

REPRODUÇÃO ASSISTIDA E SEXUALIDADE

Rose Marie Massaro Melamed¹⁶

ASSISTED REPRODUCTION AND SEXUALITY

Resumo: São muitos os aspectos envolvidos em sexualidade e reprodução. A biologia e a bioquímica determinam nossas características; a herança, porém é influenciada por questões de cunho social, cultural e emocional. Fatores religiosos, políticos, socioculturais e familiares influenciam tanto a sexualidade como a reprodução. Apesar de toda modernidade e conquistas ocorridas nos últimos anos, o desejo de maternidade e paternidade é ainda fortemente alimentado. No passado, a infertilidade era a perda do principal recurso natural para a procriação, levando a pessoa a conviver com este diagnóstico que causava impacto negativo no bem-estar emocional, visto que havia uma grande identificação entre masculinidade/virilidade e capacidade de engravidar uma mulher. O desenvolvimento da biotecnologia e da medicina reprodutiva possibilitou uma possível saída para este problema; entretanto as disfunções sexuais capazes de comprometer o nível de fertilidade nem sempre são tratadas, podendo ocasionar prejuízos em diferentes aspectos da vida do sujeito.

Palavras-chave: Fertilidade; infertilidade; reprodução humana assistida; sexualidade

Abstract: Sexuality and reproduction are composed by many aspects. Biology and biochemistry influence our characteristics, but the inheritance is influenced by social, cultural and emotional aspects. Religious, political, social and family factors influence the sexuality as well the reproduction. Despite all possibilities of the past few years, motherhood and fatherhood are still a huge desire. In the past, infertility was seen as the loss of the main source for motherhood and fatherhood, causing a negative impact in patient's life. Indeed there was a great identification between masculinity/virility and potential of generate a pregnancy.

Biotechnology and reproductive medicine development has provided a toll to solve this problem. However not treated sexual dysfunction which compromises the fertility are not often treated and may cause damage in different aspects of life

Keywords: Fertility; infertility; assisted human reproduction; sexuality

Reprodução Assistida e Sexualidade

“Não é fácil se ver diante de um caminho bloqueado, principalmente quando há uma grande vontade de percorrê-lo. Desistir é abrir mão de uma esperança, é admitir a perda de um sonho, a impossibilidade de realizar um grande desejo.” (MALDONADO, 1997, p.23)

Ao abordar o tema reprodução assistida e sexualidade é importante ressaltar o papel da **procriação** no decorrer da civilização, tida como um elemento central do vínculo familiar; para tanto vamos fazer um breve apanhado do processo histórico, a fim de entendermos o lugar destinado ao filho em diferentes épocas e as soluções encontradas na ocorrência de problemas.

Para abranger o tema procriação é necessário falarmos de **fertilidade e da infertilidade**, alguns textos nos mostram como a reprodução humana, no processo civilizatório fora tida como um elemento central do vínculo matrimonial e / ou familiar.

No Código de Hamurabi, rei Babilônico que unificou os povos da Mesopotâmia, o mais antigo sistema de leis sociais, datado de 1700 a.C, constam 252 artigos, dos quais 64 são

¹⁶ Fertility – Centro de Fertilização Assistida. e-mail: rose@fertility.com.br

consagrados a regular as relações familiares. **Se a mulher fosse estéril**, o homem poderia repudiá-la ou tomar uma concubina para dela ter filhos e a esposa deveria aceitar (Osório, 2002). Observa-se na atualidade que, a partir do desenvolvimento da medicina reprodutiva temos a possibilidade de obter filhos em condições similares. Por exemplo, pela **ovodoação**, ou pela utilização do **útero de substituição**.

Em Esparta o casamento visava assegurar a descendência. Se o marido fosse ancião, poderia escolher um jovem são e vigoroso para fecundar sua mulher e assegurar a continuidade de sua linhagem. Atualmente para o mesmo propósito, utilizamos os bancos de sêmen.

A família consolidou-se como instituição a partir dos romanos. Estruturava-se nos moldes do Estado, tendo como autoridade suprema o pai (pater famílias) e como código de conduta um sistema de leis a ser obedecida (judícia doméstica). Neste contexto as mulheres se abstinham da relação sexual durante a gestação e aos maridos era permitido possuírem amantes ou impor o aborto às esposas. A adoção era freqüente para manter o pater famílias. Nos dias atuais alguns casais que se encontram impedidos de gestar filhos com a própria carga genética recorrem à adoção de embriões ou mesmo a **adoção** convencional tornando-se pais afetivos.

Historicamente, a partir de 1950, o progresso da inseminação artificial abriu caminho, no domínio da procriação, para uma possível substituição das relações sexuais por uma intervenção médica. Desde 1970 passamos a contar, progressivamente, com o desenvolvimento das técnicas de alta complexidade tais como a fertilização in vitro (FIV), a **injeção intracitoplasmática (ICSI)**, adoção de óvulos e a fabricação de embriões. Concomitante aos avanços tecnológicos a ordem procriadora sofreu uma possível reformulação. Antes desse desenvolvimento, “um filho vinha como uma das conseqüências possíveis do ato sexual” (PERELSON, p. 32, 2008).

O desenvolvimento da medicina reprodutiva, da biotecnologia e suas contribuições possibilitaram mudanças sociais na constituição dos núcleos familiares. Já não vivemos mais com normas aceitáveis para todos, a reprodução já não depende da intimidade sexual, a mãe que outrora era pessoa certa e conhecida, hoje pode ser a que está gestando, a que forneceu o óvulo ou a que forneceu o óvulo de uma terceira pessoa e contratou uma barriga de substituição (MELAMED, 2008).

As mudanças nos moldes tradicionais da procriação ficam mais evidentes, com o desenvolvimento da biotecnologia; a relação sexual pode ser substituída e as chances de concepção foram ampliadas, abriu-se, por exemplo para os homossexuais que pretendiam fundar uma família, a condição de fazê-lo prescindindo do coito vaginal.

Evidentemente a dinâmica social e das relações alteram-se de acordo com o momento do processo da civilização, dos fatores socioeconômicos e do desenvolvimento tecnológico. Com a oferta, tanto da contracepção, quanto das técnicas de reprodução humana assistida, a experiência de sexualidade pode se desvincular do risco da fecundação e do surgimento do filho inesperado. Essa escolha atualmente é cada vez mais racional, consciente e programada; a associação normativa entre sexualidade e relações conjugais e entre sexualidade e reprodução foi alterada.

A mulher vem reformulando seu papel no contexto social, conquistando direitos e poderes, reduzindo a dominação masculina e mudando suas aspirações, passou a exercer um controle sobre o momento em que deseja ter filhos e quando busca sexo / prazer ou sexo / reprodução; por outro lado, um dos principais fatores identificados como causa da infertilidade é a idade materna.

O TEMPO é o fator determinante e limitador na condição feminina de conceber um filho. Szerjer (1997) coloca-nos que a mulher tem como fator limitante a idade e o seu desejo se inscreve dentro de certos limites, sendo demarcado pelos mesmos. Decorridos trinta anos, por exemplo, mesmo a tecnologia médica tendo feito recuar um pouco as fronteiras do possível, dirá confusamente que tem pela frente nada mais do que uma dezena de anos para ter filho, sabendo com isso que seu tempo é contado.

Apesar dos avanços da medicina reprodutiva e das inovações tecnológicas, oferecem atualmente maior número de opções e tratamento. As mulheres devem ser alertadas sobre seu potencial procriador, enquanto estão fazendo seus planejamentos de vida, buscando equilíbrio

financeiro, emocional e relacional, pois com o aumento da longevidade elas ainda se sentem jovens, os óvulos, porém tem prazo de validade. Para Silva (2008) este pensar conduz a constituição de uma forte ambivalência, angustiante e real, entre a reprodução e a produção, visto que a maior facilidade reprodutiva se encontra na faixa das mais jovens e que a estas é exigida toda uma dedicação produtiva.

As disfunções sexuais como mecanismo de defesa podem desencadear o conflito ambivalente entre o medo e o desejo da gravidez.

Focando nossa atenção nos possíveis fatores subjetivos inerentes a este processo, sob a perspectiva da psicanálise, encontramos Szerjer (p. 55, 1997) ao abordar a questão de se desejar um filho dizendo que “O desejo para o psicanalista não pertence apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar de boa fé que se deseja um filho e inconscientemente não desejá-lo, por razões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um”. Por razões de censura inconsciente, observamos que nem sempre o filho é viável; Szerjer (p.56, 1997) esclarece que “a censura inconsciente não funciona no absoluto, mas articulada com uma situação particular, num contexto histórico dado”. Nesta mesma corrente de raciocínio encontramos Tubert (1996) que nos traz que obviamente não podemos nos referir à reprodução humana apenas como mero processo fisiológico. A autora refere-se ao desejo consciente, porém esclarece-nos que há uma dimensão inconsciente envolvida, que está regulada pelo universo simbólico expresso na linguagem, mitos, símbolos, normas e valores de qualquer cultura. Ao pensarmos na utilização de qualquer procedimento de reprodução humana para obter gestação e nascimento de uma criança, deveríamos dar atenção às possíveis questões psicológicas pré-existentes.

Assim, através da “disfunção, o casal (paciente / mulher) não consegue a relação sexual completa, o que impede, sem ser dito, a percepção do medo real e primário, a reprodução” (Silva, p.50, 2008).

A complexidade das questões referentes à sexualidade e infertilidade / reprodução nos leva a buscar o entendimento de sintomas prevalentes nesse campo. As principais causas sexuais capazes de comprometer o nível de fertilidade e que podem ser facilmente identificáveis pela equipe clínica são a **constatação de uniões não consumadas**, no atendimento de uma paciente o problema surgiu da seguinte maneira:

“quero engravidar, mas tenho um namorado que é casado, ele já tem filhos e parece não estar muito interessado no meu pedido”.

Posteriormente a mesma paciente já sem o tal namorado relata desejar utilizar o banco de sêmen para uma FIV, seu discurso era claro, queria um companheiro, (embora sua vida sexual nunca lhe trouxesse satisfação, de acordo ela entendia por ocupar costumeiramente o papel da “amante”) e posteriormente um filho. Seu tempo era curto e optou por congelar os óvulos.

A outra causa que pode comprometer o nível de fertilidade é o **distúrbio do desejo**, por interferir na frequência da atividade sexual.

No relato de alguns pacientes observamos que existe muita resistência para falar a verdade quando o assunto é sexo, normalmente afirmam manter uma vida sexualmente ativa com uma boa periodicidade, não há, porém o desejo do contato, a intimidade e a expressão emocional de prazer, carinho e amor.

Encontramos ainda os **distúrbios da excitação**, que se manifestam clinicamente através da má lubrificação vaginal e os **distúrbios do orgasmo**, que na mulher, podem levar desde o desinteresse até a aversão sexual (em qualquer das situações, com importante diminuição à exposição coital). E o bloqueio vaginal parcial ou total à penetração ocasionado pelo **vaginismo** (LOPES, MELAMED E MARTUCCI, 2003).

A infertilidade, nem sempre é, mas pode ser um fator perturbador iniciado por uma disfunção sexual.

No caso do homem, a infertilidade ou a ausência do filho, costumeiramente é confundida com a **impotência** ou com o desempenho sexual ruim, causando assim um mal estar maior. Como estratégia para lidar com o desejo frustrado de ter um filho e o sentimento de impotência, por vezes se manifesta a raiva que pode ser direcionada ao médico ou a equipe que o atende (MELAMED, 2009).

Algumas pesquisas apontam que diante do fator masculino de infertilidade, os homens mostram maiores níveis de sofrimento e culpa, podendo ter prejuízos na psique, no corpo, no relacionamento íntimo e na rede social.

Cabe enfatizar que o relacionamento conjugal diante do contexto da infertilidade, tanto na fase diagnóstica como durante o tratamento de reprodução assistida é permeado por tensões e comportamentos que causam prejuízos em várias instâncias.

A ansiedade é um sintoma que surge em ambos os cônjuges ao longo de todo o processo. Nos homens, aparece a preocupação com as esposas, alguns chegam a relatar o incômodo por saberem que sobre as mesmas recai a carga e o esforço físico dos procedimentos. Com frequência o cuidado leva-os a desenvolverem mecanismos de defesa na tentativa de esconderem seus sentimentos e colocarem-se como apoio. Entretanto, nem sempre as esposas tenham clareza do comprometimento do marido com o tratamento.

Diante da tensão, é freqüente os parceiros passarem a apresentar hostilidade e agressividade mútua. Ao nos referirmos a estes comportamentos consideramos importante destacar que em parte os mesmos ocorrem pela tendência natural das pessoas em culpar a outra pelas dificuldades vividas.

Os casais podem apresentar dificuldades sexuais, visto que simbolicamente a infertilidade está associada ao sexo. O contato sexual pode converter-se numa experiência dolorosa, tendo em vista que o prazer anteriormente existente, por vezes é substituído pelo ato dirigido e /ou pela lembrança dolorosa relacionada à impossibilidade de conceber.

Diversos fatores podem contribuir para que ocorram as disfunções sexuais, quando o casal se encontra diante do Diagnóstico de Infertilidade ou em tratamento de Reprodução Humana Assistida, pois existe uma perda da privacidade e da espontaneidade sexual, além da perda da auto-estima. Sem dúvida, estas reações apontadas vão depender da estrutura básica de personalidade de cada um, assim como a forma de lidar com o problema, do nível pré-existente de psicopatologia e do meio de apoio.

Um número significativo de aspectos envolvidos na ferida narcísica, que se reabre em função dos limites postos / impostos em decorrência da infertilidade e / ou pelas disfunções sexuais, exige da equipe cuidados, atenção e acolhimento às necessidades do paciente.

Como mencionado, os conflitos existentes diante da infertilidade e nos tratamentos de reprodução assistida, podem ser da ordem do biológico e do psíquico, sendo, portanto de fundamental importância considerar o cuidado dos aspectos emocionais envolvidos neste processo, visto que os fatores psicodinâmicos podem ser melhorados pela intervenção e acompanhamento psicoterápico.

A inserção do profissional de saúde mental na equipe de reprodução humana assistida é cada vez mais reconhecida como necessária; tendo em vista que com frequência os aspectos psíquicos dos pacientes transcendem o que a ciência médica e tecnológica pode ver e aparentemente controlar.

É importante, portanto, na avaliação do paciente abordar as questões referentes à saúde geral, incluindo a qualidade de vida e sexual, pois a complexidade dos aspectos referentes à sexualidade e a infertilidade nos remete a discussão, como causa ou efeito.

Referências bibliográficas:

LOPES, G.; MELAMED, R. M.; MARTUCCI, R.C. Aspectos Emocionais e Infertilidade. In: II Consenso Brasileiro de Infertilidade Masculina. Sociedade Brasileira de Urologia (pp. 109 – 113). São Paulo, 2003.

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. São Paulo: Saraiva, 1997.

MELAMED, R.M. Novas Famílias. In: SOUZA, M.C.B.; MOURA, M.D.; GRZYNSZPAN, D. Vivências em Tempos de Reprodução Assistida – o dito e o não dito. Rio de Janeiro: Reinventar, 2008, pp.143 – 145.

MELAMED, R.M.; SEGER, L. Infertilidade e Sexualidade. In: MELAMED, R.M.; SEGER, L.; BORGES JR. Psicologia e Reprodução Humana Assistida – uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009, p. 62 – 64.

OSÓRIO, L. C. Casais e Famílias uma Visão Contemporânea. Rio Grande do Sul: Artemed, 2002.

PERELSON, S. Sobre os lugares do Psicanalista e o Imprevisível no Tratamentos de Reprodução Assistida. In: SOUZA, M.C.B.; MOURA, M.D.; GRZYNSZPAN, D. Vivências em Tempos de Reprodução Assistida – o dito e o não dito. Rio de Janeiro: Reinventar, 2008, p. 31 – 36.

SILVA, M.C.A. (2008). Sexo e Reprodução. In: SOUZA, M.C.B.; MOURA, M.D.; GRZYNSZPAN, D. Vivências em Tempos de Reprodução Assistida – o dito e o não dito. Rio de Janeiro: Reinventar, 2008, p. 43-50.

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

TUBERT, S. (1996). Mulheres sem sombra. Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.