativas em relação à filha, esperando que *“ela se torne adulta cedo”*, que desenvolva autonomia para *“não ser totalmente dependente dos pais”*, e que *“saiba tomar decisões”*. Espera *“que esteja sempre com amigos, com os primos, que goste disso”* (característica atribuída à sua família) e que *“não tenha tanta preocupação com dinheiro”* (característica atribuída à família do marido).

Caso 2 – Fernanda e o filho predestinado e voraz

Fernanda, 45 anos, é casada, tem ensino superior completo e pós graduação, e trabalha como servidora pública. É a mais nova de uma prole de seis, nascendo oito anos após uma irmã com sequelas de meningite. Foi entrevistada em dois momentos, na 12ª e na 24ª semana de gestação, demonstrando muita necessidade de falar. Tentou engravidar pela primeira vez aos 34 anos de idade, quando um exame diagnóstico constatou a obstrução de uma de suas trompas. Desistiu das tentativas para engravidar, retomando somente oito anos mais tarde, em clínicas de reprodução assistida. Optou pela ovodoação após insucesso de FIV com os próprios óvulos, associado às características de sua idade. Engravidou após a segunda tentativa de FIV com óvulo de doadora.

a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva

Para Fernanda, a decisão de realizar uma ovodoação foi possível por considerar que um filho é *“o ser espiritual que estava pra vir pra nós, já está determinado. Então, depende muito, assim, do físico dele, da genética dele, é um ser espiritual que vem”*. Atenua o sentimento em torno da possibilidade de não ter um filho parecido fisicamente com ela pela falta de sua genética, com a ideia de que os cuidados e a educação *“moldados”* pelo ambiente criam identidades, tornando-o semelhante.

Durante as etapas da fertilização, Fernanda demonstrou necessidade de compreender o que se passava no interior de seu corpo, solicitando muitas informações a seu médico. Procurava imaginar o que aconteceria ao colocar o embrião em seu útero: *“o embrião é como se fosse uma planta carnívora”*. Ele (o médico) disse assim: *“Ele (o embrião) vai pegar e vai tentar se agarrar no teu endométrio, ele vai lançar umas raízes e ele vai começar a se enraizar”*. *Aí eu fiquei olhando pra ele “Ah, então tá! Entendi o que vai acontecer agora”. Porque eu pensei que ele largou ali e pronto, né”*. No procedimento de FIV que resultou na presente gestação foram colocados dois embriões, sendo que somente um deles evoluiu.

O início da gestação de Fernanda foi marcado pela ocorrência de sangramentos ocasionados por um hematoma, havendo a necessidade de fazer repouso. As ecografias tiveram uma grande importância neste período, assegurando a presença do bebê vivo em seu interior: *“tá aqui ó, 5 milímetros, tá aqui ainda”*. *Não acreditei. Nossa! Ficamos tão felizes, muito muito felizes! Porque pra mim já, o mundo já tinha acabado, mas tava ali!”*. Eram realizadas ecografias quinzenais para ver a *“evolução do hematoma”*.

Em outra ocasião, a ecografista causou grande mal estar em Fernanda ao assinalar a presença de um mioma e a situação de placenta baixa, relacionando isso com sua idade e considerando como fator de risco para a gravidez. Os comentários sobre o desenvolvimento do bebê ficaram restritos ao tamanho do fêmur e do cérebro. Procurou

outro profissional, pelo qual sentiu-se acolhida, tranquilizando suas preocupações. Mesmo assim, os olhares se dirigiram para o mioma, a placenta e o diâmetro do colo do útero, influenciados pelo histórico de parto prematuro de sua irmã.

Elogia a forma como o ecografista apresentou o sexo do bebê, o que considerou como cuidado e carinho: *“Olha aqui ó. Não tem dúvida! É um menino! Vou colocar aqui: o pinto do XY”. E ele coloca ali na foto e sai na foto – “o pinto do XY”.*

Fernanda costuma olhar as fotos das ecografias. Ao mostrar para sua ginecologista, esta comentou que o bebê se parecia com ela, ao que respondeu *“pois é, eu vou contrariar todas as teorias da genética. Tu vai ver, ele vai se parecer comigo”.*

Fernanda recorreu ao auxílio de uma amiga para tentar reconhecer os primeiros movimentos do bebê, procurando diferenciar as sensações de seu próprio corpo: *“daí eu comecei a prestar bastante a atenção pra tentar diferenciar o que que é um pum mesmo e o que que é um pum dentro. Ai que divertido!”.*

Não percebe muito os movimentos do bebê durante o dia, sentindo mais quando está em casa, deitada. Relaciona os movimentos do bebê como resposta de sua agitação, que se acalma assim que ela mesma fica quieta. Gosta de conversar com o bebê e de passar a mão na barriga. Faz brincadeiras de procurar partes do corpo do bebê pela sua barriga: *“Cadê? - fico pegando “cadê o pezinho... cadê o pintinho do XY.”*

As sensações dos movimentos do bebê na barriga trouxeram muitas preocupações: *“até o momento dele não se mexer, não sentir, tudo estava na alegria da gestação: “ah que coisa boa, já está aparecendo o barrigão e tal” e agora já começa a preocupação”.*

Os preparativos com o enxoval do bebê também envolvem um exercício imaginativo, difícil para Fernanda. Comprou *“o mínimo”*, pois *“de repente ele é ou maior ou menor que aquilo que eu comprei...”*. Prefere esperar o nascimento, entendendo que sua própria presença junto ao bebê será mais importante do que as coisas materiais.

b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva

Os sonhos noturnos revelam preocupações em torno do aspecto físico do bebê. Relata um sonho, quase um pesadelo, em que “*nascia um prematuro e que não se parecia comigo*”. Atribui este sonho à dificuldade de assimilar a ovodoação, mas também ao nascimento prematuro do bebê de sua irmã: “*essa imagem ficou muito gravada na minha memória assim, um bebezinho pequeno, quase sem unha, sem sobrancelha, sem nada assim... de tão prematuro que era. E aí eu por saber que já estou com 6 meses, penso*”.

Apesar de afirmar que o aspecto físico não tem importância, gostaria que o filho fosse fisicamente parecido com o marido, por ser apaixonada por ele. Sabe que a doadora escolhida é fisicamente parecida com ela, remetendo à ideia de que a genética dela venha a ser dominante como a sua. Desta forma, embora afirme não saber com quem o bebê vai se parecer, imagina que o filho venha a ter suas características físicas, como ocorreu com seus sobrinhos. Seus irmãos se casaram com pessoas de pele e cabelos claros, e os filhos nasceram morenos, característica de sua família.

Gostaria que o filho tivesse um pouco da personalidade calma do pai, mas que se assemelhasse a ela quanto ao caráter, valores familiares e cultura de seu país de origem. Na comparação das escalas de diferenciais semânticos, as características de personalidade imaginadas do bebê se assemelham na mesma proporção com as de si mesma e as do marido.

Fernanda escolheu para seu bebê o nome de seu irmão mais velho. Considera o irmão uma pessoa muito carismática, acolhedora, bem sucedida, que “*assumiu a paternidade da casa*” quando seus pais se separaram. Sua mãe e seu irmão são muito próximos, e todos os irmãos vivem em torno dele. O marido gostou do nome sugerido e, ao pesquisarem o significado, confirmaram a decisão. Trata-se de um nome bíblico, relacionado à história de uma mulher que não podia ter filhos. A mulher prometeu dedicar

o filho a Deus, caso esse ouvisse suas preces. Ao nascer o bebê, a mulher escolheu um nome cujo significado é *“Deus ouviu as minhas preces”*.

A maior expectativa de Fernanda é que o bebê seja saudável, confiando que o processo de seleção feito pela clínica tenha escolhido óvulos de uma doadora saudável. Esforça-se para imaginar as necessidades de um recém-nascido, pois costuma pensar num bebê maior. Com base nas informações que buscou de amigas, imagina que *“ele vai mamar o tempo todo”*, pois *“a única fonte de alimentação é o meu leite materno”*.

Entende os primeiros dias como um momento de extrema dependência, imaginando que o bebê irá se manifestar através do choro se estiver com fome ou com algum mal estar, caso contrário, estará quieto. Imagina uma relação exclusiva com seu bebê: *“Depois do parto, então, depois de dois dias vou vir para casa e vai ser uma convivência, assim, vinte quatro horas. Eu e ele, ele e eu, vinte e quatro horas, pelo menos durante uns longos seis meses.”* Está preocupada em cercar-se de profissionais confiáveis para lidar com estas expectativas.

Preocupa-se que o filho desenvolva o *“jeitinho brasileiro”*, que na sua opinião se traduz em atos que burlam leis e regras, pressupondo uma falta de caráter. Em seu trabalho com adolescentes percebe problemas de violência, automutilação, apatia e conformismo, dizendo que *“essas coisas me preocupam, me preocupam com os meus alunos e me preocupam também com o meu filho”*.

Caso 3 – Marta e o bebê evoluído

Marta, 44 anos, é casada, empresária e tem ensino superior incompleto. É a mais nova de uma prole de dois. Seu marido não teve filhos do casamento anterior. Foi entrevistada com 22 semanas de gestação, sendo uma pessoa muito objetiva em sua forma de responder à entrevista. Expressa-se usando muitos superlativos e diminutivos em suas

falas. Tentou engravidar pela primeira vez aos 39 anos de idade. Engravidou naturalmente, mas houve um aborto espontâneo na oitava semana de gestação. Aos 42 anos passou por uma FIV com os próprios óvulos, que resultou em uma gestação e outro aborto espontâneo. Optou por fertilizar com óvulo de doadora em função da idade. Não relata outros problemas de infertilidade.

a) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva

O contexto da reprodução assistida proporciona para Marta a oportunidade de escolha do embrião a ser implantado. Entre os cinco embriões resultantes, um foi considerado excelente, segundo a opinião médica. Marta e o marido decidiram: *“vamos pegar então o melhor, a gente quer um só”*.

A ovodoação proporciona mais tranquilidade quanto a sua preocupação com possíveis problemas genéticos do bebê provenientes da idade. Confia na avaliação médica realizada pela clínica para a escolha de uma mulher mais jovem e saudável.

Quanto a revelação para a criança sobre a ovodoação, não vê necessidade de contar a ela, mas se surgir o assunto, pensa que irá falar. Acha que é uma situação diferente da adoção: *“A adoção sim, (...) desde quando o nenê chega em casa, ele começa já amadurecer, a gente já vai contando né, que é filhinho do coração. Agora a ovodoação vou deixar por conta do destino”*.

Por já ter passado por dois abortos, Marta estava muito apreensiva em relação à ecografia. Os resultados normais trouxeram sensação de alívio: *“Aai! Tá inteirinha!!”*. O laudo elaborado pela médica considerou a genética de sua idade, 44 anos, pois Marta não falou que se tratava de um bebê concebido por ovodoação.

A ecografia realizada na 12ª semana de gestação a deixou muito impressionada: *“é um telão desse tamanho, assim, que tu vê o nenê. Quando a gente olho naquela tela*

aquele bebê enorme, nossa!". Não imaginava que já estivesse *"todo feitinho"*, embora tudo fosse *"pequeninho"*. A emoção maior foi causada ao ouvir o som do coração: *"A gente vai escutar o coração?" Eu pensei, né, no consultório. E ele tinha um sonar. Aí ele botou na minha barriga e o meu marido enlouqueceu. "Espera um pouquinho doutor, espera um pouquinho que eu vou pegar o meu celular pra gravar". Daí a gente gravou..."*

Ficou surpresa ao saber sobre o sexo do bebê, pois a ecografia revelou um sexo diferente do que havia imaginado: *"ela (ecografista) disse - "ah, é uma menina!". E eu - "ãn?". E ela - "que foi mãezinha, não gostou?". E eu disse "Não, bem capaz, eu tô muito feliz! Mas tu tem certeza? (Riso). Porque eu achei que ia ser um menino, tu tem certeza?". Ela disse - "Tenho, é uma menina".*

Mesmo depois da ecografia ter mostrado que era uma menina, não ficou convicta deste resultado, dizendo que *"às vezes eu tenho essa impressão, sabe, de um menino, não sei porque."*

Marta identifica com muita convicção a primeira percepção de movimento do bebê: *"Ela mexeu, parece que a gente está sentindo umas bolinhas assim na barriga, parece que é meio uns gases, mas eu tenho certeza que é ela!"* Considera que o bebê *"se mexe bem, bastante"*, associando os movimentos com os momentos em que costuma rezar: *"Enquanto eu to rezando, ela tá saltitando. Ela salta o tempo inteiro. Aí eu paro de rezar e ela fica quietinha"*.

Marta conversa muito com seu bebê contando histórias, rezando, mantendo uma comunicação onde ambas se expressam e se fazem compreender: *"Enquanto eu tô contando a historinha, ela tá saltitante, o tempo inteiro. Aí quando eu paro de contar a historinha eu falo "bom, agora é hora de dormir, amanhã de manhã a gente conversa de novo". E ela não pula no meio da noite. (...) Aí eu acordo de manhã, quando eu abro os olhos e digo "bom dia!", pronto! Começa a pular"*. Esta rotina se tornou tão significativa,

que quando numa ocasião Marta adormeceu sem contar a história, a filha começou a pular de madrugada. Interpretou tal situação como uma reivindicação da filha: *“E a minha historinha, de toda noite? E a minha reza, cadê minha reza, não vai fazer?” E depois eu não esqueci mais”*.

Costuma conversar com a filha sobre o parto, considerando o bebê como um ser diferenciado, dotado de vontade própria e autonomia: *“filha, mamãe tá num obstetra, que ele gosta muito de fazer cesárea. Então a gente vai combinar o seguinte: se tu quiser nascer antes da cesárea, tu vai ter que sair primeiro que o médico chegar. Então tu já sabe: se tu quiser nascer de parto normal, a gente chega no hospital e tu - pum! , salta fora!”* Pensa que se a filha não quiser nascer de parto normal, ela vai se virar ou ficar sentada.

Apesar da sugestão do marido sobre postergar a definição da cor do quarto em função da dúvida de Marta quanto ao sexo do bebê após a ecografia, ela decidiu por fazer um quarto colorido *“que dê tanto pra menino quanto pra menina. Não quis fazer um quarto rosa”*.

Considera as *“coisas”* de bebê *“carérrimas”*, sentindo-se perdida sobre o que um bebê usa e em que quantidade. Comprou algumas roupinhas e está montando o quartinho *“do jeitinho que imaginei”*, pensando que um próximo bebê possa ser menino, e também que seja possível aproveitar os móveis após seu crescimento.

b) Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade subjetiva

Refere ter sonhado poucas vezes com o bebê, falando de forma vaga sobre o assunto. Lembra de ter sonhado com um menino, não tendo certeza se alguma vez sonhou com uma menina. Assustou-se ao acordar de um sonho, dizendo que *“o bebê tava me olhando, assim, cara a cara”*.

Marta diz não se importar com as características físicas de sua filha, considerando mais importante que seja saudável. Mesmo levando em conta a parte genética do marido, diz não saber se a filha será parecida com a família dele, pois não são fisicamente parecidos entre si.

Identifica características na sua família que gostaria que sua filha tivesse, tais como honestidade, alegria e ser positiva. Valoriza a cultura, educação e inteligência da família do marido. Na comparação das escalas de diferenciais semânticos, as características de personalidade imaginadas do bebê coincidem em todos os itens com o perfil atribuído ao pai. O bebê imaginado diferencia do seu perfil em 5 das 17 características apresentadas.

Quanto à escolha do nome, inicialmente gostou do nome de uma modelo numa publicação de jornal, mas esqueceu. O marido fez outra sugestão, achou lindo, mas muito delicado. Queria um nome “*mais forte*”, pois considera que nomes fortes “*sustentam mais a gente como ser humano*”. Marta lembrou o nome esquecido e sugeriu passarem a chamar o bebê dessa forma para “*ver se a gente gosta*”. Ao assistir os jogos olímpicos, uma atleta da seleção brasileira foi chamada pelo mesmo nome: “*nossa, ficou bonito mesmo, é bom de escutar esse nome*”, definindo a escolha. A letra inicial é associada com um aspecto de força, parecendo ter “*mais personalidade*”.

Marta entende que os primeiros meses de vida do bebê fazem parte de um período de adaptação ao mundo externo, concedendo ao bebê a decisão sobre a hora de mamar e de dormir: “*eu vo deixar ela do jeitinho que ela decidir*”.

Imagina a filha saudável e tranquila, pensando somente coisas positivas. Não pensa que a filha possa ter cólicas ou qualquer coisa que pudesse incomodar. A maior expectativa é de que nasça uma criança saudável: “*vindo com saúde, perfeitinha, assim, pra mim já tá de bom tamanho*”.

Marta pensa que seu bebê faz parte de uma geração mais evoluída, de crianças que já vêm com um *“layout diferente”*. Pensa que, como pais, terão mais o que aprender do que ensinar à filha, que virá *“para melhorar o mundo”*.

Síntese dos casos cruzados

A análise dos dados possibilitou verificar que todas as participantes desenvolveram esquemas de representações sobre o bebê, havendo semelhanças e particularidades entre os casos estudados. Por tratar-se de interações predominantemente relacionadas com as vivências gestacionais atuais, grande parte das representações aqui descritas configuram o bebê imaginário descrito por Golse (2002) e Lebovici (1987), abordando aspectos menos inconscientes.

Referente ao eixo temático *Representações sobre o bebê apoiadas em elementos da realidade objetiva*, os procedimentos de fertilização e ovodação proporcionam situações características que se acrescentam ao bebê imaginado antes e durante sua concepção. Ao prescindir da atividade sexual para a procriação, a TRA estabelece uma particularidade, comentada por Marta e Aline, quanto à possibilidade de escolha do embrião. Ambas decidem pela implantação de um único embrião, sendo este o *“melhor”* ou *“excelente”*, conforme avaliação médica. Se o discurso médico é direcionado ao campo do biológico, pode-se pensar numa certa aproximação com um processo natural de *“seleção da espécie”* pela escolha do mais forte para a reprodução. Mas, entre as palavras proferidas pelo médico e a escuta da paciente (Szejer & Stewart, 1997), em sua origem este bebê pode ser considerado melhor que os demais, incrementando o narcisismo, fundamental para a construção e investimento libidinal no bebê imaginado (Brazelton & Cramer, 1992; Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

Fernanda, que solicita muitas informações sobre cada procedimento, tinha a ideia inicial de um “embrião solto” em seu útero, dando lugar à ideia de um embrião “*planta carnívora*” que se agarra e se enraíza em seu endométrio, metáfora utilizada pelo médico para explicar o que acontecia após a implantação. No caso de Fernanda foram implantados dois embriões, sendo que somente um deles evoluiu. Apesar de não ser possível verificar suas fantasias quanto a isso, o período inicial de sua gestação foi marcado por sangramentos e referência de aumento de peso acima do recomendado nos meses subsequentes. Segundo Maldonado (1982), comer em excesso pode ser compreendido como uma compensação por “perdas”, caso o feto seja percebido como um “parasita” que suga as reservas da mãe.

Aline e Fernanda minimizam a importância da questão genética presente na concepção por ovoduação, enfatizando a maior influência e determinação do ambiente no desenvolvimento da criança. Esta tendência confirma as constatações feitas por Canneaux et al. (2013). Para Aline, o aspecto físico do bebê parece representar a revelação da genética presente e também da ausente, sendo essa uma das suas inquietações antes de decidir-se pela ovoduação. Fernanda aceita a ovoduação por considerar o bebê como um “*ser espiritual predestinado*”, afirmando que seu aspecto físico não tem importância, mas esta preocupação se manifesta em outros momentos da entrevista. Segundo Karpel et al. (2005), a constatação de dessemelhanças poderiam reativar a dor da infertilidade e da concepção por óvulo doado. Diferente de Aline e Fernanda, Marta atribui maior importância e valor à genética da doadora, que representa a possibilidade de ter um bebê saudável.

Brazelton e Cramer (1992) abordam a dimensão narcísica no desejo de gerar uma criança que reflita sua própria imagem como uma duplicação, contendo a esperança de imortalidade e continuidade da existência da mãe. Neste sentido, a ruptura da filiação

genética é vivida como a impossibilidade de ter uma criança “semelhante a si”. Ao contrário da maior parte das mulheres grávidas que podem ter a ilusão de colocar no mundo uma criança “cópia de si”, as gestantes por ovodação precisam renunciar a essa ilusão durante a gestação, ou mesmo antes (Canneaux et al., 2013).

No período de decisão pela ovodação, somente Aline reflete sobre a real possibilidade de que seu bebê venha a ter outros irmãos. Tal situação desperta a preocupação de que este bebê possa estar sujeito a envolver-se em relações incestuosas no futuro.

Um aspecto peculiar aos casos de crianças nascidas por ovodação é a revelação por parte dos pais sobre sua origem genética. Fernanda não expressa qualquer referência sobre a importância do conhecimento desta realidade para a criança. Neste momento o casal decidiu-se por manter o segredo, sendo possível observar que a questão da revelação para a criança ainda não foi pensada por eles. Aline e Marta pensaram sobre o assunto e consideraram que saber sobre sua origem genética não é algo importante para a criança. Ambas deixam em aberto a possibilidade de revelação que, para Marta, fica “*por conta do destino*” e, para Aline, na dependência das futuras características da filha. Sobre esta questão, Szejer (2002) enfatiza a importância de revelar para a criança sobre sua origem genética, entendendo que os “não-ditos” podem impedir sua estruturação psíquica saudável. Muitas vezes outras pessoas do ambiente sabem desses fatos que, caso a criança venha a saber por vias indiretas, podem resultar em efeitos devastadores (Szejer & Stewart, 1997). A tendência à não revelação é constatada e abordada em diversos estudos (Ehrensaft, 2012; Figueiredo, 2012; Karpel et al., 2005; Montagnini, Malerbi, & Cedenho, 2012; Oliveira & Terzis, 2011; Plut & Oliveira, 2013).

O argumento apresentado por Marta sobre a obviedade de se revelar a um filho sobre a adoção e a não necessidade de falar sobre a ovodação é abordado no estudo de

Montagnini, Malerbi e Cedenho (2012). Os autores entendem essa diferença pelo fato de que na ovodoação há a recepção de uma célula e não de um bebê, como no caso de adoções, que passaram pela vivência de gestação em outra mulher. Ao receber uma célula, o bebê já estaria inserido na família desde a concepção, sendo considerado filho. Uma vez que o aspecto físico se apresente como evidência externa acerca da origem genética, Monagnini, Malerbi e Cedenho (2012) associam a tendência a manter o sigilo sobre a ovodoação quando há semelhança física entre pais e filhos, pois provavelmente não ocorrerão questionamentos de outras pessoas.

Com relação aos procedimentos de ecografia, foi possível observar que a percepção do bebê pelas imagens adquiriu significados relacionados com as vivências que cada participante enfrentou no percurso dos tratamentos, sendo comum seu efeito tranquilizador. Para Marta e Fernanda, foi tranquilizador constatar a vida do bebê, lembrando que Marta passou por dois abortos anteriormente e Fernanda teve sangramentos na fase inicial da gestação, temendo abortar. Aline aliviou-se ao constatar o desenvolvimento saudável do bebê. Enquanto Marta associa a saúde do bebê com a genética da doadora, Aline percebe a doadora como fonte potencial de doenças. A preocupação com o estado de saúde do bebê e o temor de deformidades é comum em muitas gestantes (Maldonado, 1982; Piccinini et al., 2004). Observou-se que nas gestantes por ovodoação deste estudo, a doadora é inserida e utilizada conforme as angústias e necessidades de cada uma nas questões relativas ao estado de saúde do bebê.

Fernanda consegue enxergar um bebê nas ecografias somente depois da identificação do sexo, direcionando seu olhar para essa parte. Até então, as inúmeras ecografias realizadas por indicação médica são narradas na entrevista como reveladoras da “evolução do hematoma”, presença de mioma, placenta e diâmetro de colo de útero. Marta enxerga um “*bebê enorme*”, feito de partes pequenininhas, um ser completo e

“*inteirinho*”. Aline também consegue visualizar um ser composto de partes que se integram de forma dinâmica, formando um todo distinto de si.

A identificação do sexo do bebê contraria o sentimento intuitivo de Marta que, apesar da afirmação segura da ecografista sobre ser uma menina, mantém a ideia de que possa ser um menino. A confirmação do sexo do bebê também contraria a expectativa de Aline, pois a importância de ser um menino é associada a seus conflitos iniciais em torno da ovulação, relacionadas com a semelhança física. A oportunidade de conhecer o sexo do bebê antes do nascimento pode ser profilática e contribuir para o desenvolvimento das representações sobre o bebê quando a constatação real se distancia da expectativa, no sentido de proporcionar um tempo de elaboração e preparação de um melhor acolhimento da criança (Grigoletti, 2005; Szejer, 2002).

Aline e Fernanda demonstram muita expectativa quanto ao aspecto físico do bebê real, o que não é possível ver na ecografia. Influenciada pelos comentários de sua médica de que as imagens mostram um bebê parecido com ela, Fernanda nutre esta expectativa. Grigoletti (2005) assinala a importância do profissional considerar as condições emocionais da gestante ao descrever as características do bebê, pois pode influenciar a relação filho imaginário – filho real desenvolvida pela gestante.

Quanto às representações desenvolvidas a partir dos movimentos fetais, Aline e Marta identificam seus bebês como diferenciados de seu próprio corpo, referindo-se ao bebê como “*ela*”. Fernanda esforça-se em diferenciar o bebê, mas este é nomeado conforme sua própria sensação corporal – “*um pum dentro*”, sendo percebido como uma modificação de um aspecto seu. A percepção do bebê como um ser diferenciado é considerado fator importante nesta fase da gestação, pois promove o exercício de desfazer gradualmente o sonho de fusão emocional proporcionado pelo período simbiótico do

primeiro trimestre (Faria, 2005; Raphael-Leff, 1997; Szejer, 2002; Szejer & Stewart, 1997).

Na medida em que a percepção dos movimentos confere mais realidade ao bebê, tal situação causa preocupação para Fernanda, pois precisa deslocar a “*alegria da gestação*”, o fato de estar grávida, para dar lugar a uma criança. Segundo Szejer e Stewart (1997), mesmo ainda distante do parto, os movimentos do bebê sinalizam o momento desta separação, o que pode trazer angústia dependendo da história pessoal de cada mulher.

Todas associam os movimentos do bebê às reações de aspectos seus. Fernanda entende como reação aos movimentos de seu próprio corpo, Marta como resposta a atividades como rezar ou contar histórias, e Aline como reações às suas emoções e sentimentos.

Aline atribui intencionalidade e autonomia às manifestações da filha, que ora coincidem e ora são opostas às suas próprias intenções. Para Marta, os movimentos são uma forma de comunicação em que ambas fazem reivindicações, com mútua compreensão e atendimento ao que é solicitado. Esta forma de diálogo constitui fator importante para a formação da relação materno-filial (Maldonado, 1982; Szejer, 2002).

Os preparativos do enxoval por meio de ações objetivas possibilitam a observação de aspectos do imaginário acerca do nascimento dos bebês. Aline prepara-se para um bebê a termo, deixando tudo preparado caso precise de repouso no final da gestação. Fernanda compra “o mínimo”, pensando na possibilidade do tamanho do bebê ser maior ou menor do que imagina ao nascer, pois teme um parto prematuro. Marta providencia o enxoval com cores neutras, dando espaço ao bebê imaginado – menino, e ao bebê da ecografia – menina. A existência de representações múltiplas e alternadas do filho durante a gravidez, parece colocar à disposição da mãe diversas alternativas para a criança

real (Bernardi, Tenenbaun, & Detey, 1998). As ações de Marta, ou a inibição destas em Fernanda, parecem ser um manejo externo na expectativa de proporcionar mais opções para receber o bebê real ao nascer, enquanto lidam com as representações já existentes.

Marta menciona o custo financeiro elevado das “*coisas de bebê*” ao preparar o enxoval. O grande investimento emocional e financeiro que em geral acompanha os processos de TRA corre o risco de ocasionar um investimento demasiado no bebê imaginado, aumentando as probabilidades de decepção com a criança real mais tarde (Araújo, 2015).

No eixo temático *Representações sobre o bebê apoiadas na realidade subjetiva*, o conteúdo dos sonhos noturnos revelou de forma muito clara as preocupações de Aline e Fernanda em torno das características físicas do bebê associadas à ovodoação, evidenciando a permanência de suas apreensões existentes já antes da gravidez. Aline teme não conseguir reconhecê-la como sua filha caso tenha um aspecto físico muito diferente. O desejo de que tenha a mesma cor dos seus olhos aparece em um de seus sonhos, transposto para a realidade externa por meio da compra de um par de brincos verdes.

Os sonhos podem conter tanto uma função elaborativa e/ou evacuativa, como também de transição entre o mundo imaginário e a realidade (Zimmerman, 2001). Percebe-se a expressão da angústia de Aline e a tentativa de elaboração psíquica mediante sonhos com bebês de características diferentes, ampliando as opções para receber o bebê real.

Marta é mais reservada quanto a falar de seus sonhos, que se relacionam com a questão do sexo do bebê. Não é possível afirmar quanto ao período de manifestação destes sonhos, mas estes também podem representar uma forma de organizar a intensidade dos sentimentos vivenciados no exame de ecografia (Souza & Pedroso, 2011).

O bebê imaginário de Marta é muito grandioso. Se a imagem da ecografia lhe mostrou um “*bebê enorme*” projetado numa tela, em seu pensamento está gestando um bebê ainda maior, no sentido de ser mais evoluído que os bebês de gerações anteriores, e que dessa forma virá para “*melhorar o mundo*”. Apesar de não fazer uma relação consciente com a ovoduação, sua expressão sobre os bebês atuais virem com “*layout diferente*” parece remeter à forma não convencional de alguns bebês gerados pelo auxílio da tecnologia, com a fantasia de que isso os faça diferentes dos demais. De qualquer forma, esta representação vem ao encontro de um dos tipos de bebê que Golse (2002) considera estar presente na mente dos pais, a criança narcísica, sucessora dos mais altos ideais.

A preconceção de Fernanda acerca do embrião “*planta carnívora*”, agarrado em seu endométrio no período inicial da gestação, parece se estender à sua representação sobre o bebê após o nascimento, mantendo a ideia de voracidade. Imagina um bebê que irá mamar o tempo inteiro, numa convivência exclusiva de vinte e quatro horas, por “*longos*” seis meses. Por habitar solos pobres em nutrientes e terem raízes fracas, as plantas carnívoras desenvolveram a característica de digerir pequenos animais a fim de absorverem seus nutrientes, mas a imagem folclórica associada a um “*monstro comedor de gente*” parece estar presente (Saridakis, Torezan, & Andrade, 2004). Embora o propósito da analogia utilizada pelo médico estivesse voltada para a fixação de raízes, Fernanda parece ter associado com o aspecto voraz.

Bydlowsky (2002) considera o feto uma representação metafórica do objeto interno da gestante, no sentido de que o bebê que a gestante atual era no passado tenha constituído um bom ou um ameaçador objeto interno, dependendo dos cuidados recebidos quando recém nascida. Dessa forma, parece ser possível compreender que as

representações atuais de Fernanda tenham mais relação com sua própria história infantil do que com a genética alheia do filho.

As preocupações em torno das características físicas são referidas em várias ocasiões ao longo das entrevistas, mas quando questionadas diretamente, todas afirmam não conseguirem imaginar com quem o bebê irá se parecer, embora expressem suas expectativas. Marta é quem parece dar menos ênfase ao aspecto físico, abordando representações mais relacionadas à saúde do bebê. Imagina uma criança com características físicas próprias, não relacionadas a ela e tampouco ao marido. Pelo critério de semelhança física contemplado pela clínica na escolha da doadora, Fernanda imagina que seu bebê terá características físicas suas, apesar de dizer que gostaria que se parecesse com o marido. Aline tem a expectativa de desfazer a importância atribuída ao aspecto físico assim que a filha nascer, pois apesar do grande desejo de ver um traço que se assemelhe a ela, tem a convicção de que será diferente.

Estas expectativas de Aline vêm ao encontro das conclusões do estudo das representações maternas no contexto do HIV, ao verificar que a influência do diagnóstico sobre a relação mãe-bebê foi cedendo espaço para os aspectos próprios da maternidade ao longo dos dois primeiros anos da criança, especialmente quando esta mãe foi auxiliada a expressar suas angústias. Embora a ovodoação não seja uma patologia, o fator da genética alheia possui potencial para desencadear dificuldades na relação mãe-bebê.

Para Szejer e Stewart (1997) a preocupação com o que é visível, a aparência da criança que os outros vão ver, é característico no período final da gestação. Associam a uma angústia narcísica de não corresponder às expectativas, temor ligado à história pessoal de cada uma. Para Aline e Fernanda, esta preocupação é marcante desde o início da gestação, por ser uma evidência externa da genética da doadora. Se o desejo consciente de ter uma criança que se assemelhe a si é ligado à necessidade de projetar imagens

familiares sobre o feto a fim de reduzir sua estranheza mesmo em gestações com a própria genética, no caso de doação de óvulos esse processo torna-se ainda mais delicado (Canneaux et al., 2013).

Quanto às definições de personalidade e caráter, Aline as relaciona com aspectos provenientes de si mesma e do marido, embora manifeste o desejo de que a filha desenvolva características valorizadas de sua família e não da família do marido. O desejo de que a filha “*se torne adulta cedo*” relaciona-se com as implicações futuras imaginadas de sua gestação tardia. Já Fernanda parece fazer uma distinção entre traços de personalidade, caráter e valores. Não descreve características imaginadas, no entanto expressa a expectativa de que o bebê tenha a personalidade do pai, mas que mantenha os valores da cultura de sua família e seu país de origem, pois manifesta preocupação quanto ao “jeitinho brasileiro” quando crescer. Marta parece valorizar mais as características de personalidade do pai, mas não enfatiza expectativas sobre o desenvolvimento de características familiares específicas.

Sobre a escolha do nome do bebê, nos três casos os nomes foram sugeridos por elas, com a concordância dos maridos. As escolhas de Aline e Marta expressam simbolicamente características esperadas para as filhas associadas à força e personalidade. Marta valoriza a estética sonora do nome, inspirando-se em pessoas de destaque profissional observadas na mídia. Aline e Fernanda escolhem nomes de familiares especialmente importantes para elas, possuindo também um significado religioso relacionado com o fato de terem conseguido engravidar. Segundo Lebovici (1997), a escolha do nome pode constituir uma forma de verificar o lugar que a criança ocupa no imaginário da mãe, tanto o seu lugar no sistema familiar, quanto na natureza da projeção de seus desejos inconscientes.

A atribuição de características físicas, de personalidade e a designação de um nome, não somente personificam o bebê como um ser diferenciado, como também o inserem numa linhagem (Brazelton & Cramer, 1992; Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007). A filiação permite reconhecer a criança como seu filho e a afiliação como pertencente ao mesmo grupo familiar. Percebe-se que Fernanda e Aline procuram aproximar o bebê de características suas e de suas famílias, se não é possível pelo aspecto físico, pelos traços de personalidade, cultura familiar e escolha do nome de pessoas de sua parte da família. Já Marta parece não buscar estes tipos de aproximação, desenvolvendo em suas representações uma criança de características próprias, um bebê diferente.

Finalizando, as representações acerca do bebê gestado por ovodação observadas nos dados deste estudo foram em grande parte comuns às de gestações espontâneas descritas na literatura, como percepção dos movimentos fetais, atribuição de características físicas e de personalidade, ou preocupações com a saúde do bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1982; Raphael-Leff, 1997; Stern, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, foi possível observar a interferência das peculiaridades do processo de ovodação em alguns pontos específicos, envolvendo referências ao fator genético e à doadora tanto em representações apoiadas na realidade objetiva, quanto na subjetiva.

Considerações finais

Considerando os dados obtidos, observa-se que as gestantes por ovodação deste estudo trazem as representações sobre seus bebês em suas narrativas com diferentes graus de fluidez. Grande parte das questões abordadas são comuns às de gestações naturais descritas na literatura sobre o tema.

O fator genético da doadora se faz presente nas representações sobre o bebê de diferentes formas. Em dois dos casos apresentados as referências ao aspecto físico do bebê recebem destaque, o que é percebido como evidência externa da expressão genética. Não é possível atribuir a maior dificuldade em estabelecer representações sobre o bebê como um ser diferenciado em um dos casos ao fato de se tratar de uma gestação por ovulação, sendo mais provável que mantenha relação com a história pessoal anterior da gestante.

Foi possível verificar o processo de personificação do bebê em todos os casos mediante atribuições de características, escolha do nome, identificação dos movimentos fetais e interação, elementos da representação do bebê durante a gestação. Observou-se um intenso trabalho psíquico em uma das participantes no que se refere ao sentimento de reconhecimento da criança como sua, bem como a necessidade de afirmação de inserção em sua família de origem, parte ausente da genética.

A questão comum encontrada nos casos acerca das dúvidas sobre a revelação da origem genética merece atenção no trabalho clínico junto a esses casos, diante da posição de alguns autores psicanalíticos quanto às implicações no desenvolvimento da criança. Por estar no interior do corpo da mãe, o bebê ainda não possui o caráter de objeto externo, limitando as formas de interação. Após o nascimento, o aspecto físico do bebê real talvez adquira outra importância diante da possibilidade de novas formas de interação, auxiliando ou dificultando a abordagem desta parte da história com a criança.

Foi possível observar a repercussão das verbalizações e procedimentos por parte da equipe de profissionais no desenvolvimento das representações sobre o bebê. A escuta de cada gestante é influenciada por suas características pessoais, e justamente por isso, requer um cuidado redobrado por parte daqueles que a acompanham.

Qualquer gestação envolve um intenso trabalho psíquico no sentido de sonhar o bebê para depois transformar suas representações e acolher o bebê real ao nascer, que nunca será igual ao imaginado. Neste sentido, a gestação pode ser também um período de elaboração das marcas da infertilidade e das peculiaridades da ovodação, facilitado ou dificultado pelas histórias individuais, em que um acompanhamento psicológico poderia trazer muitos benefícios.

Em relação às limitações deste estudo, a dificuldade de acesso à população estudada pode não ter contemplado aspectos significativos acerca das representações maternas sobre o bebê considerando outras situações de infertilidade, cuja indicação de ovodação não esteja relacionada ao fator da idade. Recomenda-se novos estudos que contemplem a abordagem da equipe médica, uma vez que estes profissionais mantêm contato mais direto com a fragilidade emocional dessas mulheres, pois a busca espontânea de um psicólogo é pouco frequente.

O exercício da parentalidade já contém por si só muitos desafios. Para que pais e filhos da ovodação não carreguem essa parte de suas histórias como um estigma, tendência em quaisquer situações diferentes das naturalmente concebidas, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas no intuito de promover intervenções clínicas possíveis para este contexto. Pesquisas abordando a revelação sob a perspectiva da criança nascida por ovodação poderiam proporcionar elementos para destacar a importância deste ponto e minimizar temores e fantasias por parte dos pais.

Referências

- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 246-55.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Araújo, K. A. (2015). O bebê imaginário e o bebê real diante da imagem pré-natal e da infertilidade. *Revista de psicoterapia da infância e da adolescência*, 24(24), 15-23.
- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(3), 9-45.
<https://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999003002>
- Bernardi, R., Tenenbaun, H., & Detey, D. (1998). O mundo representacional da mãe ante as ações espontâneas do filho. In: J. Outeiral. *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (orgs). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 205-214). Brasília: L. G. E.
- Cabral, S. A. & Levandowski, D. (2012). Representações de mães adolescentes: aspectos intergeracionais na relação mãe-criança. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(3), 543-562.
- Canneaux, M., Chabert, C., Golse, B., Wolf, J., & Maccotta, B. (2013). Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? *La psychiatrie de l'enfant* 1(56), 67-96.
- Caron, N. A. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: N. Caron. *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp.119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Caron, N. A. & Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.
- Cochini, A., Letur-Könirsch, H., Granet, P., Wainer, R., & Cupa, D. (2011). Le vecú de patients et les representations maternelles au fil des étapes d'un don d'ovocytes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(9), 533-537.
- Cox, F. E. M. & Maccotta, B. B. (2014). Representações maternas durante uma gravidez patológica: o caso da anemia falciforme. *Estilos da Clínica*, 19(2), 309-324.
- Ehrensaft, D. (2012). The 'Birth Other' in assisted reproduction. In: Maureen O'Reilly-Landry. *A Psychodynamic understanding of modern medicine*. (pp. 162-173). Londres: Radcliffe Publishing Ltd.
- Faria, C. (2005). Amor de mães: a experiência gravídica e parentalidade na fertilização com óvulos de doador. In: I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp.175-193). Lisboa: Fim de Século.
- Faria, E. R. & Piccinini, C. A. (2015). Representações maternas no contexto do HIV: gestação ao segundo ano da criança. *Psicologia em Estudo*, 20(4), 625-637.
- Ferrari, G. A., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.
- Figueiredo, M. M. D. (2012). *Da (in)fertilidade à parentalidade após recurso a ovócitos de dadora: vivências de quatro casais portugueses*. Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.12/2324>
- Golse, B. (2002). O que temos aprendido com os bebês. In: Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (orgs). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 116-134). Brasília: L. G. E.

- Gomes, A. G. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Grigoletti, L. V. S. (2005). A influência da ultrassonografia na representação do filho imaginário – filho real. *Psico* 36(2), 149-157.
- Grimalt, L. & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246.
- Karpel, L., Flis-Trèves, M., Blanchet, V., & Olivennes, F. F. (2005). Don d'ovocytes: Secrets et mensonges. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 34(6), 557-567.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. P. (1982). *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Montagnini, H. M. L., Malerbi, F., & Cedenho, A. P. (2012). Egg donation and the issue of disclosure. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 231-239. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200009>
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez – a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santos, J. & Quayle, J. (2013). Ovodoação: Vivências das Doadoras de Óvulos em um Hospital Universitário. In: K. M., Straube & R. M. Melamed (Eds). *Temas Contemporâneos de Psicologia em Reprodução Assistida*. (pp. 137-146). São Paulo/Rio de Janeiro: Livre Expressão.
- Saridakis, D. P., Torezan, J. M. D., & Andrade, G. (2004). Microhabitat preferences of six drosera (drosereaceae) from Tibagi river basin, Paraná state, Brazil. *Brazilian*

- Archives of Biology and Technology*, 47(4), 495-501.
- Soulé, M. (1997). O filho da cabeça, o filho imaginário. In: B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schärppi, & M. Soulé. *A dinâmica do bebê*. (pp. 132-169). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, E. J. C. & Pedroso, J. S. (2011). O papel do exame ultrassonográfico na representação do bebê imaginário em primigestas. *Revista Mal Estar na Subjetividade*, 11(4), 1491-1520.
- Stern, D. N. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health*, 12(3), 174-185.
- Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (orgs). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 188-204). Brasília: L. G. E.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3rd ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zaragoza, P. L. C. V. D. (2007). *Representações mentais e ajustamento materno na grávida adolescente*. Dissertação (Mestrado em Psicossomática) - Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Zimmerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Considerações Finais da Dissertação

A presente Dissertação de Mestrado teve como objetivo investigar as representações maternas de gestantes por ovodoação sobre a maternidade e o bebê, através do referencial psicanalítico. O desenvolvimento do trabalho por meio de dois artigos empíricos possibilitou aprofundar o estudo das representações contemplando os aspectos sobre a maternidade na Seção I, e sobre o bebê na Seção II.

No que se refere às representações sobre a maternidade, os resultados revelaram que a representação da “eterna juventude” contribuiu para compor a realidade de maternidades tardias, em que a busca pela maternidade num período de declínio acentuado da fertilidade conduziu aos tratamentos de reprodução assistida. Pelo insucesso de outras técnicas, a ovodoação tornou-se a opção possível, considerando o desejo de gestar frente à alternativa de adotar uma criança. A decisão pela ovodoação envolveu intenso questionamento em torno da renúncia genética, tendendo a minimizar sua importância. A infertilidade e a ovodoação impactaram de formas diferentes nas representações das participantes sobre si mesmas.

A gestação mostrou ter grande importância narcísica diante da vivência da infertilidade, adquirindo a representação de ser uma mulher fértil. Gestar trouxe o sentimento de responsabilidade e participação no desenvolvimento deste bebê, tornando-o seu e validando sua maternidade diante da presença de uma doadora. As fantasias e defesas frente às inquietantes situações provenientes da ovodoação confirmaram muitos dos achados de outros estudos sobre o tema.

Quanto às representações sobre o bebê, os resultados destacaram de forma muito expressiva as expectativas em torno das características físicas da criança ao nascer, evidência externa da genética, e expectativas sobre a saúde física do bebê vinculadas à

doadora. Grande parte das representações sobre o bebê são comuns às de gestações naturais descritas na literatura e a doadora se fez presente nas representações de diferentes formas.

Levy (2003; 2014) aborda a importância de representar as experiências emocionais, afirmando que a dor psíquica pode fazer com que estas experiências sejam representadas e reprimidas, representadas e distorcidas, representadas e destruídas ou não representadas. A não representação retira essas experiências do mental, buscando expressão no corpo ou na conduta. Por considerarem a vivência da infertilidade e da concepção por óvulo de doadora uma experiência potencialmente traumática, Canneaux et al. (2013) dedicaram especial atenção aos processos de elaboração psíquica nestes casos. Os autores identificaram diferentes níveis de intensidade, uso de defesas e capacidade de elaboração, destacando o grau de fluidez do discurso como indicador da capacidade de evocar representações sem transbordamento traumático.

Neste sentido, o período de gestação talvez seja um espaço de tempo muito pequeno para dar conta psiquicamente de tantas mudanças sem um transbordamento traumático, especialmente para a elaboração da ovodoação. No que diz respeito à presença de outra mãe biológica nesta maternidade, somente uma das participantes incluiu a doadora de forma espontânea em suas narrativas, elaborando reflexões. Manter os padrões tradicionais de família, como revelaram os casos estudados, e fazer uso desta forma nada convencional de procriação, foi desafiador para o psiquismo dessas mulheres, que enfatizaram a necessidade de ser “aberta” para conseguir assimilar a ovodoação.

O posicionamento das participantes diante da revelação acerca da ovodoação, ao menos neste período que envolve a gestação, sinaliza pontos importantes a serem considerados. Os argumentos de preconceito podem fazer sentido diante da reação de muitas pessoas frente ao novo, assim como acontece com tantas outras novas

configurações familiares, como o exercício da parentalidade por casais homoafetivos. Embora o estigma social exerça uma importante influência, as questões internas dos pais poderão facilitar ou dificultar a fluidez deste assunto tanto entre o casal, como entre os pais e a futura criança. No passado era pouco comum contar aos filhos adotivos sobre sua história. Atualmente parece haver um consenso sobre o impacto negativo do segredo para os filhos, não havendo dúvidas quanto a necessidade de abordar o assunto da adoção. Poderíamos questionar porque isso seria diferente com a ovodoação, pois esta ideia parece não ser compartilhada pelos que tem filhos por meio desta prática.

Seria a ovodoação uma nova forma de adoção? Embora sejam feitas muitas comparações entre adoção e ovodoação, é importante estabelecer as diferenças e semelhanças entre esses dois processos. Do ponto de vista da criança, como constatou uma das participantes, esta manteria a continuidade da familiaridade com a mãe após o nascimento, suprimindo a vivência da rejeição.

Exercer a função materna independe da transmissão genética ou mesmo da gestação, pois todos os filhos precisam ser adotados afetivamente (Dolto, 2013). Silva (2016) pontua que uma adoção pode não transcorrer bem quando não ocorre o luto pela infertilidade e pela idealização do filho tão esperado. Neste sentido, é possível pensar o mesmo para a maternidade na ovodoação.

Neste estudo a ovodoação ficou associada à infertilidade pela idade, pois o perfil das participantes não contemplou outras circunstâncias da indicação desta prática. É muito provável que pontos importantes sobre as representações de gestantes por ovodoação não tenham sido abordados, permanecendo guardados no silêncio das muitas mulheres que não se dispuseram a participar desta pesquisa, fato destacado em vários estudos sobre o tema (Canneaux et al., 2013; Cochini et al. 2011).

Por se tratar de uma realidade ainda pouco conhecida, sugere-se novos estudos sobre a ovodoação no contexto brasileiro, visto a dificuldade de obter dados sobre o uso desta prática em relação a outras técnicas de reprodução assistida. Vários pontos poderiam ser pesquisados no intuito de contribuir para a compreensão e suporte ao trabalho psicológico neste contexto, entre eles a presença paterna, intervenções possíveis junto a esses casais em geral pouco acessíveis aos profissionais da psicologia, e abordagem da equipe de profissionais que mantêm contato direto com essas mulheres. Pesquisas abordando a revelação sob a perspectiva da criança nascida por ovodoação poderiam proporcionar elementos para destacar a importância deste ponto e minimizar temores e fantasias por parte dos pais.

O potencial preventivo do trabalho clínico para a relações mãe-bebê neste contexto é relevante. Despojar-se de preconceitos para conseguir externar a dor, além de uma expectativa, foi um motivador para a participação destas mulheres nesta pesquisa. Espera-se que essas reflexões tenham contribuído para a escuta e fomentado o interesse por novos estudos nos desafios da clínica contemporânea. Afinal, tudo pode valer a pena, quando as necessidades narcísicas não impedirem de voltar-se ao outro.

Referências da Dissertação

- Abreu, L. G., Santana, L. F., Navarro, P. A. A. S., Reis, R. M., Ferriani, R. A., & Moura, M. D. (2006). A taxa de gestação em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida é menor a partir dos 30 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1), 32-37.
- Canneaux, M., Chabert, C., Golse, B., Wolf, J., & Maccotta, B. (2013). Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? *La psychiatrie de l'enfant* 1(56), 67-96.
- Cochini, A., Letur-Könirsch, H., Granet, P., Wainer, R., & Cupa, D. (2011). Le vécu de patients et les representations maternelles au fil des étapes d'un don d'ovocytes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(9), 533-537.
- Dolto, F. (2013). *Seminário de Psicanálise de Crianças*. São Paulo: Martins Fontes.
- Golse, B. (2002). O que temos aprendido com os bebês. In: Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (orgs). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 116-134). Brasília: L. G. E.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), p. 99-106.
- Levy, R (2003). A visão topográfica no processo psicanalítico: o irrepresentável. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(4), 1067-1077.
- Levy, R. (2014). Do simbolizar ao não simbolizar no âmbito de um vínculo: do sonho ao grito de terror por uma presença ausente. *Livro Anual de Psicanálise*, 28(2), 231-251.
- Maluf, V. (2008). *Fertilidade & maternidade: o desejo de um filho*. São Paulo:

Atheneu.

Oliveira, I. T. (2007). Psicoterapia breve infantil: revisão da literatura e delineamento de modelos de intervenção. *Encontro Revista de Psicologia*, 11(16), 49-74.

Pessoa, F. (2013). *Mensagem: obra poética I*. Porto Alegre: L&PM.

Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, M. R. (2016). *Adoção: desafios na construção da filiação e da parentalidade. Uma reflexão psicanalítica*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada "Representações Sobre a Maternidade e o Bebê em Gestantes por Ovodoação", desenvolvida por mim, Ivana Elia Schneider, sob orientação de Tagma Marina Schneider Donelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS. Seu objetivo é investigar as representações mentais sobre a maternidade e o bebê em gestantes que conceberam por meio de ovodoação. Através deste trabalho, espera-se contribuir para o campo dos conhecimentos sobre o funcionamento psíquico no contexto da Reprodução Assistida por ovodoação, proporcionando mais recursos para a prática clínica dos profissionais que se dedicam a essa área.

A sua participação implica preencher uma ficha de dados sociodemográficos, responder a uma entrevista sobre o processo de reprodução assistida e outra entrevista com algumas perguntas acerca de suas percepções e sentimentos em relação à gestação e ao bebê. As entrevistas serão realizadas individualmente e gravadas em áudio. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que lhe causar algum constrangimento e a omitir dados que possam comprometê-la. As informações obtidas serão analisadas de acordo com o objetivo proposto nesse estudo e mantidas em sigilo em um banco de dados guardados sob minha responsabilidade, por um período de cinco anos.

A sua contribuição no estudo se dará em um encontro e você poderá fazer perguntas a qualquer momento. A participação não terá nenhum custo para você, mas também não lhe trará nenhum privilégio ou remuneração. Você tem a liberdade e o direito de optar pela não participação e não terá prejuízo algum por tal decisão. A colaboração é completamente voluntária e a qualquer momento você poderá optar por deixar de participar do estudo.

Cabe ressaltar que a pesquisa não oferece nenhum dano a você e seus riscos são mínimos, como um eventual desconforto em relação às questões das entrevistas. Você receberá um número de identificação no estudo para que o seu nome seja mantido anônimo nos formulários. Embora os resultados da pesquisa possam ser publicados em revistas científicas, a identificação pessoal será omitida.

Você poderá esclarecer suas dúvidas entrando em contato comigo, psicóloga Ivana Elia Schneider, através do telefone (51) 99765717 ou e-mail ijpanosso@gmail.com, ou com a orientadora da pesquisa Tagma Marina Schneider Donelli pelo telefone 35911208 ou e-mail tagmad@unisinos.br.

A autorização para sua participação nessa pesquisa dependerá de sua assinatura ao presente termo, emitido em duas vias, uma que será arquivada e outra que ficará com você.

_____, _____ de _____ 20____.

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 2019.04.16

 Pesquisadora - Ivana Elia Schneider

 Participante

Apêndice B – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

I - Número de identificação no estudo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior,
onde? _____

II - Escolaridade: () fundamental - ___série () médio - ___série () superior -
___semestre () curso técnico: _____ () pós graduação: _____

() outro: _____ Ainda está estudando? () sim () não – nível: _____

III - Estado Civil: () solteira () casada - desde _____ () divorciada – desde _____
() união estável – desde _____

Situação Relacional Conjugal:

Casamentos: houve outro anteriormente? _____

União estável: houve outra anteriormente? _____

IV - Situação Profissional: Profissão: _____

Atualmente está trabalhando? () sim () não

Em caso negativo, você já trabalhou? () sim () não

Que tipo de trabalho você faz? _____ Quantas horas? _____ por dia

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

O que você fazia? _____

V - Moradia: quem são os moradores da casa? _____

VI - Composição Familiar:

Sua família: Número de irmãos: _____ Idades: _____

Sua ordem de nascimento entre os irmãos: _____

Sobrinhos/as: _____ Idades: _____

Família do parceiro: Número de irmãos: _____ Idades: _____

Sua ordem de nascimento entre os irmãos: _____

Sobrinhos/as: _____ Idades: _____

VII - Dados Clínicos:

Idade gestacional: _____ semanas

Primeira gestação? () sim () não

Histórico de Aborto? () sim () não

Toma alguma medicação? () não () sim. Qual? _____

Acompanhamento psiquiátrico ou psicológico: () nunca teve () teve anteriormente
() tem atualmente

VIII - Dados sobre a saúde da família:

Histórico de infertilidade na família (sua, do parceiro)? () sim () não. Quem? _____

Qual a causa? _____

Histórico de abortos na família (sua, do parceiro)? () sim () não. Quem? _____

Histórico de doença genética na família (sua, do parceiro)? () sim () não. Quem? _____

Qual doença? _____

Apêndice C – Entrevista sobre a Reprodução Assistida

Entrevista sobre a Reprodução Assistida

Nº de Identificação: _____

Data: ___ / ___ / _____

Idade gestacional: _____

I. História da Infertilidade

1. Tu poderias falar sobre como te deparaste com a infertilidade na tua vida?
 - . Descoberta (quando, como)
 - . Causa
 - . Número de tratamentos, tipos
2. Como te sentiste ao ouvir a indicação do médico para o recurso da ovodoação?
 - . Quanto tempo demoraram para tomar a decisão de fazer a fertilização por ovodoação?
 - . Que fatores ajudaram a tomar a decisão?

II. História da fertilização

3. Como foi o processo de fertilização?
 - . Como transcorreu? (quantos embriões foram colocados, houve complicações, internações, alguma patologia ou não)

III. Outros Pontos:

4. Partilharam com alguém sobre a ovodoação?
 - . Caso tenham partilhado, com quem?
5. Tinham conhecimento de outras situações semelhantes à de vocês?
6. Pretendem revelar para a criança?
7. Se hoje fosse iniciar o processo de concepção medicamente assistida com recurso a óvulos doados, o que considera importante saber que não lhe foi dito naquela ocasião?
8. Há alguma referência que possa partilhar, sobre algo que lhe tenha sido dito que a tenha ajudado durante o processo de concepção/gravidez?
9. Se tivesse conhecimento de alguma amiga sua que fosse iniciar um processo com o seu, o que lhe recomendaria?

Apêndice D – IRMAG

IRMAG (Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza)

Participante:

Data:

Avaliador:

I – Como a mulher organiza e comunica sua experiência em uma estrutura narrativa

1- “Conte-me a história de sua gravidez.

. **“Como você está se sentindo, como você está vivendo esta gravidez?”**

II – O desejo de maternidade na história pessoal da mulher e na história do casal (como este desejo nasceu na história da mulher e neste momento em particular, no ciclo vital, se ele se relaciona ao papel maternal ou à importância que ela atribui à criança)

2- “Porque um filho justamente neste momento da sua vida?”

Eventualmente completar com:

. depois de quanto tempo surgiu este desejo?

III – Emoções pessoais, do casal e da família no anúncio da gravidez

3- “O que você sentiu quando teve a confirmação que estava grávida?”

. Com quem você falou (parceiro, mãe, amigos)?

4- “Como a novidade foi recebida?”

. **pelo parceiro/marido:** reações emocionais e físicas, semelhanças ou diferenças em relação às suas próprias reações;

. **pela família de origem, pela família do marido e pelas outras pessoas.**

IV – Emoções e mudanças ao longo da gravidez na vida pessoal, do casal e em relação às famílias (emoções em relação a mudanças específicas e relativas ao estado emotivo em geral)

5- “O que você sentiu e de que maneira a sua vida mudou durante a gravidez?”
(estado emocional geral e mudanças gerais)

“E quanto ao seu parceiro?”

. Exemplos

6 - A gravidez influenciou nos seus hábitos, atividades e no seu ritmo de trabalho?”**“E do seu parceiro?”**

. Exemplos

7 - “Você acredita que a relação com seu parceiro mudou? De que forma?”

. Hábitos (exemplos);

. Diminuição ou aumento de conflitos;

. Vida sexual;

. Forma como seu parceiro age com você (protetor, distante)

8 - “Como está a relação com sua mãe neste período?”

. Estado de ânimo (proteção, mais próxima, mais distante), mudanças antes/durante a gravidez;

. Hábitos (exemplos), mudanças antes/durante a gravidez.

9 - “Em que momento você percebeu as primeiras mudanças no seu corpo?”

. Suas reações, reações do parceiro, diferenças entre essas reações.

10 - “Quando você começou a vestir roupas de gestante?”

. Sensações que você sentiu;

. Reações do parceiro.

11 - “Existiu um momento de emoção em particular durante a gravidez?”

. Necessidade ou ausência de suporte, surpresa, preocupação ou sentir-se ofendida;

. Medos específicos;

. Sonhos relativos à gravidez ou sonhos recorrentes.

“Como você enfrentou estes estados de emoção?”

. **Você falou com alguém sobre isso?**

(“De que forma seu parceiro reagiu emocionalmente à gravidez?”)

“Seu marido demonstrou sentimentos como: competição, ciúmes, inveja, falta de interesse, medos?”

. Exemplos.

12 – “Nós conversamos sobre a história de sua gravidez. Existem aspectos, positivos ou negativos, dos quais nós não falamos ainda?” (pausa de autorreflexão).

13 – “Como está sendo o acompanhamento médico durante a gravidez?”

. Consultas e exames regulares de rotina;

. Tem alguma preocupação em relação a isso, sobre algum resultado?

. Foi consultado mais de um médico ou outros profissionais?

. Alguém costuma te acompanhar nas consultas?

. Pretendes fazer algum curso de preparação para o parto?

. Problemas de gravidez (náuseas, vômitos, ganho de peso, desejos, constipação/diarreia, alterações no sono).

14 – “Como você imagina o parto?”

. Alguém já lhe contou algo sobre parto?

. Quem você gostaria que lhe acompanhasse durante o parto?

V – Percepções, emoções positivas e negativas, fantasias maternas e paternas: o espaço da criança imaginária

15 – “O que você sentiu quando percebeu que tinha uma criança no seu interior?”

. Em que mês isso aconteceu?

“Isto aconteceu ao sentir os primeiros movimentos fetais?”

“É uma criança que se mexe bastante ou pouco?”

. Em que circunstâncias;

- . Como você interpreta esses movimentos? (relativo ao temperamento da criança ou com o estado de espírito da mãe)
- . Exemplos.

16 – “Como você imagina sua criança?”

- . Sexo, características físicas, personalidade.

“Como seu parceiro imagina essa criança?”

17 – “Você acredita que já existe uma relação entre você e sua criança? Como você descreveria esta relação?”

- . Você e seu marido conversam algumas vezes com a criança?
- . Vocês a chamam por algum nome afetuoso?
- . Exemplos.

18 – “Você já sonhou com sua criança?”

- . Como ela era, em que ocasião, quando isso se repetiu.

19 – “Você já a viu numa ecografia. Como foi?”

- . Como ela lhe pareceu?
- . Descreva a criança.

20 – “Você já escolheu um nome?”

- . Quem escolheu o nome? Como foi?
- . É o nome de alguém da família?

21 – “O que você já preparou para a criança?”

- . Roupas, quarto, berço;
- . Alguém ajudou? Quem?

22 – “Nós conversamos sobre sua criança. Existem características positivas ou negativas que você ainda não comentou?”

VI – “Perspectiva temporal, perspectivas futuras (parto, criança, suas funções e capacidades, do pai, organização da vida, estilo paternal, ideias sobre as habilidades ou inabilidades da criança)

23 – “Você pensa sobre como será a criança?”

. Como você gostaria que ele fosse nos primeiros meses?

“Como seu marido gostaria que essa criança fosse?”

“Como você NÃO gostaria que ela fosse? E seu marido?”

24 – “Você pensa ou se preocupa sobre o estado de saúde desta criança?”

(no nascimento e durante os primeiros meses)

25 – “Que necessidades você imagina que sua criança terá nos primeiros meses?”

26 – “Nós conversamos sobre como imagina que será sua criança. Existem características positivas ou negativas que ainda não falamos?”

27 – Administrar a Escala 1 (E1) sobre as características individuais da criança.

“Eu vou lhe mostrar uma lista de características descritivas da criança que você está esperando. Elas estão colocadas de forma a prever características opostas (por exemplo, ativo/passivo), e tem uma linha que permite definir todos os graus de possibilidades entre uma e outra característica. Coloque um X no ponto que você acha que descreve melhor a criança que você está esperando.”

28 – “Existem características da sua família e da família do seu parceiro que você gostaria ou não gostaria para sua criança?”

29 – “Existem características positivas ou negativas das quais ainda não conversamos?”

30 – Administrar as Escalas 2 e 3 (E2; E3) das características individuais do pai e da mãe da criança.

“Esta é uma lista de características para você se descrever como pessoa. Você poderia completa-la da mesma forma que a anterior?”

“Você poderia completar esta lista da mesma forma que a anterior, relativa às características de seu parceiro?”

31 – **“Que tipo de mãe você acha que será durante os primeiros meses?”**

32 – **“Que tipo de mãe você NÃO gostaria de ser?”**

33 – **“Você acredita que é necessário acostumar a criança a um ritmo de sono, por exemplo, desde os primeiros dias, ou você acredita que é melhor que ela encontre seu próprio ritmo sozinha?”**

33b – **“Depois do nascimento, quem vai cuidar da criança?**

. Você quer ser ajudada por alguém?”

. Por quem?

. Quando você pensa que vai retomar o trabalho?

34 – **“Nós conversamos sobre como você imagina que será como mãe. Existem características positivas ou negativas das quais nós não falamos?”**

35 – Administrar a Escala 4 (E4) sobre as características maternas de si mesma.

“Esta é uma lista de características para você se descrever como acredita que será como mãe. Por favor, complete-a conforme as anteriores.”

VII – Perspectivas históricas em relação ao passado da mãe.

36 – **“Como você era quando criança?”**

. Aspecto, temperamento, hábitos (durante os primeiros anos).

36b – **“Você pensa com frequência sobre como você era quando criança?”**

. Lembranças de momentos particulares da infância, de certas pessoas.

37 – “Como era a relação com seus pais quando você era criança?”

- . Descrição da relação **com sua mãe**;
- . Descrição da relação **com seu pai**;
- . Exemplos.

38 – “Nós conversamos sobre seus pais. Existem características positivas ou negativas a este respeito que ainda não falamos?”

“Nós conversamos sobre sua mãe. Existem características positivas ou negativas sobre as quais ainda não falamos?”

39 – Administrar a Escala 5 (E5) sobre as características maternas de sua mãe.

“Esta última lista apresenta características pelas quais você pode descrever sua mãe durante sua infância.”

40 – “Em que você pensa que você irá se assemelhar ou não com sua mãe, em relação à sua criança?”

41 – “Existe alguma coisa que eu não lhe perguntei e que você gostaria de falar?”

IRMAG – Escalas de Diferenciadores Semânticos**E1 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO BEBÊ**

passivo	_____	ativo
calmo	_____	agitado
voraz	_____	preguiçoso
reservado	_____	sociável
dinâmico	_____	tímido
educado	_____	áspero
alegre	_____	triste
difícil	_____	fácil
pouco inteligente	_____	inteligente
colaborador	_____	não colaborador
desorganizado	_____	organizado
desprendido	_____	afetuoso
independente	_____	dependente
decidido	_____	submisso
medroso	_____	confiante
vivo	_____	quieto
frágil	_____	forte

E 2 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DE SI MESMA

passivo	_____	ativo
calmo	_____	agitado
voraz	_____	preguiçoso
reservado	_____	sociável
dinâmico	_____	tímido
educado	_____	áspero
alegre	_____	triste
difícil	_____	fácil
pouco inteligente	_____	inteligente
colaborador	_____	não colaborador
desorganizado	_____	organizado
desprendido	_____	afetuoso
independente	_____	dependente
decidido	_____	submisso
medroso	_____	confiante
vivo	_____	quieto
frágil	_____	forte

E 3 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO PAI DO BEBÊ

passivo _____	ativo
calmo _____	agitado
voraz _____	preguiçoso
reservado _____	sociável
dinâmico _____	tímido
educado _____	áspero
alegre _____	triste
difícil _____	fácil
pouco inteligente _____	inteligente
colaborador _____	não colaborador
desorganizado _____	organizado
desprendido _____	afetuoso
independente _____	dependente
decidido _____	submisso
medroso _____	confiante
vivo _____	quieto
frágil _____	forte

E 4 – CARACTERÍSTICAS MATERNAIS DE SI PRÓPRIA

afetuosa	_____	não afetuosa
pouco segura	_____	segura
disponível	_____	ocupada
flexível	_____	inflexível
mãe coruja	_____	desligada
impaciente	_____	paciente
autoritária	_____	permissiva
colaboradora	_____	não colaboradora
séria	_____	brincalhona
controladora	_____	liberal
ansiosa	_____	tranquila
que não se dá	_____	generosa
satisfeita no papel de mãe	_____	insatisfeita no papel de mãe
triste	_____	alegre
passiva	_____	ativa
possessiva	_____	não possessiva
acha difícil o papel de mãe	_____	acha fácil o papel de mãe

E 5 – CARACTERÍSTICAS MATERNAIS DE SUA PRÓPRIA MÃE

afetuosa _____	não afetuosa
pouco segura _____	segura
disponível _____	ocupada
flexível _____	inflexível
mãe coruja _____	desligada
impaciente _____	paciente
autoritária _____	permissiva
colaboradora _____	não colaboradora
séria _____	brincalhona
controladora _____	liberal
ansiosa _____	tranquila
que não se dá _____	generosa
satisfeita no papel de mãe _____	insatisfeita no papel de mãe
triste _____	alegre
passiva _____	ativa
possessiva _____	não possessiva
acha difícil o papel de mãe _____	acha fácil o papel de mãe

Apêndice E – Resolução do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG)
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2017

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 020/2016

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: N° CEP 16/027 **Versão do Projeto:** 20/04/2016 **Versão do TCLE:** 20/04/2016

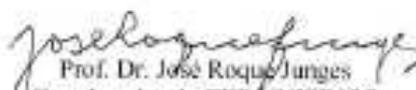
Coordenadora:
 Mestranda Ivana Elia Schneider (PPG em Psicologia)

Título: Representações sobre a maternidade e o bebê em gestantes por ovulação.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 20 de abril de 2016.


 Prof. Dr. José Roque Junges
 Coordenador do CEP/UNISINOS