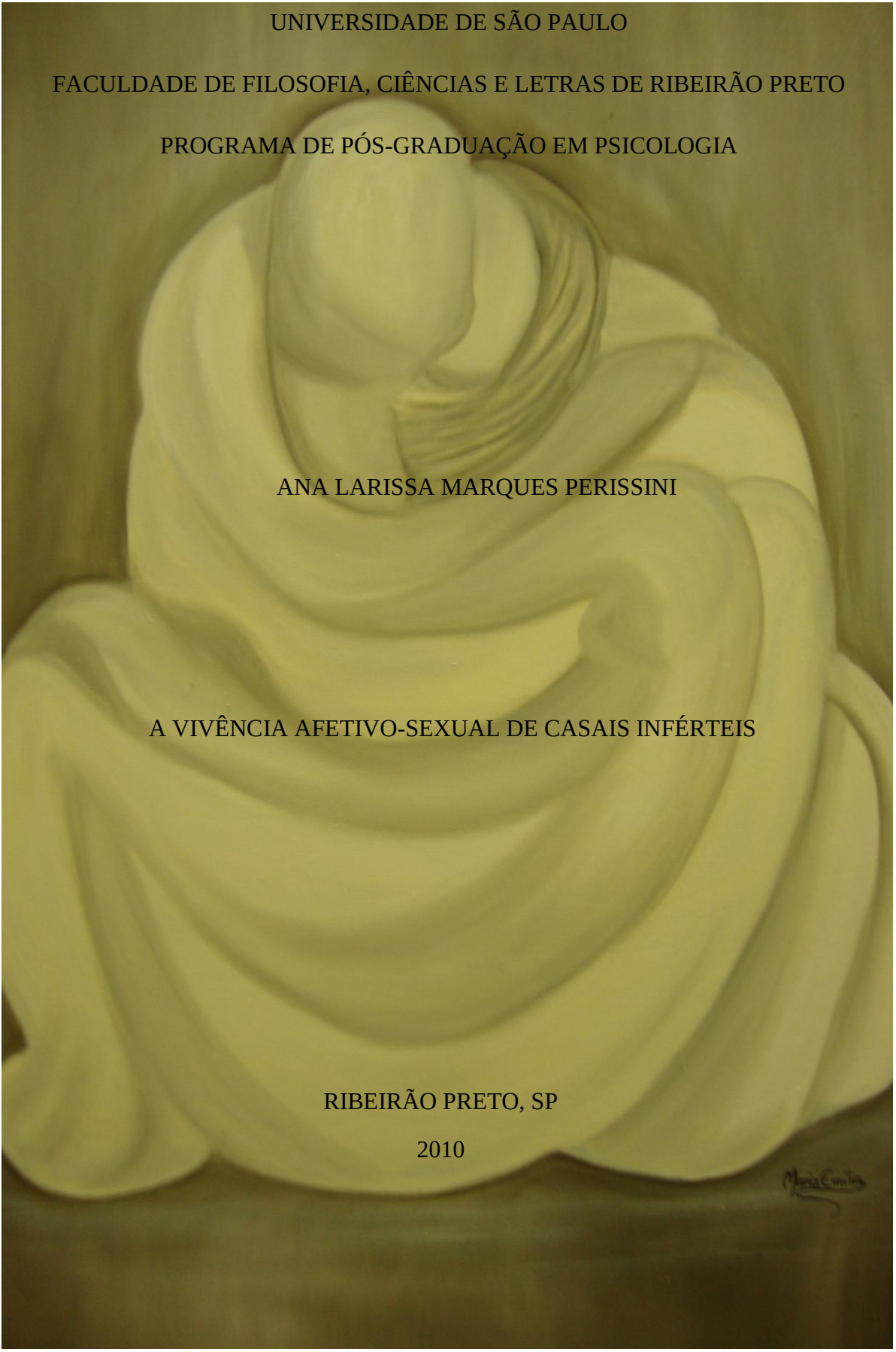


An abstract painting in shades of yellow and olive green. It depicts a figure, possibly a woman, wearing a long, flowing white robe. The figure is seated or crouching, with their head bowed and arms crossed or resting in their lap. The background is a textured, mottled yellow-green. The overall mood is contemplative and somber.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANA LARISSA MARQUES PERISSINI

A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

RIBEIRÃO PRETO, SP

2010

A small, dark, handwritten signature in the bottom right corner of the page.

ANA LARISSA MARQUES PERISSINI

A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo
Bruns

RIBEIRÃO PRETO, SP

2010

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Perissini, Ana Larissa Marques
A vivência afetivo-sexual de casais inférteis
Ribeirão Preto, 2010.
221 f. : Il; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP.
Orientadora: Bruns, Maria Alves de Toledo

1. Infertilidade. 2. Reprodução Humana Assistida. 3. Sexo. 4.
Procriação. 5. Metodologia Qualitativa.

PERISSINI, A. L. M. **A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS.**
 2010. 209 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão
 Preto da Universidade de São Paulo – USP.

ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
06	16	Acrescentar	À professora Verônica Coelho pelo comprometimento e excelente trabalho.
06	17	Acrescentar	À professora Letícia de Fátima Pereira do CCLI pela amizade e paciência ao ensinar.
09	21	RHA	AHR
16	31	Como se dá procura para engravidar?	Como se dá a procura para engravidar?
16	34	[...] os dois cônjuges, [...]	[...] os cônjuges, [...]
17	21	[...] Processo de compreensão [...]	[...] Processo de compreensão [...]
34	42	[...] até os 12 meses de gestação, [...]	[...] até as 12 semanas de gestação, [...]
35	21	1.6.2 Intervenção psicológica	1.6.2 Atuação e intervenção psicológica
49	04	2.1 TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA DA SEXUALIDADE	2.1 TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA E CULTURAL DA SEXUALIDADE
71	10	Casal 6 – Tempo de união – 07 meses	Casal 6 – Tempo de união – 09 anos
71	11	Casal 1 – Nível sócio-econômico – D ¹	Casal 1 – Nível sócio-econômico – D
71	11	Casal 2 – Nível sócio-econômico – C ²	Casal 2 – Nível sócio-econômico – C

71	11	Casal 3 – Nível sócio-econômico – C ²	Casal 3 – Nível sócio-econômico – C
71	11	Casal 5 – Nível sócio-econômico – C ¹	Casal 5 – Nível sócio-econômico – C
71	11	Casal 6 – Nível sócio-econômico – C ²	Casal 6 – Nível sócio-econômico – C
71	11	Casal 7 – Nível sócio-econômico – C ¹	Casal 7 – Nível sócio-econômico – C
71	05	Casal 1 – Religião – C ₅	Casal 1 – Religião – C ¹
71	05	Casal 4 – Religião – E ₆	Casal 4 – Religião – E ₂
71	06	Casal 1 – Escolaridade – E.F.I. ₇	Casal 1 – Escolaridade – E.F.I. ₃
71	06	Casal 2 – Escolaridade – E.M. ₈	Casal 2 – Escolaridade – E.M. ₄
71	06	Casal 4 – Escolaridade – E.F. ₉	Casal 4 – Escolaridade – E.F. ₅
71	06	Casal 8 – Escolaridade – E.S.I. ₁₀	Casal 8 – Escolaridade – E.S.I. ₀₆
73	05	Casal 1 – Etilismo – Soc. ¹¹	Casal 1 – Etilismo – Soc. ¹
74	08	H.D. ¹²	H.D. ¹
76	05	Casal 2 – Pessoa que forneceu a orientação – Prof. ¹³	Casal 2 – Pessoa que forneceu a orientação – Prof. ¹
76	08	Casal 1 – Desejo – P ₁₄	Casal 1 – Desejo – P ₂
76	09	Casal 2 – Excitação – A ₁₅	Casal 2 – Excitação – A ₃
82	13	relatos	discursos
184	24	[...] ganhadora do Prêmio Nobel de Medicina. Em 2010, surge, a partir [...]	[...] ganhadora do Prêmio Nobel de Medicina em 2010. Surge, a partir [...]

Nome: PERISSINI, Ana Larissa Marques

Título: A vivência afetivo-sexual de casais inférteis

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória:

Aos meus pais (Wanderlei Perissini e Maria Emília M. Perissini) e meus avós (Wanderlei, Milene, Ivo e Sebastiana) com amor e gratidão pela compreensão da minha ausência e apoio ao longo do período de desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A *Deus*, por me proporcionar constante aprendizado nessa existência para a minha evolução espiritual;

Ao meu pai, Wanderlei, e minha mãe, Maria Emília, pelo auxílio na conclusão desta dissertação e, principalmente, por acreditarem que esta conquista seria possível.

À minha avó Milene, por todas as orações;

À minha família e amigos, pela compreensão da minha ausência;

Aos meus amigos de trabalho: Adriana C. Badial, José Roberto Mergel Manechini e Poliana de A. P. P. Manechini, e em especial, a Simone Cristina Ludugero Reis (nossa secretária), por terem me auxiliado nos momentos difíceis e compreendido meus momentos de estresse;

À professora Valdete Belon Basaglia, por sua paciência de ensinar e compartilhar o seu conhecimento;

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos casais (colaboradores) que me permitiram entrar nas suas vidas, compartilhando comigo sua intimidade e possibilitando-nos a realização deste estudo;

À Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, por ter me proporcionado um grande crescimento profissional, pessoal e espiritual;

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, em especial aos membros da equipe da Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia, pelo acolhimento, pelas informações e auxílio para a realização deste estudo;

Ao Serviço de Psicologia do hospital-escola, pelo incentivo à pesquisa e permissão para a realização deste estudo na instituição;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP/USP, pela oportunidade de realizar o mestrado;

À Prof.^a Dr.^a Maria Jaqueline Coelho Pinto, pela amizade e por ter compartilhado o conhecimento científico;

Às minhas colegas de trabalho da Fundação Educacional de Penápolis – FUNEPE, pelo incentivo e compreensão;

À professora Verônica Coelho pelo comprometimento e excelente trabalho.

À professora Letícia de Fátima Pereira do CCLI – Consultoria Linguística - pela amizade e paciência ao ensinar.

“Não há fé inabalável senão aquela que pode encarar a razão face a face, em todas as épocas da Humanidade”.

Allan Kardec

RESUMO

PERISSINI, A. L. M. **A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS**. 2010. 209 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP.

A pesquisa aqui relatada foi realizada com 08 casais inférteis em tratamento na Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia de um hospital-escola do interior paulista. A fim de compreendermos o instigante fenômeno da infertilidade, acessamos a vivência desses colaboradores mediante uma questão norteadora: ***“Gostaria que você contasse para mim a sua vivência afetivo-sexual durante o namoro, a partir de seu casamento, quando decidiram engravidar, quando perceberam que tinham dificuldade de engravidar e durante a trajetória clínica da investigação e tratamento da infertilidade”***. Para análise de seus relatos, utilizamos a metodologia qualitativa, alicerçada na fenomenologia, que consiste na leitura e releitura dos depoimentos, discriminação das unidades de significado, elaboração de categorias e identificação das convergências e divergências encontradas em seus discursos. Para o entendimento de suas declarações, nos apoiamos nas perspectivas psicológica, biológica, sociocultural, histórica e da sexologia. Ao analisarmos os depoimentos, destacaram-se as seguintes categorias de significado: 1) Lembranças do tempo de namoro; 2) A arte do convívio a dois; 3) Desvendando a intimidade sexual; 4) A busca por uma ajuda especializada; 5) O estigma da infertilidade; 6) O filho como projeto de vida; 7) A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento. Como resultado, percebemos que os casais planejam uma família com filhos biológicos, ou seja, uma família nuclear: pai, mãe, filho, partindo do pressuposto que eles têm o controle da função reprodutora. Entretanto, ao deparar-se com a dificuldade de engravidar, buscam um culpado pela infertilidade. Tornam o sexo mecânico, voltado só para a procriação, sentem-se estigmatizados por sua importância e veem a menstruação como sinônimo de fracasso do tratamento. A perda do controle da função procriadora os leva a buscar por novas tecnologias de RHA. E diante do insucesso do tratamento, muitos casais partem para a adoção, construindo uma família adotiva.

Palavras-chave: Infertilidade. Reprodução Humana Assistida. Sexo. Procriação. Metodologia Qualitativa.

ABSTRACT

PERISSINI, A. L. M. **THE SEXUAL AFFECTIVE EXPERIENCE OF INFERTILE COUPLES**. 2010. 209 f. Dissertation (Masters) – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP.

The research reported here was conducted with 08 infertile couples undergoing treatment at the Reproductive Medicine and Imaginology Unit of a teaching hospital in the countryside of Sao Paulo state. In order to understand the intriguing phenomenon of infertility, we assessed the experience of these couples by one question: “I would like you to tell me your experience during sexual-affective relationship when you were dating, after getting married, when you decided to get pregnant, when you realized you had difficulty to get pregnant and during the course of clinical research and treatment of infertility”. For analysis of their reports, we used a qualitative methodology based on phenomenology, which consists of reading and rereading of testimonies, discrimination of the units of meaning, development of categories and identification of similarities and differences found in their speeches. In order to understand their statements, we rely on the psychological, biological, sociocultural and historical perspectives as well as sexology. In reviewing the testimonies, the highlights are the following categories of meaning: 1) Memories of time of dating, 2) The art of living as a couple, 3) Revealing sexual intimacy; 4) The search for expert help, 5) The stigma of infertility, 6) The child as a life project; 7) The menstruation as a marker of (un) successful treatment. As a result, we realized that couples plan a family with biological children, that is, a nuclear family: father, mother, son, assuming that they have the control of reproductive function. However, when faced with the difficulty of getting pregnant, they seek something to blame for infertility. Sex becomes mechanic, aiming at procreation only; they feel stigmatized by their impotence and see menstruation as a synonym for treatment failure. The loss of control of the procreative function leads to the search for new AHR technologies. And faced with the failure of treatment, many couples decide to adopt a child, building an adoptive family.

Keywords: Infertility. Assisted Human Reproduction. Sex. Procreation. Qualitative Methodology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos colaboradores	71
Quadro 2 – Fatores Comportamentais que Podem Influenciar na Fertilidade	73
Quadro 3 – Histórico Familiar de Infertilidade	74
Quadro 4 – História da Sexualidade dos Colaboradores	76
Quadro 5 – Trajetória Médica Percorrida ante a Dificuldade para Engravidar	78

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
APA	American Pschyatry Association
CEGYR	Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
COAPRIMO	Comitê de Aprimoramento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ET	Embryo Tranference
FIV	Fertilização In Vitro
GIFT	Gamete Intra-Fallopian Transfer
ICSI	Intracytoplasmic Sperm Injection
IIU	Inseminação Intrauterina
IMC	Índice de Massa Corporal
ISCA	Infertilidade Sem Causa Aparente
LT	Laqueadura Tubária
OMS	Organização Mundial de Saúde
RHA	Reprodução Humana Assistida
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SOP	Síndrome do Ovário Policístico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO AO LEITOR	16
1 A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL.....	20
1.1 O DESEJO DE TER UM FILHO.....	21
1.2 MATERNIDADE E PATERNIDADE.....	22
1.3 AS TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E NOVAS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÕES FAMILIARES.....	27
1.4 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA INFERTILIDADE.....	29
1.5 ETIOLOGIA.....	30
1.6 PROPEDÊUTICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.....	32
1.6.1 Propedêutica médica.....	34
1.6.2 Intervenção psicológica.....	37
1.7 TRATAMENTO EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.....	40
1.7.1 Inseminação intrauterina (IIU).....	41
1.7.2 Fertilização in vitro (FIV).....	41
1.7.3 Injeção intracitoplasmática do espermatozoide (ICSI).....	42
1.8 INFLUÊNCIA DE FATORES EMOCIONAIS.....	42
2. SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE.....	48
2.1 TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA DA SEXUALIDADE.....	51
2.2 A RESPOSTA SEXUAL HUMANA.....	56
2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS.....	61
2.4 SEXO E REPRODUÇÃO.....	63
3. PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA.....	66
3.1 MOMENTOS DE REALIZAÇÃO DA ANÁLISE.....	69
3.2 ACESSO AOS COLABORADORES.....	70
3.3 DIFICULDADES VIVIDAS NO ACESSO AOS COLABORADORES.....	70
3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	72
3.4.1 Apresentação das características dos colaboradores.....	72
3.4.2 Fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade.....	74
3.4.3 Histórico familiar de infertilidade.....	76
3.4.4 História da sexualidade dos colaboradores.....	77
3.4.5 Trajetória médica percorrida ante a dificuldade para engravidar.....	79

4. A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS.....	82
4.1 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DISCURSOS.....	84
4.2 ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CASAIS.....	86
4.2.1 Casal 1.....	86
4.2.2 Casal 2.....	99
4.2.3 Casal 3.....	108
4.2.4 Casal 4.....	117
4.2.5 Casal 5.....	128
4.2.6 Casal 6.....	139
4.2.7 Casal 7.....	146
4.2.8 Casal 8.....	165
4.3 DESVELANDO A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS.....	172
4.3.1 Casal 1	172
4.3.2 Casal 2.....	174
4.3.3 Casal 3.....	175
4.3.4 Casal 4.....	176
4.3.5 Casal 5.....	177
4.3.6 Casal 6.....	178
4.3.7 Casal 7.....	179
4.3.8 Casal 8.....	181
5. A COMPREENDENDO O FENÔMENO DA INFERTILIDADE NO CENÁRIO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.....	183
5.1 A INFERTILIDADE E SEUS HORIZONTES.....	186
REFERÊNCIAS.....	188
APÊNDICE.....	201
ANEXOS.....	204

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

Gostaria de compartilhar com o leitor as razões que me levaram a escolher o tema da pesquisa que gerou a presente dissertação “A vivência afetivo-sexual de casais inférteis”, iniciando pela minha trajetória acadêmica e profissional.

Em 1998, dei início a minha graduação em psicologia na Universidade Paulista – UNIP. A disciplina de psicologia geral despertou em mim o interesse pelo trabalho desenvolvido em hospitais e, assim, como forma de conhecimento, a busca por participar de um grupo de estudos em psicologia da saúde na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, que me viabilizou o contato com a prática dos profissionais inseridos em um hospital geral.

Em 1999, solicitei a transferência de faculdade, dando continuidade aos meus estudos no Centro Universitário do Norte Paulista – UNORP. O interesse pela área da saúde continuou e comecei a participar de congressos, simpósios e cursos ministrados pela FAMERP.

Durante os cinco anos de graduação, realizei estágios extracurriculares no hospital em diversas áreas: oncopediatria, hebiatria, disforia de gênero, planejamento familiar e orientação a adolescentes, sendo todos realizados na FAMERP. Em 2001, efetuei um estágio em um hospital psiquiátrico – Hospital Bezerra de Menezes, em São José do Rio Preto, SP.

Em 2002, paralelamente ao estágio extracurricular, escolhi o estágio obrigatório em Psicologia da Saúde, realizado em um Posto de Saúde da Família na cidade de Mirassol, SP.

Em 2003, prestei o concurso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde – FUNDAP¹, tendo sido selecionada para atuar no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia nas áreas de Climatério, Oncologia Ginecológica, Mastologia, Planejamento Familiar, Medicina Reprodutiva e Imaginologia, Pré-Natal e Obstetrícia; no Departamento de Urologia, realizando orientações pré-cirúrgicas e acompanhamento no leito hospitalar. Também, no Ambulatório de Sexualidade, fazendo avaliação e atendimento aos pacientes com queixa de sexualidade, sempre sob a responsabilidade das psicólogas Prof.^a Dr.^a Maria Jaqueline Coelho Pinto, Esp. Ana Márcia Sanches de Almeida Vianna, Esp. Carmen Silvia Costa Elias Fernandes e Esp. Maria Amélia Andrea.

No mesmo ano, durante o IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, no Rio de Janeiro, tive a oportunidade de conhecer a Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, através

¹ FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo.

da Prof.^a Dr.^a Maria Jaqueline Coelho Pinto – na época, minha supervisora de Aprimoramento em Psicologia, na FAMERP.

Com o propósito de ampliar meu conhecimento em sexualidade e aprimorar o meu trabalho clínico, busquei, em 2004, o curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Sexualidade: Terapia Sexual e Orientação, também na FAMERP. Em 2005, apresentei como resultado do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a pesquisa intitulada *Sexualidade do Casal Infértil: Ansiedade e Auto-Estima*, recebendo a titulação de Especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP.

No mesmo ano, iniciando o meu contato com a vida acadêmica, comecei a lecionar a disciplina de Psicologia e Ética Profissional em vários cursos profissionalizantes, na TEC-MED de São José do Rio Preto.

Em 2006, como resultado do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Terapia Sexual, apresentei um levantamento bibliográfico sobre o tema *Efeitos da Violência Sexual nas Mulheres*. Ainda no mesmo ano, visando ampliar meus horizontes de atuação profissional, iniciei o MBA – Executivo em Recursos Humanos, no Centro Universitário de Rio Preto – UNIRP.

Devido ao meu interesse pela área acadêmica, entrei novamente em contato com a Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, que realiza estudos na área Sexualidade e a Reflexibilidade da Moral Sexual na Constituição Histórico-Cultural do Sujeito na Pós-Modernidade, voltada para a análise das relações amorosas de homens e mulheres. Falei-lhe do meu interesse em dar continuidade à pesquisa com casais inférteis e ingressar na Pós-Graduação *stricto sensu* da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, SP – FFCLRP/USP.

A problemática da infertilidade, o estudo desenvolvido com casais inférteis e a constante movimentação da mídia sobre o tema fizeram com que o meu olhar continuasse direcionado à compreensão da vida afetivo sexual do casal infértil. Com as supervisões da Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, as minhas inquietações acerca do fenômeno da infertilidade foram sendo elaboradas e se apresentam nas seguintes questões: *Como o homem e a mulher na condição de casal/parceria vivenciam esse fenômeno? Como vivenciam a relação afetivo-sexual? Como o projeto de ter e ou não ter filhos é vivido pelo homem, pela mulher e por ambos? Como se dá a procura para engravidar?*

Essas instigantes questões mobilizaram-me a pesquisar o casal infértil com base em suas vivências afetivo-sexuais, com o objetivo de compreender os significados e sentidos que os cônjuges, juntos ou separadamente, atribuem a seus projetos de vida diante da

(im)possibilidade de ter filho. Assim, em 2007, o projeto Sexualidade do Casal Infértil foi submetido ao processo de seleção da Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, SP – FFCLRP/USP, tendo sido aprovado e iniciado em agosto do mesmo ano. Posteriormente, em maio de 2009, realizei o exame de qualificação, e, agora, em 2010, apresento esta dissertação.

Neste momento, esclareço que nesta dissertação, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, utilizarei a primeira pessoa do plural, *nós*, referindo-me ao trabalho em equipe, o qual exige comprometimento com um esforço conjunto.

O presente estudo tem como colaboradores casais inférteis inseridos no cenário da Reprodução Humana Assistida em um hospital-escola no interior paulista.

Os capítulos serão apresentados na seguinte disposição:

Cap I – A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL – Nele abordaremos as indagações sobre o fenômeno da infertilidade da pré-história à contemporaneidade pela perspectiva de seu diálogo com os aspectos biológico, psicológico, social, cultural, espiritual e religioso.

Cap II – SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE – Procuramos, neste capítulo, definir o aspecto histórico, biológico e social, desmitificando a associação entre sexo e reprodução.

Cap III – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA – Neste capítulo, buscamos caminhar em direção ao fenômeno que nos propusemos interrogar, apresentando a abordagem metodológica escolhida com base no relato dos colaboradores e os quadros de caracterização destes.

Cap IV – PROCESSO DE COMPREENSÃO EM DIREÇÃO A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS – Neste capítulo, encontram-se os perfis de cada colaborador(a), suas histórias de vida, seguidas da compreensão e interpretação de seus relatos sobre o fenômeno e, por fim, a análise das categorias.

Cap V – A INFERTILIDADE E SEUS HORIZONTES – Apontamos, neste capítulo, o cenário da Reprodução Humana Assistida (RHA) na sociedade contemporânea, procurando mostrar o avanço biomédico e os novos horizontes das construções familiares.

Nossa expectativa é que este estudo contribua para uma reflexão do entendimento do enfrentamento da infertilidade primária de acordo com as relações de gênero, e da forma como casais inférteis vivenciam sua sexualidade na trajetória da busca pela parentalidade. Esperamos, também, colaborar com profissionais que trabalham com essa problemática, possibilitando, assim, a criação de novas estratégias nesta área e campo de atuação do psicólogo, que podem ser desenvolvidas nos centros de reprodução humana assistida, proporcionando condições adequadas de atendimento à população e beneficiando esses casais.

CAPÍTULO 1 – A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL

CAPÍTULO 1 - A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL

Este estudo se volta às nossas indagações sobre o fenômeno da infertilidade e à busca da compreensão acerca dos seguintes questionamentos: Nos horizontes do fenômeno da infertilidade, como o homem e a mulher na condição de casal/parceria vivenciam a impossibilidade de ter filhos?; Como é vivenciada a relação afetivo-sexual?; Como é vivido pelo casal o projeto de ter ou não ter filho(s)?; Como ocorre a busca pela gravidez? São essas questões instigantes que nos mobilizam a pesquisar o casal infértil, tornando-se por base suas vivências afetivo-sexuais com o objetivo de compreendermos os significados e sentidos que atribuem a seus projetos de vida diante da (im)possibilidade de ter filho.

Da pré-história à contemporaneidade, a construção dos papéis sexuais passou por modificações que influenciaram diretamente na decisão de procriar ou não, refletindo no nosso entendimento do que constitui família.

O processo de procriação, a fertilidade e a infertilidade, segundo Delgado (2007), sempre foram temas presentes na história da humanidade, vivenciados em cada cultura de uma maneira distinta, ocupando sempre lugar de destaque em diversos contextos.

Por essa razão, nossa trajetória partirá da busca pela compreensão do desejo humano de ter um filho, e dos projetos de maternidade/paternidade, estendendo nosso interesse para o entendimento das novas construções familiares, possibilitada pelas novas tecnologias da Reprodução Humana Assistida e dos aspectos biológicos envolvidos na infertilidade. Abordaremos também o lugar da tecnologia utilizada na reprodução assistida, bem como os aspectos emocionais e psicológicos vividos por homens e mulheres no processo de diagnóstico clínico da infertilidade e de utilização dos recursos tecnológicos. Dessa forma, o fenômeno da (in)fertilidade será abordado pela perspectiva de sua interlocução com os aspectos biológico, psicológico, social, cultural, espiritual/religioso e sexual na trajetória até contemporaneidade.

1.1 O DESEJO DE TER UM FILHO

Conforme explicitado anteriormente, iniciaremos a nossa trajetória de compreensão da relevância dada à função procriadora pela cultura ao longo dos séculos, buscando o entendimento de quais são os fatores que influenciam no desejo de ter um filho.

Segundo Molinski (1986, p. 305), é o desejo de:

[...] satisfazer as necessidades de um pequeno ser desvalorizado; de manter a relação em um do tipo simbiótica; o desejo de imortalidade de seguir vivendo filho; de transmitir patrimônios materiais, espirituais ou culturais; a esperança de um futuro melhor e de resgate pelo filho; o filho como forma de preencher a solidão e o vazio; o desejo de sentir-se unido ao companheiro querido; e o sentimento que apenas com o filho se é plenamente adulto.

Corroborando essa visão, Delgado (2007) afirma que esse desejo de ter um filho pode ser influenciado por diversos fatores:

- Sociobiológico: garantir a continuidade genética por meio do filho.
- Econômico: aumentar a mão de obra e o rendimento familiar e conservar o patrimônio construído pela família.
- Psicológico: renascer e tornar-se imortal por meio do filho.
- Social: adequar-se às expectativas e aos papéis estabelecidos pela sociedade.

Dessa maneira, a busca pelo filho transita entre um desejo ímpar e a pluralidade de cobranças socioculturais, influenciando nos papéis individuais exercidos pelos sujeitos.

Da perspectiva conjugal, o filho também pode ser buscado como a tentativa de resolução de conflitos ou para “atender à pressão cultural e familiar, uma vez que filho é visto como um atributo de valor, potência e poder” (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006, p. 436).

Em suma, são múltiplos os fatores que podem influenciar na manifestação do desejo de ter um filho, o qual está submetido à construção histórica, social e cultural do lugar do filho na constituição da família.

1.2 MATERNIDADE E PATERNIDADE

Através da trajetória histórica da maternidade e da paternidade, resgataremos os papéis exercidos por homens e mulheres com os cuidados de um filho. No período pré-histórico

(anterior a 3.500 a.C), a paternidade era vista sob o ângulo coletivo: os homens eram considerados os pais da comunidade tendo a *incumbência* de proteger e alimentar todos os filhos do grupo, enquanto a mulher era valorizada por sua função procriadora, associada a sua fertilidade à produção da terra (BADINTER, 1986).

Esse mesmo homem, ao descobrir a sua participação no processo reprodutivo, começa a controlar a vida sexual da mulher, um marco histórico na construção de uma nova instituição familiar, composta pelo pai, mãe (procriadora) e filhos (biológicos). Para Badinter (1985, 1986), esse foi um marco da Idade Antiga (3.500 a.C. – 476 d.C.), a objetificação da mulher perante a figura masculina, que passa de propriedade do pai para propriedade do marido, podendo essa ser comprada, vendida e, na ausência de reprodução, devolvida para a sua família.

Assim, inicia-se o patriarcado, baseado no poder do pai e do marido, que impõe controle sob o comportamento sexual da mulher, na tentativa de garantir uma linhagem pura evitando a divisão da sua herança com filhos bastardos (LINS, 1997).

A mulher, portanto, tinha, perante a sociedade em que estava inserida, o dever de obedecer à figura do pai e do marido e reproduzir a fim de fornecer futura mão de obra para também auxiliar na economia do lar. Pode-se entender esse período como o início da desvalorização da mulher, que era negociada e descartada como uma *máquina com defeito* quando não cumpria sua função reprodutora.

As transformações, baseadas na economia, influenciaram na função materna e paterna, possibilitando novas roupagens para as construções familiares. Para exemplificar algumas dessas mudanças, utilizaremos como modelo a figura paterna, que, segundo Parseval (1986), dependendo da sociedade onde o homem estava inserido, tinha apenas o papel social e econômico, isento do papel educacional.

Na Idade Moderna, do século XV ao XVII, surgem novas transformações na estrutura familiar ocasionada pelas mudanças sociais – o deslocamento das famílias para a cidade em busca de trabalho, por exemplo. Assim, as grandes famílias, caracterizadas pelo convívio de vários membros em um mesmo lar, foram reduzidas ao convívio do pai, mãe e filhos (família *nuclear* ou *restrita*).

Em decorrência da mudança de estilo de vida e também do contexto intrafamiliar, os fatores econômicos e o peso das convenções sociais, referidos em documentos históricos e literários, segundo Badinter (1985), influenciaram no comportamento da mãe com o bebê, levando-as ao distanciamento e à frieza, já que, nesse período, a possibilidade de sobrevivência de uma criança, após o primeiro ano de vida, era pequena.

Para a autora, o filho passou a ser visto como um estorvo ou como um fardo, por interferir na vida social e também sexual do casal, já que se acreditava que, durante o período da amamentação, a mulher não deveria ter relações sexuais para evitar que o leite azedasse. O primeiro sinal de rejeição da mãe pelo bebê foi a recusa do seio, problema solucionado pela classe burguesa do século XVII com a contratação de amas de leite – mulheres de classes sociais desfavorecida – para amamentar e cuidar dos bebês, sendo comum até enviá-los para as residências dessas mulheres.

Ainda, segundo Badinter (1985), foi apenas no final do século XVIII, com a intervenção da classe médica e religiosa, que esse comportamento de indiferença das mães com os filhos começou a se alterar. Devido à grande preocupação com a saúde dessas crianças, iniciou-se, nessa época, um movimento de valorização da imagem da mãe por meio do mito do instinto materno.

Ser mãe, no discurso social da maternidade, era um fenômeno sacrificante que trazia consigo a imagem sofrida da mulher. Devido ao alto índice de mortalidade infantil da época, a classe médica interveio a favor dessas crianças, semeando a valorização do papel da mãe na sociedade. A partir do século XVIII, a mulher, que possuía uma relação de indiferença com o filho, modificou-se progressivamente em resposta às imposições sociais até desabrochar no século XIX e XX como *mãe coruja*.

A trajetória histórica da maternidade vai ao encontro da concepção defendida por Badinter (1985) sobre o mito do amor materno. Para a autora, a mulher não nasce com o comportamento inato de ser mãe, ou seja, com instinto materno. Esse fenômeno é inserido pela sociedade e o vínculo afetivo entre mãe e bebê é construído por meio da convivência entre ambos, considerada a primeira fonte de sociabilidade humana. Badinter refere-se ao conceito de maternidade como sendo ambíguo, significando a gravidez como um estado fisiológico momentâneo, e a maternagem e a educação como ações em longo prazo.

Lins (1997) refere-se a esse comportamento materno como *fabricado* a partir do momento em que o papel da mãe e a sua importância foram modificados radicalmente. Para haver essa modificação, foi necessário que a sociedade valorizasse a figura da mãe e que a orientasse para exercer bem essa função. Não é porque a mulher é responsável por gestar uma criança que a função materna tenha quer ser vista como natural a toda mulher.

A primeira relação social, o laço mãe-filho, nasce e se desenvolve. A visão evolucionista da maternidade, com seus cuidados prolongados e ensinamento de regras, linguagem e amor, contribui no processo de socialização (BADINTER, 1986). Nos séculos XVIII e XIX, a inversão na valorização dos papéis sociais exercidos pelas mulheres

possibilitou a visibilidade da figura materna, chegando a mulher a ser santificada pela sociedade durante o processo gestacional. Surgiu, então, um novo discurso da maternidade.

Essa mutação sofrida pelo feminino carrega, ainda hoje, grande influência da igreja católica, que vê a maternidade como um tema sagrado e associado à figura da Virgem Maria. Essa nova mãe se torna tridimensional, ou seja, “concebe em relação ao pai e ao filho”, é mulher e mãe, mas é também agora “um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho” (BADINTER, 1985, p. 25).

O papel de pai e a masculinidade também sofreram modificações no século XX. Os homens começaram a interessar-se mais em participar do desenvolvimento e da vida social dos filhos, tendo uma participação ativa nesse processo. Sutter e Bucher-Maluschke (2008) dividem em três categorias o estilo de função paterna:

- Participativo – subentende o cuidado e o envolvimento constante no cotidiano dos filhos, nos domínios da alimentação, higiene, lazer e educação.
- Nutridor – mantém uma relação próxima e empática com os filhos e compartilha igualmente com a mãe a função de cuidar das crianças e atendê-las, tanto física quanto emocionalmente.
- Tradicional – assume a responsabilidade de dar permissões, controlar a família via críticas e recomendações à mãe, prover alimentos, impor castigos, disciplinar e, ocasionalmente, brincar e compartilhar de passeios familiares.

Segundo Badinter (1986), o marco da mudança do papel de pai foi a perda do controle da sexualidade feminina pelo homem, com a revolução sexual e a sua participação na educação dos filhos. Esse fenômeno proporcionou o nascimento da nova família, para cuja construção, na contemporaneidade, não é mais necessário assinar um contrato, casar-se ou ter filhos.

Mesmo com as modificações proporcionadas pelo avanço tecnológico, em especial as novas técnicas de reprodução humana assistida, e pela revolução sexual, alguns dos papéis sociais, tanto dos homens quanto das mulheres, ainda não se alteraram na atualidade. As referências de gênero na cultura, estabelecidas pela maternidade e pela paternidade, permanecem: a mulher se torna mais feminina quando mãe, e o homem prova sua potência (virilidade) ao engravidar sua esposa. Assim, as consequências do não cumprimento da fertilidade, ainda, desencadeiam significativos danos no referencial de feminino e de masculino (RIBEIRO, 2006).

Ainda hoje, no século XXI, no Brasil, percebemos a valorização histórica e cultural da procriação, podendo variar de acordo com a região onde a mulher está inserida. Segundo Muraro (1996), nas regiões menos desenvolvidas, a única valorização da mulher continua sendo a função de mãe.

Não ter filhos, devido a esterilidade ou infertilidade, ou ter filhos malformados ou doentes representa um castigo para a maioria das mulheres (MALDONADO, 2002). Isso acontece porque a função parental é esperada tanto para o indivíduo como parte do desenvolvimento pessoal e auge da vida adulta, quanto para a sociedade, sendo a sua ausência grande sofrimento (MAKUCH, 2006). A expectativa social em relação à chegada do primeiro filho é grande porque é vista como forma de consolidação da família e também de inserção do pai e da mãe em certos papéis sociais (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Para o casal, a expectativa em relação ao bebê pode ser maior, caso não existam outros projetos em suas vidas, e pode piorar, quando esse sonho é alimentado por parentes, pelo grupo social e por amigos. As consequências emocionais podem ser as mais variadas: ansiedade, tristeza, frustração, medo, culpa e isolamento.

A dificuldade de engravidar, segundo Moreira et al. (2005, p. 123), é vivenciada pelos casais “como uma experiência devastadora, comparando-a ao divórcio e ao diagnóstico de uma doença crônica grave”. Não fazer parte de papéis preestabelecidos pelo grupo em que se está inserido (namorar, casar e ter filhos biológicos) leva o indivíduo a conviver com rótulos ou estigma social (TUBERT, 1996).

A mulher ou o homem que descobre ter problemas que interferem em sua fertilidade, ou recebe o diagnóstico de esterilidade, se vê diferente de outras pessoas como se fosse *defeituoso* ou fora do padrão social, por não poder exercer a maternidade ou a paternidade biológica, expõe Makuch (2006).

Esse sofrimento é ainda maior para as mulheres a quem é atribuída a responsabilidade da infertilidade, levando-as à solidão, a enfrentar o problema mais de frente e, conseqüentemente, a despertar emoções negativas que podem interferir no seu dia a dia profissional, ao afastamento do convívio social e familiar e até mesmo do convívio com crianças, explicita Olmos (2003). Como consequência mais grave, segundo alguns grupos sociais e religiosos, a infertilidade pode fragilizar o vínculo conjugal devido às simbologias e às crenças em torno do significado do filho biológico, alertam Borlot e Trindade (2004).

1.3 AS TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E NOVAS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÕES FAMILIARES

A diversidade de técnicas laboratoriais de RHA tem possibilitado aos casais aumentarem as suas chances de procriação quando detectada uma dificuldade de engravidar. Essas mesmas técnicas têm possibilitado que mulheres sem um parceiro e casais homossexuais também realizem o sonho da parentalidade, edificando novas construções familiares.

A modernização das tecnologias de reprodução humana e o aumento do controle de natalidade desencadeiam novas reflexões quanto aos problemas de filiação e à minimização do valor atribuído à ancestralidade. Além disso, essas novas tecnologias permitem que a produção seja independente, sem que haja a preocupação quanto a criança ter um pai ou não (SZAPIRO; FÉRES-CARNEIRO, 2002).

As modernas técnicas de reprodução humana assistida têm possibilitado às mulheres postergarem o sonho da maternidade em nome de outros projetos, como o seu lugar no mercado de trabalho e sua independência financeira (BARLOT; TRINDADE, 2004).

Talvez esses projetos sejam uma das influências que levam alguns casais, no século XXI, a decidirem voluntariamente por não ter filhos, ou seja, por abrirem mão da maternidade e da paternidade. Porém, conforme Makuch (2006), essa é uma escolha realizada por apenas 5% da população mundial, independente da função reprodutora, e acaba sendo uma corajosa decisão por parte dos casais, pois a construção de uma família sem filhos ainda é um fenômeno muito novo para a nossa sociedade que ainda convive com diversas gerações, entre elas, as que cobram uma família com filhos.

Com as técnicas disponíveis no mercado (Inseminação Intrauterina e Fertilização In Vitro), existe a possibilidade de o casal ou um dos parceiros gerar um filho com o gameta do casal (inseminação intrauterina homóloga) ou com um óvulo ou espermatozoide de terceiros (inseminação intrauterina heteróloga).

No entanto, para aqueles que desejam um filho, mas não o conseguem gerar, a doação de gametas e os bancos de espermatozoides são uma realidade cada vez mais presente em nossa sociedade. Contudo, existe uma incógnita sobre a sua repercussão nas famílias do futuro. Quayle (2006) acredita que o fenômeno da reprodução humana assistida está começando a desencadear conflitos sobre o conceito de parentalidade, família, maternidade e paternidade, o que tem conduzido os profissionais, envolvidos na área, a pesquisar as

consequências dessa revolução, suscitando reflexão sobre a noção de maternidade e paternidade, modificações no conceito de parentalidade e família.

Para a autora, surge a possibilidade de uma criança ser gestada por uma mãe e não ser geneticamente relacionada a nenhum dos pais; ter a genética de apenas um dos pais, ser gestada pela avó, tia ou desconhecida, além da possibilidade da construção da família por um casal homossexual.

Temos hoje diferentes denominações para as diversas construções familiares. De acordo com Ferreira e Röhrmann (2008), na atualidade, as famílias, organizadas a partir das novas uniões e baseadas na solidificação desse laço, se definem no amor e na afetividade e são nomeadas famílias pluriparentais ou mosaicos (em outras línguas *patchworks*, *ensambladas*, *step-families* e *recomposées*). Para os pesquisadores, é necessário que os novos membros da família se adaptem aos papéis assumidos nesse novo núcleo familiar.

Outra construção familiar existente é a família monoparental, que, segundo Leite (2004), pode ser constituída tanto pelo homem, vivendo sozinho com uma ou várias crianças ou no lar de parentes, quanto pela mulher, conhecida como mãe solteira. De acordo com o autor, a construção da família monoparental pode ser por opção do indivíduo ou por outros fatores, como separação e viuvez.

Esse novo arranjo familiar vem desencadeando um aumento na procura pelas técnicas de reprodução humana assistida (RHA), assim como pelos bancos de espermatozoides. Para Texeira, Parente e Boris (2009), as novas tecnologias possibilitam a realização do sonho da maternidade sem a mediação de um parceiro. Essa independência colabora com o comércio da reprodução humana, que, na atualidade, leva as pessoas a escolherem seus futuros filhos em *catálogos*, ou selecionar os melhores embriões como se escolhessem um *produto descartável*.

A revolução da informática e da internet contribuem para a mercantilização das modernas técnicas de reprodução assistida, por possibilitar o acesso à grande variedade de sites de clínicas e centros de RHA. Esse fenômeno transforma o desejo por um filho semelhante ao desejo por um bem de consumo, ou seja, um objeto o qual homens e mulheres tentam conseguir a qualquer custo, levando os profissionais da área da saúde a se questionarem sobre a saúde mental e sexual de seus pacientes.

Uma construção familiar que vem se beneficiando das técnicas de reprodução assistida e tem se tornado natural aos olhos da sociedade é a homoparental, que, conforme Santos (2004), são formadas por dois indivíduos do mesmo sexo biológico. Por meio das técnicas laboratoriais, esses casais homossexuais têm alcançado o sonho de formação da família por laços biológicos de pelo menos um dos parceiros.

Outra construção familiar existente são as famílias adotivas, que, segundo definição de Schettini, Amazonas e Dias (2006), são construídas por laços afetivos, mas não consanguíneos.

Não podemos ignorar, nessa nova realidade tecnológica, os custos referentes a essas técnicas. Os casais que desejam se submeter a esses procedimentos devem dispor de quantia em torno de três mil reais referentes a medicações, três mil reais para cada tentativa de Inseminação Intrauterina e dez mil reais por tentativa de Fertilização In Vitro (ZACHÉ; TARANTINO, 2009).

Aos casais que não possuem condições financeiras para arcar com todos esses custos, resta a busca por hospitais-escola e programas específicos que ofereçam tratamentos com custo reduzido ou gratuitos.

1.4 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA INFERTILIDADE

Conceituar e classificar a infertilidade foi uma maneira encontrada pelas pesquisadoras para situar o leitor que tem interesse nessa temática e que não está familiarizado com os termos técnico-científicos próprios da área.

Segundo Finotti (2001), a esterilidade é a incapacidade definitiva de conceber, e a infertilidade é uma incapacidade momentânea, sendo esta última definição a que melhor abarca o perfil dos casais de nossa pesquisa.

Corleta e Passos (2008, p. 289) delimitam ainda mais o termo infertilidade propondo que seja usado para definir quem não conseguiu engravidar após “um ano de relacionamento sexual sem uso de contracepção”, podendo ser caracterizada, como: infertilidade primária, quando o casal nunca concebeu e infertilidade secundária, quando já houve concepção. Já Tognotti (2000) afirma que a classificação do estado de infertilidade deve ser realizada de acordo com a situação da união atual, além disso, deve-se detalhar em um item a parte o passado reprodutivo de cada um dos parceiros, lembrando que uma gravidez prévia não significa ausência de infertilidade. Por isso, a necessidade de utilizarmos o termo *casal infértil* e de solicitarmos os exames clínicos ao homem e à mulher que desejam engravidar (PASQUALOTTO et al., 2006).

Devido ao envelhecimento do sistema reprodutivo e à maior ocorrência de aborto espontâneo por mulheres com idade acima de 35 anos, é considerada infertilidade, nessa faixa

etária, a dificuldade de engravidar após seis meses de relacionamento sexual sem uso de contracepção. Contudo, casais que possuam algumas doenças com reconhecida correlação com a fertilidade não necessitam aguardar o período tradicional para iniciar uma investigação clínica (SOUZA, 2001; FREITAS; DZIK; CAVAGNA, 2007).

Estudos mostram que mesmo para os casais em idade fértil com atividade sexual regular que não utilizam métodos contraceptivos e que não apresentam doenças que interfiram na fertilidade, a taxa de fecundidade não é maior que 20% por ciclo menstrual (IZZO, V. M.; IZZO, C. R., 2000; TOGNOTTI, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é um problema vivido por 8% a 15% dos casais. No Brasil, estima-se que mais de 278 mil casais tenham dificuldade de gerar um filho em algum momento da sua idade fértil (BRASIL, 2009).

1.5 ETIOLOGIA

De acordo com o levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é 30% de causa feminina, 30% de causa masculina e 40% de causa mista (PORCU-BUISSON, 2007, tradução nossa).

Na população geral, a taxa de infertilidade pode variar de 10 a 17%, o que justifica a relevância do fenômeno por nós estudado. Para Moreira, Lima, Souza e Azevedo (2005), essa porcentagem pode ser explicada pelo fato de que as mulheres estão postergando a gestação em busca de estabilidade profissional e financeira.

Alguns casos de infertilidade são conhecidos como infertilidade sem causa aparente (ISCA), enquanto outros, conforme Corleta e Passos (2008), são desencadeados por determinados fatores, alguns dos quais apresentamos abaixo.

Fatores femininos:

- Endometriose;
- Doença tubária e adesão pélvica;
- Disfunção ovulatória;
- Fatores cervicais;
- Hipotireoidismo;

- Fatores imunológicos;
- Alteração na fase lútea;
- Isoimunização antiespermatozoide;
- Fator coital ou vaginal;
- Fator uterino.

Fatores masculinos:

- Varicocele;
- Alterações genéticas;
- Deficiência de gonadotrofinas;
- Defeitos anatômicos;
- Infecções e inflamações das glândulas anexas;
- Reações imunológicas;
- Aumento da temperatura escrotal, o que provoca perda da qualidade do sêmen.

Fatores comportamentais:

- Uso de Fumo;
- Uso de Álcool;
- Alta ingestão de Cafeína;
- Uso de Maconha;
- Uso de Cocaína;
- Uso de drogas medicinais, mercúrio, cádmio, pesticidas, solventes e gases anestésicos.

Fatores socioculturais:

- Estresse;
- Excesso de exercício físico;
- Obesidade;
- Magreza;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);
- Fatores psicológicos.

Como podemos observar, a infertilidade pode ser desencadeada por múltiplos fatores, sendo necessária uma investigação detalhada em todas as áreas apresentadas para direcionar e

personalizar o tratamento e, assim, aumentar as chances de sucesso do casal infértil que procura engravidar. Não nos aprofundaremos nos fatores desencadeadores da infertilidade, por não ser o objetivo deste estudo. No entanto, indicamos a leitura de Tognotti (2000) e Corleta e Passos (2008) para aprofundamento no assunto.

1.6 PROPEDÊUTICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

A investigação clínica do casal infértil tem como objetivo identificar, através de dados da anamnese, exame físico e exames complementares, os fatores responsáveis pela ausência de gravidez. Por ser considerado um fenômeno multifocal, esse processo é realizado por uma equipe interdisciplinar que procede com consultas médicas, exames, avaliação psicológica, orientação em grupo, fechamento de um diagnóstico e indicação de tratamento para a infertilidade.

É importante ressaltarmos que vários casais, ao chegarem à consulta com os profissionais especializados já, passaram por outros médicos e buscaram diversas informações sobre o que, possivelmente, esteja acontecendo com eles. Porém, esse caminho percorrido e a grande quantidade de conteúdo acessado acabam gerando dúvidas e aumentando a ansiedade, o que evidencia a necessidade do aconselhamento e apoio durante a continuidade do tratamento (SEGER, 2009), ou seja, explicita a importância do trabalho da equipe interdisciplinar.

Constatamos que a saúde no Brasil tem, historicamente, apresentando desenvolvimento significativo na sua trajetória, principalmente em se tratando de trabalho em equipe, com profissionais de diversas especialidades das áreas de ciências humanas e biológicas.

A saúde enquanto qualidade de vida implica o olhar de várias áreas, entre as quais, a anatomofisiológica, social, cultural, psicológica, epidemiológica, ecológica, política etc. Segundo Carvalho e Lustosa (2008), esses múltiplos olhares se interligam em diferentes pontos, caracterizando a abordagem biopsicossocial e espiritual.

A partir da década de 80, conforme as autoras, com a entrada da psiquiatria nos hospitais gerais, inicia-se um novo campo de atuação denominado interconsulta. A interconsulta consiste na presença de um profissional de saúde, em uma unidade ou serviço

médico geral, atendendo à solicitação de um médico em relação ao atendimento de um paciente.

A diversidade na equipe tem possibilitado retornarmos à integralidade do cuidado dirigido ao paciente através não só do olhar da ciência médica, mas também de outras áreas. De acordo com as definições encontradas na literatura, a equipe pode ser classificada como:

- Multidisciplinar – envolve o olhar de vários profissionais de especialidades diferentes sobre um mesmo problema, ou seja, “pontos de vista diferentes que produzem objetivos teóricos diferentes” (SEGER-JACOB, 2006, p. 37).
- Interdisciplinar – “envolve diferentes profissionais que estejam preparados para intercambiar saberes de forma que se complementem, gerando alternativas e soluções pertinentes e eficazes para cada caso abordado” (CARVALHO; LUSTOSA, 2008, p. 02).
- Transdisciplinar – “é o atravessamento das fronteiras disciplinares, consideradas limitadas para dar conta de um problema” (SEGER-JACOB, 2006, p. 37).

Dessa forma, para se constituir uma equipe é necessário que todos os membros estejam harmonizados no que diz respeito a objetivos comuns e compartilhados. Também ressaltamos a importância de termos em mente que trabalhamos com pacientes multifacetados, inseridos em sua própria história de vida que espelha o *ethos* (conjunto de características) cultural da contemporaneidade, o ambiente e psicológico (WEINBERG; GOULD, 2001; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

A união de especialistas de diversas áreas em uma equipe tem possibilitado o aumento da demanda de especialistas nos hospitais e, com isso, proporcionado aos pacientes atendimento por profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, biologia, direito, pedagogia, farmácia, nutrição, enfermagem, terapia sexual, entre outras.

Na Reprodução Humana Assistida, a materialização desse fenômeno é patente uma vez que a infertilidade concerne a médicos, psicólogos e agentes sociais, pois requer do casal “uma redefinição de suas identidades como indivíduos e como casal”. Portanto, conforme nos instrui Kusnetzoff (1997, p. 21), a equipe deve possuir objetivos psicológicos, levando o paciente a aceitar sua disfunção ou incapacidade e estimulando a participação e a comunicação entre o casal e com os membros da equipe, a fim de que estes possam auxiliá-los

a lidar com o estresse bem como estabelecer pausas, ou até mesmo determinar o término do tratamento.

A consulta conjunta – atendimento médico e psicológico –, modelo divulgado por Ferrari e Luchina na década de 1980, recebe a denominação de interconsulta e tem como proposta substituir os pedidos de parecer entre os diversos profissionais envolvidos no processo; assim, dinamizando o retorno e possibilitando a discussão desses elementos em um só atendimento. Todavia, interessa apontar que essa proposta promove, ainda, a troca de saberes de diferentes especialidades que atuam no serviço de saúde (SANTOS, s/d).

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a construção do atendimento humanizado pela equipe consegue promover uma sólida apreciação das complexidades do comportamento humano, proporcionando a escuta ativa necessária para um bom relacionamento profissional-paciente.

1.6.1 Propedêutica médica

Apresentar a propedêutica médica (análise e estudo clínico dos sintomas de uma doença para a conclusão diagnóstica) é fundamental para entendermos parte do trabalho da equipe interdisciplinar, uma vez que o profissional da medicina conduzirá a trajetória do casal-paciente durante o tratamento da infertilidade.

O médico especialista em reprodução humana, associado por muitas pessoas ao ginecologista, é procurado por mulheres que chegam sozinhas ao atendimento especializado. Essa busca solitária por um especialista é comum devido a diversos fatores sociais e culturais, entre os quais, a associação por parte do homem entre (im)potência sexual e (in)capacidade reprodutiva. Porém, após certificarem-se de que esse profissional poderá ajudá-los, são iniciados os procedimentos com o casal (OLMOS, 2003; MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Essa busca solitária por parte das mulheres é confirmada através do levantamento realizado na Unidade de Medicina Reprodutiva de um hospital-escola do interior de São Paulo, a qual atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2005, foi constatado que 58,33% das mulheres que buscavam tratamento médico para engravidar chegavam sozinhas na primeira consulta com essa equipe (PERISSINI; PINTO, 2005). Por isso, é importante que, nas primeiras consultas, os profissionais reforcem a importância da presença do casal em

todas as consultas médicas, transmitam ao casal alguns fundamentos do processo reprodutivo e discutam orientações gerais sobre os exames a serem realizados (TOGNOTTI, 2001).

Conforme nos ensina Seger-Jacob (2006), os primeiros contatos do casal com a equipe iniciam a construção da relação profissional-paciente e a maneira como será conduzida essa relação refletirá na formação do vínculo com a equipe interdisciplinar e no sucesso ou fracasso dos atendimentos por ela realizados.

Para Leite, Makuch e Petta (2004, p. 47), “os profissionais que atendem esses casais inférteis, e, de forma particular, os médicos, são geralmente alvos de grande expectativa; as mulheres têm o desejo de encontrar um profissional atencioso, compreensivo, dedicado e, acima de tudo, sensível”.

Corroborando essa noção, Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005, p. 217) veem o papel clínico do médico como o de “realizar uma investigação completa, tratar quaisquer anormalidades, educar o casal a respeito do funcionamento do sistema reprodutor, dar ao casal estimativa de seu potencial de fertilidade, aconselhar a adoção quando apropriado e proporcionar apoio emocional”.

O médico deve, através do diálogo, colher a história clínica detalhada de ambos os cônjuges, enfocando os seguintes aspectos: idade, ocupação, tempo de infertilidade, paridade, características do ciclo menstrual, história das gestações, infecções pélvicas, cirurgias pélvicas, tabagismo, exposição a fármacos, substâncias tóxicas ou fatores ambientais e tratamentos prévios para infertilidade (CORLETA; PASSOS, 2008). Segundo Tognotti (2001), também é necessário realizar: o levantamento de doenças sexualmente transmissíveis, de tuberculose pulmonar ou genital, de uso de medicamentos, de drogas, da presença de processos alérgicos bem como da história familiar, investigando a presença de tuberculose, epilepsia, diabetes, malformações fetais, casamentos consanguíneos e fecundidade familiar.

Na investigação clínica, são solicitados alguns exames específicos para o homem e para a mulher, conforme a lista abaixo (FINOTTI, 2001, p. 609-611):

Homem:

- Espermograma: é um tipo de exame que analisa as condições físicas e composição do sêmen humano. É explorado para avaliar a função produtora do testículo e problemas de esterilidade masculina.
- Sorologia: estudo científico do soro sanguíneo. Na prática, o termo refere-se ao diagnóstico e identificação de anticorpos e ou antígenos no soro.

Mulher:

- Temperatura basal corporal: utilizado na avaliação da função ovulatória em ciclos espontâneos ou induzidos.
- Escor cervical: análise semiquantitativa de parâmetros às características do muco cervical (volume, filância, grau de cristalização) e abertura do canal cervical durante o ciclo.

- Biópsia de endométrio: o estudo histopatológico do endométrio realizado na segunda fase do ciclo (24º - 26º dia) representa um meio indireto de investigação da ovulação e da função do corpo lúteo.
- Avaliação hormonal: solicitada de acordo com a suspeita clínica. Principais hormônios solicitados na pesquisa básica: FSH, LH, Prolactina, Estradiol plasmático, Progesterona sérica, Testosterona livre, S-DHEA, Androstenediona, TSH, T3 e T4.
- Ultrassonografia pélvica transvaginal seriada (USG): monitorização da ovulação, avalia o crescimento folicular e a postura ovular. Analisa também as modificações sofridas pelo endométrio e na fase pós-ovulatória acompanha a formação e regressão do corpo lúteo.
- Histerossalpingografia: avalia o relevo e a luz do canal cervical, útero e trompas. Permite a comprovação da permeabilidade tubária, mas não de sua função.
- Histerossonografia: é uma técnica ultrassonográfica desenvolvida recentemente para avaliação do endométrio (tecido que recobre a parede interna do útero). Um espelho esterilizado é inserido pela vagina e o colo uterino é limpo com solução anti-séptica. Em seguida, um cateter é introduzido até o nível do fundo uterino, sendo feita instalação de solução fisiológica estéril na cavidade endometrial. Em mulheres com o colo uterino dilatado ou incompetente, também pode ser usado o cateter com balão, para prevenir derramamento retrógrado de solução fisiológica na vagina. O espelho é então removido e o transdutor inserido na vagina para emitir ondas ultrassons e captá-las, permitindo sua visualização num monitor.
- Videolaparoscopia: Técnica cirúrgica minimamente invasiva realizada por auxílio de uma endocâmera (vídeo) no abdômen (láparo). Para criar o espaço necessário as manobras cirúrgicas e adequada visualização das vísceras abdominais a cavidade peritonial é insuflada com gás carbônico.

Para complementar a investigação do estado clínico do casal, deve-se colher detalhadamente os dados sobre a vida sexual do casal, incluindo: início da atividade sexual, número de relações semanais, se há presença de penetração vaginal e de ejaculação no interior da vagina, se existe queixa de dispareunia (dor durante o ato sexual), como é a higiene após o coito, se estão presentes ou não a libido e o orgasmo, quais os métodos contraceptivos utilizados e seu tempo de uso (TOGNOTTI, 2001).

As informações referentes à sexualidade do casal são dados importantes para o diagnóstico da infertilidade; porém, há a dificuldade de se relatar o ato sexual para terceiros, sendo, assim, aconselhável o auxílio de um especialista na área sexualidade. Desse modo, Olmos (2003, p.55) acredita ser necessária a presença de um terapeuta sexual na equipe para “discutir as disfunções sexuais, os problemas psicológicos ou físicos que afetam a vida sexual do casal”, facilitando o acesso da equipe às informações e possibilitando uma intervenção adequada.

Ainda nas primeiras sessões, segundo o autor, o médico deve solicitar exames para verificar a imunidade da mulher para rubéola e, ainda, preparando a mulher para uma futura gestação, orientar a utilização de ácido fólico, antes da concepção e até as 12 semanas de gestação, para a prevenção de defeitos tubo neural (auxiliar na formação do bebê).

Além disso, faz parte da propedêutica médica a necessidade de realizar a pesagem da mulher para verificar o índice de massa corporal (IMC). Se o IMC for maior que 30, a mulher deve ser orientada a perder peso e para auxiliá-las nesse processo, o médico deve realizar o seu encaminhamento à nutricionista (OLMOS, 2003).

É importante ressaltarmos que toda essa “rotina propedêutica pode variar dependendo da população a ser atingida, das características da equipe médica ou da infraestrutura do serviço” (TOGNOTTI, 2001, p. 503).

De acordo com Seger-Jacob (2006) a adesão ao protocolo da instituição também dependerá da adequada orientação do profissional de medicina sobre a real importância do acompanhamento por um profissional da área de saúde mental e de outras áreas (nutrição, serviço social, terapeuta sexual, entre outros), deixando claro que acompanhar com outras especialidades não significa o término dos cuidados médicos. Portanto, ainda na concepção da autora, tanto em serviços públicos quanto particulares, os profissionais da área médica devem envolver, desde o início, especialistas das diferentes áreas no acompanhamento a casais inférteis para que não sejam considerados pelos casais como *mais uma despesa*, ou mesmo como uma última opção para a resolução do problema da infertilidade.

Após todos os exames realizados e a avaliação de todos os profissionais envolvidos, é definido o diagnóstico do casal e realizada a indicação do tratamento. Entretanto, é importante ressaltarmos que a ausência de qualquer causa orgânica, tanto feminina quanto masculina, caracteriza um quadro de infertilidade sem causa aparente, ou seja, ISCA (FINOTTI, 2001).

1.6.2 Atuação e intervenção psicológica

A Psicologia, considerada a partir da metade do século XIX um ramo da ciência que estuda o comportamento e os processos mentais, tem como principal foco o indivíduo. Neste estudo, vamos nos concentrar na Psicologia da Saúde por estar relacionada ao foco de nossa investigação

A Psicologia da Saúde, segundo Straub (2005), é um subgrupo da Psicologia que busca cuidar do bem-estar do indivíduo e tem como objetivo aumentar a adesão dos pacientes na investigação clínica e no tratamento médico, promovendo a saúde e prevenindo as doenças.

Sebastiani (2007, p. 05) acrescenta:

[...] é o conjunto de contribuições específicas, educacionais, científicas e profissionais da disciplina psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da enfermidade, identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, da enfermidade e das disfunções correlacionadas, e análise e melhoria do sistema de atenção à saúde e das políticas de saúde.

Na contemporaneidade, o psicólogo especialista em Psicologia da Saúde integra-se, cada vez mais, ao coletivo dos profissionais de saúde. Para tanto, conforme Farinati, Rigoni e Müller (2006, p. 434):

Utiliza-se de metodologia, princípios e conhecimentos da atual Psicologia científica, embasando-se no ponto de vista que o comportamento constitui, juntamente com causas biológicas e sociais, os principais determinantes da saúde e da maior parte das doenças e problemas humanos de saúde atualmente existentes.

O psicólogo da saúde, que “lida com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico” (SEBASTIANI, 2007, p. 10), deverá ir além dos limites do seu consultório, mantendo o contato com outras especialidades e, se necessário, atuar até de maneira emergencial.

A figura do psicólogo deve ser associada ao processo do diagnóstico clínico da infertilidade, pois é esse profissional que cuidará de todos os aspectos psicológicos do paciente que possam interferir no tratamento, conscientizando o casal infértil da magnitude de seus problemas dentro do contexto biopsicossocial (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Esse novo contexto, segundo Sebastini (2007, p. 02), “traz como vertente paradigmática o resgate da visão integral do indivíduo e a compreensão do binômio saúde-doença, como um fenômeno multicausal e interdependente na e da relação indivíduo-mundo”.

Além disso, Seger (2009, p. 81) defende a necessidade de o psicólogo ter “conhecimentos específicos na área médica à qual se propõe trabalhar” além de ser especializado em atendimentos breves e focais.

O número de psicólogos da saúde especializados em RHA ainda é pequeno; porém, devido às mudanças proporcionadas pela reprodução assistida na construção familiar, esse número está em progressão. Esse profissional especializado já está sendo inserido em algumas dessas equipes multidisciplinares de medicina reprodutiva desde seu primeiro contato com os casais inférteis, realizando uma entrevista inicial e, sucessivamente, o acompanhamento e a avaliação emocional dos pacientes (SEGER, 2009).

A conduta psicológica facilitará na formação do vínculo profissional-paciente e auxiliará a reforçar as orientações básicas realizadas pelo médico. Por isso, a importância de desmitificar o motivo do acompanhamento psicológico (STRAUB, 2005). Essa orientação da

inserção do psicólogo na equipe se faz necessária por persistir, ainda no século XXI, a crença irracional que associa a figura do profissional da saúde mental com o cuidado de *loucos* (aqueles que não estão em seu juízo perfeito).

Para Seger (2009), profissional e estudiosa da infertilidade, a avaliação do casal deve ser integrada à rotina das clínicas de RHA, pois o acompanhamento psicológico traz como benefício maior número de adesão ao tratamento médico uma vez que proporciona aos pacientes tranquilidade e auxílio no enfrentamento dos procedimentos.

A trajetória do tratamento da infertilidade é longa, com “extensos exames diagnósticos e tratamentos médicos de longa duração, capazes de precipitar diversos sintomas psicológicos” (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005, p. 20).

Fernández (2009, tradução nossa), psicólogo do Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR), na Argentina, realiza o acompanhamento psicológico dos casais em diferentes fases do tratamento, as quais ele descreve como:

Fase I – entrevista inicial;

Fase II – preparação aos pacientes para as etapas posteriores do tratamento médico;

Fase III – de apoio;

Fase IV – seguimento ou *fallow up* dos pacientes logo após o resultado do tratamento.

O psicólogo ressalta em seu trabalho a importância da avaliação psicológica para a detecção de fatores (psicopatologias graves, discórdias conjugais graves, abuso de substâncias, etc.) que indicam postergação ou desistência do tratamento da infertilidade.

Carvalho (2004) também vê como papel do psicólogo o aconselhamento ao casal, direcionando informações específicas da área e esclarecendo possíveis dúvidas que possam emergir. Além disso, numa postura terapêutica, o apoio ao casal, nos períodos de estresse, auxilia os pacientes a enfrentarem as consequências da infertilidade e do tratamento.

Na perspectiva da teoria biopsicossocial, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 22), o suporte psicológico auxiliará o casal a “enfrentar seus medos e desafios que a infertilidade traz, discutindo as decisões que tomarão em relação ao tratamento e ajudando-os a aumentar o sentimento de controle sobre suas vidas, reduzindo sentimentos de angústia e ansiedade”.

Em algumas equipes, as orientações, citadas anteriormente, são realizadas em grupos, o que para Seger (2009):

[...] auxilia na percepção de fazer parte de um grupo e tem como objetivo promover apoio educacional e psicoterapêutico, abordando aspectos emocionais, médicos e estimulando a comunicação entre o paciente e a equipe. Proporciona também a

discussão sobre temas específicos como sexualidade, pressões culturais da infertilidade e o aprendizado de técnicas de enfrentamento (*coping*). O seu funcionamento pode variar, podendo ser semanal, quinzenal ou mensal.

A proposta dos grupos psicoeducacionais é vista com bons olhos por diversos pesquisadores por levar informações consistentes aos pacientes e trabalhar com dados reais, possibilitando aos casais a busca por soluções para o seu problema além do laboratório de RHA (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Esse trabalho proporcionará aos casais a reflexão sobre as possibilidades negativas e positivas dos resultados do tratamento da infertilidade.

Alguns grandes centros de referência em RHA oferecem aos casais a intervenção psicológica grupal, de base teórica cognitivo- comportamental com a finalidade de manter sob controle o estresse e, dessa forma, aumentar probabilidade de sucesso dos procedimentos.

Por isso, é aconselhado que todos os casais deem continuidade à psicoterapia, independentemente do resultado do tratamento. Caso o resultado seja negativo (momento vivenciado com dor e luto), o indivíduo necessitará da ajuda de um profissional para reorganizar seus projetos de vida. Caso seja positivo, isto é, o tratamento sendo bem sucedido, é importante a continuidade do acompanhamento profissional por se tratar de uma gestação diferente daquelas vivenciadas por pessoas que nunca precisaram passar pelas tecnologias da reprodução assistida.

1.7 TRATAMENTOS EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Para se submeter às técnicas de RHA, é necessário que o casal infértil tenha realizado todos os exames clínicos e recebido o diagnóstico que comprove a sua infertilidade.

Segundo Cavagna (2009, p. 8), a fertilização assistida é “o conjunto de técnicas que visam à reprodução humana, sem que haja relação sexual”. Podemos classificar em dois grupos as técnicas de reprodução assistida: i) técnicas de baixa complexidade, pelas quais a fecundação se faz no interior do corpo da mulher, como a inseminação intrauterina e a inseminação intraperitonal, e ii) técnicas de alta complexidade, nas quais a fecundação é extracorpórea e representada pelos procedimentos de fertilização in vitro (FIV) com transferência de embriões.

A indução de ovulação ou estimulação ovariana (amadurecimento de um ou mais folículos e a sua ruptura) pode ser considerada como uma técnica de baixa complexidade ou

uma primeira etapa para a realização de técnicas de alta complexidade. Essa técnica tem sido utilizada pelos ginecologistas como um recurso terapêutico na tentativa de ajudar os casais com distúrbio ovulatório a engravidarem. Também a utilizam para possibilitar o amadurecimento de vários folículos, visando à coleta de oócitos maduros, que serão posteriormente empregados em técnicas de FIV (PETRACCO; BADALOTTI; MORETTO, 2001).

Para Donadio, N. e Donadio, N. F. (2000), no entanto, as modernas técnicas de reprodução assistida só deveriam ser utilizadas como uma alternativa após o insucesso de procedimentos mais simples.

Nas sessões subsequentes, trataremos de cada uma das técnicas de reprodução assistida, com o propósito de diferenciá-las e, assim, propiciar maior esclarecimento sobre as mesmas.

1.7.1 Inseminação intrauterina (IIU)

A Inseminação Intrauterina, realizada pela primeira vez em 1791 pelo médico John Hunter e conhecida erroneamente como inseminação artificial, é a técnica mais simples dentre as técnicas de reprodução assistida (QUAYLE, 2006).

Apesar de ser um procedimento utilizado há mais de dois séculos, essa técnica de reprodução tem sofrido modificações e aprimoramento estando, ainda hoje, entre as modernas técnicas laboratoriais de reprodução assistida. Conforme apontado em 1.3, essa técnica pode ser dividida em: heteróloga e homóloga (LOPES; LOPES; BRANDI, 2001).

O procedimento é definido como processamento seminal e deposição intrauterina de espermatozoides por meio de cateter de inseminação (CAVAGNA, 2009, p. 08). Essa é considerada uma técnica laboratorial de baixa complexidade, baixo custo financeiro, com o resultado semelhante às técnicas mais complexas, como Fertilização *In Vitro* e Transferência de Embriões (FIV-ET) e Transferência de Gametas para as Trompas (GIFT) (FINOTTI, 2001).

1.7.2 Fertilização *in vitro* (FIV)

A FIV, considerada uma das mais modernas e complexas técnicas de reprodução assistida, teve o seu reconhecimento público com o nascimento de Louise Brown, em 1978, na Inglaterra, ficando esse procedimento conhecido popularmente como *bebê de proveta*.

Para muitos casais, segundo Finotti (2001), a FIV acaba sendo um dos últimos recursos no tratamento de infertilidade devido ao seu alto custo financeiro.

De acordo com Cavagna (2009, p. 10, grifo do autor):

O tratamento pela FIV compreende as seguintes etapas: estimulação ovariana (estimulação farmacológica da ovulação), aspiração folicular para coleta de oócitos (coleta de oócitos para a fertilização *in vitro*), fecundação em laboratório (o sêmen é processado em laboratório e os espermatozoides são colocados em contato com os óvulos) e transferência de embriões para o útero.

Ao contrário da IIU, a FIV é uma técnica de alta complexidade e de mais altos custos, uma vez que sua realização percorre um número maior de etapas que exigem maior cuidado do profissional.

1.7.3 Injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)

A ICSI, indicada para os casos de infertilidade sem causa aparente (ISCA) é a técnica mais recente para o tratamento de infertilidade (FINOTTI, 2001). Outra indicação de uso dessa técnica, segundo Cavagna (2009), são casos de infertilidade masculina grave, em pacientes vasectomizados (esterilização cirúrgica) ou no insucesso de outras técnicas utilizadas previamente.

O procedimento dessa técnica “consiste na injeção de um único espermatozoide diretamente no interior do óvulo, utilizando-se um micromanipulador”. (CAVAGNA, 2009, p. 12), o que aumenta as chances de gravidez do casal.

No entanto, por ser essa a técnica de reprodução mais moderna, caracterizada como uma técnica laboratorial precisa, o custo do procedimento aumenta e a complexidade também.

1.8 INFLUÊNCIA DE FATORES EMOCIONAIS

A interferência dos fatores emocionais na fertilidade humana, e a preocupação com as consequências das modernas técnicas de RHA na saúde mental dos indivíduos têm sido alvo de estudos de psicólogos desde a década de 1950 (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

A preocupação por parte dos profissionais emerge do fato de que não estamos tratando apenas do aspecto biológico desses indivíduos, mas do desejo de concretização de seu sonho da maternidade e/ou da paternidade. O fenômeno da infertilidade, segundo Moreira, Maia e Tomaz (2002, p.77), “compromete não apenas o corpo, mas uma pessoa, no seu aspecto psicológico, nas suas relações conjugais, familiares e sociais e, em alguns casos, também no desempenho profissional”. Por isso, utilizar as técnicas laboratoriais como último recurso ou como a solução para os casais que não teriam chances de engravidar por vias naturais, constitui-se em uma nova fonte de esperança de ter um filho ou em desapontamentos pessoais (MONTAGNINE, 2007). A maneira de lidar com a situação, diagnóstico e tratamento diferencia-se entre homens e mulheres. Conforme pontua a autora (2007, p. 01), as mulheres vivenciam de forma negativa e “tendem a pensar mais na situação, o que diminui o envolvimento no trabalho, em atividades sociais e de lazer, deprimindo-se mais”. Outros sintomas, como ansiedade, autoestima mais baixa, culpa e vergonha, associados à infertilidade, são acrescentados ao gênero feminino, afirma ainda a autora.

Os casais com dificuldades de engravidar já demonstram ansiedade desde o início da sua trajetória de busca por profissionais que possam auxiliá-los a solucionar a sua queixa de forma rápida e fácil. Para Montagnine (2007, p. 01), é um período de defrontar-se “com a falta de controle da capacidade reprodutiva do próprio corpo, contrariando as expectativas que teriam um filho quando desejassem”, ou seja, é a interrupção do projeto de vida pessoal de cada um dos cônjuges e do casal como unidade.

Para Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005, p. 217), o primeiro passo para o casal é assumir a dificuldade de engravidar e, em seguida, ter “disposição para realização de exames subsidiários com o intuito de revelar a causa do problema, a disponibilidade para realizar o tratamento proposto, a busca de informações, as lendas, os custos, a pressão familiar e da sociedade e a ansiedade pelo resultado”; são fatores que influenciam, de algum modo, no emocional do indivíduo.

Os transtornos mentais (Transtorno de Estado de Ânimo, Transtornos Adaptativos e Transtornos Alimentares) pré-existent ao diagnóstico podem vir a interferir na fertilidade das mulheres por desencadear “alterações do ciclo menstrual e reprodutivo”. Já outros transtornos, como os Transtornos de Ansiedade, podem surgir nas mulheres na fase de tratamento (IIU), reduzindo as chances de gravidez (MOREIRA et al., 2005, p. 120).

O diagnóstico das causas da infertilidade é tão negativo para os casais que chega a ser apresentado como uma experiência devastadora, comparada ao divórcio ou ao recebimento da notícia de que são portadores de uma doença crônica, como por exemplo, o câncer (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Semelhante às estratégias de enfrentamento, utilizadas pelos pacientes portadores de uma doença crônica, os casais inférteis utilizam recursos para conseguir vivenciar a confirmação diagnóstica da infertilidade. Essas estratégias, segundo Kübler-Ross (2008), são conhecidas como mecanismos acionados pelos pacientes para melhor enfrentarem a situação. Assim, quando os indivíduos recebem uma notícia que os leva a refletir sobre sua existencialidade e os faz depararem-se com a sua finitude, acionam esses mecanismos que são divididos pela autora em cinco estágios, não sendo regra o paciente passar por eles nessa ordem ou passar por todos os estágios; porém, a esperança estará presente em todos:

- Negação e isolamento: funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais.
- Raiva: quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento.
- Barganha: é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” autoimposta. A maioria é feita com Deus.
- Depressão: instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser.
- Aceitação: é quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do *repouso derradeiro antes da longa viagem*.

De acordo com a forma de enfrentamento do diagnóstico, o problema emocional já existente poderá ser agravado ou desencadeará nos indivíduos a vivência de uma nova crise psicológica. Entre as consequências dessa crise, individuais ou para o casal, podemos citar: redução de autoestima e da valorização no contexto social, isolamento social, investimento compulsivo no trabalho e dificuldades sexuais (MALDONADO, 2002; MOREIRA, MAIA, TOMAZ, 2002).

O impacto desse diagnóstico, segundo psicólogos que atuam na área da RHA, pode afetar o bem-estar do casal e sua qualidade de vida. As consequências podem variar, desencadeando sentimentos de “vergonha, culpa, profunda tristeza, ansiedade e angústia, constituindo uma importante fonte de estresse que afeta várias outras áreas da vida dessas pessoas, podendo gerar um estado de instabilidade emocional (incluindo a esfera sexual), ou seja, de crise” (MELAMED, 2009, p.41). Essa experiência, segundo Mansur (2003), pode

gerar um estigma social e levar os indivíduos que vivenciam esse fenômeno à alienação e ao isolamento.

De acordo com Goffman (1980), usa-se estigma em relação a um atributo profundamente depreciativo, isto é, fazemos afirmativas baseados em nossas concepções e as transformamos em expectativas normativas, quando, na realidade, elas foram criadas em relação àquilo que o indivíduo deveria ser, não ao que ele realmente é. O autor, aponta, ainda, que o estigma oculta uma dupla perspectiva. Desacreditado, quando o estigmatizado assume que sua característica distintiva já é conhecida ou imediatamente evidente. Desacreditável, quando esta característica distintiva não é conhecida e nem imediatamente perceptível.

Goffman menciona também que há três tipos de estigma claramente diferentes: abominação do corpo – referente às várias deformidades físicas; culpas de caráter individual – inferidas com base em relatos conhecidos, por exemplo, homossexualidade, tentativas de suicídio, etc.; e tribais de raça, nação e religião – transmitidos de geração a geração.

Para um melhor entendimento do que seja um estigma no universo da infertilidade, Straube (2009) esclarece que ele emerge após o casamento, no momento em que os casais buscam exercer a sua função social primordial: a reprodução. A ausência prolongada do filho dá margem a suspeitas e cobranças familiares e sociais, criando-se, assim, o estigma.

Segundo Gasparini e Terezis (2007), sentir-se diferente dos padrões estipulados pela sociedade pode ocasionar à mulher sentimentos de inveja e ódio de outras mulheres que conseguem a gestação, emergindo a culpa pelo problema e pela falta de fé. Para o homem, ser infértil é assumir a responsabilidade pela dificuldade que o casal vive (MONTAGNINE, 2007).

As crenças irracionais de punição ou castigo divino, despertadas nos indivíduos, os levam a buscar ajuda religiosa, à participação em rituais místicos e à busca por tratamentos alternativos (KAHHALE; SOUZA, 2007).

Outro importante fator presente na vivência dos casais inférteis é o estresse, que segundo Lipp (2003, p. 18), “é um processo e não uma reação única, pois no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de tensão, um longo processo bioquímico se instala”.

Para Moreira et al. (2005), o estresse está correlacionado com a infertilidade e, por isso, vem sendo estudado desde a década de 1950. Hoje, vários pesquisadores aprofundam essa investigação para avaliar suas possíveis causas e consequências, sendo comprovado que as mulheres inférteis têm mais chances de apresentarem maiores níveis de estresse do que as mulheres sem problemas para engravidar. Para muitas mulheres, a infertilidade é considerada

o evento mais estressante de suas vidas, o que ressalta o modelo do impacto dos estados psicológicos sobre a função reprodutiva (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Para Montagnine (2007), os casais que decidem passar pelas técnicas de RHA experimentam diferentes sintomas emocionais, em especial, a ansiedade; porém, apenas quem consegue lidar com as dificuldades do tratamento chega a procurá-lo.

O que diferenciara no tratamento desses indivíduos é a vivência ímpar dos casais, a forma como respondem a um mesmo estímulo estressor – a sua história de vida, suas estratégias de enfrentamento e o gênero (MOREIRA; MAIA; THOMAZ, 2002; OLMOS, 2003).

Mesmo que o estresse possa ser um fator desencadeante das alterações na função reprodutiva, não podemos isolar a influência dos “estados psicológicos”, ou seja, de um perfil multifatorial (MOREIRA et al., 2005, p. 119). Assim, o modo de enfrentamento ao estresse, segundo Maluf e Vasconcellos (2007, p. 69, grifo do autor), e a “todas as variantes emocionais, sociais e médicas envolvidas na situação, são denominadas como estratégias de *coping*”.

A função das estratégias de *coping* é de “gerenciar ou alterar o estressor, sendo classificadas como centradas no problema e quando buscam controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais diante do estressor são centradas na emoção” (SIMONETTI; FERREIRA, 2008, p. 20).

Segundo Damião et al. (2009, p. 1200), a definição mais aceita de enfrentamento é de que “as mudanças cognitivas e os esforços comportamentais constantes para administrar demandas específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como um fardo ou que excedem os recursos da pessoa”.

De acordo com Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 19):

[...] as dificuldades psicológicas decorrentes da infertilidade são complexas e influenciadas por diversos fatores, como diferenças de gênero, causas e duração da infertilidade, estágio específico da investigação e do procedimento médico, além da própria capacidade de adaptação do problema e da motivação para ter filhos.

Entendemos que não só o diagnóstico pode influenciar no emocional desses casais, mas também a ausência de um diagnóstico concreto (de um fator orgânico que esteja interferindo na gestação), como a ISCA. O resultado negativo do teste de gravidez ou a menstruação podem também intensificar a angústia, desencadeando revolta e decepção diante

do problema de infertilidade, significando a perda do filho desejado e dos sonhos que aí estavam investidos (GASPARINI, TERZIS, 2007; MONTAGNINE, 2007).

A somatória dos diversos fatores que permeiam a infertilidade influenciará na maneira como cada casal vivenciará cada fase da trajetória médica (JACOB-SEGER, 2000; CARVALHO et al., 2006).

Dado os apontamentos relacionados à vivência do casal (in)fértil, como o desejo do filho, as influências socioculturais, individuais e emocionais na busca pela maternidade e pela paternidade e a dissociação do sexo da reprodução pelas modernas técnicas de reprodução assistida, exploraremos, no próximo capítulo, a trajetória sociohistórica da sexualidade, com o propósito de melhor entendermos a vivência afetivo-sexual do casal (in)fértil.

CAPÍTULO 2 – SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE

CAPÍTULO 2 - SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE

Como forma de nos auxiliar na busca pela compreensão da sexualidade de homens e mulheres, iniciamos este capítulo esclarecendo as definições de sexo, reprodução e sexualidade, para, posteriormente, adentrarmos a trajetória histórica da sexualidade; a conceituação da resposta sexual humana; a definição das disfunções sexuais e a associação entre sexo e reprodução.

O sexo biológico é definido no dicionário *Aurélio* (1986), como:

Conformação particular que distingue o macho da fêmea, nos animais e nos vegetais, atribuindo-lhes um papel determinado na geração e conferindo-lhes certas características distintivas. O conjunto das pessoas que possuem o mesmo sexo. Sensualidade, volúpia, lubricidade, sexualidade. Os órgãos genitais externos.

Poli (2001, p. 91), estudioso da sexualidade, sintetiza o conceito de sexo como “uma função encarregada de promover a reprodução através do coito”.

A reprodução, considerada até a Idade Moderna apenas como consequência do ato sexual, é a “capacidade que tem um organismo de originar outro organismo semelhante ao atingir certa fase do seu desenvolvimento” (BRASIL, 2006, p. 21). As dificuldades encontradas neste processo de reprodução, conforme discutido no Capítulo 1, são conhecidas como *infertilidade* e a impossibilidade de engravidar é conhecida como *esterilidade*.

Foi apenas no século XIX que os pesquisadores introduziram na literatura o uso do termo sexualidade. Para Poli (2001, p. 91), a sexualidade humana “está relacionada com o prazer” e engloba “todos os impulsos e as forças que promovem a vida”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2006, p. 22), a sexualidade:

[...] é muito mais do que sexo. Ela é um aspecto central da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. A sexualidade envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura. É importante buscarmos o autoconhecimento, para que possamos fazer as escolhas que sejam mais positivas para a nossa vida e para a expressão da nossa sexualidade.

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) categorizam o estudo da sexualidade com base em três perspectivas: biológica, sociocultural e psicológica, ou biopsicossocial, enquanto

Álvarez-Díaz (2007, p. 65) aborda a sexualidade, valendo-se de um escopo mais amplo, sob as perspectivas “biológica, psicológica, social, antropológica, cultural, legal, filosófica, etc.” Lopes e Vale (2010, a p. 03), em síntese, definem sexualidade como “um dos pilares da qualidade de vida”.

Assim, a análise da sexualidade pode seguir por diferentes prismas teóricos e ainda, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), estar interligada ao relacionamento interpessoal, ao autoconceito, aos padrões gerais de comportamento e à própria personalidade, dificultando uma única definição de normalidade sexual.

Portanto, por se manifestar de maneira extremamente *polimorfa*, a sexualidade humana dificulta definirmos, precisamente, um conceito para sexo normal ou anormal, argumenta também Vitiello (1998). Para o autor, os atos ou pensamentos *normais* em sexualidade são definidos de acordo com os padrões sociais (algo que a maioria das pessoas faz e pensa) ou que não prejudique a saúde de quem pratica ou sofre a ação do ato sexual.

Hentschel et al. (2006, p. 63) acrescentam ao critério de normalidade de Vitiello que “o sexo deve ser um elo completamente satisfatório entre duas pessoas que se amam, do qual ambos emergem despreocupados, gratificados e preparados para mais”.

Portanto, não há como utilizarmos um único conceito para todos os povos. Segundo o critério sociocultural apontado por Vitiello, semelhantemente ao critério biológico, afirma-se que uma relação sexual é normal quando há satisfação para ambos os parceiros não havendo prejuízo físico ou emocional a nenhum deles.

De acordo com o aspecto psicológico, Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 01, grifo dos autores) definem sexo normal como sendo aquele que permite a satisfação pessoal ou a adequação sexual de cada um e explicitam:

Se o indivíduo está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o de seu parceiro, ele é uma pessoa sexualmente *normal* ou adequada, sob o ponto de vista psicológico. Mas, se não estiver satisfeito com sua sexualidade e/ou com o desempenho sexual de seu parceiro ele está inadequado ou *anormal* sexualmente, de acordo com o seu próprio padrão normativo.

Outro fator que dificulta a concepção de normalidade sexual é a relativização do conceito, de acordo com o período em que o estudo é realizado. No século XIX, por exemplo, a relação sexual para ser considerada normal deveria ter apenas a finalidade de procriação enquanto, na atualidade, o prazer é destacado como fator principal do sexo (SILVA, 2001).

Dessa forma, para que possamos melhor compreender o comportamento sexual contemporâneo dos indivíduos, passaremos a um breve estudo da sexualidade através da perspectiva sócio-histórica.

2.1 TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA E CULTURAL DA SEXUALIDADE

Segundo a psicóloga e sexóloga Lins (1997), na Pré-História, período anterior a 3500 a.C., a mulher era extremamente valorizada por sua função procriadora e associava-se a sua fertilidade à produção da terra. O fenômeno da reprodução era visto como algo místico e desconhecia-se a participação do homem nesse processo.

Ainda de acordo com a autora, a noção de casal era ignorada e a construção da família envolvia todos os membros da mesma tribo, ou seja, era uma união coletiva, o que possibilitava que um filho tivesse vários pais e várias mães. Esse período é conhecido como período matriarcal, uma vez que a linhagem era feminina. A mãe, responsável pelos cuidados dos filhos, não podia se afastar da tribo, ficando responsável pela colheita enquanto o homem saía para caçar. Essa divisão das tarefas originou uma divisão sexual dos trabalhos.

Com o passar dos tempos, o homem começou a se organizar em grupos e, segundo Araújo (1999, p. 15), “sentiu a necessidade de estabelecer regras de convívio, ou seja, limites, a fim de conviver com os seus semelhantes. Nesse momento, o sexo se inseriu dentro das normas de convivência, nem sempre pacíficas”.

Segundo Tannahill² (1983, apud ARAÚJO, 1999, p. 15),

[...] o ser humano modifica ou transforma a natureza ao descobrir, num primeiro momento, que pode semear e domesticar animais; e ainda, ao observar que os animais precisam copular para que a fêmea reproduza, descobre a paternidade, relacionando-a à necessidade de o homem fecundar a mulher.

Essa nova atividade possibilitou ao homem descobrir a sua importância no processo reprodutor, desvalorizando a função reprodutora da mulher. Com essa descoberta, o homem começou a se preocupar com o comportamento sexual da sua companheira para evitar criar crianças que não fossem seus filhos biológicos (LINS, 1997). Surge, então, a noção de casal, que, segundo Lins, é consolidada por meio do filho.

² TANNAHILL, R. **Sexo na história**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

A nova organização social do relacionamento dos indivíduos proporcionou a criação de “todo um ritual de complexo simbolismo, que culminou no casamento, tal como o conhecemos, para normatizar o que é socialmente aceitável em matéria de exercício da sexualidade” (VITIELLO, 1998, p. 01). Essas transformações ocorreram a partir do momento em que os indivíduos foram tomando a consciência do *eu* e formando parâmetros intrapsíquicos, que desempenham importante papel no exercício da sexualidade, ao lado do componente social.

A partir dessas mudanças, o sexo deixa de ser apenas biológico e torna-se cultural, possibilitando que as diferentes culturas tenham “as suas próprias normas, crenças e valores referentes à questão sexual, que se torna importante na medida em que se relaciona com todas as variáveis que afetam o ser humano” (ARAÚJO, 1999, p. 15).

Na Idade Antiga (3.500 a.C. – 476 d.C.), na Grécia, a beleza e a harmonia eram cultivadas como dotes intelectuais, ou seja, um corpo belo era sinônimo de abrigo de um espírito nobre. Um costume muito famoso entre os gregos foi a pederastia, que segundo Araújo, (1999, p. 16), “consistia em um homem tomar como discípulo um menino já entrado na puberdade. O mestre lhe ensinaria tudo que fosse necessário para seu desenvolvimento intelectual e, em troca, teria do aluno afeição e carinho”.

No Império Romano, deu-se continuidade à valorização grega da mulher como mãe e esposa, sendo inadmissível a sua infidelidade. Um fenômeno interessante da época, segundo Araújo (1999), era a baixa fertilidade desse povo, que talvez fosse ocasionada pelo costume das casas de banhos, com águas de temperatura elevada, que interferia no processo da fertilidade.

Para os hebreus, nos ensina Vitiello (1998), a sexualidade se tornou mais uma obrigação, sendo a procriação a razão primordial para o relacionamento sexual. Existiam alguns tabus relacionados à sexualidade, sendo um deles o da menstruação, o qual, segundo Araújo (1999, p. 20),

[...] atribuía um estado de impureza à mulher. Neste caso, estavam proibidas não só as relações sexuais, mas também qualquer espécie de toque na mulher em período menstrual ou que tivesse qualquer perda sanguínea vaginal. A crença básica era que ela contaminaria e deixaria também impura a pessoa que a tocasse. Ao final do período de impureza, a mulher deveria ir à sinagoga e praticar um ritual de purificação, quando então poderia relacionar-se com o parceiro.

Outras características que a autora traz da sexualidade dos hebreus é que eles condenavam a prostituição, a infidelidade e qualquer tipo de relação sexual em que o sêmen não fosse depositado na vagina, como relação anal ou coito interrompido.

No início do cristianismo, a repressão da sexualidade continuou nos mesmos moldes da cultura hebraica (VITIELLO, 1998). O comportamento repressor, segundo Araújo (1999), valorizava a virgindade e a castidade, sendo o casamento indicado àqueles que não conseguissem se manter castos. A autora relata que os intelectuais da época que se converteram ao cristianismo controlaram suas paixões e o sexo através do intelecto, por acreditarem que o sexo seria o pecado do corpo. Tanto que Santo Agostinho considerou o sexo fonte de pecado – exceto o sexo sem prazer, para fins de procriação. A fim de facilitar a abdição do sexo, o sentimento de paixão também não deveria existir entre os cônjuges (ARAÚJO, 1999).

Na Idade Média (476 d. C. a 1453 d. C.), fim do Império Romano no Oriente, o casamento continua como na Idade Antiga, ainda segundo Araújo (2002, p. 71), consagrado não como um relacionamento amoroso, mas sim como um negócio de família. O principal papel dessa união era “servir de base a alianças cuja importância se sobrepunha ao amor e à sexualidade”; assim, a reprodução era parte desse contrato. Para Lins e Braga (2005), a construção da família com objetivos econômicos, e o sexo no casamento direcionado para fins procriativos, objetivando a chegada de futuros herdeiros e possibilitando a estabilidade do poder e das fortunas, são vistos como uma importante tentativa de controle da sexualidade.

A Igreja, uma das principais instituições desse período, regulamentou a relação entre as pessoas por meio do casamento, influenciando diretamente na política. A mentalidade do homem era totalmente dominada pela religião e aqueles que se afastassem de suas normas sofriam punição (LINS; BRAGA, 2005).

A partir do século XII, segundo Lins (1997), iniciaram-se mudanças de comportamento em relação ao amor e ao sexo, surgindo o amor cortesão, considerado um amor puro. Segundo a autora, o desejo sexual e a busca de sua satisfação eram vivenciados pelos jovens dessa época de maneira diferente, visto como uma experiência entre duas pessoas.

Durante a transição entre a Idade Média e a Idade Moderna, conhecida como Renascimento, a Europa é tomada pela sífilis, que assusta a população e é considerada como um castigo de Deus para punir a promiscuidade (ARAÚJO, 1999).

Na Idade Moderna (séculos XV ao XVIII), as mulheres, que começavam a desejar ser mãe, deveriam estar atentas em suas relações sexuais para não desrespeitar outro interdito da

Igreja: a proibição ao prazer erótico. Essa nova tentativa do catolicismo de controle à sexualidade dos casais desencadeou o aumento da procura de prostitutas por parte dos homens e, conseqüentemente, o aumento de DSTs (LINS; BRAGA, 2005).

No século XIX, era Vitoriana, de grande repressão, o olhar dos pesquisadores se volta para o fenômeno do controle sexual humano, possibilitando estudos e reflexões sobre a temática, ficando esse controle conhecido como *repressão sexual*. Segundo Chauí (1984, p. 13),

[...] a repressão não é apenas uma imposição exterior que despenca sobre nós, mas também um fenômeno sutil de interiorização das proibições e interdições externas (e, conseqüentemente, também das permissões) que se convertem em proibições e interdições (e, permissões) internas, vividas por nós sob a forma do desagrado, da inconveniência, da vergonha, do sofrimento e da dor.

Já Muraro (1996, p. 76) critica o uso da palavra *repressão* por achar que esta representa uma ideia de “coerção e padecimento corporais, tendo uma conotação negativa”. A autora sugere a utilização do termo *controle* como uma forma mais adequada para expressar as normas do comportamento sexual apregoadas pela classe médica tradicional.

Segundo Silva (2001), surgem, neste período, as pesquisas em sexologia, em consonância com a psicanálise, como mais um campo específico de estudo, que se dividiu em três diferentes correntes: i) organicistas, que direcionam o estudo para os hormônios, para a anatomia e fisiologia do ato heterossexual; ii) psicologicistas, que estudam os símbolos e a revelação de conteúdos para uma visão emocional da sexualidade; iii) ars erótica, estudo dos fluxos de energia cósmica e do prazer unificador.

A classe médica, no final do século XIX e início do século XX, por meio de um movimento social conhecido como Movimento Higienista, passou a dividir com a Igreja o controle da sexualidade humana, surgindo com esse novo olhar novas regras para a conduta sexual.

De acordo com Góis Júnior (2002, p. 51), existem várias teorias divergentes acerca do Movimento Higienista no Brasil. No entanto, é possível identificar em todas elas um ponto comum: o reconhecimento de seu objetivo, “o estabelecimento de normas e hábitos para conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual”. Outra importante contribuição desse movimento, segundo Carvalho e Piccinini (2008, p. 03), foi a sua contribuição para a “retirada da mulher do confinamento doméstico, para, em um segundo momento, reintroduzi-la na família, onde o seu papel foi fortemente marcado por dedicar-se ao amor filiar e ao consumo

dos serviços médicos”. Além disso, para os pesquisadores, esse movimento também se preocupava com as DSTs, cujo contágio aumentava com a liberdade sexual.

No século XX, marcado pelas inúmeras inovações tecnológicas, médicas, sociais, ideológicas e políticas, o papel da mulher na sociedade é modificado definitivamente devido a grandes acontecimentos, dentre os quais podemos citar as Grandes Guerras Mundiais, ressaltando a Segunda Guerra. Com a convocação dos homens para os campos de batalhas, muitos lares ficaram desprovidos de seu genitor, sendo necessário que a mulher assumisse a função do pai, saindo do espaço privado para o mercado de trabalho (AMAZONAS; BRAGA, 2006).

A mulher, que até então era obrigada a cuidar apenas da casa e dos filhos, se depara com um mundo totalmente novo, dominado pela figura masculina, no qual tem que enfrentar longas jornadas de trabalho recebendo remuneração inferior a dos homens.

Para Araújo (1999), a igualdade dos direitos profissionais, sociais e conjugais, e a liberdade sexual da mulher, no século XX, promoveram a mudança da estrutura familiar, que deixa de ser patriarcal e passa a ser democrática.

A revolução sexual surgiu como uma revolta contra a repressão sexual e possibilitou às mulheres a autonomia na decisão de postergar o casamento e a gestação em busca da informação, da educação e do saber, possibilitando-lhes maior liberdade em suas vidas. As representações específicas dos papéis femininos e masculinos tornam a família uma sobrecarga para a mulher. Então, lhe é dada a opção de *escolher* entre uma carreira e a maternidade, sendo em ambos os casos uma escolha individual (MURARO, 1996).

Essa possibilidade de escolha da mulher, citada no parágrafo anterior, foi proporcionada por importantes acontecimentos: o avanço tecnológico e a inserção da pílula anticoncepcional no mercado, marcando a marcha em direção a uma nova era. Em seus estudos, Badinter (1986) reconstitui a longa marcha das mulheres na busca pelo direito de administrar o seu próprio corpo livres da *obrigação* da maternidade. Essa luta resultou, nos anos 60, na revolução sexual, possibilitando que a mulher fosse mãe apenas voluntariamente, colocando a questão da procriação novamente no centro dos debates.

O marco dessa revolução, segundo Lins (1997), foi a chegada da pílula anticoncepcional, que desvinculou o sexo da reprodução e possibilitou que o controle da fecundidade retornasse às mãos das mulheres. Esse fenômeno possibilitou a fixação feminina no mercado de trabalho, colaborando para diminuição da divisão sexual das tarefas. Portanto, foi através do método contraceptivo que a mulher pode buscar gozar de sua sexualidade sem o medo de engravidar (TORT, 2001).

A década de 70, conforme expõe Araújo (1999), foi marcada por dois importantes acontecimentos: o Movimento para a Libertação Gay, que assumiu características políticas e foi de grande importância para o estudo da sexualidade e o nascimento do primeiro bebê de proveta, considerado um grande avanço para a reprodução humana. Já a década de 80 teve como marco o surgimento de uma nova doença, a AIDS, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Na contemporaneidade, as novas tecnologias de RHA (IIU, FIV, ICSI) contribuíram para uma nova faceta da dissociação do sexo da reprodução, não no sentido de evitá-la, como fez a pílula, mas possibilitando a reprodução independente do ato sexual. Para Loyola (2003), não foi apenas o sexo que foi dissociado do processo reprodutivo, mas também a sexualidade por meio da busca individual do prazer.

A liberdade de escolha do melhor momento para engravidar e as novas tecnologias de RHA possibilitaram à mulher, segundo Maluf (2008), investir no seu desenvolvimento intelectual e profissional, postergando a maternidade.

Outra consequência da busca pela igualdade entre o sexo masculino e o sexo feminino é a alteração do modelo familiar tradicional – passando a família a constituir-se não apenas a partir do casamento, mas, agora, a partir de uniões livres. As novas construções familiares, segundo Loyola (2003), começam a surgir com as mudanças de comportamento e com as novas tecnologias de reprodução assistida.

Enfim, esse processo evolutivo trouxe importantes modificações no contexto da sexualidade humana, da reprodução e da construção familiar, instigando pesquisadores a buscarem a compreensão desses fenômenos na sociedade e, assim, levando ao surgimento de novas áreas do conhecimento.

2.2 A RESPOSTA SEXUAL HUMANA

A resposta sexual humana é uma função biológica cujo funcionamento é similar a outras funções do nosso corpo, ou seja, deve haver uma ação mínima funcional para o seu bom desempenho (HENTSCHEL; ALBERTON et al., 2006).

Foi através da observação da função biológica, isto é, das alterações dos aspectos fisiológicos durante o ato sexual, que Havelock Ellis realizou, em 1897, a primeira tentativa

de classificar os componentes da resposta sexual humana. Segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 52, grifo do autor), o pesquisador:

[...] divide o ato sexual em duas fases distintas: *tumescência* e *detumescência*. A primeira caracteriza-se por um acúmulo gradual e crescente de energia, evidenciado pela congestão sanguínea no aparelho genital; a segunda, pela descarga da forte tensão acumulada e a descongestão vascular que sucede o alívio orgásmico.

Em 1920, Freud (2002) realizou um estudo revolucionário sobre a sexualidade humana, revelando para o mundo que a compreensão da sexualidade se faz desde a infância e se divide em zonas erógenas, que são representadas por cinco fases: oral, anal, fálica, de latência e genital. Citamos, neste estudo, a pesquisa de Freud por ser uma revelação importante para a Sexologia; entretanto, não nos deteremos em sua pesquisa pelo fato de extrapolar o foco desta dissertação.

Até 1923, os estudos da sexualidade voltavam-se para os fenômenos da ereção e da ejaculação, considerados estágios preconizantes para a realização do potencial orgásmico. Reich³ (1974 apud SILVA, 2001, p. 29) descreveu o processo bioelétrico do orgasmo “em duas grandes fases: uma de controle voluntário de excitação e outra de contrações involuntárias”. Partindo desses estudos, Silva (2001) descreve o processo sexual como potência orgásmica e o divide em cinco fases: i) fase de controle voluntário da excitação; ii) fase das contrações involuntárias e da subida rápida da excitação; iii) brusca subida para o clímax; iv) orgasmo; v) diminuição da excitação e relaxamento.

Segundo expõe Silva (2001), em 1926, o médico ginecologista Theodor Hendrik van de Velde realizou novos estudos sobre a sexualidade humana e dividiu o ato sexual em quatro fases:

1. Prelúdio, fase das conversas e dos carinhos em que ambos apresentam sintomas de destilações e lubrificações;
2. Jogos de amor, considerado um estágio de aproximação sexual;
3. União ou comunhão sexual (coito), que se caracteriza pela penetração do pênis na vagina e pela sequência de movimentos até o orgasmo;
4. Epílogo, fase depois da relação sexual em que aparecem o topor e o sono.

³ REICH, W. Psicopatologia e sociologia da vida sexual. São Paulo: Global, 1975, 269p.

No final das décadas de 40 e 50, novos direcionamentos foram dados ao estudo da sexualidade. Kinsey, um biólogo, realizou estudos para compreender o comportamento sexual humano que revolucionaram os conceitos de sexualidade *normal*. Desde então, houve uma “rediscussão e redefinição de uma série de comportamentos sexuais que até então pressupuíam-se pervertidos e/ou infrequentes em seres humanos *normais*” (SILVA, 2001, p. 32, grifo do autor).

Em 1954, Willian Masters e Virginia Johnson retomaram os estudos sobre as fases da resposta sexual humana, sendo esta retomada considerada pela ciência como o verdadeiro início dessa pesquisa. Devido às dificuldades da época, o início das pesquisas foi direcionado para a reprodução humana e somente após o respaldo científico é que se voltaram para o estudo da atividade sexual (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Esse estudo sobre a atividade sexual teve como objetivo compreender a fisiologia sexual humana através de uma pesquisa com 382 mulheres com idade entre 18 e 78 anos e 312 homens com idade entre 21 e 89 anos. O resultado da pesquisa, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), foi publicado em 1966 no livro Resposta Sexual Humana de Masters e Johnson. Nesse estudo, foram observadas semelhanças das reações funcionais que ocorrem nos dois sexos, geradas por um fenômeno neurofuncional comum: a vasocongestão.

Através dessa pesquisa sobre reação fisiológica aos estímulos sexuais, os autores definiram um ciclo da resposta sexual humana, apresentado em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. A continuidade dos estudos possibilitou outra importante contribuição: a terapia para o tratamento das disfunções sexuais (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Em 1979, Kaplan reconheceu que o modelo bifásico (tumescência e detumescência) da resposta sexual de Ellis era incompleto e propôs uma terceira etapa, a fase do desejo. Para Kaplan, era necessária a preparação dos corpos dos parceiros para uma união reprodutora, partindo de uma sequência ordenada do desejo sexual para a excitação, o orgasmo e, enfim, para a resolução (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Segundo Silva (2001, p.42), Kaplan é considerada “a grande sintetizadora das abordagens psicanalíticas e comportamentistas no que se refere à terapia sexual”, tendo como referencial teórico para a realização da terapia sexual a abordagem teórica cognitivo-comportamental.

Na atualidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA (2002) propõe o modelo de Kaplan de desejo, excitação, orgasmo e resolução como o modelo

do ciclo da resposta sexual. Cada uma dessas fases apresenta características próprias, as quais iremos especificar abaixo.

A fase do desejo envolve fantasias acerca da atividade sexual e o desejo de ter atividade sexual (APA, 2002). Segundo Hentschel (2006), é um estado básico no indivíduo para que se inicie o ciclo da resposta sexual. As experiências prazerosas anteriores acerca da sexualidade e as fantasias, fatores subjetivos, estimulam o apetite sexual através do funcionamento do sistema nervoso central (fator anátomo-fisiológico) (KAPLAN, 1977; HENTSCHEL et al., 2006). Esses estímulos, segundo Masters e Johnson (1979), podem variar, mas devem ser adequados às necessidades individuais a fim de que a tensão sexual seja suficiente para ocasionar a excitação. A intensidade da fase do desejo determinará se a excitação será prolongada ou encurtada.

A segunda fase de excitação (*Plateau*), de acordo com a APA (2002, p. 467):

[...] consiste de um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. As principais alterações no homem consistem de tumescência e ereção peniana. As principais alterações na mulher consistem da vasocongestão pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa.

Tanto a excitação masculina quanto a feminina tem origem no sistema nervoso central e ambas podem ser estimuladas ou bloqueadas. Quando a excitação está no auge, os fenômenos ultrapassam os limites dos genitais, fenômeno que Hentschel et al. (2006, p. 62) explicam da seguinte forma:

[...] ocorre o aumento da frequência respiratória e cardíaca, e a pressão arterial se eleva. Todos os sentidos estão aguçados, e a pele pode apresentar o rubor sexual, manchas avermelhadas disseminadas pelo corpo. Os mamilos femininos e, às vezes, os masculinos estão eretos. Nos genitais, entretanto, é que acontecem as maiores transformações. A transudação vulvo-vaginal está aumentada, e as paredes no terço inicial se contraem, enquanto o útero é deslocado para cima e o colo é removido de dentro da vagina, ampliando a profundidade e a capacidade de seu fundo. O clitóris se torna proeminente, e algumas mulheres podem apresentar evidente exteriorização à custa da ereção dos corpos cavernosos clitoridianos.

A terceira fase, a do orgasmo, segundo a APA (2002, p. 468):

[...] consiste de um clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. No homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação de sêmen. Na mulher, ocorrem contrações (nem sempre experimentados subjetivamente como tais) da parede do terço inferior da vagina. Em ambos os gêneros, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente.

Essa fase clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual que é concentrada no clitóris, na vagina e no útero da mulher e no pênis, na próstata e na vesícula seminal do homem, dura poucos segundos (MASTERS; JOHNSON, 1979).

A última fase, a de resolução, segundo a APA (2002, p. 468):

[...] consiste de uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Durante esta fase, os homens são fisiologicamente refratários a outra ereção e orgasmo por um período variável de tempo. Em contrapartida, as mulheres podem ser capazes de responder a uma estimulação adicional quase que imediatamente.

Essa derradeira fase do ciclo da resposta sexual humana pode ter duração de minutos, para um jovem, e de horas ou dias, para um indivíduo em idade mais avançada (ABDO, 2000, a; HENTSCHEL et al., 2006).

O ciclo sexual é descrito diferentemente por Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 53, grifo do autor). Para os autores as fases são:

- A *fase de apetência (desejo, segundo Kaplan)* é uma etapa subjetiva, de comportamento encoberto. As demais fases são evidentes por apresentarem manifestações orgânicas objetivas.
- A *fase da excitação (tumesência segundo Ellis; vasocongestiva genital para Kaplan; excitação e platô de Masters e Johnson)* tem como característica subjetiva o fenômeno da excitação sexual crescente, objetivamente manifesta pelo binômio vasocongestão/reação miotônica. Nessa fase, o sistema simpático é dominante.
- A *fase do orgasmo (reação orgásmica de Kaplan; orgasmo para Masters e Johnson)* é objetivamente caracterizada pelo quadro miotônico das contrações musculares reflexas. Subjetivamente é marcada pela sensação de prazer sexual, perda da acuidade dos sentidos e sensação de desligamento do meio externo, referida por Kinsey como *la douce mort*. No campo neurológico, domina o sistema simpático.
- A *fase de relaxamento (detumescência de Ellis; resolução para Masters e Johnson)* caracteriza-se pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há uma constatação objetiva do relaxamento muscular e da descongestão sanguínea; subjetivamente, é marcada pela sensação de alívio e cansaço, com retorno à plenitude sensorial.

Os estudos mais recentes sobre o ciclo da resposta sexual foram realizados pela psiquiatra Basson, especialista em sexualidade feminina. Segundo Fleury, (2004) para Basson “é o desejo por intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo da resposta sexual”.

Segundo Fleury (2004), Basson explica que, ao iniciar a experiência sexual, a mulher deve ter motivação, a qual é encontrada na intimidade emocional com o parceiro, a fim de seguir para a fase de desejo e excitação. Ainda para Basson, o tempo do relacionamento também diferenciara o tipo de desejo. No início do relacionamento, o desejo é sempre espontâneo enquanto em um relacionamento de muitos anos o desejo é responsivo. Segundo

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 54), a motivação é necessária principalmente em relacionamentos mais duradouros, em que “as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade do que propriamente de uma estimulação sexual física”.

O prejuízo funcional em uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual é considerado, segundo a APA (2002), como transtornos da resposta sexual. Explicitaremos essas disfunções sexuais, no subitem a seguir.

2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS

Após o esclarecimento das fases da resposta sexual, torna-se mais fácil o entendimento das disfunções sexuais. Mesmo sendo essas conhecidas há milênios, apenas no século XX é que foram classificadas como quadros patológicos (ABDO, 2000, a). De acordo com o código internacional de doenças – CID 10 (OMS, 1993), as disfunções sexuais não causadas por transtorno ou doença orgânica são classificadas como:

- Ausência ou perda do desejo sexual.
- Aversão sexual e ausência de prazer sexual.
- Falha de resposta genital.
- Disfunção orgásmica.
- Ejaculação precoce.
- Vaginismo não-orgânico.
- Dispareunia não-orgânica.
- Apetite sexual excessivo.
- Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica.
- Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada.

A disfunção sexual, segundo Vitiello (1998), é o não cumprimento do ciclo da resposta sexual. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002, p.467), caracteriza-se “por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal”. Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) insistem na afirmativa de

que a disfunção sexual é um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica, que tem causas orgânicas e psicológicas.

De acordo com a OMS (1993, p. 188), quando não causadas por um transtorno ou doença orgânica, o quadro de disfunções:

[...] cobre os vários modos nos quais um indivíduo é incapaz de participar de um relacionamento sexual como ele desejaria. Pode haver falta de interesse, falta de prazer ou falha das respostas fisiológicas necessárias para a interação sexual efetiva (p. ex. ereção) ou incapacidade de controlar ou experimentar o orgasmo.

Segundo Moreira (2000), existem alguns elementos que podem interferir na sexualidade quais sejam: relações de gênero; educação rígida; trauma; estresse e doenças, principalmente endócrinas e vasculares. Abdo e Fleury (2001) acrescenta a esses fatores a idade biológica e os aspectos a ela diretamente relacionados; a capacidade de identificação e comunicação das dificuldades sexuais e os antecedentes pessoais: história de vida, iniciação sexual e evolução dos relacionamentos.

Para Lopes e Vale (2010, a), em decorrência do impacto causado pela disfunção sexual no relacionamento conjugal, é importante a abordagem adequada nos consultórios. Para Abdo (2008, p. 55), é essencial que o profissional realize o levantamento “da queixa do(a) paciente e/ou da(o) parceira(o), aliada a presença dos elementos de anamnese”. É critério indispensável para a caracterização como patologia que a sintomatologia persista por, no mínimo, 6 meses. Também é relevante para o diagnóstico, planejamento terapêutico e prognóstico, a distinção entre transtornos sexuais primários (ao longo da vida) e secundários (adquiridos) e generalizados (presentes em qualquer circunstância) ou situacionais (manifestados somente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias).

Quando a disfunção sexual está presente na mulher, conforme explicitam Lopes e Vale (2010, b, p. 03), é definida como “uma desordem persistente e recorrente do desejo/interesse sexual, da excitação subjetiva e genital, no orgasmo e/ou dor/dificuldade para permitir a relação sexual”. Os autores classificam tal disfunção como: disfunção do desejo, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo, dispareunia e vaginismo.

No homem, segundo Glina (s/d), as disfunções sexuais mais comuns são a inibição do desejo, a disfunção erétil e os distúrbios ejaculatórios, entre eles a ejaculação precoce e a anorgasmia (ejaculação retardada e dificuldade de ejacular).

Em um levantamento realizado sobre a vida sexual do brasileiro, no período de 2002 a 2003, nas cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), foram

entrevistados 7000 sujeitos – 54,6% homens e 45,4% mulheres acima de 18 anos. Do universo entrevistado, 28,5% das mulheres e 18,2% dos homens afirmaram apresentar alguma dificuldade sexual, percebendo Abdo (2004) que a queixa aumentava com o avançar da idade.

Com relação às disfunções sexuais, a autora afirma que:

- A inibição do desejo sexual foi reportada por 8,2% das mulheres e 2,1% dos homens, sendo essa queixa mais frequente acima dos 60 anos.
- A dor na relação sexual (dispareunia) foi apontada por 17,8% das mulheres e 4,5% dos homens, atingindo homens e mulheres entre 18 e 25 anos com maior frequência.
- O sentimento de aversão sexual foi apresentado por 7,9% das mulheres e 5,1% dos homens.
- A dificuldade de excitação durante o ato sexual foi relatada por 26,6% das mulheres pesquisadas, sendo mais frequente acima dos 60 anos.
- A dificuldade de atingir o orgasmo foi relatada por 26,2% das mulheres e 4,9% dos homens, sendo mais frequente entre os 18 e 25 anos.
- A ejaculação rápida (precoce) foi citada por 25,8% dos homens pesquisados, mais frequente entre 18 e 25 anos.
- A capacidade de obter e/ou manter ereção foi confirmada por 54,9% dos homens.

Com base nesses dados, observamos que a disfunção sexual pode trazer prejuízos individuais ou para o casal, o que pode interferir na fertilidade conjugal, por não permitir, na grande maioria dos casos, a finalização do ato sexual. Para melhor compreensão desse fenômeno abordaremos essa temática na próxima sessão.

2.4 SEXO E REPRODUÇÃO

Ao longo da história, a reprodução humana sempre foi vista como um processo natural realizado através do coito entre um homem e uma mulher. Na atualidade, as técnicas de reprodução assistida têm garantido a possibilidade de reprodução independente do coito. Com isso, a maternidade e o casamento são hoje projetos distintos (MELAMED; SEGER, 2009).

O corpo feminino, segundo Melamed e Seger (2009, p. 61):

[...] é privilegiado como objeto de ação da intervenção médica sobre o processo de reprodução assistida, as delimitações sentidas ou impostas ao homem, no decorrer do tratamento, são confirmadas pela desvinculação da reprodução sem sexo, numa cultura que valoriza a virilidade e a associa ao poder reprodutor outorgado à ciência quando não exclusivamente ao médico.

Esse privilégio concedido à mulher e o fato de que o homem tem que passar por todos os estágios do ciclo da resposta sexual humana para poder reproduzir, enquanto a mulher pode ser fértil mesmo sendo portadora de uma disfunção sexual compõem alguns dos estudos voltados para a sexualidade e para a fertilidade conjugal. (HENTSCHEL et al., 2006).

De acordo com Melamed e Seger (2009, p.61), “vários estudos mostraram uma grande identificação entre masculinidade-virilidade e capacidade de engravidar uma mulher”. A obrigação social de o homem ter relações sexuais está delineada em seu comportamento desde o nascimento, o que faz com que qualquer dificuldade sobre essa capacidade possa interferir na sua imagem de homem (GÓIS JÚNIOR, 2002). Ainda segundo Maldonado e Canella (2003, p. 180), “fazer filhos é, para o homem, sinônimo de potência, de ser bom reprodutor, sobretudo quando consegue gerar meninos”.

Assim, além da função biológica, a reprodução tem para os seres humanos uma função social. Para seguir essas regras sociais é necessário que os casais, dentro da instituição do casamento, tenham uma regularidade e frequência máxima de relações sexuais para terem um bebê (TORT, 2001).

O aumento da frequência da relação sexual, no entanto, pode vir a ser exagerado e tornar-se um comportamento compulsivo, deixando de ser satisfatório e agradável para tornar-se frustrante por não atingir o objetivo desejado, que é a gravidez (ÁLVAREZ-DÍAZ, 2007, tradução nossa). Com isso, o prazer na relação sexual acaba sendo substituído pela obrigação de realizar uma tarefa, ou seja, tentar copular em dias férteis para aumentar a chance de engravidar (LOPES, 1993).

Nas palavras de Moreira, Maia e Tomaz (2002, p. 78), a pressão criada pelos médicos e pelos próprios casais: a focalização excessiva sobre a procriação, principalmente nos períodos de ovulação, em que a relação sexual se torna obrigatória; e o impacto psicológico da infertilidade podem afetar de maneira negativa o emocional desses indivíduos, desencadeando “problemas de impotência, ejaculação precoce, vaginismo, diminuição da libido, excitação sexual prejudicada e dificuldade orgásmica. Esse declínio na qualidade do ato sexual, apresentado por casais com dificuldade de engravidar, surge em decorrência da

perda da espontaneidade da relação durante toda a investigação clínica e tratamento da infertilidade”.

Os próprios instrumentos terapêuticos e os sucessivos tratamentos para solucionar a infertilidade acabam afetando a intimidade sexual entre os parceiros, desvinculando as relações sexuais do ato reprodutivo, destruindo a responsividade sexual adequada do casal (LOPES, 1993; GASPARINI; TERZIS, 2007).

Dessa maneira, entendemos que os problemas sexuais podem ser causados ou agravados pelo diagnóstico, pela investigação ou gestão da infertilidade (MALDONADO, M. T., DICKSTEIN, J., NAHOUM, J. C., 2000; READ, 2004, tradução nossa) e que o fato de alguns casais “não falarem sobre a sexualidade ou até insistirem em afirmar que tudo está ótimo, não significa que seja assim” (MELAMED; SEGER, 2009, p. 63).

Em suma, corroborando as contribuições dos autores citados, advogamos que as disfunções sexuais devem ser avaliadas para além do biológico, considerando os fatores psicossociais (pressão social pode levar o homem a desenvolver mecanismos paranóides sobre si e o seu comportamento sexual), culturais, psicológicos (estado de humor e distúrbios psíquicos severos) e conjugais (ABDO, 2000 b; GÓIS JÚNIOR, 2002; PODGAEC, ABRÃO, ALDRIGHI, 2005).

CAPÍTULO 3 – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

CAPÍTULO 3 - PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

A modalidade fenomenológica foi escolhida para que possamos compreender e analisar o fenômeno da *vivência afetivo-sexual de oito casais inférteis*, que estão sendo submetidos a tratamento em um programa de medicina reprodutiva de um hospital-escola do interior paulista.

Essa modalidade de metodologia qualitativa, segundo Monteiro et al. (2006), está alicerçada em pressupostos compreensivos e interpretativos em relação ao fenômeno interrogado. Por essa razão, essa modalidade de metodologia nos conduzirá aos significados atribuídos pelos oito casais ao fenômeno citado, possibilitando, assim, que se compreenda o sentido dessa experiência.

O acesso aos significados da experiência já vivida se dá por meio da entrevista fenomenológica, que tem como objetivo surpreender o vivido no presente, “quando a experiência da pessoa é pensada de repente e dita como pela primeira vez” (AMATUZZI, 2007, p. 21). Por esse motivo, esse tipo de pesquisa é considerada dialética e mobilizadora.

Conforme Bruns (2007), para indagar os fenômenos psicológicos, a fenomenologia possibilitou uma nova postura de procurar interrogar as experiências vividas e os significados referidos pelo sujeito, isto é, procurar centrar-se na relação sujeito-objeto-mundo e não priorizar o objeto. Portanto, na perspectiva fenomenológica não existe a percepção do mundo como um dado bruto, desprovido de significados, mas acredita-se que a realidade e os objetos existem para um sujeito que lhes atribui significados.

Para o melhor entendimento do método que adotamos em nosso estudo, apresentamos, de modo conciso, as origens da modalidade fenomenológica, que segundo Bello (2006, p. 17), nasceu da corrente filosófica denominada Fenomenologia, cujo pai e mestre é Edmund Husserl. O nome dessa escola deriva-se da junção de duas palavras: “*Fenômeno*, aquilo que se mostra; não somente aquilo que aparece ou parece e *Logia*, deriva-se da palavra *logos*, que para os gregos tinha muitos significados: palavra, pensamento”. Desse modo, a fenomenologia é a reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra.

A trajetória dessa modalidade inicia-se pela redução fenomenológica ou *Epoché*, isto é, o pesquisador aproxima-se do fenômeno que está investigando, colocando em suspensão todo o conhecimento anteriormente adquirido, ou seja, segundo Giorgi (1989, p. 143), “[...] colocamos entre parênteses a coisa tal como a conhecemos a fim de observar nossa

experiência dela”. Só assim, livre de elementos pessoais e culturais, o pesquisador poderá abrir-se para a vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial, a fim de que resulte uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva dessa vivência (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Bello (2006, p. 21), o método fenomenológico é um “caminho para se chegar à compreensão do sentido das coisas”. Esse percurso é constituído pela redução eidética que se refere à busca dos sentidos, ou *essência (eidos)* dos fenômenos e pela redução transcendental, que é a forma como o sujeito se percebe no mundo.

Assim, na concepção de Holanda (2007), a pesquisa fenomenológica busca acessar essa apreensão da realidade, partindo-se do sentido dela para uma subjetividade intencional, ou melhor, busca alcançar o significado da realidade e do mundo para um indivíduo que é encarado como ator e protagonista da sua própria vivência. Ainda, conforme o autor, para que essa *essência (eidos)* do fenômeno seja alcançada, é necessário contemplar três elementos fundamentais: (i) redução fenomenológica; (ii) intersubjetividade entre os depoimentos dos colaboradores; (iii) retorno ao vivido da experiência relatada dos colaboradores.

Segundo Rezende (1990, p. 18), de posse dos discursos dos sujeitos/colaboradores, o pesquisador realiza a sua leitura e apresenta a vivência dos colaboradores, conforme uma estrutura didática composta por seis características, revelando, assim, o fenômeno:

1. Ser significativa: buscar abranger, ao máximo, a riqueza dos sentidos que envolvem o existir humano, enumerando todos e somente os aspectos indispensáveis para que possamos dizer *que fenômeno é este*.
2. Ser pertinente: o discurso não deve omitir nenhum dos aspectos que integram a estrutura significativa do fenômeno; a descrição deve mostrar o fenômeno em sua articulação de sentidos, explicando a significância do fenômeno que interessa desvelar, e não de outro.
3. Ser relevante: buscar a concretude do fenômeno interrogado, quer dizer, sua presença no mundo.
4. Ser referente: deve haver uma inter-relação dos elementos que constituem o fenômeno, isto é, sua contextualização no mundo, no tempo e no espaço.
5. Ser provocante: não se contentar em dizer de que maneira as respostas estão sendo dadas, porém de que outras maneiras elas poderiam, ou deveriam ser dadas.
6. Ser suficiente: importa dizer e redizer, sem que se tenha nunca a impressão de que tudo foi dito.

Para que se alcancem os significados atribuídos pelo sujeito à situação pesquisada, segundo nos diz Holanda (2007), é necessário situar o fenômeno como o sujeito que o está vivenciando, criando, pois, uma relação de intersubjetividade.

Importa dizer que este estudo teve início com base na seguinte indagação: *Como é a vivência afetivo-sexual de casais inférteis?* Posteriormente, a questão foi dirigida aos colaboradores

por meio de uma entrevista compreensiva, que nos possibilitou o acesso à vivência original do fenômeno indagado.

Dessa forma, para que *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis* seja explicitada e compreendida, o fenômeno será colocado entre parênteses (*Epoché*) para o abordarmos tal como ele se apresenta, conforme postulado pelos autores por nós visitados.

3.1 MOMENTOS DE REALIZAÇÃO DA ANÁLISE

Explicitaremos os passos do trajeto para a análise do fenômeno interrogado: *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis*

De posse das entrevistas gravadas, seguimos os quatro momentos sugeridos por Martins e Bicudo⁴, conforme apontados por (1989, apud Bruns 2007, p. 73), para realizar a análise dos depoimentos dos colaboradores. São eles:

1. O primeiro momento caracteriza-se pela transcrição dos depoimentos dos entrevistados, pela leitura ampla de todas as entrevistas do princípio ao fim, com a intenção de familiarizar-se com a descrição da experiência vivida e apreender o sentido geral do fenômeno indagado. Nesse momento, o inquiridor estabelece uma relação empática com a situação relatada pelo entrevistado, para poder sistematizar a experiência vivida.
2. O segundo momento marca-se pela intenção de caminhar para a elaboração da discriminação das unidades de significados, as quais são extraídas após a releitura de cada depoimento, tendo em vista que não existem *per se*, mas somente em relação à perspectiva e interrogação que o pesquisador dirigir ao fenômeno. Isto quer dizer que, nessa modalidade de pesquisa qualitativa, a realidade psicológica não está pronta; ela é construída pelo pesquisador no decorrer do processo de análise.
3. O terceiro momento define-se pelo seguinte: após a obtenção das unidades de significado, o pesquisador busca agrupá-las em temas ou categorias, que expressam o insight psicológico nelas contido, ou seja, é a transformação da linguagem coloquial do entrevistado no discurso psicológico. Essas transformações são pertinentes porque os depoimentos espontâneos dos entrevistados ocultam realidades múltiplas que o pesquisador deseja explicitar.
4. O quarto momento sintetiza e integra os insights contidos em todas as unidades de significado, obtidas no terceiro momento, as quais podem ser agrupadas em temas ou categorias em função das convergências e/ou divergências dos significados atribuídos pelos entrevistados e que constituem os aspectos essenciais da estrutura compreensiva geral do fenômeno.

Segundo Bruns (2007), sendo o discurso do ser humano inacabado e incompleto, os horizontes de compreensão do fenômeno vivido são inesgotáveis.

⁴ MARTINS, J.; BICUDO, M.A. A pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Moraes, 1989.

Desse modo, os passos descritos acima direcionarão a nossa análise a fim de obtermos a compreensão do fenômeno da *vivência afetivo-sexual de casais inférteis*.

3.2 ACESSO AOS COLABORADORES

O presente estudo foi desenvolvido em um hospital-escola do interior paulista—considerado de grande porte por prestar atendimento em várias especialidades médicas através do Sistema Único de Saúde (SUS), conveniados e particulares.

No Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, está inserida a Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia, composta por uma equipe interdisciplinar que conta com médicos, psicólogos e assistente social.

A técnica de reprodução humana assistida disponível na instituição, até o momento desta pesquisa, é a Inseminação Intrauterina (IIU), sendo oferecida três tentativas aos casais que tenham indicação para esse tratamento. Em caso de insucesso, os casais recebem alta da instituição.

3.3 DIFICULDADES VIVIDAS NO ACESSO AOS COLABORADORES

Após a autorização do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia, do Serviço de Psicologia e da Comissão de Aprimoramento (COAPRIMO), foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital-escola o projeto desta pesquisa, em conformidade com os requisitos relacionados aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (ANEXO A), começamos a acompanhar os atendimentos realizados na Unidade de Medicina Reprodutiva e a fazer o Rapport (relação única de confiança mútua ou afinidade emocional) com os casais que apresentavam queixa de infertilidade.

Depois de estabelecermos contato com os casais durante a rotina estabelecida pela equipe, ou seja, durante as consultas médicas ou no grupo psicoeducacional; ou, ainda, por telefone para obter informação das datas de retorno às consultas médicas, do dia em que

estariam no hospital para a IIU ou para a avaliação psicológica, convidamos os possíveis colaboradores a participar desta pesquisa.

Como critério de inclusão, os casais deveriam ser pacientes com hipótese diagnóstica de infertilidade primária, estando em qualquer fase do processo de investigação e tratamento, independente da classe socioeconômica.

Muito embora tenhamos pensado o projeto de pesquisa com a intenção de um corpus composto apenas por casais com infertilidade sem causa aparente (ISCA), resolvemos ampliar este universo para casais com infertilidade primária com ou sem a presença de fatores orgânicos devido às dificuldades de encontrar colaboradores com ISCA em número suficiente na instituição eleita para o desenvolvimento da pesquisa. Portanto, utilizamos como critério de exclusão casais com queixa de infertilidade secundária e infertilidade por esterilização cirúrgica (Laqueadura Tubária (LT) e Vasectomia).

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com a disponibilidade de sala. Nessa ocasião, a pesquisadora leu junto com os colaboradores o termo de consentimento e esclareceu os objetivos e relevância da pesquisa bem como o contexto na qual se inseria. Foram esclarecidos, também, os critérios de escolha dos casais, a garantia do anonimato nos resultados do estudo e o sigilo de sua identidade nos documentos da pesquisa.

Além disso, os colaboradores ficaram cientes da possibilidade de desistirem da pesquisa a qualquer momento, sem que isso trouxesse qualquer prejuízo ou influência em seu tratamento. Após o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos casais (APÊNDICE A).

Em seguida, coletou-se os dados para a caracterização dos colaboradores, mediante o preenchimento de um questionário adaptado pelas pesquisadoras, tornando-se por base Carrara, Duarte e Philbert (1996) e o quadro de classificação socioeconômica da ABEP (2003) (ANEXO B).

Após realizar o levantamento citado, passamos ao momento da entrevista compreensiva, que tem como objetivo entender a história de infertilidade do casal, em um encontro que se constitui em um diálogo descontraído, mediado pela seguinte questão: *Gostaria que você contasse para mim sua vivência afetivo-sexual desde a época do namoro até hoje.*

Devido às dificuldades de compreensão de alguns colaboradores, a pedido deles, a questão mediadora do diálogo foi apresentada da seguinte forma: *Gostaria que você contasse para mim a sua vivência afetivo-sexual durante o namoro, a partir de seu casamento, quando*

decidiram engravidar, quando perceberam que tinham dificuldade de engravidar e durante a trajetória clínica da investigação e tratamento da infertilidade.

Os depoimentos foram gravados em MP3 para posteriormente serem transcritos e analisados pela pesquisadora. Para garantir o sigilo da identidade dos colaboradores envolvidos e do conteúdo expresso nos depoimentos, substituímos os nomes dos colaboradores por números arábicos e pelos símbolos ♂ e ♀. Para facilitar a compreensão, os casais receberam o mesmo número, sendo os colaboradores homens representados pelo símbolo ♂, e as colaboradoras mulheres, pelo símbolo ♀.

A seguir, apresentamos a caracterização dos colaboradores, segundo os dados coletados nesta primeira fase.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Conforme expusemos anteriormente, os dados apresentados nos quadros que se seguem foram coletados por meio de um questionário, desenvolvido pelas pesquisadoras, com base no roteiro proposto por Carrara, Duarte e Philbert (1996).

Para a melhor compreensão do leitor, os dados dos colaboradores são apresentados em cinco quadros: (i) caracterização dos colaboradores; (ii) fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade; (iii) histórico familiar de infertilidade; (iv) história da vida sexual dos colaboradores; (v) percurso médico percorrido ante a dificuldade para engravidar.

3.4.1 Apresentação das características dos colaboradores

Passaremos agora à descrição dos dados dos colaboradores, levantados por meio da ficha de identificação.

Quadro 01: Caracterização dos colaboradores

Casal	1		2		3		4		5		6		7		8	
Data Entrevista	11/11/2008		20/09/2008		13/11/2008		26/11/2008		02/12/2008		04/12/2008		09/12/2008		09/12/2008	
Nome	1♂	1♀	2♂	2♀	3♂	3♀	4♂	4♀	5♂	5♀	6♂	6♀	7♂	7♀	8♂	8♀
Idade	45	35	27	22	34	24	35	30	22	20	30	26	22	22	33	27
Religião	C ¹	C	C	C	C	C	E ²	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Escolaridade	E.F.I.3	E.F.I.	E.M. 4	E.M.	E.F.I.	E.M.	E.M.	E.F.5	E.F.	E.M.	E.F.	E.F.I.	E.M.	E.M.	E.M.	E.S.I.6
Profissão	Pedreiro	Doméstica	Motorista	Auxiliar de escritório	Mecânico	Técnica de edificações	Caminhoneiro	Do Lar	Mototaxista	Vendedora	Trabalhador rural	Do lar	Ajudante ferramenteiro	Trabalhadora rural	Policial Militar	Estudante
Tempo de Namoro	02 meses		07 anos		02 anos		06 meses		03 anos		07 meses		03 anos		09 anos	
Estado Civil	União Estável		Casados		União Estável		Casados		União Estável		Casados		Casados		Casados	
Tempo de união	05 anos		02 anos		05 anos		05 anos		03 anos		09 anos		03 anos		3 anos	
Nível sócio-econômico	D		C		C		B ²		C		C		C		D	
Tempo de contracepção	0		07 anos		03 anos		01 ano		04 anos		0		02 anos		08 anos	
Tentativa de engravidar	02 anos		02 anos		03 anos		05 anos		03 anos		07 anos		02 anos		02 anos	
Contato com a equipe	27/05/2008		20/09/2008		11/09/2008		26/06/2008		21/10/2008		04/09/2007		10/06/2008		14/10/2008	
Hipótese Diagnóstica	Infertilidade Primária (ISCA).		Infertilidade primária. Fator masculino.		Infertilidade primária (ISCA)		Infertilidade primária Fator Feminino (SOP).		Infertilidade primária. Fator conjugal (Obesidade feminina e varicocele).		Infertilidade primária Fator Feminino (SOP).		Infertilidade primária. Fator masculino (varicocele).		Infertilidade primária (ISCA).	

1Católico (a)

2Evangélico (a)

3 Ensino Fundamental Incompleto.

4 Ensino Médio.

5 Ensino Fundamental.

6 Ensino Superior Incompleto.

A idade dos colaboradores variou de 22 a 45 anos, enquanto das colaboradoras variou de 20 a 35 anos. Quanto à religião, 07 casais se declararam católicos enquanto apenas 01 casal é composto por cônjuges de religião diferente – um católico e o outro evangélico.

Referente ao nível de escolaridade, a maior parte dos colaboradores não buscou uma carreira profissional através dos estudos: 08 possuem o Ensino Médio; 03, o Ensino Fundamental; 04, o Ensino Fundamental Incompleto e 01, o Ensino Superior Incompleto.

Houve grande variação de profissões entre os homens: 01 pedreiro, 01 motorista, 01 mecânico, 01 caminhoneiro, 01 mototaxista, 01 ajudante ferramenteiro, 01 policial militar e 01 trabalhador rural. Entre as mulheres também houve variação, sendo: 01 colaboradora doméstica, 02 do lar, 01 trabalhadora rural, 01 auxiliar de escritório, 01 técnica de edificações, 01 vendedora e 01 estudante.

O nível socioeconômico prevaleceu baixo, sendo 02 casais de classe D, 03 de classe C², 02 de classe C¹ e 01 de classe B².

O tempo de namoro variou entre 02 meses e 09 anos, sendo que, no momento da entrevista, 05 casais estavam oficialmente casados enquanto 03 encontravam-se em união estável – variando o tempo de 07 meses a 05 anos.

Dos 08 casais que participaram da pesquisa, 02 nunca utilizaram métodos para prevenir a gravidez, os demais utilizaram pelo período de 01 a 08 anos. Até a data da entrevista, o período de tentativa de engravidar desses casais variou de 02 a 07 anos.

Todos os casais entrevistados apresentavam uma hipótese diagnóstica de infertilidade, sendo 03 casais sem causa aparente (ISCA); 02 casais por fator masculino; 02 casais por fator feminino – síndrome do ovário policístico (SOP) – e 01 casal por infertilidade conjugal – obesidade feminina e varicocele.

3.4.2 Fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade

Alguns problemas de infertilidade, como vimos em sua etiologia, no Capítulo 1, podem ser desencadeados pelo uso de algumas substâncias, como o tabaco, álcool e drogas ilícitas. No próximo quadro, apresentaremos os dados concernentes a esses três fatores comportamentais.

Quadro 02: Fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Tabagismo	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Etilismo	Soc.1	Soc.	Soc.	Não	Não	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Não	Não
Drogas Ilícitas	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

1 Socialmente

Referente aos 08 casais, nenhuma colaboradora relatou ser tabagista, enquanto 01 colaborador afirmou ser tabagista. Entre os 16 colaboradores, observamos que o índice de tabagismo é baixo, não sendo, portanto, considerado um fator que possa ter interferido na dificuldade de engravidar.

O fator etilismo foi trazido por 01 colaboradora e 06 colaboradores como um comportamento social (bebem socialmente).

Todos os 16 colaboradores negaram o uso de drogas ilícitas.

3.4.3 Histórico familiar de infertilidade

No quadro a seguir, traremos o levantamento da história familiar dos colaboradores – um dado importante para o direcionamento da investigação clínica médica e também para o acompanhamento psicológico.

Quadro 03: Histórico Familiar de Infertilidade

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Familiar com dificuldade de engravidar	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Grau de parentesco	---	---	---	Mãe	---	Irmã	---	Tia avó	Primo 1º Grau	---	---	---	---	---	---	---
H.D.1	---	---	---	ISCA	---	Não sabe	---	Não sabe	Baixa quantidade de espermatozoides	---	---	---	---	---	---	---

1 Hipótese diagnóstica

Foi observado que das 08 colaboradoras, 03 afirmaram ter na família um parente com queixa de infertilidade: mãe (ISCA), irmã (sem diagnóstico) e tia avó (sem diagnóstico). Entre os 08 colaboradores, apenas 01 apresentou histórico de infertilidade na família: primo de 1º grau (baixa quantidade de espermatozoides).

3.4.4 História da sexualidade dos colaboradores

As informações referentes à sexualidade do casal são fatores importantes para auxiliar no diagnóstico da infertilidade.

Quadro 04: História da sexualidade dos colaboradores

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Teve orientação sexual?	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Local onde a orientação foi fornecida.	---	Casa	Escola	Escola, casa	---	Escola	---	---	Escola, casa	Escola, casa	---	Escola	Escola	Escola, igreja, casa	Casa	Escola, casa
Pessoa que forneceu a orientação.	---	Irmã, mãe	Prof.1	Prof., mãe	---	Colegas	---	---	Prof., mãe	Prof., mãe	---	Prof.,	Prof.,	Prof., primas	Pais	Prof., irmã, mãe
Idade da primeira relação sexual.	12	23	18	14	22	17	16	19	14	14	18	17	9	15	16	15
Número de relações por semana.	5	2	3	4	7	3	5	3	4	6	2	3	3	4	3	4
Desejo	P2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Excitação	P	A3	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P
Orgasmo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Disfunção erétil?	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---
Ejaculação precoce?	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---

1 Professor (a).

2 Preservada.

3 Alterada.

Ao indagarmos sobre a orientação sexual durante a trajetória de vida, 05 colaboradores e 07 colaboradoras afirmaram que tiveram algum tipo de orientação (formal ou informal). A orientação formal, segundo os colaboradores, foi fornecida pela figura do professor, enquanto a orientação informal foi recebida da mãe, de ambos os pais, da irmã, de primos e de colegas. O local variou entre própria casa, a escola e a igreja. A colaboradora que relatou ter recebido orientação sexual, também, na igreja não informou quem a forneceu.

A idade da primeira relação sexual, entre as colaboradoras, variou entre 14 e 23 anos, enquanto, entre os colaboradores, variou entre 09 e 22 anos. Podemos observar que a vida sexual dos homens inicia-se mais cedo do que a das mulheres.

O número de relações sexuais durante a semana foi oferecido individualmente. É interessante observar que todos os casais apresentaram números divergentes de relação sexual durante a semana. O número de relações na semana variou entre 02 e 06 vezes para as colaboradoras e entre 02 e 07 vezes para os colaboradores.

Nas fases da resposta sexual humana, as 08 colaboradoras relataram que o desejo e o orgasmo estavam preservados. Referente à excitação, 06 relataram que estava preservada enquanto 02 relataram que estava alterada. Entre os colaboradores, todos os 08 relataram que o desejo, a excitação e o orgasmo estavam preservados e que não apresentavam problemas de ereção ou de ejaculação precoce.

3.4.5 Trajetória médica percorrida ante a dificuldade para engravidar

Neste último quadro, apresentaremos a trajetória percorrida por cada casal (local, exames e tratamento), na tentativa de encontrar uma solução para a dificuldade de engravidar.

Quadro 05: Trajetória médica percorrida ante a dificuldade para engravidar

	Casal 1	Casal 2	Casal 3	Casal 4	Casal 5	Casal 6	Casal 7	Casal 8
Fez investigação em outro serviço de saúde?	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Onde?	---	Clínica	Posto de saúde	Clínica	---	Posto de saúde	Posto de saúde	Clínica
		Convênio		Particular				Convênio
Exames	---	Sim	Não	Sim	---	Sim	Sim	Sim
Tratamento	---	Indução de ovulação	Não	Indução de ovulação	---	Não	Não	Indução de ovulação

De acordo com as repostas dos colaboradores, 06 casais iniciaram a investigação clínica em outro serviço de saúde, sendo: 02 em clínicas particulares, por meio de convênio; 01 em clínica particular, com recursos financeiros próprios; e 03 em postos de saúde. Entre esses casais, 05 fizeram algum tipo de exame clínico e apenas 03 iniciaram o tratamento (indução de ovulação) nesses outros serviços.

Podemos observar que é frequente os casais iniciarem o acompanhamento com os profissionais em postos de saúde ou clínicas particulares e, posteriormente, serem encaminhados para instituições especializadas para realização dos exames específicos; no caso de iniciativas particulares, muitas vezes, por não haver cobertura pelo convênio médico para esse tipo de procedimento.

Feita a categorização dos casais, passaremos, no Capítulo seguinte, aos discursos dos colaboradores.

***CAPÍTULO 4 – PROCESSO DE COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL
DE CASAIS INFÉRTEIS***

CAPÍTULO 4 - PROCESSO DE COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

Iniciaremos a análise compreensiva e interpretativa dos discursos dos 16 colaboradores acerca do fenômeno por nós indagado: *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis*, com o propósito de caminharmos em direção à compreensão/interpretação dos significados e sentidos atribuídos por eles à busca pela gravidez.

A investigação desse fenômeno se deu por intermédio da metodologia qualitativa fenomenológica e a interlocução com as perspectivas psicológica, biológica, sociocultural, histórica e da sexologia.

À luz da modalidade fenomenológica, depois que transcrevemos os depoimentos dos entrevistados, realizamos a leitura e releitura de todas as entrevistas e caminhamos para a discriminação das unidades de significados, as quais foram agrupadas em 07 categorias:

- I. Lembranças do tempo de namoro
- II. A arte do convívio a dois
- III. Desvendando a intimidade sexual
- IV. A busca por uma ajuda especializada
- V. O estigma da infertilidade
- VI. O filho como projeto de vida
- VII. A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Assim, realizaremos as análises detalhadas das unidades de significado dos discursos dos colaboradores por meio da categorização, procurando sua relação com o discurso científico.

4.1 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DISCURSOS

Com a finalidade de desvendarmos como é vivenciar o fenômeno da infertilidade, adentraremos esse fascinante mundo desconhecido despindo-nos de nossos preconceitos concebidos sobre a temática e partiremos para a apresentação das categorias que afloraram nos discursos.

Como forma de preservar a identidade dos nossos colaboradores, conforme apontado nas questões éticas do estudo no capítulo 3, utilizaremos os numerais árabes para nos referirmos aos casais e os símbolos ♂ e ♀ para representar, respectivamente, os homens e as mulheres.

Categoria I – Lembranças do tempo de namoro

Nessa categoria, os colaboradores recordam, individualmente, a vivência afetiva e sexual do namoro no contexto social, familiar e conjugal. As unidades de significado que compõem essa categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1 ♂, 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria II – A arte do convívio a dois

Os colaboradores relatam como é a experiência da junção de duas individualidades em uma vida em comum, revelando como vivenciam, nessa fase, o relacionamento afetivo, familiar, social e sexual: 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria III – Desvendando a intimidade sexual

A vivência da relação sexual é dividida, nessa categoria, em dois momentos distintos: antes do desejo de engravidar e a partir do momento que o desejo por um filho se torna relevante na vida dos casais: 1 ♂, 2 ♂, , 3♂, 5♀, 6♂, 7♂, 7♀.

Categoria IV – A busca por uma ajuda especializada

Essa categoria mostra a trajetória percorrida pelos colaboradores, e os seus sentimentos relativos à busca de ajuda profissional especializada no tratamento de RHA e suas modernas tecnologias laboratoriais: 1 ♂ e 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria V – O estigma da infertilidade

Nessa categoria, destacamos os sentidos e significados atribuídos pelos colaboradores aos rótulos colocados pela sociedade nos indivíduos que são considerados inférteis: 1 ♂, 1 ♀, 2 ♀, 5♂, 7♀, 8♂.

Categoria VI – O filho como projeto de vida

Essa categoria nos mostra, na visão dos casais, como é ter um filho como projeto de vida e quais são os valores e significados atribuídos a essa criança: 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria VII - A menstruação com marcador de (in)sucesso do tratamento

Nessa categoria, os casais veem a menstruação como um marcador gestacional, acreditando ser esta sinônimo de fertilidade ou infertilidade: 1 ♂, 2 ♀, 4♀, 7♂, 7♀, 8♂.

De posse da categorização das unidades de significado, passaremos às análises compreensivas/interpretativas, possibilitando revelar ao leitor a vivência de casais inférteis.

Gostaríamos de ressaltar que, primeiramente, descreveremos o perfil dos colaboradores. Em seguida, descreveremos o perfil do casal, por meio dos dados apresentados nos quadros do capítulo 3, para, posteriormente, iniciarmos as análises compreensivas. Essa trajetória se deve ao fato de que cada casal é formado por dois colaboradores com histórias de vidas diferentes, construindo uma história em comum.

4.2 ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CASAIS

4.2.1 Casal 1

O colaborador 1 ♂ tem 45 anos, é católico, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como pedreiro. É fumante, bebe apenas socialmente e não utiliza drogas ilícitas. Não tem parentes com dificuldade de engravidar. Relata que não recebeu orientação sexual e iniciou a sua vida sexual aos 12 anos. Diz, ainda, ter 05 relações sexuais por semana, sem apresentar dificuldade de ereção nem queixa de ejaculação precoce, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

A colaboradora 1 ♀ tem 32 anos, é católica, possui o ensino fundamental e trabalha como doméstica. Não apresenta fatores comportamentais que podem interferir no sucesso de uma gestação (tabagismo, etilismo ou drogas ilícitas). Relata que recebeu em casa orientação sexual, de sua mãe e sua irmã. Teve a sua primeira relação sexual aos 23 anos e relata ter, em geral, 02 relações sexuais por semana. Queixa-se de excitação alterada, estando, porém, o desejo e o orgasmo preservados.

O casal (1 ♂ e 1 ♀), que possui nível socioeconômico D⁵, relata que namorou durante 02 meses, decidindo morar juntos após esse período. Os colaboradores encontram-se em união consensual há 05 anos e estão tentando engravidar há 02 anos. Relatam que durante esse período nunca utilizaram métodos contraceptivos e que o hospital-escola, onde as entrevistas estão sendo realizadas, é a primeira instituição em que buscam tratamento para a dificuldade de engravidar. A hipótese diagnóstica é de infertilidade sem causa aparente (ISCA).

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 1 ♂

Ah, no primeiro namoro meu, na primeira muié, eu era direto. Todo dia três direto, sabe? O dia inteiro. E nunca, nunca ela engravidou. Fiquei esse tempo todo e ela...

Na fala do colaborador 1 ♂ “(...) *todo dia três direto (...) o dia inteiro (...) nunca ela engravidou*”, percebe-se um comportamento sexual masculino voltado à função procriadora. Esse comportamento nos parece uma repetição da conduta sexual que começa a ser instalada com o reconhecimento da paternidade biológica ainda na Pré-história. A identificação do homem na procriação, segundo Badinter (1986), possibilitou à figura masculina deter o poder procriador e assumir o papel de onipotência, que até então pertencia à figura feminina.

O pênis, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), torna-se símbolo de força, poder e fecundidade do homem e a infertilidade coloca em risco a sua masculinidade diante da sociedade. A simbologia do pênis com a fecundidade (gravidez por vias naturais), permanece ainda na contemporaneidade assim como, segundo Melamed e Seger (2009), a associação da fertilidade com potência sexual.

Aí daquele tempo pra cá (durante o namoro) nós separou, aí as outra num, que eu coisei (relação sexual) eu não consegui também (engravidar), e essa que agora eu to que eu tô vendo que não tá (engravidando) e eu não sei se é eu (que tem dificuldade de engravidar) ou se é ela.

As diversas tentativas do colaborador 1 ♂ de engravidar por vias naturais “(...) *as outra (...) eu não consegui (...) e essa (...) eu tô vendo que não tá*” e a necessidade de identificar quem é infértil, “(...) *eu não sei se é eu ou ela*” sugere a existência da necessidade de comprovar para si e para a sociedade o poder do seu pênis, segundo a simbologia apresentada por Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M (2006).

Enquanto o filho biológico não é gerado, segundo Lins e Braga (2005), o homem sente-se impossibilitado de exercer o seu poder, concebido durante o patriarcado, sobre uma família (esposa e filho). Ainda conforme os autores, a sociedade em que o indivíduo está inserido cobra do homem a chegada do filho biológico para que possa exercer sua postura autoritária.

Dessa forma, a simbologia ainda existente sobre o pênis inspira-nos a refletir sobre as crenças sociais implícitas, que envolvem sexo e procriação, impostas à sexualidade masculina. Conforme Melamed e Seger (2009), essas crenças sociais fazem com que o homem incorpore a associação entre virilidade e a capacidade de engravidar uma mulher.

Colaboradora 1 ♀

Eu namorei com o colaborador 1 ♂ dois meses. Nós vivíamos bem assim. Eu namorei outras pessoas antes de namorar o colaborador 1 ♂, porque nós largo entendeu?

A fala da colaboradora 1 ♀ “(...) namorei outras pessoas antes de namorar o colaborador 1 ♂” denota uma escolha. Essa possibilidade de namorar e escolher seu cônjuge por amor é uma realidade a partir da década de 1940, que, segundo Lins e Braga (2005), emerge do mito do amor romântico. Para os autores, esse mito desperta sentimentos que brotam por meio do endeusamento da pessoa escolhida como ser amado e pelas fantasias criadas de que haverá complementação total e satisfação duradoura.

Entretanto, esses sentimentos não são suficientes para construir as bases sólidas do relacionamento conjugal, levando a união à vulnerabilidade com as possíveis adversidades que todos os casais estão sujeitos a passar.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 1 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 1 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 1 ♀

Depois que nós se conheceu mais ou menos, aí eu fui morar com ele.

Entendemos estar implícito na fala da colaboradora “(...) aí eu fui morar com ele.” que houve uma “*união estável*”, ou seja, um casamento. Ao retomarmos a nossa trajetória sócio-histórica, Lins (1997) nos revela que a necessidade de sobrevivência foi uma das funções exercidas pelo casamento que permaneceu em nossa sociedade durante milênios. Para a autora, foi só a partir do final do século XVII que o amor no casamento passou a ser uma possibilidade e no início do século XX que começou a ser valorizado, prevalecendo ainda as funções características dos séculos anteriores: formar um lar, gerar filhos e situar-se economicamente dentro da coletividade.

Ainda para Lins (1997, p. 191), “(...) a família não é mais necessária para a sobrevivência da espécie nem o casamento um vínculo divino, uma aliança entre duas

famílias ou uma união econômica, que durante tanto tempo justificaram a sua existência”. Tais mudanças na função da união conjugal propiciaram aos indivíduos a despreocupação quanto à assinatura de um contrato como meio de oficializá-la, possibilitando vivenciarem a modalidade de união estável.

[...] Porque tem gente que falou que eu fui casar muito tarde, não sei o que. Eu falei não, 24 anos não é velha.

Até há algumas décadas, conforme a literatura estudada, a sociedade estipulava para a mulher uma faixa etária ideal para o casamento. Segundo Lins e Braga (2005), na década de 1950, a inacessibilidade dos contraceptivos às mulheres solteiras, o medo da gravidez e o desejo do verdadeiro sexo levaram os jovens a se casarem precocemente. Ainda para os autores, conforme o censo brasileiro de 2000, a idade média das mulheres ao casar era de 25 anos. Já em 2007, as estatísticas do registro civil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2005), apontam que a idade média na data do casamento era de 26 anos.

A desvinculação do sexo da procriação na contemporaneidade, decorrente dos diversos contraceptivos disponibilizados e das modernas tecnologias científicas tem possibilitado à mulher postergar a união com o seu parceiro para buscar realizações pessoais. Essas modificações levam-nos a refletir que a idade ideal para o casamento torna-se subjetiva.

Mesmo que eu era moça, que eu era virgem. [...] Tem moça que não é virgem, mas eu era virgem.

Tem-se a impressão de que a colaboradora fala com orgulho de sua virgindade “(...) *mas eu era virgem*”, demonstrando seus valores morais, acredita que deve se resguardar para quem ama, para o casamento, o que vai ao encontro do que era apregoado na sociedade patriarcal.

A virgindade feminina na sociedade patriarcal tinha ligação com os valores econômicos, já que os casamentos naquele período eram realizados com base na economia. A mulher era vista pela sociedade como um *objeto* e o seu valor dependia da integridade do seu hímen e da sua capacidade de procriação, sendo a infertilidade considerada um problema apenas da mulher (LINS; BRAGA, 2005).

À luz das análises realizadas por Lins e Braga (2005) acerca da mercantilização da mulher, percebemos que a sociedade patriarcal, no seu íntimo, fragmentava a mulher e

interessava-se em negociar sua *função biológica*, desconsiderando a integralidade do ser – orgânico, social, psicológico e espiritual.

Com a progressão das mudanças de valores na sociedade ocidental, percebemos que a *perda* da virgindade da mulher antes do casamento torna-se cada vez mais frequente e explícita, consideradas pelos autores uma raridade aquelas que chegam virgem ao casamento. Entretanto, com o aumento da expectativa de vida e a convivência entre os indivíduos de diferentes gerações, as condutas ética e moral sugerem um conflito de gerações, sendo evidente, ainda hoje, segundo Lins e Braga (2005), pais que expulsam de casa as suas filhas que perderam a virgindade.

[...] Fora nossas briga, veve bem.

As mudanças na base do relacionamento conjugal, emergidas durante o amor romântico, refletem tanto na formação quanto na manutenção dos casamentos contemporâneos. Esse fato ocorre, segundo Badinter (1986), devido ao amor ser considerado uma base frágil, irracional e inconstante para uma união. A autora afirma, ainda, que essa base frágil nem sempre suporta os conflitos conjugais, podendo levar à *explosão* dessa unidade (casal), reduzindo a duração da relação conjugal, que é uma expectativa social.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 1 ♂

Mas eu com ela é normal (relação sexual). É, com amor, carinho, normalzinho.

A subjetividade do comportamento sexual nos dificulta chegar a uma única definição de *normalidade sexual*. Lins e Braga (2005) realizaram um extenso estudo sobre os principais estudiosos da sexualidade e apontam que as análises da conduta sexual humana devem ser realizadas sob quatro importantes aspectos: comportamento físico (biológico), coletivo (social), psicológico e filosófico. Esses quatro prismas nos auxiliam nas análises individuais de normalidade e patologia sexual. Porém, Weiss (2006) contribui com os estudos da sexualidade ao elucidar que os significados atribuídos ao sexo e os sentimentos que os permeiam definem o homem como um ser psicosssexual, retomando a visão integral do ser humano.

[...] É, a relação normal, tranquila. Ela também, ela não tem, com ela também não tem problema, só tem intimidade (timidez) mas, já tô tirando isso dela, é normal[...]

Por meio da diminuição de interferências negativas (crenças, valores, religião, etc.), segundo Lopes e Vale (2010), os indivíduos conseguem estar bem com a sua própria sexualidade, se abrem para conhecer não apenas a resposta sexual, mas também o funcionamento do seu próprio corpo e respeitar a sexualidade do outro, levando ao aumento da intimidade com o parceiro, à melhora na autoimagem, à capacidade de sentir-se atraente e de atrair, desperta o sentimento de ser amada ou desejada, diminuindo insatisfações existentes na relação, como a timidez da companheira desvelada pelo colaborador 1 ♂ “(...) *já tô tirando isso dela (...)*”.

[...] até penso que tá normal de mais, porque é uma, duas vezes por dia que tô em casa, normal, a relação.

Segundo o discurso do colaborador 1 ♂, o conceito de *conduta sexual normal* parece estar relacionado à potência sexual “(...) *duas vezes por dia (...)*”, indo ao encontro das expectativas que a sociedade atribui ao homem. Essas expectativas sociais, segundo Lins (1997), iniciaram-se no patriarcado com a utilização de métodos para transformar o menino em um homem de atitude varonil.

Mediada por procedimentos específicos, a virilidade do homem é, desde o início do patriarcado, comprovada para a sociedade através do desempenho sexual que deve acontecer o mais cedo possível. Lins (1997, p. 130) resume a passagem de menino para homem, conforme as expectativas sociais, do seguinte modo: “É considerado homem quando seu pênis fica ereto e come uma mulher”.

[...] não sei se, talvez tem vez que seja muito rápido, também atinge a relação. Tem vez que é muito rápido que as vezes a gente tá apressado, então eu acho que também atinge (engravidar). Pode ser isso.

É por meio da consciência corporal, principalmente da região perineal, que o homem tem a percepção das fases da resposta sexual que, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), consistem em: (i) apetência; (ii) excitação; (iii) orgasmo e (iv) relaxamento.

Quando o homem começa a ter relações sexuais rápidas “(...) *é muito rápido (...)*” e não consegue permanecer por muito tempo na fase de excitação, ele ejacula, sendo necessário avaliar quais os sentidos e significados do ato sexual para ele. Os autores ainda alegam que,

quando o significado do coito, para o homem, passa a ter como único objetivo a reprodução, ele visa como importante ejacular dentro da vagina, deixando o tempo da relação sexual de ser importante para ele.

[...] E nós faz normal (relação sexual). Tem, eu acho que eu devo tá com problema (infertilidade) também [...]

O discurso do colaborador 1 ♂ nos sugere um processo de racionalização, que, de acordo com Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), leva o indivíduo à condenação de si mesmo ou dos outros, baseando-se em suas crenças irracionais generalizadas.

Percebemos, nesse momento, que o colaborador 1 ♂ dissocia o sexo da função procriadora e interroga-se sobre a possibilidade de ser infértil “(...) *eu devo tá com problema também* (...)”. Entretanto, durante os nossos estudos, entendemos que em se tratando de infertilidade, não existe um único culpado, mas sim um casal que vivencia a dificuldade de engravidar. Desse modo, conforme Olmos (2003), a fertilidade se faz por meio da soma das características de um determinado casal.

Colaboradora 1 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 1 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 1 ♂

[...] não tá engravidando já quase 05 anos.

A inabilidade de engravidar nos últimos cinco anos, relatada pelo colaborador 1 ♂, já pode ser considerada um quadro clínico de infertilidade, já que para a OMS a infertilidade pode ser considerada após um ano de relações sexuais sem o uso de contraceptivos e ausência de gravidez. Esse problema, segundo Maluf (2008), leva o casal a experienciar tratamentos que envolvem vários anos de diagnóstico e procedimentos, podendo provocar grande estresse.

[...] Tá difícil tá. Eu preciso fazê um exame pra sabe se meu esperma tá vivo, se tem, se não tem, né? Porque até agora ninguém me explico[...].

A necessidade do colaborador 1 ♂ de realizar exames para tentar identificar possíveis causas de infertilidade o leva à trajetória de exames clínicos, que segundo Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005), poderá exigir disposição e ainda acabar instigando o indivíduo, em nosso caso, o colaborador 1 ♂, a buscar desenfreadamente informações na mídia, em sites da internet, etc., que nem sempre apresentam respostas fidedignas para o que procura. Para os autores, essa busca por informações pode acabar gerando a ansiedade pelo resultado dos procedimentos e múltiplos sentimentos negativos, que geralmente já emergem durante todo o processo clínico.

Sendo assim, a explicação buscada pelo colaborador 1 ♂ por meio da realização de exame clínico poderá ajudar, segundo nos mostra Jacob-Seger (2009), a diminuir a angústia e o medo de não poder procriar.

[...] eu tô achando que eu devo ter algum problema (infertilidade). Ou pode se que eu num... num... até agora, nada ainda.

[...] Isso que eu tive a vivência, só essas duas também que eu... agora que eu tô vendo que tá... que eu devo tá com problema.

Ao achar que pode ser infértil, o colaborador 1 ♂ demonstra indícios de estar ansioso. Para Maluf (2008, p.38), essa reação pode ser considerada normal, pois “a ansiedade é natural em nossos processos de aprendizagem, uma vez que expressa o medo do desconhecido”.

As tentativas anteriores de engravidar, com outras namoradas, parecem aumentar ainda mais a ansiedade do colaborador, que pode evoluir para uma ansiedade negativa, também conhecida como patológica, que a autora diz poder levar “a estados alterados de humor, causando até mesmo angústia”.

[...]Eu também quero vê se é eu o a muié que tá com dificuldade para engravidar.

A necessidade apresentada no discurso do colaborador 1 ♂ de identificar se a infertilidade é feminina ou masculina, ou seja, provavelmente procurar um culpável, poderá dificultar o tratamento do casal. Para Olmos (2003), é necessário que o médico esclareça para os pares que existe um casal infértil e que ambos precisam se unir antes mesmo que o tratamento se inicie.

[...] Mas agora eu, sadio e não conseguir, eu devo tá com algum probleminha. Eu acho que eu também tenho, alguma dificuldade. Não é só a menina. Então, eu

queria saber se muié tinha o problema, pra dispois eu saber se ela não tiver, então tá comigo.

Percebemos no discurso do colaborador 1 ♂ a existência da associação entre um corpo sadio com um corpo procriador “(...) eu, sadio e não conseguir (...)”. Entretanto, muitos dos problemas que podem ocasionar um quadro clínico de infertilidade nem sempre interferem na qualidade de vida do sujeito, até que o desejo de ter um filho seja despertado.

Diante da condição de infertilidade, o colaborador 1 ♂ mostra o desejo de primeiro saber se a companheira é infértil para só depois ele se submeter aos exames laboratoriais “(...) eu queria saber se muié tinha o problema, pra dispois... então tá comigo.”. Para Maldonado e Canella (2003), o comportamento do colaborador sugere ir ao encontro da “associação, feita pela cultura popular, entre capacidade de procriação e virilidade”, podendo ser considerado um dos principais motivos de resistência à realização do espermograma.

Já Poziomczyk (1986) apontou em seus estudos que diante da possibilidade de ser infértil o homem geralmente pode acabar negando o seu estado e tentar projetar a sua dificuldade de conceber na mulher.

Colaboradora 1 ♀

Ele fala que eu que tenho problema, eu falo que ele que tem problema, porque ele foi operado da hérnia. Não tem nada a ver. Outros falam que tem. Aí eu falei pra ele, olha colaborador 1 ♂, nós temos que fazer exame, ou tirar sangue pra vê se é eu ou você que tá com esse problema.

A necessidade de identificar quem é infértil, emergida no discurso da colaboradora 1 ♀, vai ao encontro do discurso do colaborador 1 ♂, sugerindo o despertar do medo em ambos de estar com o problema.

No momento em que o medo é despertado, Maluf (2008) aconselha os casais sobre a possibilidade de aprender com o que é temido e, assim, gradativamente alcançar a segurança. Ainda para a autora, a incerteza é considerada um componente do medo e entendê-lo auxiliará o indivíduo a diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade de enfrentamento da situação (*coping*).

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 1 ♂

[...] *Na minha família não tem, só eu que tô.*

O colaborador 1 ♂ sugere percebe-se *diferente* dos demais membros da sua família “*Na minha família não tem, só eu que tô*” já que só ele não consegue engravidar por vias naturais. Essa percepção do colaborador pode emergir naqueles que vivenciam a infertilidade e segundo Straube (2009), pode ainda despertar diversos sentimentos negativos, fazendo o indivíduo sentir-se portador de um estigma que pode *marcar e discriminar aquele que se desvia da ordem social estabelecida*: ser pai e exercer o seu poder, atribuído ao homem durante o patriarcado (Badinter, 1986).

[...] *Ainda, essas duas muié aí, não conseguí. A primeira falô pra mim, que você não consegue fazer filho, eu falei, como que eu não consigo? E ela foi e amigô com outro e conseguiu.*

O discurso do colaborador 1 ♂ nos sugere a dificuldade de engravidar incorporada como uma *impotência* “*(...) você não consegue fazer filho (...)*”, sendo esse significado, atribuído pelo homem, muito amplo. Segundo Maluf (2008), geralmente o homem espera que a mulher engravide na primeira tentativa, naturalmente, com o seu esperma, que considera ser potente e fecundante “*(...) essas duas muié aí, não consegui.*”. Quando isso não ocorre, segundo os estudos da autora, e caso a infertilidade venha a ser masculina, torna-se difícil para o homem dar conta da sua *incompetência*.

Sendo assim, para uma sociedade patriarcal, como é a nossa, o rótulo de infertilidade coloca a masculinidade do homem à prova, já que desde que o homem descobriu a sua participação no processo reprodutivo e assumiu uma postura autoritária houve a associação de sua potência sexual com a sua função reprodutora, perpetuada até a atualidade (LINS; BRAGA, 2005).

[...] *Eu queria fazer um exame pra sabê, que tipo de... que a gente possa é acertar, fazer (ter um filho). Por que tá sendo difícil. Ixi, tá sendo pra mim defeito[...]*

O colaborador 1 ♂ sugere que a vinda do filho nesse momento de sua vida seja uma possibilidade de *correção* de um *defeito*, já que, como explicita Weiss (2006), do ponto de vista emocional, ainda se perpetua em nossa sociedade os papéis masculinos de: procriador,

forte fisicamente e de chefe de família, o que dá continuidade ao nome e à descendência da família.

Vivenciar a infertilidade como um *defeito* leva-nos a refletir sobre os prováveis sentidos atribuídos pelo colaborador 1 ♂ a sua existência. Durante os nossos estudos, vimos como diversos autores apontam o estigma para explicar as vivências ímpares dos pares diante da infertilidade. Entretanto, achamos interessante a maneira como Carling (apud, WEISS, 2006, p. 125) refere-se a essa vivência singular da infertilidade, igualando-a ao *ser aleijado*, comparando a desvantagem do ser aleijado com aqueles que “*se sentiam inferiores e diferentes por causa da inabilidade de ter filhos*”.

Colaboradora 1 ♀

Todo mundo fala que ele não faz filho, entendeu? Ele disse que faz e que faz. Então, a coisa é assim.

O filho *a qualquer preço* pode transcorrer de um período, segundo Labrador (2002), de pressão dos colegas, de vizinhos, dos familiares, das parceiras e de si mesmo, podendo ter levado o colaborador 1 ♂, segundo o discurso da colaboradora 1 ♀ “*Todo mundo fala que ele não faz filho (...)*”, a deparar-se com a sua dificuldade de engravidar e, ainda, experienciar um estigma que é definido como “uma noção de diferença dos outros e isto conota uma marca ou defeito que está fora de uma norma socialmente definida” (JACOB, 2006, p. 45). Assim, Palácios e Jadresic (2000) apontam a nossa sociedade como sendo depreciativa e estigmatizante para com aqueles que passam pela dificuldade de procriar.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 1 ♂

Nas análises dos discursos do colaborador 1 ♂, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção dessa categoria.

Colaboradora 1 ♀

[...] Faz quase dois anos que nós estamos tentando engravidar e nós não consegue engravidar.

Para as mulheres, em especial, a gravidez é um importante período de transição, considerada por Maldonado (2002) um momento de crise por se tratar de um período temporário de desorganização no estado de equilíbrio. O desejo de engravidar e ter um filho pode iniciar para muitas mulheres ainda na infância por meio da observação nas brincadeiras com as bonecas e do modelo de mulher mãe, que é aquela que procria, cuida e educa seus filhos.

Desse modo, para nós, parece que o tempo de tentativa de engravidar “(...) *Faz quase dois anos (...)*” poderá influenciar no limiar de frustração de uma pessoa para outra, diferenciando, assim, a maneira como cada um vivenciará a infertilidade em sua trajetória de vida.

[...] Às vezes ele me fala: colaboradora 1 ♀, se a gente não conseguiu ter filho vou adotar uma criança. Mas é difícil você adotar criança grande. Que depois cresce, fala que a gente não é mãe, não é pai, não é nada. Que fala às vezes. Tem muita criança precisando de uma família. Eu tinha vontade de pegar uma criança, mas é difícil.

O sonho de vivenciar a paternidade e a maternidade é realizado por alguns casais por intermédio do processo de adoção. Notamos, no discurso da colaboradora 1 ♀, que o seu parceiro mostrou-se aberto a concretizar este sonho por meio da adoção de uma criança “(...) *se a gente não conseguir ter filho vou adotar uma criança*”.

Para Schettini, Amazonas e Dias (2006), a ausência do vínculo consanguíneo com a família foge das normas universais (namorar, casar e ter filhos biológicos), levando os pais adotivos a fantasiarem que os filhos adotados os abandonarão em busca da família biológica “(...) *depois cresce, fala que a gente não é mãe, não é pai, não é nada.*”. Outro fato que leva os casais a apresentarem resistência a adotar uma criança é a própria influência negativa da família, dos amigos e da religião, que, ainda estimulam o desejo pelo filho biológico (WEISS, 2006).

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso de tratamento

Colaborador 1 ♂

[...] eu pensei que era uma vez só que eu briguei com ela, e ela desceu (menstruação), o sangue de repente assim. Não era o tempo de descer pra ela. Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era que ela tinha perdido.

Eu fico sempre pensando, na hora que eu vejo que ela (menstruação) desce pra ela, todo mês. Na hora que ela fala: desceu pra mim. Então, eu tô com problema porque se ela (menstruação) tá vindo normal, aí até agora não tá acontecendo nada, eu devo tá? Aquilo já me dá um choque.

No discurso do colaborador 1 ♂, percebemos que o ciclo menstrual acaba sendo associado com a fertilidade, enquanto, na verdade, segundo Olmos (2003), a menstruação é a limpeza do endométrio – parte interna do útero – que *descama* e elimina as substâncias acumuladas a partir da última ovulação “(...) na hora que eu vejo que ela (menstruação) desce pra ela todo mês”. Sendo assim, a menstruação, segundo o autor, significa que a fecundação do óvulo não aconteceu e que um novo ciclo está começando “Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era que ela tinha perdido.”.

Eu só fico assim, na hora que ela fala, ó, veio pra mim [...]

Para Lins e Braga (2005), a partir do momento que o homem se deu conta da sua participação no processo reprodutivo, parece que se revoltou contra o sangue menstrual, já que sangrando, a mulher não poderia parir e ele não poderia comprovar a sua potência como macho reprodutor.

Então, chega aquele dia... eu até fico marcando assim, pra saber certinho qualquer coisa, ela fala os dia que veio pra ela? Não? Então, ela marco lá então se leva, que é pra mostra na... não sei qual doutor pediu pra ela trazer. Ela marco os dia que veio, pra trazer, não sei se ela trouxe.

O impulso natural da autoinvestigação, conforme os estudos de Olmos (2003), pode levar homens e mulheres a realizarem avaliações sem fundamentos sobre a função reprodutiva, como por exemplo: analisar a cor do sangramento ou a ocorrência de transtornos menstruais “(...) eu até fico marcando assim, pra saber certinho (...)”.

Essa responsabilidade de que alguns pacientes acabam se encarregando pode levá-los a executar o trabalho técnico de mapear seu ciclo mensal, tentando controlar sua função reprodutora. Entretanto, segundo Jacob (2006), o sucesso da concepção independe dessa tentativa de controle, já que a procriação é o resultado de diversos fatores.

Colaboradora 1 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 1 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

4.2.2 Casal 2

O colaborador 2 ♂ tem 27 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como motorista. Entre os fatores comportamentais que influenciam em uma gestação, relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber apenas socialmente. Em sua família não há histórico de infertilidade. Durante sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual da professora na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 18 anos e até a data da entrevista mantinha, em média, 03 relações sexuais por semana, apresentando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 2 ♀ tem 22 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha como auxiliar de escritório. Na entrevista, relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Disse que a mãe teve dificuldade de engravidar, tendo recebido diagnóstico de infertilidade sem causa aparente (ISCA). Durante sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual da professora e, em casa, da mãe. Iniciou a sua vida sexual aos 14 anos e relata manter, atualmente, uma média de 04 relações por semana. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados.

O casal 2 ♂ e 2 ♀ possui nível socioeconômico C². Os colaboradores, que namoraram durante 07 anos e estão casados há 02 anos, utilizaram métodos contraceptivos durante todo o período do namoro (07 anos) e estão e estão tentando engravidar desde que casaram, há 02 anos. Iniciaram a investigação clínica em uma clínica particular, por possuírem convênio médico, facilitando a realização de alguns exames que são oferecidos pela cobertura do convênio de saúde. Relataram ter tentado o tratamento por meio da indução de ovulação; porém, sem sucesso. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator masculino.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 2 ♂

Passado um tempo a gente começou a ter relação. Foi bom desde o começo. Ótimo.

Acreditamos estar implícito na afirmação do colaborador 2 ♂ de que o sexo foi “(...) bom ... ótimo” a avaliação do prazer que ele sentiu. Não se percebe a preocupação com a procriação, mas sim com realização pessoal.

Foi a partir da década de 1960, com a revolução sexual, um fenômeno sociocultural que gerou grandes mudanças na mentalidade e no comportamento dos indivíduos da sociedade ocidental, e com o acesso às pílulas anticoncepcionais já existentes no mercado que os casais, entre eles os de namorados, começaram a exercer e desfrutar da *liberdade sexual*, a qual Lins e Braga (2005) veem como resultado de um movimento de libertação das repressões sexuais impostas pela sociedade até aquele tempo.

Sendo assim, a libertação sexual e a desvinculação do sexo da procriação, pregada por essa revolução e possibilitada pelas pílulas anticoncepcionais, veio a propiciar que os casais tivessem relações sexuais pela simples busca do prazer (sexo-prazer) – este prazer relatado pelo colaborador 2 ♂.

Colaboradora 2 ♀

No começo foi um pouco, como se diz? Eu era muito nova, tinha 14 anos, tinha um acompanhamento pela minha mãe, só que eu acho que ela esperava que eu fosse demora mais pra me aprofundar, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado. Eu tinha assim, eu tinha instrução só que eu achava que ia adapta tudo bem. Daí, só que a gente se encontrava, foi até que a minha mãe descobriu [...]

A fala da colaboradora 2 ♀ “(...) *tinha 14 anos acompanhamento pela minha mãe ... só que a gente se encontrava ... minha mãe descobriu*” reforça o que apontam Lins e Braga sobre o movimento de libertação sexual.

De acordo com os conceitos morais do patriarcado vigentes no início do século XX, o sexo antes do casamento era um assunto apenas para homens, qualquer moça de *boa família* se absteria, mantendo a sua inocência para ser iniciada somente após o casamento, pelo marido (CHAUI, 1984).

Esses moldes da sociedade patriarcal perduraram com rigidez até a década de 1950, com o auxílio da Igreja, que foi e ainda é grande influenciadora dos costumes da nossa sociedade e que contribuiu com essa repressão sexual por meio de normas e interditos, perpetuados na atualidade.

Tendo em vista que vivemos em uma sociedade composta por famílias multigeracionais (avós, pais, filhos), nos parece compreensível que conceitos repressores referentes à sexualidade ainda perdurem e que entrem em conflito com novas tendências de comportamento sexual.

Entretanto, a colaboradora 2 ♀ nos parece transgredir as regras morais vigentes em seu lar, quando narra que a mãe “(...) *esperava que eu fosse demorar mais pra me aprofundar, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado (...)*. Ao mesmo tempo, não acompanha as novas tendências sexuais, citadas por Lins e Braga (2005, p. 481): “muitos casais de namorados dormem juntos à vista dos próprios pais”.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 2 ♂

A gente sempre se deu muito bem e uma vez ou outra é claro que tem o desentendimento. Mas acho que todo casal tem. Mas a nossa relação é muito boa. A gente conversa muito e sempre decidimos as coisas juntos, nunca nem eu e nem ela. Então dá tudo na mesma.

O discurso do colaborador 2 ♂ “(...) *a gente conversa muito (...) decidimos ... juntos*” vem demonstrar que na sociedade contemporânea, segundo as nossas reflexões, um dos pilares de sustentação do relacionamento conjugal é o diálogo entre os cônjuges e as consequentes decisões conjuntas, diferenciando-se do modelo de domínio do homem sobre a mulher, típico da relação conjugal do patriarcado.

Para Lins e Braga (2005), a mudança na base do relacionamento contemporâneo inicia-se a partir do término das fantasias do amor romântico – união de duas metades – e do início do desejo de viver um amor em que os parceiros preservem a sua identidade, igualdade e equilíbrio, sem sacrifícios no casamento – união de dois inteiros, fundamentado na amizade, companheirismo e solidariedade.

Passado um tempo que a gente casou e aí a gente já resolveu, ela (colaboradora 2♀) parar de tomar o remédio. E aí a gente começou a tentar.

Por intermédio das pílulas anticoncepcionais, segundo Badinter (1986), o controle sobre o fenômeno da procriação, que durante o patriarcado era de exclusivo domínio masculino, passa ao domínio feminino, permitindo que a mulher assuma o controle do seu próprio corpo e decida o melhor momento de engravidar, conforme relata o colaborador 2 ♂, “(...) *resolveu ela parar de tomar o remédio*”.

Assim, entendemos que esse é o resultado de um conjunto de ações do planejamento familiar (concepção e anticoncepção), o qual veio possibilitar os casais a acreditarem que

controlavam a sua função reprodutora, fato que a nosso ver associa ainda mais o sexo com a função reprodutora, indo de encontro com a dissociação mencionada por alguns autores, conforme já trouxemos.

Hoje? Tá da mesma maneira (risos). Normal. Parece que agora... antes quando não sabia (diagnóstico da infertilidade) a gente todo mês tinha uma expectativa (engravidar).

A partir do momento que o casal decide engravidar, o objetivo da relação sexual passa a ser o de ter um filho, despertando diversos sentimentos negativos quando o desejo não é realizado. Para Maluf (2008), esses sentimentos podem ser despertados devido o desejo de engravidar estar inserido em um campo psíquico carregado de significações.

O diagnóstico da infertilidade pode contribuir de maneira positiva para a diminuição desses sentimentos negativos quando bem administrado pelos profissionais que atuam na equipe. Ainda para Maluf (2008), as informações reais sobre a condição física e a compreensão da importância da cooperação no processo levarão o casal a uma atuação participante, saudável e positiva.

Colaboradora 2 ♀

Hoje jamais, um já entende mais o outro, às vezes, o tá cansado, (risada), mais sei lá... eu amo meu marido, sempre, gostei muito dele, foi meu primeiro namorado, meu primeiro homem em tudo, então pra mim ele é único, sabe? Eu assim, me sinto muito feliz ao lado dele, me faz muito bem.

Com o desabrochar do amor e da amizade nos relacionamentos, iniciado no século XV, percebemos que a mulher começa a se permitir entrar em contato com sentimentos que despertam o desejo pelo outro e concede a ela mesma, na contemporaneidade, a possibilidade de compartilhar, por meio do contato físico, sua sexualidade que até o patriarcado devia ser totalmente reprimida. Quando a colaboradora 2 ♀ fala “(...) meu primeiro homem em tudo ... ele é único (...)” parece-nos passar a idéia de posse – ele é dela, então, tudo é possível e ela pode desfrutar ao máximo dessa liberdade porque “(...) me faz muito bem” – conforme dizem Lins e Braga (2005), o desabrochar dos sentimentos femininos e a liberdade de vivenciá-los em sua integridade na sociedade atual.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 2 ♂

A gente só procurou fazer mais vezes na semana. É bem difícil. Eu trabalho um dia de dia, um dia à noite, e ela trabalha de dia. Então, a gente acaba, não se vê tanto todo dia junto assim, à noite.

A gente procura fazer sempre. Só que não dá certo, não é todo dia que pode. não dá certo.

Com a descoberta do homem no processo da procriação, na Pré-história, o sexo começou a ser associado à função reprodutora, instalando-se a crença de que toda relação sexual resultaria em uma gestação. Crenças essas que influenciam ainda hoje as relações sexuais dos casais que desejam engravidar e que, segundo Melamed e Seger (2009), os levam a mudar o enfoque de sexo-prazer para sexo-trabalho, podendo ocasionar disfunção sexual. É o que se percebe quando o colaborador 2 ♂ diz “(...) *procurou fazer mais vezes na semana* (...) *procura fazer sempre.*” O verbo *procurar* nos sugere uma obrigação e não mais o prazer.

Entretanto, é necessário que os casais entendam que para que a procriação ocorra é necessário o perfeito funcionamento da função reprodutora tanto do homem quanto da mulher (OLMOS, 2003).

Colaboradora 2 ♀

Na análise compreensiva do discurso da colaboradora 2 ♀, percebemos que a temática da sexualidade não foi abordada.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 2 ♂

[...] ela já procurou a ginecologista e aí começou a fazer os exames, com ela tava tudo normal. Não engravidava. Aí foi fazer comigo. Aí fez o espermograma e já viu que era baixo. Aí que a gente começou todo o processo pra tentar.

É comum a mulher tomar frente e procurar um ginecologista para fazer os exames clínicos e verificar se ela possui algum problema que esteja dificultando a gravidez do casal, conforme corrobora a fala deste colaborador. Para Olmos (2003), fatores culturais podem

contribuir para esse comportamento da mulher, levando-a a assumir a culpa, de maneira implícita, pela gravidez que não veio.

O autor também cita outro motivo que pode levar as mulheres a chegarem sozinhas ao consultório médico: a insegurança por parte dos homens do olhar negativo da sociedade. Entretanto, Olmos realça ser necessária a presença do casal para iniciar a investigação clínica.

Colaboradora 2 ♀

[...] depois de um ano, ele mesmo disse se não desse certo no próximo mês, ele que ia tomar a atitude de fazer o espermograma. E foi o que aconteceu. Daí a gente ficou sabendo a respeito da dificuldade.

A decisão tomada pelo colaborador 2 ♂ de realizar o espermograma, considerado por Moreira, Tomaz e Azevedo (2005) como um dos exames diagnósticos do tratamento de infertilidade, emerge no discurso da colaboradora 2 ♀ como sendo o momento de revelação da causa de infertilidade. Os exames clínicos, segundo Weiss (2006), auxiliam no diagnóstico dos fatores biológicos; porém, essa informação, quando passada para o casal, pode levá-lo a se sentir como se estivesse passando por um terremoto que abala as estruturas e cujos efeitos ainda são sentidos com o passar do tempo.

A nossa intenção assim, se a gente não conseguir (pela IIU), se for motivo para fazer a fertilização(FIV) que eu sei que é muito difícil, eu já vou desistir, e vou partir para a adoção.

O limite no tratamento estipulado pela colaboradora 2 ♀, muitas vezes, acaba sendo colocado pelos indivíduos porque grande parte da população não tem acesso à FIV. Para Maldonado e Canella (2003), essa transição é muito mais bem elaborada quando o profissional de saúde auxilia o casal a se adaptar a essa realidade.

A impossibilidade de acessar as modernas técnicas existentes no mercado, segundo os autores, deixa como solução imediata o aconselhamento da adoção.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 2 ♂

Na análise do discurso do colaborador 2 ♂, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção desta categoria.

Colaboradora 2 ♀

No começo foi um pouco constrangedor, sabe?

O constrangimento de não conseguir engravidar por vias naturais, apontado pela colaboradora 2 ♀, pode ter despertado o sentimento de não fazer parte do recorte de uma população que cumpre com as expectativas sociais de exercer a função parental. Tais sentimentos podem desabrochar pelo fato de carregarmos em nossa bagagem histórica fragmentos culturais que atribuem à mulher o seu valor de acordo com a sua função reprodutora, conforme os estudos de Badinter (1986).

Muitos daqueles que vivenciam a infertilidade parecem adquirir uma cegueira parcial, permitindo-se enxergar apenas aquela parte da população que não teve dificuldade de engravidar, levando-os a experienciar a sensação de terem um defeito e a nutrir sentimentos negativos sobre si mesmos, podendo, segundo Weiss (2006), levá-los a experienciar ainda a sensação de isolamento e alienação.

[...] Por que achou que tinha uma certa cobrança. Da gente não, que eu percebi principalmente pelo meu marido, sabe? No começo, às vezes eu, no começo, eu achava que era por mim. Porque geralmente a mulher acha que eu que tenho o problema. E depois que a gente ficou sabendo que era ele, deu assim, sabe? Um, um baixo astral.

Ao relatar que supunha ser infértil “*Porque geralmente a mulher acha que eu tenho o problema*” percebemos a semelhança do pensamento da colaboradora 2 ♀ com o da mulher vivente no patriarcado - período histórico em que a responsabilidade de engravidar cabia somente à mulher e, no caso de infertilidade, determinava-se a sua condição de inferioridade (MELAMED, 2006).

Talvez, por ser uma função histórica atribuída à mulher, parece-nos que a colaboradora 2 ♀ se sentiria mais confortável em assumir a infertilidade diante da sociedade do que deixar essa responsabilidade para o parceiro “*E depois que a gente ficou sabendo que era ele... deu um baixo astral*”.

Sendo assim, Ribeiro (2006) percebe o diagnóstico de infertilidade como uma perda narcísica, ou seja, eles não conceberão como seus pais, familiares e amigos e passam a pertencer, de maneira indesejada, a um grupo estigmatizado pela sociedade.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 2 ♂

Se não der, se a gente não conseguir, a gente pensa em adotar uma criança. Não vamos para por aí.

Famílias construídas por laços afetivos, mas não consaguíneos, segundo Schettinini, Amazonas e Dias (2006), denominadas *famílias adotivas* vêm se tornando uma realidade comum na nossa sociedade contemporânea. Essa nova construção familiar possibilita que homens e mulheres exerçam seu papel social da paternidade e da maternidade (parentalidade) e deixem de se sentir excluídos de atividades sociais, promovidas para a família tradicional.

Colaboradora 2 ♀

A gente sempre falava de gravidez, de engravidar. Até mesmo quando a gente namorava. Mas por motivos, como se diz? Assim, achar o que os outros vão pensar, a gente sempre se preveniu, segurava, então a gente assim que casasse a gente já ia arrumar. Nossa, o sonho nosso era, ter um filho, sabe? E aí foi onde nós começamos a tentar.

Segundo o discurso da colaboradora 2 ♀, ela sempre desejou ter um filho desde o namoro; entretanto, um filho antes do casamento comprovaria para sociedade a sua iniciação sexual precoce, “(...) o que os outros vão pensar (...)”. Assim, para evitar punição da família, da Igreja e de amigos, o desejo de engravidar acabou sendo reprimido durante o período do namoro.

O desejo, tanto na área de infertilidade quanto em outras áreas, é um fato natural a todos nós, que, quando consciente, acompanha a representação do fim esperado. Segundo Maluf (2008, p. 31), em se tratando de infertilidade, “é fundamental o casal nomear seu desejo de conceber por meio de uma profunda reflexão de seus valores afetivos, relacionais, familiares, sociais, profissionais e religiosos”, sendo ressaltado pela autora que a decisão de ter um filho deverá ser do casal.

Antes era mais aquela coisa, sabe? De querer engravidar, de querer conseguir, sabe? De quem sabe aconteceria.

Conforme a fala da colaboradora 2 ♀, ela se percebeu em um ciclo envolvido por pressão, que acaba focando nas relações sexuais o objetivo de engravidar, deixando de lado a satisfação sexual. Segundo Lopes e Vale (2010), a mulher, sem a queixa da infertilidade, já pode perder o desejo sexual espontâneo após algum tempo de relacionamento estável, levando-a a permanecer em um estado de neutralidade sexual, que se altera conforme a motivação baseada na intimidade. Essa modificação no ciclo da resposta sexual feminina, segundo as autoras, foi proposta por Basson e expõe que a sexualidade deve ser vista como um todo e não apenas genital, valorizando, assim, a qualidade da integração entre os parceiros.

Deixar de ser mãe e pai, e ele também, nenhum dos dois, abre mão sabe? Não importa que não tenha o sangue correndo nas veias, mas a gente quer passar por essa experiência.

O casal está decidido a vivenciar a experiência da maternidade e da paternidade, mesmo que esse sonho seja realizado por meio da adoção de uma criança. Segundo Modelli e Levy (2006), nossa sociedade ainda carrega traços de uma sociedade patriarcal que atribui à mulher a função simbólica de ser mãe, o que pode influenciar no processo de adoção. Entretanto, é importante ressaltarmos que a mulher, na atualidade, tem a possibilidade de exercer outros papéis além do papel de mãe, usufruindo também por meio desses da sua feminilidade em outros aspectos (WEISS, 2006).

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 2 ♂

Na análise compreensiva do discurso do colaborador 2 ♂, percebemos que a temática da sexualidade não foi abordada.

Colaboradora 2 ♀

[...] eu cheguei até ter atrasado (menstruação). Achava que tivesse grávida, ter até os sintomas assim, e nada acontecia. Foi onde a gente descobriu que tinha alguma coisa errada.

O discurso da colaboradora 2 ♀ nos desvela que a grande intensidade do seu desejo de engravidar pode ter influenciado em seu ciclo menstrual e na percepção das suas sensações corporais, levando-a a acreditar que estava grávida “(...)eu cheguei até ter atrasado. Achava que tivesse grávida, ter até os sintomas assim, e nada aconteceu.”. Maldonado (2002, p. 31) aponta esse fenômeno como um rompimento no equilíbrio hormonal e na regularidade da ovulação, que pode ocorrer com facilidade devido à ansiedade e aos conflitos com relação à maternidade, gerando a inibição da ovulação ou, até mesmo, o espasmo das trompas. Para a autora, o medo de gerar filhos pode ser a base de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos da fecundação, tanto na mulher quanto no homem, como por exemplo: incompetência istmo-cervical, hostilidade aos espermatozoides e aborto de repetição. Ainda, quando aliado ao desejo, pode vir a provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada: atraso menstrual, com as correspondentes fantasias de fecundação e as manifestações da pseudociese – “verdadeira *psicose corporal* que fabrica bebê imaginário, construindo um corpo falsamente grávido, numa dramática demonstração do poder do desejo”.

4.3.3 Casal 3

O colaborador 3 ♂ tem 34 anos, é católico, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como mecânico. Na entrevista, relata não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Não apresenta familiares com dificuldade de engravidar. Durante a sua trajetória de vida, não teve orientação sexual e sua primeira relação sexual aconteceu aos 22 anos. Relata ter aproximadamente 07 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 3 ♀ tem 24 anos, é católica, possui o ensino médio, cursou técnico em edificações e trabalha cuidando do próprio lar. Na entrevista, relata não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Relata que a irmã teve dificuldades de engravidar, mas não sabe o motivo (diagnóstico). Durante a sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual dos colegas na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 17 anos e relata ter, em média, 03 relações sexuais semanais, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 3 ♂ e 3 ♀, de nível socioeconômico C², namoraram durante 02 anos e se encontram em união estável há 05 anos. O casal utilizou métodos contraceptivos durante 03 anos e está tentando engravidar há 03 anos. Os cônjuges iniciaram a investigação acerca da

infertilidade em um posto de saúde; porém, não realizaram exames e nem iniciaram tratamento médico para tentar engravidar. Até o momento da entrevista, não haviam sido encontrados fatores que interferissem na fertilidade, configurando uma provável ISCA.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 3 ♂

Namoramos 02 anos. [...] Quem namora muito tem que vê... tem umas pessoas que namora um... 10 anos, casa e não vira nada.

A partir da década de 1930, segundo Lins e Braga (2005), uma nova mentalidade, de homens e mulheres, começa a surgir em nossa sociedade. Os casais jovens, muitas vezes ainda estudantes, começam a se unir por amor, sem se preocuparem com uma estabilidade econômica. Conforme o relato deste casal de colaboradores, eles namoraram 02 anos e já foram “viver juntos”. As uniões por amor proporcionam a construção de uma nova realidade em nossa trajetória histórica: o crescimento da coabitação juvenil na década de 1960. Conforme os autores, essas uniões, muitas vezes, eram até financiadas pelos pais, possibilitando aos jovens viverem juntos para posteriormente decidirem pelo casamento.

Já na década de 2000, percebemos uma mudança de comportamento entre as adolescentes, que começam a dedicar-se mais aos estudos, almejando alcançar o nível universitário, o que as leva a prorrogar o namoro e postergar a união conjugal.

Entretanto, a duração do namoro não nos parece um fator determinante para o tempo de duração do casamento já que, segundo Lins e Braga (2005), essas relações que são construídas em um alicerce de amor podem levar os indivíduos à dúvida de manter ou não manter um casamento. Badinter (1986) já considerava as relações construídas com base no amor como frágeis, devido à possibilidade de o indivíduo amar, evoluir e não deixar de amar o outro.

Colaboradora 3 ♀

[...] a gente sempre se deu bem, nunca brigou. Nunca largou.

A fala da colaboradora 3 ♀ traduz a satisfação na qualidade do relacionamento entre os indivíduos e a sua manutenção parece-nos uma prova constante de que aqueles que se

amam desejam construir uma família. Badinter (1986, p. 198) acredita que o casal acaba sendo confrontado com um triplo desafio: “conciliar o amor por si próprio e o amor pelo Outro; negociar nossos dois desejos de liberdade e de simbiose; adaptar, enfim, nossa dualidade à do nosso parceiro, tentando constantemente ajustar nossas evoluções recíprocas”.

Dessa maneira, o respeito mútuo e a individualidade entre os pares, conforme as reflexões de Lins e Braga (2005) sobre as novas tendências nos relacionamentos conjugais, emergem no momento em que os indivíduos se despem de suas fantasias e ideais, características do amor romântico e começam a se conhecer tal como são – a união de dois inteiros.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 3 ♂

Até hoje tá ótimo. Não tem queixa de nada. Assim nós não briga, nós não discuti por nada. Assim, tem uma diferencinha igual pequena aí, nada que afete alguma coisa. Tá bem, o nosso relacionamento.

A *diferencinha* existente entre os pares, citada pelo colaborador 3 ♂, talvez faça parte da nova construção conjugal formada por dois inteiros diferentes – já referida por Badinter (1986) como “a fusão de duas entidades respeitadoras de sua liberdade mútua”.

Melhorou muito (união estável), mais do que tava antes no namoro. Por que estabiliza o casamento. Assim, as responsabilidades, essas coisas muda muito. Por que aí, a responsabilidade maior. Então, eu achei até melhor no caso que ficar namorando.

À luz das reflexões de Badinter (1986) sobre a construção do casal, percebemos que a impossibilidade de ser em sua totalidade leva os indivíduos a buscarem a sua completude no outro, mas sem que perca sua identidade e integridade.

Essa tendência atual da junção de dois inteiros, para Badinter, possibilita aos pares que vivenciem uma relação respeitosa e sem sacrifícios, não sendo mais necessário pagar qualquer preço para que o outro esteja ao nosso lado.

[...] a gente se dá bem pra caramba, a gente se preocupa um com o outro normal, duas pessoas normal, e eu acho que pra mim tá ótimo.

A transição de um relacionamento mantido a qualquer custo para um relacionamento cuja manutenção é realizada com tranquilidade, ou seja, com respeito e amizade, como nos mostra a fala do colaborador 3 ♂, acima, tem se tornado uma realidade cada vez mais frequente na atualidade (LINS; BRAGA, 2005).

Essa nova dinâmica no matrimônio, considerada por Araújo (2002) como Amor confluyente, tem caminhado cada dia mais para uma relação de igualdade nas trocas afetivas e no envolvimento emocional do casal.

Colaboradora 3 ♀

A gente nunca brigou... nunca se largou... a minha família se dá bem com ele... tá normal.

A satisfação com a qualidade de seu relacionamento afetivo, que também emerge no discurso da colaboradora 3 ♀, sugere que os objetivos individuais dos parceiros contribuem de maneira positiva para a manutenção do relacionamento.

A gente tem uma vida tranquila. A situação financeira tá normal, não tem, não tá enforcado (faltando dinheiro) nem nada, a relação dele com a minha mãe que eu acho que é importante, normal. E do resto tá tudo tranquilo. A gente não tem problema nenhum, acho que o importante pra mim era a convivência, que é uma questão de convivência que tem com a minha mãe, com a minha família assim, normal.

Dando prosseguimento à análise do discurso da colaboradora 3 ♀, a afirmação “*A gente tem uma vida tranquila.*” leva-nos a pensar sobre uma possibilidade de ênfase na qualidade positiva de seu relacionamento afetivo, que parece ser sustentado pelo equilíbrio em várias áreas da sua vida: “*(...) A situação financeira tá normal... a relação dele com a minha mãe... normal*”, considerado pela Psicologia da Saúde como perspectiva biopsicossocial.

Essa perspectiva, segundo Straub (2005, p.44), permite que compreendamos o indivíduo em sua integridade, apontando que cada um de nós é um sistema conectado entre os contextos: “biológicos, psicológicos e sociais da saúde”.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 3 ♂

[...] a relação (sexual) é durante todo dia. A não ser o intervalo (abstinência para fazer o espermograma), que dá é uma situação que não tem nem como. Porque, de manter relação. Agora, após o intervalo que tem, normal.

O discurso do colaborador 3 ♂ sugere a associação entre potência sexual e procriação. Essa relação estabelecida por muitos homens ainda na atualidade nos leva a refletir com Badinter (1986) sobre as influências da sociedade patriarcal na participação do homem na procriação. Essa sociedade, segundo a autora, determinou que o papel do homem era de realizar uma cópula bem sucedida.

Colaboradora 3 ♀

Nossas análises do discurso colaboradora 3 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 3 ♂

Até a gente passar pelos médicos, essas coisas. [...] Então é onde nós tá aqui hoje. Então nós vem e de lá pra cá nós vem pra vem em médico. Vai daqui, vai daqui e vai um pra lá e vai outro pra cá e vai embora. Até agora vai indo do jeito que tá.

As constantes viagens, da cidade de origem até o hospital-escola, “(...) Então nós vem e de lá pra cá nós vem pra vem em médico”, para poder realizar o tratamento com uma equipe especializada de RHA é manifestado no discurso do colaborador 3 ♂. O tratamento composto por “biópsias, exames de sangue, exames invasivos, inseminações, cirurgias e medicamentos”, segundo Weiss (2006, p. 108), acaba exigindo do casal disposição. Para a autora, essa trajetória pode vir a desencadear sentimentos de humilhação, raiva, ansiedade, depressão e medo. Ainda, segundo o nosso entendimento, parece interferir na rotina da vida que até então o colaborador 3 ♂ levava.

A nova rotina de vida do casal indica uma possibilidade de desestruturação pessoal, fazendo-nos refletir sobre a importância do acompanhamento psicológico nesse momento de suas vidas. Para Maluf (2008, p. 03), o aconselhamento psicológico aos indivíduos que sofrem de infertilidade é indicado por “oferecer subsídios aos modos de enfrentamento do stress ocasionado por todas as variantes emocionais, sociais e médicas envolvidas”.

A vivência (exames) é preocupante um pouquinho. Por que no caso a gente nunca sabe o que é.

O colaborador 3 ♂ parece vivenciar com preocupação a investigação clínica, talvez por lhe parecer que está perdendo o controle do seu corpo “(...) *Por que no caso a gente nunca sabe o que é*”, tornando-se um sujeito passivo das ações médicas. Dessa forma, Poziomczyk (1986) elucida que o tratamento de infertilidade pode desencadear preocupação e ansiedade.

Nesse momento, percebemos a importância da inserção do psicólogo da saúde na equipe multidisciplinar de RHA, para poder acompanhar os casais e tentar proporcionar-lhes, segundo Farinati, Rigoni e Müller (2006), melhores condições emocionais.

Colaboradora 3 ♀

A ultrassonografia transvaginal é um exame muito realizado na investigação da infertilidade, que, segundo Olmos (2003, p. 107), “proporciona uma visão bem detalhada do útero e dos ovários”. Esse exame, ainda de acordo com o autor, também possibilita que o profissional possa determinar a presença ou ausência de folículo dominante, “que é um sinal indireto de provável ovulação”.

[...] depois, quando fiz um ultrassom, o último ultrassom que eu fiz, *ai a moça já falou pra mim que eu não ovulava. Então, eu já dali, que eu já ia te problema.*

A partir do momento em que a colaboradora 3 ♀ ouve da profissional que há ausência de ovulação, diversos sentimentos, como, por exemplo, o de frustração, parecem emergir, podendo evoluir a qualquer momento de maneira negativa e, ainda, interferir no bem-estar emocional dela, do casal e do contexto de que fazem parte: sócio-emocional-cultural (MELAMED; SEGER, 2009).

Eu já sabia, desde aquele tempo, que eu poderia ter problema. A mulher falou pra mim. Então, dali, eu e ele já vinha conversando.

O excerto acima, do discurso da colaboradora 3 ♀, nos sugere que desde o dia em que ela realizou o exame clínico e foi informada sobre uma possível anovulação, ela parece ter fixado obsessivamente que poderia ter problemas para engravidar. A situação vivenciada pela

colaboradora 3 ♀ nos leva a refletir sobre o peso das informações para o paciente e a adequada postura do profissional atuante na área de RHA.

Para nos auxiliar nessa reflexão, nos apropriamos da seguinte análise de Farinati, Rigoni e Müller (2006, p. 434): “desde muito cedo em seu desenvolvimento, muitas pessoas constroem um projeto de vida: crescer, encontrar um par amoroso e com ele dar início a uma nova família, e nesse contexto, diferentes motivações podem dar origem ao desejo de ter um filho”. A suposição de uma possível infertilidade pode fazer com que esse projeto venha a desabar. Por isso, a necessidade de o profissional de RHA informar ao paciente somente suas reais condições clínicas.

Nossas reflexões encontram corroboração em Maldonado e Canella (2003, p. 180), que elucidam o fato de que, nesse momento, “não há lugar para promessas onipotentes; a esperança só pode ser sustentada pela promessa realista de pesquisa, colaboração e esforço competente”.

Porque hoje fala para mim: ó, você não tem jeito, acho que era um sofrimento e tanto. Fosse naquela época, assim, que eu realmente tava coisada (não ovulava), sabe? Que aí quando a médica falou pra mim fiquei meio balançada, assim, triste, medo que eu podia não ter. Aí como já faz um tempo, eu já venho pensando, a gente já veio conversando.

As primeiras reações da colaboradora 3 ♀ após o diagnóstico da enfermidade: “(...) *fiquei meio balançada, assim, triste, medo que eu podia não ter*”, vão ao encontro das análises que Ribeiro⁶ (2004, apud Farinati; Rigoni; Müller (2006, p. 435) realizou sobre o real sentido da capacidade de procriação para os pares. Segundo a autora, o filho biológico “parece ser um significativo referencial da identidade de gênero, o qual, diante do diagnóstico de infertilidade, exige um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade” corroboradas pela fala “(...) *como já faz um tempo, eu já venho pensando, a gente já veio conversando*.”.

Para a colaboradora 3 ♀, a infertilidade parece ser vivenciada como um *trauma* “*Porque hoje fala pra mim: ó, você não tem jeito, acho que era um sofrimento e tanto (...)*”. Para Jacob-Seger (2006), por se tratar de uma enfermidade inesperada, é possível que esse momento seja vivenciado com *choque* e até mesmo com raiva.

⁶ RIBEIRO, M. Infertilidade e reprodução assistida: clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber essa categoria nesse momento.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 3 ♂

Nós dois queria. Nós quer. Nós queria não, nós quer ainda. Eu principalmente tenho 34 anos e no caso que eu tenho um pai que é falecido. Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho. Não teve a possibilidade. Agora vou atrás da minha mãe. Minha mãe é viva e eu quero ter filho, de qualquer jeito eu quero ter. Demore o quanto demorar, a gente não pode ficar com raiva. Sobre isso, tá bom, tá é o que a gente mais quer.

Para o colaborador 3 ♂, o filho como um projeto de vida sugere a representação sinônima de continuação da família e de imortalidade, tornando-se essencial para a realização do ser humano: “*Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho.*”. Kusnetzoff (1997) aponta, em suas considerações sobre a fertilidade, a importância psicológica de se ter um filho biológico, sendo o significado do parentesco biológico muito forte “*Agora vou atrás da minha mãe. Minha mãe é viva e eu quero ter filho (...)*”.

Lins e Braga (2005) acrescentam que ter um filho significa, ainda, dar continuidade a um nome, conforme é apontado em nossa história social, que segundo Weiss (2006), é o homem o responsável pela continuidade do nome do pai e do avô, dando continuidade à linhagem e pela honra do nome da família.

Colaboradora 3 ♀

[...] depois quando a gente, eu decidi ter filho, que a gente já tava há dois anos juntos. A gente fico 02 namorando e 05 já casado. E quando eu decidi mesmo porque uma que já tava na hora [...].

Observamos no discurso da colaboradora 3 ♀ que o ato de programar e postergar uma gestação pode decorrer da crença de que a função reprodutora é controlável “*A gente fico 02 namorando e 05 casado*”, parecendo-nos uma estratégia utilizada por ela e outras mulheres na tentativa de organizarem primeiramente a vida pessoal, financeira e profissional. Seguindo essa lógica, Labrador (2002) nos mostra que grande parte dos casais supõe conseguir

engravidar quando desejarem “*E quando eu decidi mesmo porque uma que já tava na hora (...)*”; porém, a infertilidade é um problema que dificilmente se espera e, segundo Farinati (2009), é quando o projeto de conceber não é alcançado que os casais dão conta que têm um problema para engravidar.

É importante ressaltarmos que ter um filho, deve sim, ser uma situação pensada pelos casais na atualidade, pelo fato de que uma criança pode demandar muita responsabilidade. Porém, o que os casais devem analisar é o tempo pelo qual postergarão a vinda do filho – que deverá ser feita pelo casal de maneira racional, pensando nos recursos de que poderão dispor para auxiliá-los no sonho da construção de uma família com filhos biológicos, já que a maturidade pode reduzir as chances de gravidez por vias naturais, conforme já abordamos neste estudo.

[...] se dependesse, se tudo desse certo, a gente já queria entrar numa fila pra adoção. Essas coisas sabe?

A colaboradora 3 ♀ mostra-se aberta a construir uma família adotiva, mesmo que as crenças populares sobre a adoção ainda sejam vistas com maus olhos por parte da sociedade. Esse preconceito, segundo Schettini et al. (2006), se deve ao fato de que um filho adotivo diverge das leis naturais da construção familiar por laços consanguíneos.

Sendo assim, acreditamos que a adoção de uma criança deve ser refletida e realizada pelo casal de comum acordo para que possam assumir, na íntegra, o papel de pai e mãe e consigam exercê-lo na intimidade do lar, perante a família e toda sociedade.

Aí, eu quase que já adotei um filho de uma amiga minha que não tinha condição, aí o pai dele veio e pegou para criar. Mas se não eu já tinha tido adotado ele já.

[...] mas é porque se eu não tiver jeito de ficar grávida, vamos adotar uma criança também. Mas assim, mas que eu gostaria ter de mim, meu mesmo, eu gostaria.

Na atualidade, segundo Zibini e Vasconcellos (2006), grande parte das pessoas que procuram adotar legalmente uma criança acaba apresentando históricos e motivações diferentes, sendo, conforme o estudo dos autores, o grupo mais representativo aquele construído por casais inférteis “*(...) se eu não tive jeito de ficar grávida, vamos adotar uma criança (...)*”. Zibini e Vasconcellos descrevem, ainda, que a maioria dessas pessoas relatam que já haviam passado por longos processos de tratamento em clínicas de RHA na tentativa de engravidar quando optaram pela adoção.

Porém, ainda neste momento, a colaboradora 3 ♀ expressa o desejo por um filho biológico “(...) *mas que eu gostaria ter de mim, meu mesmo (...)*”, podendo este estar enraizado nas suas fantasias sobre as representações de família e, ainda, levá-la a acreditar que, por meio dele, se tornará a verdadeira mãe (de sangue), construindo os verdadeiros laços naturais e tornando a sua família indissolúvel (SCHETTINI et al., 2006).

[...] E para mim é importante. O dia que eu tive meu filho não ter aquele conflito (com a família).

A fala da colaboradora 3 ♀, acima, suscita em nós a seguinte reflexão: O desejo de procriação é dela ou é uma pressão familiar? Talvez, não percebamos que muitas mulheres ainda carregam consigo a crença de nossos antepassados sobre o papel esperado delas, de se ter um filho biológico e que este afirmará a sua feminilidade perante a sociedade (MAKUCH, 2006). Na atualidade, essas crenças acabam sendo consideradas irracionais, podendo levar as mulheres, conforme nos diz Seger (2009, a), a acreditarem que uma vida com filhos seria totalmente perfeita, solidificando a união do casal e resolvendo todos os seus problemas.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Nossas análises dos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber essa categoria neste momento.

4.2.4 Casal 4

O colaborador 4 ♂ tem 35 anos, é evangélico, possui o ensino médio e trabalha como caminhoneiro. Relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber socialmente. Não tem histórico familiar de infertilidade. Diz não ter recebido orientação sexual e iniciou sua vida sexual aos 16 anos. Relata manter uma média de 05 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. O colaborador não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 4 ♀ tem 30 anos, é católica, possui o ensino fundamental e trabalha no próprio lar. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Sua tia avó teve dificuldade de engravidar, mas não sabe o motivo. Também não recebeu orientação sexual e

iniciando sua vida sexual aos 19 anos. Relata manter, em média, 03 relações sexuais por semana, estando o desejo e o orgasmo preservados e a excitação alterada.

Os colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, de nível socioeconômico B², namoraram durante 06 meses e estão casados há 05 anos. Ela utilizou métodos contraceptivos durante 01 ano e o casal está tentando engravidar há 05 anos. O casal iniciou a investigação com profissionais de medicina em uma clínica particular utilizando recursos financeiros próprios, realizando exames e procurando engravidar por meio do tratamento de indução de ovulação. A hipótese diagnóstica deste casal é de infertilidade primária por fator feminino: síndrome do ovário policístico.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 4 ♂

[...] a gente sempre, desde o namoro foi tudo normal. Sempre combinando bem, se dando bem.

Segundo Lins e Braga (2005), está surgindo uma nova dimensão do amor, em que há mais troca e tentativa de equilíbrio. Essa nova forma de amar terá como ingredientes principais a amizade, o companheirismo e a solidariedade, o que vemos refletido no caso deste casal pela fala do colaborador 4 ♂.

Colaboradora 4 ♀

Faz mais doidera. Vai pros lugar, nem sei o que falar. Parece que quando é mais jovem vai pro motel, vai tudo escondido de todo mundo, só falta encapuzar a cabeça para fazer viu.

Na adolescência contemporânea, com as mudanças nos valores tradicionais de amor e de sexo, surgem novas formas de pensar e viver. Os avanços médicos e científicos tendem a tornar o sexo uma escolha mais livre a cada dia, desvinculando-o da procriação (LINS; BRAGA, 2005).

Entretanto, essa possibilidade de a mulher separar o sexo da procriação foi construída ano após ano, já que o despertar da vivência de uma sexualidade livre, segundo Roudinesco (2003), começou a ser estudado no final da década de 1940 pela filósofa Simone de Beauvoir, possibilitando o desabrochar de uma nova identidade feminina.

Dessa maneira, entendemos que somos sujeitos ativos desse processo, ou seja, estamos ainda em fase de construção de novas formas de exercer plenamente a nossa sexualidade, alcançando, assim, a satisfação.

[...] É que antes também, ele viajava mais. Ficava mais tempo fora. E quando chegava assim, tava doido para um vê o outro.

O desejo sexual, que faz parte do ciclo da resposta sexual humana e é denominado fase de apetência, é uma etapa subjetiva na relação sexual, conforme afirmam Calvanti e Cavalcanti (2006). Essa fase é um momento em que os indivíduos apropriam-se dos recursos da fantasia por meio da função cognitiva e dos estímulos eróticos, que segundo os autores, leva o organismo a responder por meio de dois fenômenos fisiológicos fundamentais: a vasocongestão e a miotonia, ou, reações extragenitais e genitais.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 4 ♂

A gente foi e casamos. E depois fomos acertando as nossas coisas, para depois falar, ter filho.

O planejamento de uma vida a dois tem sido um comportamento cada vez mais frequente na atualidade, levando os casais a buscarem primeiro a estabilidade financeira para depois tentarem a gravidez, o que acaba ocorrendo em idade mais avançada (WEISS, 2006), como parece ser o caso deste casal de colaboradores, que se encontra em seus trinta. O autor afirma que muitos casais ainda desconhecem o fato de que a probabilidade de gravidez por vias naturais diminui com o passar dos anos. Aqueles que têm a consciência da queda da fertilidade com o aumento da idade depositam a esperança da gravidez nas técnicas de reprodução humana assistida.

Weiss (2006) aponta essa mudança no comportamento dos casais como sendo um dos motivos que têm contribuído para o aumento da taxa de infertilidade mundial nos últimos anos.

[...] entre a gente assim, normalzão. Não tem nada de, sabe, nem eu com raiva, nem ela nada. A gente estamos seguindo junto aí pra ver se consegue (engravidar).

Grande parte dos homens e das mulheres na atualidade veem o filho como “parte fundamental do projeto de vida”, podendo significar o alcance da maturidade e desenvolvimento pessoal (FARINATI, 2009, p. 45). Para Maldonado e Canella (2003, p. 179), o desejo de ter um filho pode ser motivado por diversos fatores, entre eles, a pressão cultural e familiar, que “transmite a idéia de que todo casal deve ter filhos”. Tal pressão, segundo os autores, acaba sendo mais percebida por aqueles casais que adiam por muito tempo a chegada do filho.

Colaboradora 4 ♀

[...] quando caso assim, parece que foi um alívio. Quer dizer, parece que melhorou. Por que antes assim, a gente vivia mais separado do que junto. Depois que casou, parece que aliviou. Parece que Deus ajudou. Parece que tinha um peso nas costas. Pelo menos na minha tinha. Não via a hora de casar para se libertar daquilo (ter relação sexual escondida). Ficar livre. Que pra mim a gente tava fazendo coisa errada.

Em nosso estudo da trajetória histórica do homem, pudemos observamos que o exercício da sexualidade fora do casamento sempre foi repreendido pela Igreja, levando quem desobedecesse a severas punições (Lins, 1997).

O discurso da colaboradora 4 ♀, no entanto, nos mostra que ainda na atualidade o sexo pode ser vivenciado com temor por estar-se violando as normas impostas pela sociedade patriarcal “(...) Não via a hora de casar para se libertar daquilo (...) pra mim (...) tava fazendo coisa errada”. Mesmo com o passar dos anos, a Igreja ainda influencia as crenças e o comportamento sexual de grande parte da população brasileira.

Desobedecer às normas culturais que restringem o sexo à procriação e, assim, ‘correto’ somente após o matrimônio, pode levar o indivíduo a experienciar a dor e a culpa pelo ato praticado (LINS; BRAGA, 2005), conforme corroborado pela fala desta colaboradora.

Ah, pra mim assim que ficar fazendo, tendo relação antes do casamento. Então, eu não achava certo, na minha cabeça. Só que ao mesmo tempo fazia e me sentia culpada. Só que o homem parece que sempre domina a cabeça da mulher pra fazer a coisa errada.

O sentimento de culpa expresso pela colaboradora 4 ♀ sugere que valores morais, como por exemplo: toda moça de família tem de se abster do sexo antes do casamento, referido por Chauí (1984), perduram ainda na atualidade, conforme já discutido. Chama a atenção o fato de ela dizer “(...) o homem parece ... domina a cabeça da mulher pra fazer a

coisa errada”, talvez uma maneira velada de jogar a culpa no outro para se livrar da culpa pelo fato de não conseguir dominar seus desejos.

A relação sexual durante o namoro parece emergir no discurso da colaboradora 4 ♀ como um comportamento transgressor, que gera insegurança e medo de ser vista pela da sociedade por meio de rótulos negativos. Para Lins e Braga (2005, p. 199), “a maioria das pessoas dedica um tempo enorme de suas vidas a suas fantasias, desejos, temores, vergonha e culpa sexuais”.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Novamente, percebemos em nossas análises, que a temática sexualidade não emerge nos discursos dos colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, semelhantemente ao que relatamos acerca dos colaboradores 2 ♂ e 2 ♀.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 4 ♂

Aí a gente procurou um ginecologista lá (cidade de origem) e fazendo os exames, tomando o medicamento. Mas nada de desespero assim, de que porque não deu certo e se não deu certo nós vamos tentar. O que tiver que fazer vai fazer, mas nós estamos fazendo.

De acordo com o discurso do colaborador 4 ♂, a trajetória clínica do tratamento da infertilidade inicia-se com a ida do casal a um ginecologista. Conforme diversos pesquisadores estudados, parece ser comum a visita a este profissional para a identificação da infertilidade.

Essa associação, segundo Maldonado e Canella (2003, p. 180), pode acabar sendo decorrente do comportamento do próprio médico, que submete a mulher a uma “série de exames incômodos, em vez de começar sua investigação diagnóstica pelo espermograma, um dos mais simples da rotina”, como se queixa o colaborador 4 ♂ “(...) *fazendo os exames, tomando o medicamento (...)*”.

Os autores citam também que o processo diagnóstico da infertilidade e o seu tratamento não dão garantia de êxito. Dessa forma, ainda para os autores (p. 180), é necessário que se tenha uma “boa dose de tolerância contra frustração: não pode ter pressa e nem esperar

resultados imediatos”, como parece entender o colaborador 4 ♂ quando afirma: “(...) *nada de desespero... porque não deu certo (...)*”.

Ah, então, a gente não sabia o que era, o que tava acontecendo que não dava certo. Aí a gente procurou um médico lá e foi fazendo todos os exames e fez com ela, fez comigo. Aí deu esses policísto aí. Depois nós começamos a tomar o remédio, tal. Aí acostumo, não deu certo. Aí foi isso.

A trajetória vivenciada por cada casal é única, podendo ser influenciada por seus medos, fantasias e esperança, “(...) *não sabia o que era, o que tava acontecendo que não dava certo*”, em cada fase do percurso: “(...) *foi fazendo todos os exames e fez com ela, fez comigo. (...)*” (MELAMED, 2006).

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP), diagnóstico da colaboradora 4 ♀, “(...) *Aí deu esses policísto aí. (...)*”, é caracterizada, segundo Olmos (2003, p. 113), “pela transformação dos óvulos em cistos ovarianos, tem uma variedade de causas isoladas e, portanto, pode ser tratada de forma direta ou indireta, conforme o diagnóstico”. Ainda para o autor, quando o problema está restrito ao próprio eixo sexual, o tratamento acaba sendo concentrado na regularização do ciclo menstrual.

Quando a SOP desencadeia esse tipo de problema, uma forma de controle é o uso da pílula anticoncepcional, que produz regularidade artificial do ciclo e, ao mesmo tempo, poupa os ovários, favorecendo a prevenção devido à ausência de ovulação (OLMOS, 2003), como é corroborado pela fala do colaborador “(...) *nós começamos a tomar remédio (...)*”.

Assim, segundo Olmos (2003), quando o tratamento é proposto por meio da suspensão das atividades do eixo por entre estrógenos (pílula), é aguardado que o ciclo regularize-se para, em seguida, as pílulas serem suspensas e, posteriormente, terem início os indutores de ovulação. Entretanto, o autor acredita que com a regularização do eixo apenas pode ser que não seja necessário o emprego de técnicas de RHA para promover a concepção, mas caso contrário, a indução de ovulação é o tratamento indicado.

Na outra vez não foi esses remédio, não respondeu, agora esse parece que tá respondendo.

O discurso do colaborador 4 ♂ nos parece indicar um depósito de expectativa no novo tratamento que está sendo realizado. Esse comportamento nos leva a refletir sobre a intensidade da expectativa que pode ser colocada em um remédio, em um tratamento e até mesmo em toda a equipe multidisciplinar.

As próprias tecnologias de RHA existentes no mercado, que, segundo Montagnine (2007, p. 01), são consideradas uma possível solução para aqueles que dificilmente conseguiriam procriar sem um tratamento, acabam por si só podendo gerar expectativas nos casais inférteis. Dessa maneira, a autora vê essas tecnologias como uma “nova fonte de esperança para ter um filho, mas, ao mesmo tempo, pode ser acompanhada de muitas dificuldades e desapontamentos”.

Mas a gente tá na expectativa que dê tudo certo. [...] Pelo jeito então, estamos na esperança que dê certo. Que dê certo aí agora nessa aí (inseminação intrauterina).

Retomamos Montagnine (2007) para explicitar a expectativa e a esperança do colaborador 4 ♂ frente às novas tecnologias de RHA “(...) Que dê certo aí agora nessa aí.”. A esperança, segundo Kübler-Ross (2008, p. 144), é a “sensação de que tudo deve haver algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo”, podendo estar presente em todas as etapas vivenciadas durante o tratamento de infertilidade, como atesta a fala do colaborador: “(...) estamos na esperança que dê certo. (...)”.

As expectativas podem se tornar fantasiosas com a colaboração das informações, nem sempre fidedignas, adquiridas pelos meios de comunicação, levando alguns casais, segundo Seger (2009, a), a investirem no tratamento como sendo a última oportunidade de engravidar. O interessante é que nos parece que a mídia costuma explicitar, na maior parte das vezes, os casos de pessoas que tiveram sucesso com as técnicas de fertilização assistida, deixando de informar, conforme aponta Melamed (2006), que os procedimentos não garantem 100% de chance de gravidez.

Diante dessa expectativa, percebemos que diversos psicólogos atuantes na área de RHA defendem a importância do profissional, em especial do psicólogo, preparar os casais tanto para o sucesso quanto para o insucesso do tratamento e, se necessário, auxiliá-los a identificar o melhor momento de parar o tratamento.

Quem tem realmente vontade... acho que tem que ir mesmo atrás e ver se consegue. Porque já faz tempo já que a gente tá tentando aí. Mas a gente quer mesmo.

Percebemos que em seu discurso: “Quem tem realmente vontade...”, o colaborador 4 ♂ reafirma o desejo de ter um filho. Frente a isso, refletimos acerca do que nos explicita Maluf (2008) sobre a nossa capacidade de nomear os nossos desejos. Para a autora (2008, p. 29), o desejo e a vontade podem ser diferenciados no contexto da psicologia, sendo: desejo –

dado pela “psique, libido, biologia – um fato natural” e a vontade – “construída pela consciência, disciplina, interação – um fato social”.

Sendo assim, nos apropriamos das análises de Maluf (2008), na tentativa de compreender o que mantém o colaborador 4 ♂ nessa constante busca pelo filho “(...) *porque já faz tempo já que a gente tá tentando (...)*”. Para nós, há indícios da soma do desejo e da vontade na manutenção dessa motivação, e de sua persistência no tratamento.

Colaboradora 4 ♀

Só que nós também é persistente, que tinha que fazer nós foi atrás de fazer. Se nós tivesse que cortar, furar, ia. E ele é a mesma coisa. Se tiver que fazer cirurgia, eu também vou. Aí nós foi correndo atrás, e melhorou.

No momento em que a colaboradora 4 ♀ entrega ao outro o controle do seu corpo “(...) *Se nós tivesse que cortar, furar, ia. (...)*”, ela sugere uma regressão a um comportamento infantilizado, no qual, possivelmente, a paciente passa a atribuir ao médico o poder controlador que era característico da sociedade patriarcal – quando, segundo Badinter (1986), o pai exercia o total poder sobre a filha.

Dessa forma, as reflexões de Braga e Amazonas (2005) indicam o retorno para a antiga identidade de mulher-objeto, que emerge a partir do momento em que é possível *transformar o corpo* por meio dos avanços tecnológicos e/ou tornar-se mãe por intermédio da medicina reprodutiva.

No comecinho foi, a gente acho que ia demorar muito. Demorá coisa de dois anos, três anos. Por que tem gente que fala que demora muito tempo. Só que aí eu cheguei, só que já tava mais adiantada. Aí foi mais rápido.

A rotina do tratamento de infertilidade, incluindo todos os exames necessários para o diagnóstico, pode variar de acordo com cada instituição. O *tempo* referido pela colaboradora 4 ♀ “(...) *a gente acho que ia demorar muito...*” nos sugere a presença de ansiedade que, para Maldonado e Canella (2003, p.181), “pode ser, no nível psicossomático, fator relevante na infertilidade”. Os autores ainda apontam em seus estudos que certo grau de ansiedade acaba sendo inevitável nesse processo, mas que o excesso de ansiedade pode atrapalhar a fecundação.

Dessa perspectiva, sugerimos a ação do psicólogo da saúde, que segundo Sebastiani (2007, p.06), “intervém sobre todas as questões que envolvem as interações sobre o binômio saúde-doença”, que detém o conhecimento em RHA e poderá desmitificar algumas crenças

populares que podem surgir durante o tratamento, como a retratada nessa fala da colaboradora: “(...) *Por que tem gente que fala que demora muito tempo.*”.

Aí na primeira indução eu já achei que não ia dar certo por causa do medicamento que eu já tomei muito tempo. Por isso que achei que não ia. Dessa vez eu já, que é outro tipo de medicamento. Um medicamento mais forte, mais caro também. Eu já imaginei que podia fazer efeito. Agora eu espero que faça (risos).

A colaboradora 4 ♀, assim como seu parceiro, expressa seu ciclo de expectativa e decepção. A incerteza do resultado de cada etapa “(...) *na primeira indução eu já achei que não ia dar certo... dessa vez... é outro tipo de medicamento... mais forte e mais caro também... já imaginei que podia fazer efeito (...)*” pode constituir os momentos de maior ansiedade para os casais, segundo Montagnine (2007). Para a autora (p. 01), o tratamento pode ter maior impacto negativo nas mulheres do que nos homens devido aos fatores “sociais, biológicos e práticos (tratamento mais invasivo na mulher)”.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, semelhantemente ao que identificamos nos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 4 ♂

Então, ela achou que ia ser fácil. Assim, a gente penso que na hora que fosse para querer (engravidar) ia dar certo. Aí nós começamos, passamos os meses e aí não dava certo.

Deparar-se com a falta de controle da função reprodutora e com o insucesso das diversas tentativas de procriação por vias naturais “(...) *ela achou que ia ser fácil. Assim, a gente penso que na hora que fosse para querer ia dar certo.*”, pode vir a despertar o sentimento de frustração, por não se alcançar o objeto de desejo, o filho, no momento programado. A representação da infertilidade para os casais, segundo Montagnine (2007), é a de interrupção de um projeto de vida pessoal e conjugal.

Para Makuch (2006), o desejo de ter um filho faz parte do projeto de exercer a função parental, que é considerada de importância universal. Assim, a autora defende que a procriação faz parte do desenvolvimento pessoal e é o auge da maturidade adulta, sendo, então, esperada pela sociedade, mesmo na atualidade, onde a função parental acabou adquirindo, para muitos, um significado diferente a partir da possibilidade de adiar a chegada de um filho biológico.

Desse modo, quando a função parental não se concretiza, Makuch (2006, p. 23) comenta que se percebe um rompimento dos afetos que foram colocados no filho desejado, podendo levar a vivência da “perda de uma criança que ainda não foi concebida” e que só existe no afeto dos pais. A autora aponta essa dor como um evento que não é socialmente reconhecido, que pode se tornar um “luto silencioso e solitário”, podendo, ainda, ser “comparada, em intensidade, a outras perdas, como a morte de um ser querido, um divórcio ou a perda de um emprego, no qual se tenha investido em termos de realização profissional”.

Colaboradora 4 ♀

Assim, partiu de nós dois assim, na hora que nós planejo querer engravidar. Eu já vinha antes na minha cabeça, só que na dele ele demoro pra cair a ficha. Aí depois nós já planejo, só que não deu certo na hora que a gente queria.

O planejamento familiar nos parece um hábito que tem se tornado comum na contemporaneidade “(...) na hora que nós planejo querer engravidar.”, possibilitando os casais a dissociar, segundo Lopes et al. (2006), a parentalidade do início da vida sexual e do casamento. Essa dissociação, realizada por meio dos métodos contraceptivos, tem possibilitado aos casais, conforme os estudos da autora, realizarem um planejamento econômico e profissional para, posteriormente, tomarem a decisão de engravidar.

Modelli e Levy (2006) acrescentam que, cada vez mais, a dedicação por uma profissão tem deixado o projeto de ter um filho em *suspense*, aguardando a sua vontade “(...) só que na cabeça dele demoro para cair a ficha.”. Talvez, a segurança de postergar uma gestação até o momento ideal pode ter iniciado a partir do reconhecimento dos múltiplos tratamentos de RHA, disponibilizados no mercado, considerado pelas autoras, uma maneira de desprezar as possíveis inseguranças sobre essa prorrogação.

Assim, para Modelli e Levy, é possível que os significados da busca de ter um filho variem conforme a história de vida singular e conjugal, com a própria necessidade de se ver

no outro, produzido por si mesmo e, ainda, por poder apresentar características sociais que determinam a procriação como importante e aceitável.

[...] um pouco assim, foi que nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, achou que no outro mês já ia ficar grávida.

Nesse momento de seu discurso, a colaboradora 4 ♀ leva-nos a refletir novamente sobre a associação do sexo com a função reprodutora “(...) *nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, achou que no outro mês já ia ficar grávida.*” . O planejamento familiar, por meio de suas propostas educacionais, parece-nos disseminar para a população em geral ser possível dissociar a relação sexual da reprodução. Essa realidade começou a ser disseminada pelo mundo a partir da Revolução Sexual, conforme observamos nos estudos de Lins e Braga (2005), recebendo um importante apoio, com a criação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em 1994, um dos direitos adquiridos pela população – planejar como, quando e de que forma ter filhos (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 176).

Percebemos, assim, que o sexo e a reprodução são funções que se vinculam tanto nos pares que buscam a relação sexual com o único objetivo de ter prazer e previnem a gravidez com pílulas anticoncepcionais, preservativos ou anticoncepção de emergência, quanto nos pares que suspendem os métodos contraceptivos para iniciarem a sua jornada em busca de ter um filho biológico.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 4 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 4 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 4 ♀

[...] e fazer exame e o duro que a menstruação atrasava, tinha vez que atrasava doze, quinze dias. Eu achava que tava grávida, ia fazer exame negativo. Sempre negativo.

Os constantes atrasos na menstruação vivenciados pela colaboradora 4 ♀, levou-a a acreditar, por diversas vezes, que estava grávida. Em nossas análises, refletimos sobre os

possíveis fatores que poderiam estar favorecendo essas alterações no corpo desta colaboradora e, à luz dos ensinamentos de Jacob (2006), pudemos compreender que o próprio tratamento para engravidar pode se tornar um *estressor* devido às expectativas direcionadas a ele.

Lidar com as possíveis falhas e insucessos do tratamento de RHA, ou seja, confirmar, por meio do teste de gravidez, que o resultado dos procedimentos foi negativo, pode suscitar nos casais diferentes reações. Segundo Melamed (2006), alguns são levados a manter o propósito de gerar um filho biológico, lutando para torná-lo realidade; enquanto outros permanecem imobilizados diante dessa perda. Assim, a autora nos mostra que lidar com a infertilidade acaba sendo muito parecido com a maneira de lidar com outras doenças médicas, e que o emocional, tanto do paciente quanto das pessoas próximas, pode sofrer alterações, possíveis de ser controladas por meio do atendimento psicológico.

4.2.5 Casal 5

O colaborador 5 ♂ tem 22 anos, é católico, possui o ensino fundamental e trabalha como mototaxista. Relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber socialmente. Tem um primo de primeiro grau com dificuldades de engravidar por baixa quantidade de espermatozoide. Diz ter recebido orientação sexual da mãe, em casa, e da professora, na escola. Iniciou a vida sexual aos 14 anos e relata manter, em média, 04 relações sexuais semanais. Segundo o colaborador, o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados e não apresenta queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 5 ♀ tem 20 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha como vendedora. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Não tem familiares com histórico de infertilidade. Recebeu orientação sexual na escola, pela professora e, em casa, pela mãe. Iniciou a sua vida sexual aos 14 anos e relata manter 06 relações sexuais semanais. Segundo a colaboradora, o seu desejo, excitação e orgasmo estão preservados.

Os colaboradores 5 ♂ e 5 ♀, de nível socioeconômico C¹, namoraram durante 03 anos e há 04 anos estão vivendo em união estável. Utilizaram métodos contraceptivos durante 04 anos e estão tentando engravidar há 03 anos. A instituição onde as entrevistas desta pesquisa foram realizadas é a primeira que buscam tratamento. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator conjugal: obesidade feminina e varicocele.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 5 ♂

[...] a gente começou a namorar, ela novinha. Ela era virgem. E a gente começou a namorar.

A descoberta da participação do homem na procriação, segundo Badinter (1986), leva a sociedade patriarcal a uma obsessiva busca pelo controle da sexualidade feminina. Esse controle na mulher, quando solteira, era realizado pelo pai com o objetivo manter a integridade do hímen da filha até a efetivação do casamento e, assim, garantir seu valor econômico.

Segundo Lins e Braga (2005), a virgindade sempre esteve ligada aos valores econômicos e à propriedade. A Igreja, em seus textos bíblicos, estipulou regras que determinavam, e ainda determinam, os valores sobre a conduta sexual humana, estabelecendo punições para qualquer desobediência.

Após a revolução sexual, dos anos 1960 aos 1980, inicia-se uma busca de liberdade sexual pelas mulheres, derrubando o tabu da virgindade (LINS; BRAGA, 2005).

O significado que o colaborador 5 ♂ sugere atribuir à virgindade, nos leva a refletir sobre ser este atributo ainda buscado por muitos homens, na contramão das novas tendências sexuais, conforme apontadas por Lins e Braga (2005).

Colaboradora 5 ♀

A gente se conheceu, ele (colaborador 5 ♂) tava indo pra escola e eu tava indo com a minha irmã. [...] Aí nós ficou conversando no ônibus. [...] quando foi a hora que nós chegou em casa, ele pediu para ficar comigo. Foi conversando, aí rolou. Se eu tava ficando com alguém? Eu falei que não. Ele falou assim: Você quer ficar comigo? Aí fiquei pensando, aí falei: Ah, quero. Aí fiquei na esquina da minha casa com ele. Aí foi assim que começou, depois não largou mais do meu pé. Eu tinha acabado de terminar um relacionamento faz, tinha feito pouco tempo. Mas depois de duas semanas, nós começou a namorar.

Conforme já citamos na análise do discurso da colaboradora 1 ♀, esta possibilidade de escolha do parceiro por amor, foi uma realidade criada na década de 1940 e que veio a influenciar os relacionamentos na contemporaneidade.

Retomamos as afirmações de Lins e Braga (2005) acerca dessas novas possibilidades de relacionamento na adolescência contemporânea – as novas tendências nos relacionamentos sem a idealização dos pares, como podemos atestar na fala da colaboradora.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 5 ♂

Nós foi por parte dela. Também ela que a gente tava com uns três anos mais ou menos e ela queria juntar. Aí foi aonde eu fui morar com a minha sogra, e o pai dela foi embora de casa. Então eu fui morar com eles lá (casa da sogra) pra poder ajudar nas despesas em casa que só minha sogra não dava conta. A partir desse momento aí, a gente sempre teve interesse de morar junto sabe? De juntar.

Na atualidade, segundo Badinter (1986), o casamento deixa de ser um tema sagrado e o coração é colocado acima da lei, provocando gradativas mudanças nas relações.

Emerge nesse cenário, a decisão de *juntar*, termo popular utilizado para se referir aos casais em união estável, já abordada nas análises dos casais 1 e 3, que se tornam mais comum a cada dia. As formalidades, contratuais e/ou religiosas, começam a ser abolidas, permitindo que homens e mulheres vivam no mesmo lar e construam uma família, independente das obrigações contratuais, como é o caso deste casal de colaboradores, segundo o excerto do relato do colaborador 5 ♂, acima.

Colaboradora 5 ♀

[...] Aí eu comecei, ele começou a posar em casa. Casa da minha mãe. Aí a minha mãe separou do meu pai. Ele começou a ir em casa, e ficou só nós três. Eu, minha mãe e ele. [...] Acho que não deu nem um ano. Ele começou posando aí depois minha mãe separou, aí ele foi ficando. Ficou um tempo em casa [...]

O novo cenário das uniões entre os pares tem possibilitado, segundo Badinter (1986), a escolha entre o casar ou não casar, sendo o outro mais visto como um companheiro do que como amante ou cônjuge. Essa nova denominação para os pares é dada a partir do momento em que o sentimento e/ou o ideal de outra pessoa começa a ser compartilhado. Para a autora, o termo implica ainda a preservação da identidade de dois seres humanos que experimentam sentimentos fraternos.

[...] Aí depois nós separou porque ele teve uma traição, por parte dele. Aí, ele fico no meu pé que me amava. Que gostava de mim e eu falava: Não, deixa eu pensar um pouco não deu nem um mês pra mim pensar direito pra mim voltar com ele. E ele ficou atrás de mim, ficou atrás de mim. Aí, nós separou na segunda-feira, e quando foi na sexta-feira nós voltou. Fico um pouquinho de tempo, mas nesse tempo, ele trabalha de mototaxista então ele não ia nem trabalhar. Ficava só no

meu pé. Ficava no pé, ligava, mandava mensagem, ficou assim até eu voltar com ele. Aí nós voltou e estamos aí até hoje. Graças a Deus numa boa. Lá tem as suas briguinhas. Mas tamos bem. Graças a Deus.

A consciência da fragilidade do casamento é tão aguda que, para Badinter (1986), a ruptura é encarada como uma parte integrante da história de amor. Para a autora, o casamento e o divórcio parecem ter se tornado simples formalidades, entretanto, eles não são apenas isso.

Ainda segundo a autora (BADINTER, 1986, p. 214), não é proibido pensar que os jovens casais se casam cada vez menos por recusarem-se a se inscrever no definitivo, que é o contrário à liberdade, mas também porque “temem os traumatismos de uma ruptura institucional, cada vez mais frequente”. A autora acrescenta a existência do peso do desgosto da separação dos corações, assemelhando o casamento ao fracasso.

Aí depois nós conseguimos essa casa. Só que ele fez isso aí, ele procurou depressa. Que queria ficar comigo numa casa. Aí nós alugou uma casa, lá no centro da cidade, foi aonde nós começou a morar junto.

A coabitação torna-se uma maneira banalizada de viver como casal e o casamento torna-se cada vez mais adiado. Os ritos de passagem de uma etapa da vida para outra, como a tradicional lua de mel que preparava os pares para a vida conjugal, deixa de ter sentido (BADINTER, 1986). Conforme percebemos no relato desta colaboradora, embora exista o desejo de coabitação e construção de um lar e de uma família, de fato, não houve esses ritos de passagem citados por Badinter.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 5 ♂

Nossas análises do discurso da colaborador 5 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 5 ♀

A gente tenta fazer vários dias pra ver se consegue. Mas, por enquanto ainda não tá dando certo.

O discurso da colaboradora 5 ♀ nos sugere que o foco da relação sexual do casal está direcionado para o propósito de engravidar. Durante os nossos estudos sobre a temática da infertilidade, encontramos autores que apontam para o fato de que a partir do momento que os casais se voltam para um único projeto de vida, engravidar, o ato sexual torna-se mecânico, visando exclusivamente à procriação, tornando-os infelizes, podendo ainda, desencadear disfunções sexuais.

Melamed e Seger (2009) percebem que os casais acabam vivenciando a relação sexual sem espontaneidade e com a investigação clínica perdem a privacidade sexual, o que parece ser o caso desse casal de colaboradores. As autoras também identificam analogias intuitivas negativas em muitos indivíduos – incapacidade reprodutiva e incapacidade sexual, e a mudança do enfoque do sexo, considerando esses fatores como possíveis incitadores de disfunções sexuais.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 5 ♂

[...] tive uma hérnia, aí eu peguei na ultrassom e vi que tinha varicocele. Aí o médico falou pra mim: Ó, tá com a varicocele você vai ter dificuldade para engravidar sua parceira. Aí eu falei pra ele então, eu operei. Foi quando ele pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho. A médica daqui (Hospital de Base) pediu outro também. Leva o outro que deu. E como eu vou responder agora? E tudo normal, tudo bom assim pra mim. É a única dificuldade é essa.

O colaborador 5 ♂ nos relata que já teve alguns problemas orgânicos que podem ser considerados fatores que influenciam na fertilidade masculina. A varicocele é apontada no II Consenso Brasileiro de Infertilidade Masculina por Pompeo, Errico e Martello (2003, p. 45) como “a dilatação anormal de veias do plexo pampiniforme”. Os autores apontam ainda a existência de uma correlação entre varicocele e infertilidade masculina; entretanto, eles explicam que 2/3 dos portadores de varicocele podem ser férteis e que essa enfermidade pode ser tratada.

Contudo, nos parece que a fala “(...) *você vai ter dificuldade de engravidar a sua parceira*.” pode ter ocasionado um *trauma*, levando este colaborador a vivenciar essa situação como uma *crise*, já que, nas palavras de Melamed (2009) a infertilidade pode ser vivenciada como uma situação potencialmente traumática de vida.

A nosso ver, o espermograma, exame citado pelo colaborador 5 ♂, “(...) *pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho*”, sugere ser um instrumento dúbio que pode fazer o homem tanto diminuir quanto aumentar a sua ansiedade quanto a ser fértil ou infértil. No caso de nosso colaborador, parece ter agido em favor de uma segurança de fertilidade “(...) *E tudo normal.*”.

[...] Porque até no momento eu não sabia que com essa varicose. É, eu tinha dificuldade para engravidar. Aí eu operei e depois o espermograma deu tudo normal e foi aí onde eu e ela também veio pensando, eu tenho problema? Não, ela tem. A gente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalha um pouco o psicológico (risos).

Parece-nos que, só após o prognóstico do quadro clínico da varicocele, o colaborador 5 ♂ foi compreender que a doença interferia na procriação “(...) *até no momento eu não sabia que com essa varicocele (...)*”, o que o levou a procurar o tratamento cirúrgico.

Porém, percebe-se que após a realização do tratamento, o colaborador 5 ♂ parece ainda buscar um *culpado* pela ausência da procriação do casal, assim como relatou o colaborador 1 ♂: “*Eu também quero vê se é eu o a muié que tá com dificuldade para engravidar*”. Essa necessidade de identificar onde está o *problema*, em outras palavras de quem é a culpa, pode ser uma maneira de tentar livrar-se de rótulos sociais, em especial no que se refere ao homem, que é geralmente considerado impotente quando não concebe.

Toda essa preocupação com a infertilidade “(...) *A gente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalhe um pouco o psicológico*” pode emergir antes mesmo dos casais chegarem aos serviços de RHA, ou após o início da investigação clínica e do tratamento. Isso pode acontecer devido à possibilidade de existirem muitos fatores que podem estar ocultos, sendo o desejo eminente do filho apenas a ponta do *iceberg*.

[...] E aí na hora que a gente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos já, aí foi na onde a gente veio procura tratamento, pra ver, porque a gente não engravidava.

Para Kusnetzoff (1997, p.20), a infertilidade, quase sempre, se define em termos temporais: “o fracasso de reproduzir-se logo ao longo de um ano”, o que é corroborado pela fala de nosso colaborador: “(...) *a gente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos...*”. Para o autor, por ser a infertilidade uma experiência involuntária, permissiva de desilusão, impossibilidade de escolha e sucessivos fracassos, alguns casais podem transitar “da esperança de engravidar a reconhecer a sua incapacidade para tal”, afirmação mais uma vez

corroborado pelo excerto do relato de nosso colaborador 5 ♂: “(...) a gente veio procura tratamento, pra ver, porque a gente não engravidava”.

Essa busca por uma resposta, conforme o discurso do colaborador 5 ♂, vai ao encontro dos resultados dos estudos de Jacob (2006) que mostram que, muitas vezes, os casais procuram saber o que está acontecendo de *errado*, por meio de uma ajuda médica, para livrarem-se de suas angústias.

Colaboradora 5 ♀

Ah, foi assim, inesperável (infertilidade). Ele falou assim, que era eu. Falei não, o problema tá com você. Aí fico esse empurra, empurra[...]

Por emergir de maneira inesperada, conforme atesta a fala desta colaboradora: “(...) foi assim, inesperável.”, a infertilidade pode ser considerada, segundo Kusnetzoff (1997), uma crise que pode estreitar a união do casal, ou, quando não administrada, chegar a provocar a separação

O medo de ser infértil, expressado pela colaboradora: “Ele falou ... que era eu. Falei não, o problema tá com você (...)”, mais uma vez explicita a necessidade dos pares de encontrar um culpado, conforme apontado por Olmos (2003).

Aí fica na nossa cabeça (desejo de engravidar) e aí não vem a criança. Foi aonde que a gente optou pelo tratamento pra gente poder engravidar.

Para a colaboradora 5 ♀, o desejo de engravidar “(...) fica na nossa cabeça... e aí não vem a criança.”, parecendo ter se tornado uma ideia fixa, que deve ser realizado a qualquer custo durante a sua existência. Kusnetzoff (1997) nos auxilia a entender o que pode levar um indivíduo a tornar a busca pelo filho biológico uma obsessão. Para o autor, o filho é um acontecimento relevante para toda a família, podendo trazer modificações no relacionamento entre os seus membros. Entre essas mudanças, Kusnetzoff (1997, p. 20) cita: “... reparação de problemas passados, rancores que amenizam velhas disputas solucionadas com emocionantes reconciliações...”.

O tratamento é uma forma encontrada por muitos casais inférteis para tentar realizar este desejo, segundo Melamed (2006), podendo levar o casal a chegar às clínicas de RHA apresentando certo grau de comprometimento emocional.

[...] Aí a minha mãe falou: faz um tratamento. Aí eu falei pra ele: vamos ter que fazer um tratamento porque ou pode ser psicológico também. Da gente. Porque quer, quer, quer então nunca vem [...]

A fala da colaboradora 5 ♀: “(...) *a minha mãe falou: faz um tratamento*” nos levou a refletir o quanto o tratamento com as modernas técnicas de RHA, com o auxílio da mídia, passou a ser visto de maneira distorcida pela população, como um recurso simples, rápido e fácil. Olmos (2003), em suas análises sob este mesmo prisma, percebe que muitos casais chegam ao consultório médico querendo resolver tudo rapidamente com métodos sofisticados. O autor, também, acredita na influência dos diversos meios de comunicação e, ainda, defende a necessidade da calma para a realização cuidadosa dos exames diagnósticos, para que o casal não se submeta a tratamentos desnecessários.

Hoje, tá assim, mar de maravilhas. Por que agora nós tá seguindo direitinho, só esse pequeno atraso que teve lá. E tá ótimo.

Quando o casal infértil é assistido por uma equipe multidisciplinar, a sua integridade é preservada e os aspectos biopsicossociais são considerados e preservados, possibilitando que o casal venha a vivenciar de forma tranquila a trajetória do tratamento da infertilidade. Este excerto do relato da colaboradora: “(...) *agora nós tá seguindo direitinho* (...)”, parece indicar que, de fato, essa assistência é essencial.

Fernández (2009) considera ser necessário que as equipes promovam módulos de aconselhamento com o objetivo de promover informação e apoio aos casais que buscam o tratamento para sua enfermidade.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 5 ♂

[...] minha mãe falou assim, que pode ser que por causa que ela tomou remédio bastante tempo, então pode ser que o útero dela não tá totalmente aceito.

Conforme o discurso do colaborador 5 ♂, podemos perceber como é comum a sociedade ainda atribuir à mulher a dificuldade de conseguir engravidar “(...) *o útero dela não tá totalmente aceito*”, ou seja, atribuir unicamente a ela a responsabilidade pela concepção do filho. Essa é mais uma herança de uma visão comum da sociedade patriarcal, em que o homem – o pênis – era considerado forte, viril e potente (LINS; BRAGA, 2005).

[...] ela tem algum problema, foi onde ela procurou fazer um tratamento lá com o doutor.

No discurso do colaborador 5 ♂, fica patente que antes mesmo da confirmação do diagnóstico clínico da infertilidade conjugal, a mulher pode acabar sendo rotulada, estigmatizada, como a portadora de um *defeito* – infertilidade “(...) *ela tem algum problema* (...)”.

Neste momento, nos apropriamos das reflexões realizadas por Goffman (1980) para entendermos o quanto os rótulos podem influenciar negativamente na vivência afetivo-sexual de casais inférteis. O autor discorre sobre o estigma em relação a um atributo profundamente depreciativo – criamos normas para determinar o que cada indivíduo deveria ser e não vemos o que ele realmente é, podendo, no cenário da procriação humana, nos parecer que o natural seja: casar e ter filhos biológicos.

Colaboradora 5 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 5 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 5 ♂

[...] quando tinha uns quatro anos de namoro já, ela veio querer engravidar. Então, a gente tentou entrar num acordo.

Percebemos que o planejamento pelo casal quanto ao melhor momento para engravidarem tem se tornado uma realidade cada vez mais presente na contemporaneidade. Assim, o filho começa a fazer parte de um roteiro: namorar, casar, estabilidade profissional, organização financeira e, por fim, o filho. Aos olhos de Labrador (2002) e Farinati (2009), o filho faz parte de um projeto de vida para a maioria dos homens e das mulheres.

[...] ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio, aí não engravidava. não engravidava.

A decisão do casal por engravidar, na fala do colaborador 5 ♂, pode ter ocorrido por meio da interação de vários fatores, descritos por Maldonado (2002) como motivos conscientes e inconscientes – “(...) *ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio (...)*”. Ribeiro (2006) vê o desejo de ter um filho como uma possibilidade de ver o seu amado e a si mesmo no outro e de se tornar imortal. Desse modo, deparar-se com a impossibilidade de conceber pode fazer com que os casais sintam-se estáticos à espera do filho desejado, sendo possível, no entanto, levá-los à elaboração dessa dificuldade por meio de estratégias psicológicas. Essa intervenção pode se tornar necessária uma vez que ao perceberem que a procriação de um descendente poderá não acontecer naturalmente, os casais podem vivenciar essa situação como havendo uma ruptura na cadeia de gerações, gerando no casal, possivelmente, um intenso sofrimento.

Colaboradora 5 ♀

Foi assim, quando a gente começou a namorar, eu já queria engravidar. Mas ele falou não, você é muito nova, vai estragar a sua vida. A gente não sabe mais a vida mais pra frente. Aí foi, passou, passou.

O discurso da colaboradora 5 ♀ nos desvela uma característica que se torna cada vez mais comum nas relações afetivas da contemporaneidade: são as metas individuais dos pares “(...) *quando a gente começou a namorar, eu já queria engravidar*”. Nos apropriando dos estudos realizados por Lins (1997) sobre as mudanças afetivas e sexuais no casamento, ao longo de nossa trajetória sócio-histórica, percebemos que a mulher *inteira* de nossa sociedade tem as suas metas, objetivos e desejos, assim como os homens, podendo surgir conflitos ao tentar harmonizar as aspirações de individuação.

Quando o assunto é o querer e não querer ter filhos em um determinado estágio da vida dos indivíduos, Maldonado e Canella (2003) apontam que os casais podem acabar entrando em conflito quanto à decisão do melhor momento. Quando decidem postergar a vinda do filho, a decisão passa a ser de quem vai fazer a anticoncepção. Os autores percebem essa responsabilidade sendo comumente tomada pela mulher, tanto pela diversidade dos métodos disponíveis para a anticoncepção feminina quanto por seu papel social. No entanto, os autores nos revelam outro dado importante que é o crescimento significativo do número de homens que compartilham com suas companheiras essa responsabilidade, utilizando métodos comportamentais, como por exemplo, o uso dos preservativos. Maldonado e Canella percebem que essa participação no planejamento familiar pode ter motivações diferentes,

desde o desejo de companheirismo até o desejo de controlar a fidelidade feminina. Apesar de não ficar claro na fala da colaboradora que intenção o parceiro, o colaborador 5 ♂, poderia ter tido para desencorajá-la a engravidar naquele momento além do motivo de ser ela muito nova, podemos perceber que há, de alguma forma, este ‘jogo de poder’ e controle entre os pares, já que ele próprio é apenas dois anos mais novo do que ela. O que percebemos, é que, na verdade, apesar de a mulher ter mais meios de evitar, ou não evitar, a gravidez e de ser responsabilizada pela ausência de concepção do casal, ela está quase sempre ainda submetida à vontade do parceiro de procriar ou não e do momento de fazê-lo, conforme se pode atestar no excerto abaixo.

[...] Aí quando nós morou junto que ele falou. Eu não queria (engravidar). Mas só que ele, ele queria. Aí eu falei: Ah, então, sentou e conversou e entrou num acordo. Então vamos ter? Vamos. Aí eu parei de tomar o remédio. Aí, tá aí há três anos.

Os estudos de Maluf (2008) levam-nos a refletir sobre a importância de se decidir por engravidar ou não. Segundo a autora, decidir pode provocar medo devido à responsabilidade de escolha, já que toda escolha significa perda, ou seja, ela cita que não se pode ter tudo e que, quando escolhemos algo, acabamos perdendo o que não foi escolhido. Sendo assim, fazer escolhas guiadas pelo desejo requer, para Maluf, maturidade e implica responsabilidade por nós mesmos.

[...] Quando eu parei de tomar o remédio, aí ele falou nós vamos ter filho. Vai ter a dificuldade, tem que guardar dinheiro, comprar as coisa, tal, porque criança nunca se sabe. Sempre tem que alguma coisa pra gasta, remédio, essas coisa que criança novinha sempre tá doente. A gente sentou, conversou tudo isso falou: então tá bom. Vamos vê? Vamos vê. Aí foi que a gente tá aqui, pra poder fazer o tratamento pra gente poder engravidar.

Para Maldonado (2002), a gravidez é um momento de transição que faz parte do desenvolvimento, que pode envolver a necessidade de reestruturação e reajustamento em diversas dimensões da vida dos pares e do casal. As mudanças provocadas pela vinda do bebê são complexas e não se restringem apenas às alterações psicológicas e bioquímicas, mas também aos fatores socioeconômicos. A autora pontua que grande parte das mulheres inseridas numa sociedade urbana, costumeiramente trabalha fora, auxilia no orçamento familiar e possui interesses individuais. Sendo assim, ter um filho poderá acarretar mudanças significativas e privações reais, podendo aumentar a tensão e a ambivalência, conforme vemos refletido no excerto de relato acima.

Não vejo a hora de ter uma criança ali pra juntar ainda mais a gente.

O desejo de ter um filho para melhorar a qualidade da relação conjugal é considerado por Maluf (2008) como um dos piores erros que o casal pode cometer. Souza (2009), por sua vez, percebe que muitos casais procuram o tratamento para ter um filho com o intuito de resolver conflitos conjugais e fortalecer o relacionamento conjugal. O que parece ser intuito deste casal – mais de *consagração da relação* do que de resolução de conflito.

A experiência profissional de Maluf (2008) na área de RHA nos mostra que se o casal se encontra em conflito e parte para um tratamento de infertilidade, com o estresse vivenciado em todas as etapas, existe a possibilidade de essa relação vir a piorar. A autora conclui que os casais que desejam buscar as técnicas de RHA devem reunir companheirismo, intimidade e cumplicidade.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Nossas análises dos discursos dos colaboradores 5 ♂ e 5 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

4.2.6 Casal 6

O colaborador 6 ♂ tem 30 anos, é católico, possui o ensino fundamental e trabalha no campo (zona rural). Relatou não fumar e nem utilizar drogas ilícitas, apenas beber socialmente. Não tem histórico familiar de infertilidade. Não recebeu orientação sexual e iniciou sua vida sexual aos 18 anos. Relata manter, em média, 02 relações sexuais semanais, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção sexual e/ou de ejaculação precoce.

A colaboradora 6 ♀ tem 26 anos, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha cuidando do próprio lar. Relatou não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Não tem histórico de infertilidade na família. Relatou ter recebido orientação sexual da professora na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 17 anos e relatou manter, em média, 03 relações sexuais por semana. Segundo a colaboradora, o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados.

Os colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, de nível socioeconômico C², namoraram durante 07 meses, estão casados há 09 anos e estão tentando engravidar há 07 anos. Iniciaram a investigação médica em um Posto de Saúde, realizando alguns exames clínicos. Hipótese diagnóstica de infertilidade primária por fator feminino: síndrome do ovário policístico.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 6 ♂

Ah, de namoro eu era rapaz solteiro, mais na farra.

Desde sua infância a sociedade incute no homem determinados tipos de comportamento para comprovar a sua masculinidade, como este do qual se vangloria o colaborador na fala acima. Segundo Lins (1997), o homem, durante toda a sua vida, deve estar atento e mostrar que é *homem*, devendo ter atitudes, comportamentos e desejos masculinos, ou seja, para a autora, a virilidade do homem é fabricada.

Sendo assim, desde a infância, a sexualidade masculina é posta à prova, devendo o homem iniciar a sua vida sexual o mais cedo possível, muitas vezes, pressionado por amigos e pelo próprio pai (LINS, 1997).

Colaboradora 6 ♀

[...] a gente se conheceu na escola e aí a gente ficava na escola. Namorou um mês escondido, depois ele pediu para os meus pais, aí a gente saía, ia pra praça e divertido. Aí, tinha as briguinhas, de vez em quando, ciúme e só.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos sugere haver resquícios de comportamentos impostos às mulheres por uma sociedade baseada no poder patriarcal. Nessa sociedade patriarcal, era dever do pai controlar o comportamento da filha, que geralmente acabava sendo confinada no seu próprio lar ou enviada a um convento, como uma forma de proteção contra as pulsões eróticas (LINS, 1997).

A liberdade de sair de casa, estudar, namorar e exercer a sua sexualidade são direitos que as mulheres foram adquirindo por meio de lutas ao longo dos séculos. Entretanto, há indícios de que esta liberdade não é exercida em sua plenitude, como podemos observar em alguns desses relatos.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 6 ♂

No casamento tem mais carinho, mais amor. Pra mim, do relacionamento do casamento, pra mim foi melhor.

O amor continua sendo um dos apoios utilizados na construção do alicerce das relações entre os pares; acrescentando-se na atualidade a amizade, considerada um elemento nutridor que auxilia na manutenção do relacionamento (BADINTER, 1986).

Aí ela tava meia tímida (relação sexual). Aí ela foi conhecendo, ela foi se sortando mais e foi miorando mais. Agora, quando nós vai ter relacionamento, num tem vergonha do outro. Melhorou bastante.

A satisfação psicológica na relação sexual do casal dependerá de um constante movimento de se conhecer e conhecer o outro para que ambos se adaptem e consigam, como em uma dança, movimentarem-se no mesmo ritmo, conforme podemos perceber serem os passos do colaborador 6 ♂, que guiam a sua parceira, a colaboradora 6 ♀.

Do ponto de vista psicológico, a satisfação sexual dependerá da satisfação pessoal ou adequação sexual de cada indivíduo. Ainda referente a esse ponto de vista, nos dizem Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 02, grifo do autor) “... se o indivíduo está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o de seu parceiro, ele é uma pessoa sexualmente *normal* ou adequada”.

Colaboradora 6 ♀

[...] no começo a gente ficava querendo toda hora (risos), namorava toda hora (relação sexual). Ai, começo do casamento é moleza.

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) trazem que Rosemary Basson divide o desejo sexual em responsivo e espontâneo, considerando esta pesquisadora que no início do relacionamento o desejo é sempre espontâneo. Já os autores acreditam que essa divisão é arbitrária pelo fato da apetência sexual ser sempre responsiva.

A motivação sexual, ainda conforme esses mesmos autores (CAVALCANTI, R. e CAVALCANTI, M. (2006, p. 55), “(...) *depende de um conjunto de variáveis e só se*

manifesta em resposta a essas variáveis”. Os autores ainda enfatizam que entre esses fatores estão os aspectos biológicos e a história de vida individual.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 6 ♂

Aí, fico assim, mais tentativa. Agora que nós tenta mais, pra ver se dá mais certo (risos). Nós tá trabalhando pra ver se dá certo.

Revela-se, no discurso do colaborador 6 ♂, com nitidez, a associação entre sexo e procriação, sugerindo para nós sua desvinculação entre prazer e sexo nesta etapa de sua vida “Nós tá trabalhando pra ver se dá certo”. Os estudos de Kusnetzoff (1997, p. 25) nos mostram que o propósito da sexualidade deve transcender a motivação reprodutiva “(...) *nós tenta mais pra ver se dá mais certo.*”, sendo a função biológica “a base onde se assentam todos os níveis de desenvolvimento da sexualidade”.

Colaboradora 6 ♀

Em nossas análises do discurso da colaboradora 6 ♀, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção desta categoria.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 6 ♂

Aí, ela procurou o médico, e aí ela achou o problema de hormônio, essas coisa, ela tá fazendo tratamento.

O discurso do colaborador 6 ♂ leva-nos a pensar sobre a possibilidade da colaboradora 6 ♀ ter se tornado a protagonista da vivência da infertilidade, enquanto ele preferiu abster-se e ficar nos bastidores “(...) *ela procurou o médico... ela achou o problema... ela tá fazendo o tratamento*”.

A iniciativa da procura por uma ajuda médica, na grande maioria das vezes, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005), acaba sendo das mulheres, pelo fato da simbologia do

pênis proporcionar a associação de potência sexual com capacidade reprodutiva e, assim, poder levar o homem ao constrangimento, conforme dizem Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006).

Entretanto, após esse primeiro contato da mulher com a equipe, é necessário que o homem se torne participativo no processo, pois, conforme defende Olmos (2003) – o tratamento é realizado com o casal.

Ah, no começo ela ficô meio preocupada. Aí eu também, a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado. Aí, todos os exame deu tudo certo. Aí eu fiquei mais aliviado. E ela tá pelejando (exames) mais tá animada (risos). Ela tá correndo atrás até hoje, não tá desistindo não (risos).

Para Kusnetzoff (1997), o homem costuma vivenciar a infertilidade diferentemente da mulher “(...) a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado... deu tudo certo... eu fiquei mais aliviado.” Para o autor, os homens acabam sendo menos afetados, sendo o seu comprometimento com o pesar e a dor de sua companheira “(...) ela tá pelejando (...)”, já que culturalmente o *homem* deve ser forte e manter-se firme para auxiliar a sua esposa “(...) Ela tá correndo atrás até hoje (...)”.

Colaboradora 6 ♀

Aí depois, acho que deu mais uns dois anos que eu comecei a ir no médico. Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame, não resolvia nada. Então, agora que eu tô vindo aqui.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos permite a reflexão sobre os ideais e expectativas que cada paciente direciona à equipe e ao tratamento e, ainda, os sentimentos que os acompanham nessa trajetória. Gasparini e Terzis (2007) percebem que o tratamento da infertilidade pode desencadear diversas reações emocionais, podendo levar os casais a distorcerem as informações médicas recebidas “(...) Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame (...)” e, ainda, aumentar a dificuldade do processo que, por si só, já é bastante complexo “(...) não resolvia nada.”.

Ah, um monte de exame é ruim fazer. Mas aí ele fez quatro exames. Acho que deu certo.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos oferece uma ideia da quantidade de exames e procedimentos médicos aos quais a mulher tem que se submeter – biópsias, exames de

sangue, exames invasivos, inseminações, cirurgias, medicamentos – essa rotina pode provocar uma avalanche de sentimentos, tais como humilhação, raiva, depressão, ansiedade e medo, sendo praticamente impossível não se sentir mobilizada pelo assunto. Percebemos que o tratamento invade a vida da mulher e defendemos a importância de, nesse momento, ela conseguir ver a vida com alguma perspectiva, para não se esquecer dos outros papéis que desempenha, segundo expõe Weiss (2006).

Ah, tá no começo. Foi a primeira tentativa, porque com esse remédio. Ah, espero que da próxima vez dê certo.

Para Melamed (2006), torna-se necessário esclarecer aos casais as limitações dos procedimentos “(...) Foi a primeira tentativa... espero que da próxima vez dê certo.” Assim, certamente, poderemos reduzir o grau de ansiedade que todos esses procedimentos geram no paciente, conforme podemos atestar no lamento desta colaboradora.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como ocorreu nas análises dos discursos dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂ e 4 ♀.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 6 ♂

Aí ela decidiu (engravidar) e nós não conseguia.

Segundo os estudos de Badinter (1985), a imagem de mãe com o seu respectivo valor natural e social começou a ser construída no final do século XVIII, desvelando que este comportamento não era inato a toda mulher, como até então a sociedade defendia. A atual imagem da mãe, seu papel e sua importância, para Lins (1997), foram *fabricados*, possibilitando uma revolução das mentalidades. Essa construção durante a nossa trajetória histórica possibilitou que o filho deixasse de ser visto como um empecilho para a mãe na vida

conjugal, social e sexual, passando a tornar-se um objeto de desejo “(...) *Aí ela decidiu e nós não conseguia.*”.

Colaboradora 6 ♀

Então, no começo quando nós casou a gente não pensava em engravidar não. Por que a minha menstruação já não era certa, eu nem pensava nisso. Aí depois de dois anos de casado que eu comecei a querer. Aí nós ficava tentando dia a dia e nada.

O discurso da colaboradora 6 ♀ leva-nos a pensar sobre o seu verdadeiro desejo de ter um filho, despertado dois anos após o casamento. Essa nossa indagação vai ao encontro das reflexões de Mansur (2003, p. 60) relativas a querer ter um filho e não ser capaz de tê-lo e não querer ter um filho “(...) *quando nós casou a gente não pensava em engravidar... a minha menstruação já não era certa (...)*”. Para a autora, quando a limitação da infertilidade é considerada apenas um problema do ponto de vista físico e a capacidade da mulher de amar é avaliada como estando preservada, a enfermidade acaba carregando a “noção pejorativa de que ela é vazia, seca e sem vida por dentro, colocando em cheque seu valor pessoal e sua feminilidade, por meio da avaliação de sua fecundidade”.

Segundo a autora, a ausência de filhos pode levar a mulher a enfrentar os seus próprios sentimentos e o olhar dos outros, carregando com ela um mistério que não é revelado em seu interior. Ao tornar-se mãe, a mulher pode revelar-se completa e também garantir a sua inserção no mundo feminino, cumprindo com as expectativas sociais.

Ah, ele acho que não ligava tanto. Eu que ficava mais ansiosa, nervosa, querendo e não vinha.

Maluf (2008) pode observar, por meio da sua experiência profissional com casais inférteis, que a espera pelo filho pode se tornar insuportável para um ou ambos os pares, independente do diagnóstico ou com quem esteja o problema, pois o que se torna relevante nesse momento são os questionamentos de uma vida inteira.

Entretanto, para Melamed (2006), mesmo que a ansiedade possa surgir em ambos os cônjuges ao longo do processo de RHA, a infertilidade parece que acaba sendo mais sentida pela mulher “*Eu ficava mais ansiosa, nervosa, querendo e não vinha.*”, mesmo que o fator seja masculino. Talvez, a influência cultural que associa feminilidade com maternidade, segundo Badinter (1986), possa vir a despertar diversos sentimentos negativos naquelas que ainda definem a sua identidade de mulher através da maternidade.

Já Seger (2009 a, p. 83) cita, em seus estudos, que o homem também sente as influências da infertilidade, porém, geralmente a expressa de maneira diferente. Para a autora, muitos tentam passar a “segurança e estoicismo” que podem acabar sendo confundidos “pelas parceiras, como tranquilidade ou menor angústia frente às dificuldades, o que não significa que eles não sintam, mas que acabam se colocando no papel de provedor emocional e temem que, o demonstrarem seus receios, piorem ou acentuem a dor da parceira”.

Meus parente tudo tendo fio, crescido e eu ficava assim, nervosa, agora eu acho que acalmei um pouco.

Ao perceber que todos os seus familiares estavam dando continuidade à família, herança genética, a colaboradora 6 ♀ diz ter ficado nervosa, talvez por ter se deparado com a possibilidade de finitude de sua herança genética por não conseguir engravidar. A imortalidade, segundo Ribeiro (2006), acaba sendo relativa, já que o filho biológico traz consigo parte da herança genética de cada um dos pais. A infertilidade também pode modificar a conduta dos indivíduos, que, ao se sentirem diferentes dos demais, acabam se isolando dos amigos e familiares, conforme achou Souza (2009) em seus estudos.

Ah... eu queria que tivesse dado certo já. Queria tanto ter um filho.

Os reais desejos de ter um filho biológico podem variar, segundo Kusnetzoff (1997), e nem sempre são manifestados de maneira consciente. A vivência da infertilidade, conforme Maluf (2008), pode provocar a sensação de impotência para todos os envolvidos: a mulher, o homem, o médico, a equipe de profissionais, os amigos e parentes. Essa sensação pode surgir já que a infertilidade acaba sendo uma situação cujos resultados dificilmente se pode controlar, dificultando saber quando a gravidez acontecerá. Essa incerteza é considerada, para a autora, uma vivência difícil para as mulheres, que pode despertar um sofrimento forte e real.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Na análise compreensiva dos discursos dos colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, pudemos perceber que a temática da sexualidade não foi abordada.

4.2.7 CASAL 7

O colaborador 7 ♂ tem 22 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como ajudante ferramenteiro. Relatou não fumar e nem utilizar drogas ilícitas e beber apenas socialmente. Não tem histórico de infertilidade na família. Relatou ter recebido orientação sexual na escola, sendo realizada pela professora. Teve a primeira relação sexual aos 09 anos e mantém, em média, 03 relações sexuais semanais. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados e não apresentou queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 7 ♀ tem 22 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha no campo (zona rural). Relatou não fumar, não beber e nem utilizar drogas ilícitas. Não tem histórico familiar de infertilidade. Relatou ter recebido orientação sexual da professora, na escola e em sua casa, das primas. Relatou ter recebido orientação sexual também na igreja, mas não informou de quem. Teve sua primeira relação sexual aos 15 anos e diz manter uma média de 04 relações sexuais por semana. Relatou que possui o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 7 ♂ e 7 ♀, de nível socioeconômico C¹, namoraram durante 03 anos, estão casados há 03 anos e relataram utilizar métodos contraceptivos durante 02 anos. Estão tentando engravidar há 02 anos. Iniciaram o acompanhamento médico em um Posto de Saúde, onde foram solicitados e realizados alguns exames clínicos. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator masculino: varicocele.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 7 ♂

Ah, quando nós namorava saia, voltava pra casa, tinha relações sexuais tanto na minha casa, quando nós saia. Ia pra casa, tudo, nós fazia. Mas geralmente nós fazia na minha casa. Só meu pai e minha mãe sempre soube, nunca nós escondeu deles, a mãe dela sabia, mas o pai dela não (risos). Sempre foi meio sigiloso por causa do pai dela. Foi boa nossa relação.

A iniciação sexual antes do casamento assume sentidos diferentes para homens e mulheres. Segundo Lins e Braga (2005), para os homens, a iniciação sexual antes do casamento simboliza a condição de macho; já para as mulheres, iniciar a vida sexual antes do casamento, mesmo com a liberdade sexual adquirida a partir da revolução sexual, não é tão

simples assim. Para os autores, durante a puberdade os sentimentos de medo e vergonha se mesclam com o desejo sexual.

A iniciação sexual durante o namoro, uma realidade desde a década de 1920 (de maneira implícita), levava os adolescentes, segundo Lins e Braga (2005), a começarem a descobrir a sua sexualidade com o(a) namorado(a) em lugares discretos, como por exemplo, no automóvel. Apenas na década de 1950 foi que a sexualidade veio a ser vivenciada de maneira mais explícita pelos adolescentes.

Conforme aponta a fala do colaborador, embora os tempos sejam outros, ainda há certas limitações para o exercício da sexualidade pelos jovens antes do casamento.

Então, quando nós era solteiro, nós não gostava muito de usar camisinha. Era muito difícil nós usar. E nós nunca evitou. Sabe? E nunca conseguimos.

O preservativo de látex, um dos métodos de prevenção da AIDS e de gravidez indesejada, segundo Straub (2005), é indicado, por meio de programas educacionais e campanhas de mídia, para ser utilizado durante o sexo vaginal, anal ou oral. Entretanto, percebemos, pelo discurso do colaborador 7 ♂, que nem toda a população está conscientizada da importância de sua utilização.

Com a disseminação da AIDS a partir da década de 1980 e com o seu aumento significativo em 2001, a Organização Mundial de Saúde alertou os profissionais da área de saúde sobre a ascensão da doença. Foi por meio dos programas educacionais que diversas intervenções psicossociais foram implantadas na tentativa de conscientizar o uso do preservativo, contando com o psicólogo da saúde para realizar essas intervenções (STRAUB, 2005).

No entanto, mesmo com a ausência do preservativo “(...) não gostava... usar camisinha.”, o colaborador 7 ♂ diz não ter conseguido engravidar por vias naturais: “(...) nunca conseguimos”.

Dentro de três anos que a gente namoro, não conseguimos (engravidar).

Nesse momento do discurso do colaborador 7 ♂, fica implícito que a ausência de métodos anticoncepcionais não levava à gravidez. E embora, para Maluf (2008, p. 53), não reproduzir assuma mais do que um aspecto individual de uma frustração, mas “carrega simbólica e metaforicamente um medo universal: o medo de que sem reprodução não haja vida”, este casal não parece ter se dado conta disso na época de namoro, quando,

aparentemente, o foco não era a procriação e o fato de não engravidarem era visto como benefício e ‘liberdade’ de não terem que usar métodos contraceptivos.

Colaboradora 7 ♀

[...] quando a gente namora não tem ninguém, tem preocupação de colocar o alimento dentro de casa, a gente chega em casa tem o pai a mãe, a casa tá limpa, a gente veio de família humilde, nunca teve empregada nem nada. Então a gente tinha mais tempo assim um pro outro. Sempre foi boa a nossa relação. Desde o namoro até hoje.

Retornamos ao século XVII para entendermos o funcionamento de famílias que ainda apresentam características do patriarcado. Para Chauí (1984, p. 140), “na fórmula civil-legal, o marido assume o compromisso de responsabilizar-se pela mulher e pelos filhos, protegê-los e sustentá-los, enquanto a esposa assume o compromisso de respeitar a autoridade do marido, cuidar dele e dos filhos e prover os serviços necessários à manutenção da casa”. É o que vemos na fala “(...) *não tem preocupação de colocar alimento dentro de casa... tem o pai a mãe (...)*”. Badinter (1985) traz a figura do homem como o de Pai-Marido-Senhor todo poderoso, que comandava os demais membros da família, por assumir as responsabilidades políticas e econômicas.

[...] Só que no namoro a gente tinha mais paciência um com o outro, ninguém sabia que um tinha alguma coisa de errado.

Segundo este excerto do discurso da colaboradora 7 ♀, não saber da existência da dificuldade para engravidar “(...) *ninguém sabia que tinha alguma coisa errado*” durante o período do namoro sugere ter sido esta uma fase mais tranquila para o casal. A descoberta da infertilidade, segundo as nossas reflexões, pode ter feito com que o casal começasse a vivenciar de outro modo a relação afetivo-sexual. A fala: “(...) *tinha mais paciência um com o outro (...)*”, leva-nos a pensar detidamente sobre a possibilidade de essa enfermidade despertar diferentes sentimentos negativos que acabam influenciando a convivência conjugal.

Para Melamed (2006), esses sentimentos negativos que acabam emergindo é uma consequência da interrupção do projeto de vida. Ainda segundo a autora (p. 73), “*ter filhos e formar uma família são metas a serem atingidas em determinado momento de sua evolução pessoal ou do casal*” – conforme corroborado no discurso da colaboradora, que atesta a tranquilidade da fase do namoro, quando a ausência de gravidez não representava um problema, mas, pelo contrário, uma liberdade.

CATEGORIA II: A arte do convívio a dois

Colaborador 7 ♂

Faz dois anos que a gente tamos casado e também não conseguimos ainda. Tamos aí na luta ainda.

A dificuldade de engravidar, segundo Melamed (2009), coloca o indivíduo diante de dois sofrimentos: ausência do filho desejado e sentimento de fracasso. Outro fator que interfere na vivência desses casais é a expectativa social da construção de uma família com filhos biológicos, que fertiliza o desejo dos casais engravidarem, fazendo com que vivam, segundo a autora, sob forte pressão – expressa nesta fala do colaborador como ‘luta’.

Colaboradora 7 ♀

A gente raramente, a gente briga. A gente não briga ainda hoje, a gente não fica sem se falar, se acontece alguma coisa a gente discute, grita, mais resolve naquela hora. Então, eu falo assim que nós temos uma relação, de 0 a 10, 9 e meio. Pra não falar que tem 10 porque ainda tem suas coisinhas ainda porque todo casal não é perfeito. Mas é ótima nossa relação. Eu classifico como ótima. Não tem nenhum problema assim de olha, nossa, eles vivem brigando, ninguém ouve ninguém não. Pelo contrário, a gente vive, sempre resolveu nossos problemas de uma forma de muito diálogo, apesar de ele não falar muito, mas eu acabo forçando ele a falar, porque sem falar a gente não resolve nada. E assim a gente vem vindo, acho que juntos já fazem 6 anos.

[...] afetivo a gente continua carinhoso um com o outro, cuidando um do outro, dentro do possível, mas o que está desgastando é isso (infertilidade).

O discurso da colaboradora 7 ♀ nos sugere que ela cobra a reciprocidade do seu parceiro “(...) eu acabo forçando ele a falar (...)” no relacionamento. O diálogo para ela é essencial para uma união baseada em trocas – “(...) a gente sempre resolveu nossos problemas... muito diálogo”, corroborando o que pensam Lins e Braga (2005) sobre a importância do diálogo como alicerce de relacionamentos.

Badinter (1986) acredita ser necessário existir a reciprocidade no amor conjugal, sendo conquistado por meio do respeito, diálogo e ternura um pelo outro.

[...] a gente casou no civil, no religioso, compramos nossos próprios móveis, não dependemos de ninguém, fizemos a nossa reuniãozinha simples, singela, mas saímos do casamento sem dever um centavo pra ninguém. Isso a gente considerou muito importante pra começar uma vida junto, sem dívidas.

Neste excerto, chama a nossa atenção o fato de os colaboradores prezarem e exultarem o laço matrimonial civil e religioso, indicando ter havido os ritos de passagem, que balizam as várias fases da vida. Apropriamos-nos, mais uma vez, dos estudos de Badinter (1986, p. 90), que mostram que os ritos do casamento foram instituídos durante o patriarcado para assegurar “a repartição das mulheres entre os homens, para disciplinar em torno delas a competição masculina, para socializar a procriação”. No entanto, esta colaboradora parece ver tais ritos muito mais pelo aspecto da independência e do início de uma nova fase de maturidade e união.

[...] então as brigas é depois que a gente começou a tratar aqui, porque realmente é desgastante não tem como você falar não você leva tudo rindo.

Dentro do possível, dessas dificuldades, a gente consegue se dar bem. Acho que mais bem que qualquer outro casal que eu conheço, que passa por essas dificuldades assim.

[...] Hoje eu falo assim que a gente tá muito sensível, muito.

Conforme podemos acompanhar ao longo do relato da colaboradora, estar infértil é uma realidade que pode despertar nos casais diversos sentimentos, entre eles, segundo Modelli e Levy (2006), a ansiedade. Para os autores, essa dificuldade pode vir a colocar a relação afetiva em suspenso, caso o casal não consiga estabelecer limites em sua busca desenfreada por exercer a sua função parental.

Segundo Melamed (2006), existe um consenso de que a vida do casal pode ser afetada pela infertilidade e trazer diversos tipos de prejuízos. Ainda, para Ribeiro (2006), essa experiência, considerada desestruturante, pode chegar a levar alguns casais à separação. É o que se percebe já neste excerto abaixo:

Então, a nossa vida de casado, deu assim, vamos dizer assim, uma abalada depois que a gente começou a vim fazer o tratamento em função de muito nervosismo e de muita ansiedade, muita cobrança da família.

Outro fator que pode influenciar no equilíbrio conjugal é a cobrança da família por um filho biológico “(...) muita cobrança da família.”. Para Kusnetzoff (1997, p. 20), “o parentesco biológico hereditário é o fundamento mais forte da lealdade familiar. A continuidade emocional e biológica de geração em geração forma, com a identidade familiar, o legado e os mitos familiares”.

[...] ele gosta muito e eu gosto muito, então quando a gente gosta muito pra ver o outro feliz, contente, a gente se submete a muita coisa. Acho que por isso que eu me submeto a tudo isso (RHA).

Segundo Maluf (2008), o desejo de engravidar apresentado pelos casais que buscam a RHA deve ser muito bem avaliado pelos profissionais. Conforme a experiência clínica da autora, entender a natureza do desejo de procriar pode ser libertador e até auxiliar o casal a suportar as etapas do tratamento.

A decisão de engravidar com o auxílio das modernas técnicas de RHA, conforme Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005), exigem dos casais a disposição para realizar diversos exames, com o objetivo de tentar identificar o que está causando o problema, e a disponibilidade para realizar o tratamento proposto, o que atesta o excerto acima. A colaboradora expressa encontrar forças para submeter-se ao tratamento e a todo que ele abarca no amor que sente pelo parceiro.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 7 ♂

No começo foi mais difícil (relação sexual). Demorou mais pra cair a ficha, ficamos um pouco abalado por causa disso, mas depois voltou tudo ao normal.

A dificuldade encontrada na relação sexual logo após a descoberta da infertilidade, segundo o colaborador 7 ♂, nos sugere uma disfunção sexual passageira: “(...) depois voltou tudo ao normal”, que pode acontecer com o diagnóstico da enfermidade, conforme os estudos de Poziomczyk (1986). Por ser a revelação da infertilidade vivenciada para alguns casais como um choque ou trauma, Lopes e Vale (2010 b) percebem que algumas pessoas podem se ver diante de um bloqueio e acabar desenvolvendo interrupções em uma das três fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) – como parece ser o caso deste casal.

Colaboradora 7 ♀

Olha, se eu te falar que ai que a gente praticava mais, sabe?

O aumento da prática sexual, referido pela colaboradora 7 ♀, pode vir a acontecer pelo fato de, muitas vezes, o ato sexual tornar-se mecânico, segundo Poziomczyk (1986). Melamed

e Seger (2009) referem-se a essa mudança no comportamento sexual como *sexo trabalho*: “(...) *aí que a gente praticava mais (...)*” – quando, conforme expressa a colaboradora, há um aumento no número de relações mantidas pelo casal. Embora, como expressado abaixo, o ato sexual não perca sua qualidade:

[...]Pra ver se, que a gente não acreditava muito naquele médico. Falava: Aí, esse médico tá louco, esse exame pode estar errado. E aí a gente tentava mais. E mais, e mais e mais até hoje. A nossa relação, assim, sexual nunca abalou. Nunca. Sempre, quando tem que fazer algum exame fala: ó, tem que ficar tantos dias de abstinência. Um já olha pra cara do outro e já fala: Nossa de novo? Então, a gente nunca teve problema. Com relação sexual não. Desde, eu falo que desde o namoro até hoje só melhorou. A relação sexual não mudou nada. Não caiu, de jeito nenhum. A gente só tenta pra quem sabe? Né? Nunca é impossível pra Deus.

Para a colaboradora 7 ♀, a relação sexual nunca foi um problema para o casal continuou *normal* mesmo após o diagnóstico da infertilidade “A nossa relação assim, sexual, nunca abalou”. Segundo a colaboradora, pelo contrário, aumentar o numero de relações não é o problema, e sim absterem-se por certos períodos, quando indicados pelo tratamento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 7 ♂

[...] hoje eu tô mais tranquilo. Por causa da cirurgia (varicocele) aqui. O médico falou que pode até ter uma certa chance de voltar. Ele falou assim que é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num conseguem ter filhos. Eu até fiquei mais animado.

De acordo com Pompeo, Errico e Martello (2003), a varicocele é uma enfermidade tratável e muito comum ser diagnosticada na infertilidade masculina. Essa enfermidade também foi o caso do colaborador 5 ♂ e esclarecemos, na análise daquele casal, à luz desses autores, que boa parte dos portadores da varicocele podem ser férteis. Para os autores, aqueles que apresentam a varicocele clinicamente detectável, com alterações seminais e queixa de infertilidade, é indicada a correção cirúrgica, que no caso do deste colaborador trouxe renovadas esperanças: “(...) *é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num consegue ter filhos.*”

Após as orientações e procedimentos médicos, o colaborador 7 ♂ ganhou novo ânimo quanto a poder ter um filho biológico. O diálogo realizado entre equipe médica e de assistência e o paciente é sugerido por Seger (2009 a) na forma de constante aconselhamento

durante o tratamento de infertilidade. O resultado pode ser falas como a do colaborador 7 ♂
“(...) eu tô mais tranquilo”.

Colaboradora 7 ♀

Aí a gente resolveu. Eu falei pra ele: ó colaborador 7 ♂, a gente tem que procurar alguém que, por que não tá normal.

Nesse trecho do discurso da colaboradora 7 ♀, nos parece que ela *convoca* o parceiro para iniciar o tratamento: “*Eu falei pra ele: ó, a gente tem que procurar alguém (...)*”.

Entretanto, é aconselhável que a decisão de engravidar seja do casal, pois segundo Gasparini (2007, p. 79) “o projeto de ter filhos, construir a própria família, constitui um momento existencial muito importante tanto para o homem como para mulher”.

Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico, ele vem com muita facilidade. Agora ele vai passar por uma cirurgia. Ele tá assim, calmo. [...] O médico falou pra ele que ele tinha esse problema, ele encarou numa boa. A única coisa que ele perguntou pro médico: ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa? A gente vai conseguir ter um filho? A única coisa que ele se preocupa.

Segundo o discurso da colaboradora 7 ♀, desde o início, o companheiro participou ativamente do tratamento para engravidar: “*Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico... ele vai passar por uma cirurgia.*”.

Percebemos em diversos estudos, inclusive no de Poziomczyk (1986), que essa participação ativa do homem, por si mesmo, parece ser mais difícil uma vez que envolve uma simbologia cultural quanto à mulher ser a única responsável pela concepção e geralmente culpada pela infertilidade do casal. É o que aparece expressado na preocupação do colaborador: “*Ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa?*”, ou seja, resolvido este problema, ele não mais poderá ser responsabilizado pela ausência de gravidez. Também, fica aí implícito a insegurança deste colaborador quanto a não conseguir cumprir sua função de homem, macho reprodutor, conforme as normas e as cobranças da sociedade. No entanto, a colaboradora 7 ♀, percebe a posição do parceiro como calma: “*Ele tá assim, calmo.*”

A única coisa que de vez em quando nos descontrola, é cansativo você vir pra (nome da cidade), a gente perde o dia, chefe não entende. Fica te importunando. Você se sente ameaçada no trabalho. Ele fala aí, qualquer dia ele vai me mandar embora porque esse mês mesmo já foi

duas vezes que a gente veio, você vai falar ele ti olha de cara feia. É a única coisa que incomoda.

[...] Até esses dias eu falei pra ele: Não sei se vou querer continua porque é muito, assim, muito cansativo.

Desde que a mulher começou a participar ativamente do mercado de trabalho, o significado do *trabalho feminino* passou, e ainda passa, por importantes transformações. Entre essas modificações, Badinter (1986) mostra os dois lados de uma mesma história: mulheres que trabalham por motivação econômica – ajudar no sustento do lar, e mulheres que consideram que exercer uma profissão lhe traz uma condição de autonomia e de desabrochar pessoal.

Entretanto, conciliar o exercício de uma profissão e o tratamento de infertilidade parece-nos uma tarefa árdua, para casais como este: “(...) *é cansativo... a gente perde o dia... você se sente ameaçada no trabalho*”. Eles têm que procurar harmonizar a sua vida particular e o tratamento para engravidar com o trabalho. Para Kusnetzoff (1997), essa experiência clínica é muito mais invasiva para as mulheres, conforme atesta a última fala da colaboradora transcrita acima.

De vez em quando, a gente volta estressada daqui porque chega aqui um médico fala pra você: ó, é possível. Aí você vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava [...]

Segundo Seger-Jacob (2006 a, p. 123), as investigações diagnósticas e etapas do tratamento, podem vir a se tornar produtores de estresse “(...) *a gente volta estressada daqui (...)*”, levando a infertilidade a significar “*uma crise crônica quando não há perspectiva ou solução identificável*” – na fala da colaboradora: “(...) *um médico fala pra você: ó, é possível... vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava (...)*”.

O discurso da colaboradora 7 ♀ mobiliza-nos a pensar sobre a importância de um psicólogo como interlocutor profissional e a advogar em prol de sua existência, como faz Weiss (2006), que advoga a necessidade deste profissional para acolher e ajudar os casais a elaborarem, quando necessário, os sentimentos que os invadem.

Então, não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite, você procura em outro lugar, é uma coisa séria. Você volta preocupada, volta triste [...]

O discurso da colaboradora 7 ♀ vai ao encontro da indagação que se fazem Maldonado e Canella (p. 183): “temos o direito de lidar com a vida como se ela fosse uma mercadoria de consumo?”, ou seja, fazer um tratamento para engravidar, “(...) *não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite, você procura em outro lugar (...)*”, conforme atesta a fala da colaboradora. Dessa maneira, compreendemos que alguns sentimentos e comportamentos emergem a partir do processo diagnóstico e acabam desencadeando sentimentos negativos: “(...) *preocupada... triste (...)*”.

Segunda-feira tem que voltar aqui pra fazer aquele exame, não sei das quantas lá (histerossalpingografia). Que já faz meses que eu fui lá e o homem falou, não sei que caramba daquele homem falou tudo errado ou eu tava muito nervosa e entendi errado e também não vou julgar, e eu achei que era pra eu vim fazer menstruada e no primeiro dia tô esperando pra minha menstruação cair num dia, antes das 10 horas, aí eu vim hoje que deu certo e ainda deu certo que bateu certo com o dia da psicologia, e eu não vou precisar perder dois dias. Chego lá a moça: Não, tem que marcar, você tem que estar no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então, segunda-feira eu tenho que vir de novo.

A histerossalpingografia é um exame radiografia com contraste visível ao raio-x. Segundo Olmos (2003, p. 101), é natural que as mulheres tenham medo de fazer o exame, pois se trata de “um exame invasivo, desconfortável e um pouco doloroso que, além do mais envolve radiação”. O autor pontua ainda que, para evitar uma falsa interpretação dos resultados, o exame não deve ser feito em um momento próximo à ovulação, conforme atesta a fala da colaboradora sobre o que instrui a atendente “(...) *você tem que estar aqui no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então, segunda-feira eu tenho que vir de novo.*”. Isto porque “o líquido usado para o contraste banha tecidos que, perto da ovulação, podem se contrair com o menor estímulo”, explica o autor.

As constantes idas da colaboradora 7 ♀ ao hospital-escola é um retrato do quanto disponível e motivada a mulher tem que estar para realizar o tratamento de infertilidade. Durante todas as nossas reflexões, fica claro que o tratamento é realizado com o casal, entretanto Modelli e Levy (2006) percebem que as atenções voltam-se para a mulher, com uma grande demanda de exames e o seu corpo sendo o mais manuseado.

Tem hora que eu não posso, meu chefe vai me mandar embora. Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir manter, a gente por si só já sofre dificuldade. Agora você imagine desempregada?

Com a sua entrada no mercado de trabalho, as mulheres passaram a transcender o lugar das mães e, como apontam Braga e Amazonas (2005), diferenciando-se da mulher da

sociedade patriarcal, muitas acabaram assumindo a posição do lugar de cabeça da família, conforme atesta a reflexão da colaboradora: “*Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir manter (...)*”.

Mas porque eu tinha, a gente tá um pouco sensível, ele com essa cirurgia, eu com esses exames complexos que eu tenho que fazer, que cada um fala uma coisa. Um fala que dói só na hora de fazer que a gente vai sentir o que vai acontecer. Então, fica com medo, né? O outro tem medo.

A investigação médica, segundo Leite, Makuch e Petta (2004), é realizada em várias etapas, com constante retorno ao médico, coleta de material, exames e intervenções cirúrgicas, como ecoam as queixas da colaboradora transcritas acima.

Esse processo, segundo Straube (2009, p. 112), e a comprovação da infertilidade, podem fazer emergir sentimentos de “vergonha, culpa, impotência, frustração, autoestima rebaixada, indícios de uma trajetória, muitas vezes, longa e conflituosa, geradora de intensos sentimentos ambivalentes”, que podem explicar o estado de sensibilidade do qual fala a colaboradora 7 ♀.

[...] Procuo outro trabalho, mas eu não vou desistir do tratamento. Mesmo porque eu sou objetiva. Eu entrei, eu vou acabar. Até o médico falar assim: Não tem mais nada pra fazer ou eu sair daqui com o pré-natal na mão. Um dos dois.

Para Weiss (2006, p. 105), a infertilidade pode mobilizar a mulher de tal maneira que o assunto pode vir a dominar a sua mente, levando algumas a deixarem o seu emprego para se dedicarem integralmente ao tratamento – corroborado pelo discurso da colaboradora 7 ♀, que, se dizendo objetiva, afirma não desistir do tratamento enquanto o médico não ateste que não há solução, ou, no caso afirmativo, que ela saia ‘com o pré-natal na mão’, ou seja, uma forma de dizer ‘estar grávida’.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 7 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 7 ♂ indicam a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como ocorreu no caso dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂ e 6 ♀.

Colaboradora 7 ♀

Não que eu coloque que ele tenha um problema, só falo que ele não tem um problema, a gente tem um problema. Não é porque ele tem um problema que eu vou me separar dele. De forma alguma.

Para a colaboradora 7 ♀, a infertilidade é um problema do casal: “(...) *a gente tem um problema.*”, indo ao encontro da perspectiva Seger (2009), que acrescenta que, mesmo sendo o impedimento físico de apenas uma das partes, a dificuldade de gerar acaba sendo vivida pelo casal.

Para Gasparini e Terzis (2007), o diagnóstico e os diversos tratamentos para a infertilidade podem provocar uma desestruturação no vínculo conjugal. Os efeitos do tratamento reprodutivo podem ser intensificados quando observado um comprometimento individual, assim, a afirmação da colaboradora: “*Não é porque ele tem um problema que eu vou me separar dele*”, parece dar a este casal certa vantagem.

[...] ele tem medo de ser visto com outros olhos. Ele tem medo que as pessoas, porque as pessoas são realmente ignorantes, e em vez de... do certo, vão achar que ele é impotente, vão achar que ele é isso, que ele é aquilo, que ele não tá dando conta, não sei que.

A colaboradora 7 ♀ aparenta entender a insegurança quanto ao rótulo imposto ao casal pela sociedade, especialmente ao marido: “(...) *ele tem medo de ser visto com outros olhos.*”. De fato, para Poziomczyk (1986), a infertilidade masculina acaba sendo equiparada à impotência sexual e à falta de virilidade, exatamente como expressa a colaboradora: “(...) *vão achar que ele é impotente... não tá dando conta (...)*”.

Aí a gente decidiu contar só pra família, os mais íntimos.

A decisão de não compartilhar a dificuldade de engravidar com todas as pessoas da convivência do casal leva-nos a pensar que, novamente, esta colaboradora está segura de sua decisão e conhece as dificuldades que ambos enfrentarão nesta jornada. Justificando o que sente a colaboradora, explicita Maluf (2008) que o rótulo da infertilidade pode fazer com que muitos casais decidam não contar nada aos amigos, para evitar aumentar a ansiedade da espera e, assim, elejam apenas alguns familiares para compartilhar a decisão.

A gente encara isso como um problema do casal. Não como um problema dele. Eu não vou olhar pra ele e falar assim: ó, você é inútil, você não me dá o que eu quero.

As vezes a gente até sente vontade, mas se controla porque eu sou ser humano também e uma hora quero explodir. Mas eu me controlo. Eu choro quietinha aí comigo, e depois eu, ergo a cabeça porque quando descobriram que ele tinha alguma coisa todo mundo me, tipo assim, me falava tipo assim: ó você tem que ser forte com ele porque e não sei que, e faziam eu olhar ele como se fosse um cristal que ele não podia ser relado que ele ia ser quebrado. E ninguém olhava pra mim e falava: nossa, você tá bem? Você não tá se sentindo bem? Como é que você tá? Como é que você tá levando isso? Só de falar você para de chorar. E esse eu acho que foi o pior pedaço que eu passei. Porque todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que num podia cobrar dele, e que num sei quê, num sei quê. Eu sabia que eu não podia cobrar dele. Só que ninguém se preocupava de perguntar pra mim: ó, como você tá levando isso? Você tá levando bem? Como que tá sendo com você? Ninguém queria saber isso. Então eu sofria. Acho que essa parte assim 3 meses assim, eu chegava em casa, eu não queria nem, eu não queria conversar com ninguém. Era chega, deitar, dormir pra não lembrar de tudo que me falavam e me falavam muito. A minha sogra assim, ela não, ela não aceita que o filho dela tenha alguma coisa. Ela sempre fala: a, mas você tá fazendo os exames certinhos? Você tem certeza que não tem nada. Tipo assim, aí, eu preferia que fosse você. Não queria que fosse meu filho. É uma coisa assim, ninguém queria que fosse ele. Ninguém queria que fosse ninguém. Mais, eu vou fazer o quê? Não posso fazer nada. E ela fica, me cobrando, fica falando, falando. E a gente mora perto, sabe? E isso as vezes me incomoda.

Além da necessidade de a infertilidade ser considerada uma enfermidade conjugal e ser necessário ambos os pares para a realização do tratamento, conforme já mencionado por Olmos (2003), é importante que nesse momento de crise o casal se una para tentar passar da melhor maneira possível por essa tempestade, como podemos atestar ser compreendido pela colaboradora “A gente encara isso como um problema do casal”.

É interessante notar no discurso da colaboradora 7 ♀ que, para ela, as pessoas começaram a ter uma atenção especial com relação ao seu par no momento que foi diagnosticado que o problema era com ele “(...) todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que eu não podia cobrar dele (...)”, despertando nela sentimentos negativos que se assemelham à inveja e ciúmes, ou seja, e quanto a ela, não importa para as pessoas como *ela* se sente? Nesse momento, nos remetemos aos estudos de Maluf (2008) a fim de entender os conflitos de sentimentos que podem emergir entre os pares. Para a autora, devido ao desejo estar inserido no campo psíquico, ele acaba ficando carregado de significações conscientes e inconscientes, transcendendo a dor física, pois o que determinará como o casal vivenciará essa enfermidade são os aspectos sociais, culturais e emocionais: “(...) eu chegava em casa, eu não queria nem, eu não queria conversar com ninguém... deitar, dormir pra não lembrar (...)”, expressa a colaboradora corroborando esta visão.

Ainda explicitando as causas de muitas das queixas da colaboradora 7 ♀, Maluf (2008, p. 02-03) explicita que as dificuldades psicológicas dos pacientes inférteis podem ser muito complexas e influenciadas por fatores, como: “diferença de gênero; causas e duração da

infertilidade; estado específico da investigação clínica; procedimento aos quais os pacientes são submetidos; estratégias de compensação para lidar com o problema da infertilidade”.

[...] É a única coisa que eu falo assim que me incomoda. É a cobrança. Nem minha. É as dos outros. Sai na rua e todo mundo te pergunta: Ah, mais você não vai engravidar? Você não vai ter filhos? Ah, mas faz tanto tempo que vocês estão casados. Ficando velho, esse monte de coisas. Ah, eu to ficando velha agora.

Para Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 23), o estigma imposto ao casal infértil faz parte de um modelo social que valoriza um casal com filhos, levando aqueles que vivenciam a infertilidade a se sentirem “desvalorizados, anormais, diferentes, inúteis e incapazes de terem um família completa”, conforme fica claramente atestado na fala acima da colaboradora 7 ♀.

Para Weiss (2006), outro aspecto importante a ser considerado na vida da mulher infértil é a dificuldade de lidar com o seu grupo social, no qual as conversas e perguntas sobre bebês parecem ser constantes.

[...] E aí a gente não quer falar pra ninguém, aí você poda assim, fala assim: não. A gente acha que ainda tá cedo ainda. Tem tempo. Por dentro, eu quero matar as pessoas. O meu Deus! Se você soubesse o que eu estou passando! Num ficaria me perguntando. Às vezes eu falo: É melhor falar logo pra todo mundo que pelo menos todo mundo para de perguntar pra gente. Mas ele não quer. Então, eu respeito ele. Uma decisão dele, né? Eu não posso ir contra. Por que eu tenho que falar que eu não tô me sentindo bem.

A colaboradora 7 ♀ relata que o casal preferiu manter o sigilo da infertilidade “(...) a gente não quer falar para ninguém, aí você poda assim, fala assim: não. A gente acha que ainda tá cedo ainda.”, como forma de velar sua incapacidade de engravidar, já que assumir essa dificuldade socialmente, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005), pode dar margem a alguns tipos de brincadeiras, piadas ou conselhos não solicitados dos amigos e/ou familiares. No entanto, fica implícito em sua fala o sofrimento duplo que ela enfrenta – ao mesmo tempo em que assume esta postura com seu parceiro e o protege dessas situações, ela sofre internamente um drama individual de ‘acobertar’ um problema que não é dela, de querer externar a sua dor pelo estado do casal, de querer bradar para todos a condição em que se encontram – e, assim, evitar as constantes cobranças –, ela não poder fazer isso sem ir contra este parceiro, ou seja, sem expor uma condição que é dele sem a sua autorização.

[...] ele começou a se sentir inferior e tal. Porque a pessoa se sente inferior. Tanto que eu falava que queria um bebê e chega na hora e ele num... num pode. Acho que por isso ele aceita qualquer coisa.

Como pudemos perceber em diversas literaturas utilizadas, o homem vivencia a infertilidade diferentemente da mulher. Segundo Kusnetzoff (1997), o homem acaba não explicitando os seus sentimentos, tornando-se muito difícil inteirar-se dos afetos envolvidos, podendo até mesmo, fazer com que algumas mulheres assumam a responsabilidade do problema para proteger o marido. Ainda, conforme os estudos do autor, uma porcentagem de homens acaba vivenciando sentimentos que deslizam para a humilhação, vergonha, dor e outros sentimentos negativos, levando-os ao isolamento. Conforme podemos atestar na fala da colaboradora 7 ♀, esta situação pode se tornar um fardo extra para a mulher, que além de ter que lidar com a frustração de não poder engravidar, tem ainda que se solidarizar com o parceiro, mesmo tendo ela outra percepção do problema.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 7 ♂

E ela, até teve uma época que ela teve preconceito. Que eu falei pra ela se nós não conseguirmos ter filho nós ia adotar e ela falou que não, que não sei que. Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança. Eu falei pra ela que se não tivesse jeito depois da cirurgia, após a cirurgia, que nós podia até adotar. Acho que pra ela, é difícil aceitar isso. Eu aceito numa boa. O problema é ela. Ela que não tá conseguindo aceitar.

O discurso do colaborador 7 ♂ nos revela que o desejo de realizar o projeto de parentalidade pode apresentar significados diferentes para homens e mulheres “(...) eu falei para ela se nós não conseguirmos ter filho nós ia adotar e ela falou que não (...)”. Souza (2009) aponta que dar à luz uma criança ainda tem sua importância associada a necessidades culturais, pode carregar expressões e influências históricas e sociais de determinado período. Conforme temos discutido em nosso estudo, o fenômeno da maternidade e da paternidade tem passado por diversas transformações, sendo influenciado pelo desenvolvimento científico, pela tecnologia biomédica e pelo avanço da RHA, alterando o processo de nascimento e contribuindo para as novas construções familiares, apontadas nos estudos de Roudinesco (2003). Entretanto, quando os casais inférteis não conseguem realizar o desejo de ter um filho com o auxílio das técnicas de RHA, eles podem recorrer ainda à adoção para construir uma família – as famílias adotivas.

Porém, a adoção ainda é uma temática delicada e controversa, que segundo Kahhale e Souza (2007), carrega em si o estigma social, podendo despertar a sensação no casal de estar

assumindo o fracasso na tarefa reprodutiva: “Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança”.

Colaboradora 7 ♀

Depois que a gente descobriu (infertilidade). Por que quando a gente casou ele falava assim, que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mas ele num queria, ele queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria, assim por que a gente nunca, também falou assim, se a gente usou camisinha, desde o namoro. Nunca usamos camisinha, aí eu parei de tomar a pílula, os métodos lá tudo então tinha chances de sobra pra engravidar. Não engravidava.

A colaboradora 7 ♀ nos desvela uma realidade citada por Badinter (1986), que emerge com o fim da sociedade patriarcal: a inversão do poder da procriação que era controlado pelo homem: “quando a gente casou ele falava assim, que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mas queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria... eu parei de tomar a pílula (...)”. Com os múltiplos recursos contraceptivos disponíveis no mercado na atualidade, o poder de decisão, segundo a autora, passou do homem para a mulher, possibilitando a elas decidirem sobre a sua paternidade.

[...] ele falou que foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo, que faltava algo nele, onde ele resolveu. Ele falou assim: não, a gente tem que procurar (tratamento) porque tá faltando alguma coisa.

O desejo de exercer a paternidade, para Farinati (2009), faz parte de um importante passo para alcançar a maturidade e o desenvolvimento pessoal, possibilitando que o indivíduo cumpra um importante papel social, o que parece fez aflorar no colaborador o desejo de ter filhos a partir daquele momento: “(...) *foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo (...)*”. Porém, a infertilidade leva esses indivíduos a se depararem com o temor da não realização do desejo de paternidade, levando-os, segundo a autora, a um possível sofrimento emocional e social.

[...] quando o médico falou talvez não há, não haveria chance, da gente engravidar, ele falou assim: Vamos adotar? Por que eu não quero. E ele encara numa boa, também você não quer então tudo bem. Não tem problema, eu quero te ver contente e feliz.

Muitas pessoas ainda veem como um importante objetivo de vida a constituição do núcleo familiar “composto pelo casal e sua prole genética” (QUAYLE, 2006, p. 12), o que move esses casais aqui investigados a procurarem tratamento para a infertilidade, pode

interferir neste projeto de construção da família nuclear, sendo considerada por Seger-Jacob (2006 a) como um “momento crucial, mesclado de angústia e necessidade de vencer a impotência”. Nesse momento, para a autora, torna-se difícil a aceitação de uma vida serena sem filhos ou recorrer a uma adoção.

Eu sugeri pra ele então, chegar uma etapa que não, não tem mais como, não tem mais o que fazer, é só de as pessoas procurar ou um banco de esperma que é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo.

As novas tecnologias da RHA, segundo Weiss (2006, p. 105), mostram uma realidade presente na contemporaneidade, que possibilita “gerarem bebês em laboratórios sem a necessidade de o casal ter relações sexuais para procriar”. Para a autora, hoje há mais facilidade de acesso a essas tecnologias pelos casais inférteis; porém, a RHA ainda traz consigo questões que podem deixar as pessoas muito desorganizadas, como por exemplo: “questionar o seu lugar no mundo, seu desejo, seus medos e refletir sobre o próprio corpo”, como expressado pela colaboradora quando diz: “(...) é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo”.

Esses sentimentos podem emergir pelo fato de que na RHA, conforme aponta Ribeiro (2006, p. 95), pode-se encontrar o luto na elaboração da perda do filho biológico. Essas modernas técnicas laboratoriais possibilitam aos casais que o filho biológico seja alcançado de maneira parcial, ou seja, “com a herança genética de apenas um membro do casal, ou ainda, por meio da adoção de gametas e embriões”, possibilitando que a realização de gestar um bebê esteja presente, porém, não aquele sonhado filho biológico.

A única coisa que falta é o bebê, que do resto tá tudo certo.

Braga e Amazonas (2005) apontam, acerca do que expressa a colaboradora, que o modelo prevalente de família é a nuclear. E a maternidade, segundo Montagnine (2007), é algo central para a identidade de algumas mulheres, independente da camada social.

[...] você volta baqueada porque é um desejo grande, é um sonho.

Ao trazer o desejo de ter um filho como um sonho a ser realizado, a colaboradora 7 ♀ nos faz refletir sobre as motivações envolvidas nesse seu querer. Para Ribeiro (2006), existem diversos motivos para engravidar, como poder ver no filho uma parte de si e do outro e garantir a imortalidade. A autora percebe que o casal quando se depara com a infertilidade e

sente a impossibilidade de ter o filho biológico fica paralisado à espera desse filho tão sonhado, que pode nunca vir.

Engordo um pouco e parece que é uma coisa, é só você engordar 5 gramas todo mundo olha pra você e fala: você tá grávida? E não sei que, e aí você já fica furo da vida porque você não engravida. Você, e eu quero muito aquilo, acho que minha ansiedade também me atrapalha um pouco, mas a gente se dá bem.

Para Maldonado (2002), as mudanças no corpo e no comportamento das mulheres, como aquelas descritas pela colaboradora 7 ♀, são possíveis de ser vivenciadas na mulher que está realizando tratamento para engravidar pelo fato de o desejo de engravidar poder provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada e as múltiplas medicações utilizadas no tratamento da infertilidade deixarem a mulher bastante inchada e com a sensibilidade mais apurada – estado já apontado pela colaboradora.

A não realização do desejo de engravidar e a constante expectativa que acompanha a colaboradora 7 ♀, cujo o objetivo é ter um filho biológico, pode despertar diferentes sentimentos nos diversos momentos do tratamento da infertilidade, como por exemplo, a raiva: “(...) aí você já fica furo da vida porque você não engravida”. O sentimento de raiva, conforme Kübler-Ross (2008), é considerado como um dos mecanismos acionados pelos pacientes para melhor enfrentarem a situação, que pode acabar sendo direcionada para as pessoas próximas de quem está passando pela dificuldade, incluindo os profissionais de saúde.

Por esta razão, é que Kahhale e Souza (2007) consideram que esses indivíduos estão envolvidos pelo binômio saúde-doença e descrevem que devemos contemplar, simultaneamente, os fatores físicos, psíquicos e sociais durante o tratamento da infertilidade.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso

Colaborador 7 ♂

Teve uma vez que ela achou que tava, mas não foi. Atrasou pra ela, tudo normal. Mas depois veio e sempre tentando, tentando e nunca conseguimos.

Para Maldonado (2000, p. 50), a percepção de uma gravidez é “muito sutil” e mesclada de “dúvida” e o atraso da menstruação acaba sendo interpretado como um sinal de

gravidez. Quando, então, a menstruação acontece diversos sentimentos podem emergir, como os de “alívio, frustração, alegria ou decepção”.

Colaboradora 7 ♀

Às vezes atrasa meio dia pra mim, parece que eu já sinto a criança dentro de mim.

O atraso na menstruação e a sensação de estar grávida, expressados pela colaboradora 7 ♀, são fenômenos possíveis de acontecer, segundo Maldonado (2000, p. 49-50) – existem mulheres que “sentem que estão grávidas não apenas pelo atraso da menstruação, mas também porque percebem discretas modificações no corpo, sobretudo, barriga e seios, ou porque têm intuições, sonhos ou maneiras diferentes de sentir e reagir a determinadas situações”. Entretanto, quando o desejo de engravidar é tão intenso, “qualquer pequeno atraso da menstruação ou as menores modificações são interpretadas como sinal de gravidez”, como atesta a fala de nossa colaboradora.

4.2.8 Casal 8

O colaborador 8 ♂ tem 33 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como policial militar. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Não apresenta o histórico de infertilidade na família. Recebeu orientação sexual em casa, dos pais. Teve a primeira relação aos 16 anos e diz manter, em média, 03 relações sexuais semanais. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados. Não apresenta queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 8 ♀ tem 27 anos, é católica, possui o ensino superior incompleto e se dedica aos estudos. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Também não apresenta o histórico de infertilidade na família. Relatou que recebeu orientação sexual da professora, na escola e da mãe e da irmã, em casa. Teve a primeira relação sexual aos 15 anos. Relatou manter uma média de 04 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 8 ♂ e 8 ♀, de nível socioeconômico D, namoraram durante 09 anos e estão casados há 03 anos. Utilizaram métodos contraceptivos durante 08 anos e estão tentando engravidar há 02 anos. Iniciaram o acompanhamento médico em uma clínica particular através de convênio. Tentaram engravidar através da técnica de indução de

ovulação, mas não tiveram sucesso. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária sem causa aparente (ISCA).

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 8 ♂

É, a gente namorou mais de nove, nove anos e pouco. Não chegou a dez anos. A gente sempre se deu bem, teve briguinhas de namoro, na época de namoro já tinha relação, tá? Só que a gente sempre foi tudo na sua hora, sabe? Quando a gente namorou, aí eu comprei casa, tudo, pra depois a gente casar.

Conforme ressaltamos nas análises dos significados dos discursos de outros colaboradores, percebemos como uma das mudanças no comportamento entre os jovens da contemporaneidade a prorrogação do matrimônio com a finalidade de alcançar primeiramente a estabilidade financeira “(...) namoro... nove anos e pouco (...) comprei casa, tudo, pra depois... casar”.

A menção à relação sexual no namoro, que emerge nos discursos também de outros colaboradores, foi passageira, sem focar a questão da fertilidade, ou mesmo do sexo por prazer ou com outro fim.

Colaboradora 8 ♀

Nós sempre nos demos muito bem, tanto em termos de respeito, amizade, sexualmente, sempre, uma vida bem ativa, bastante ativa. Nunca tive dificuldade de sentir prazer, sempre, nessa parte, sempre nos demos muito bem.

O respeito e a amizade apontados Lins e Braga (2005) como característico dos novos relacionamentos da contemporaneidade, também estão aqui expressados pela colaboradora. A relação sexual, que faz parte desses novos relacionamentos, tem iniciado entre as mulheres, segundo Abdo (2004), em torno dos 19 anos.

A liberdade sexual, uma das causas abraçada pelos movimentos feministas na década de 1960 e apoiada pela Revolução Sexual, que possibilitou às mulheres terem relações sexuais com foco no prazer e não na procriação, parece ser apreciada por esta colaboradora: “Nunca tive dificuldade de sentir prazer (...)”.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 8 ♂

A gente caso, aí eu sempre falava que queria logo ter filho. Ela falou assim: não, vamos aproveitar mais. Aí a gente foi... ela falou assim: Então vamos. Então deixamos mais pra frente.

De acordo com Badinter (1986), durante esses últimos cinquenta anos, podemos acompanhar grandes modificações nos relacionamentos entre homens e mulheres. O fim da divisão sexual do trabalho, os direitos à contracepção e ao aborto possibilitaram à mulher a retomada do controle da reprodução. A autora ainda acrescenta (BADINTER, 1986, p. 147) que a contracepção feminina acabou de derrubar a família patriarcal, não sendo mais o homem quem decide quando ter ou não ter filhos. Dessa forma, “*as mulheres adquirem o direito de não serem mais mães contra a vontade*” – conforme é atestado pela fala do colaborador: “(...) *Ela falou... não, vamos aproveitar mais*”, reduzindo o homem ao seu papel biológico de inseminador.

Ó, antes do casamento é paixão. Tá, é aquela coisa assim, depois que você casa, você não consegue ficar sem a pessoa. Aí muda, não tem aquele fogo todo, mas você não consegue se ver sem a pessoa. Mas num teve diferença grande entre, antes do casamento e agora. A gente mantém, sabe? A gente é igual, pouca coisa diferente.

A divisão dos sentimentos em diferentes fases: “(...) *antes do casamento é paixão... depois... não tem aquele fogo todo (...)*”, expressada na fala do colaborador 8 ♂, nos possibilita atestar as transformações que têm ocorrido nos relacionamentos entre os pares. Para Lins e Braga (2005), o amor romântico ainda existe nas mentalidades atuais e pode ser considerado uma ameaça à estabilidade do indivíduo e da sociedade, por não ser uma relação desse tipo construída com uma pessoa real, mas com a imagem que se faz dela. Entretanto, por meio do convívio, a verdadeira identidade do outro se desvela e o(a) parceiro(a) acaba enxergando a pessoa como ela é, correndo o risco do desencantamento.

Colaboradora 8 ♀

Então, ficamos um tempo casados e não pensamos em filho no primeiro momento. No primeiro instante.

A fala da colaboradora atesta que os contraceptivos, segundo Lins e Braga (2005), provocaram mudanças radicais na instituição do casamento, entre elas, a desvinculação do prazer sexual da reprodução e a liberdade de ser mãe apenas no momento desejado.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Conforme já apontamos nas análises dos colaboradores 2 ♂, 2 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂, 6 ♀, 7 ♂ e 7 ♀, a temática sexualidade também não emerge nos discursos dos colaboradores 8 ♂ e 8 ♀.

Categoria IV: A busca por ajuda especializada

Colaborador 8 ♂

[...] antes do namoro, ela descobriu que tinha endometriose. Aí ela procurou o tratamento, fez a vídeolaparoscopia. Tinha alguns focos e isso aí foi cauterizado. Aí ela continuou tomando o anticoncepcional contínuo [...]

A endometriose, segundo Olmos (2003), é uma das principais doenças que impedem a livre circulação dos gametas, considerada como uma causa obstrutiva da fertilidade feminina. Para o autor, a endometriose é considerada uma doença da modernidade, por estar relacionada ao grande número de ciclos menstruais da mulher moderna. Na ausência de tratamento, o prognóstico da doença é desfavorável, podendo esta evoluir para um quadro de infertilidade.

O exame diagnóstico dessa doença é laparoscópico e “exige a retirada de uma amostra do tecido externo ao útero para uma biópsia do material em laboratório”. O tratamento clínico da endometriose ocorre por meio da utilização de hormônios específicos e tem como objetivo controlar a doença (OLMOS, 2003, p. 107).

Aí quando eu fiz esse espermograma eu acho que, que ela viu que o médico, não tá normal tal, um pouco abaixo.

No entanto, a fala acima deixa implícito que não apenas a colaboradora 8 ♀ apresentou algum problema que pode interferir na fertilidade do casal, este colaborador também foi submetido a um espermograma que não foi considerado ‘normal’. O espermograma é um exame colhido em laboratório, por meio da masturbação do homem, que tem como objetivo coletar amostra de sêmen para avaliar a quantidade e a velocidade do

espermatozoide. Conforme as explicitações de Olmos (2003, p. 156), esse exame “também permite que se estude a morfologia dos gametas e a acidez do líquido espermático”.

Aí ela tomou alguns meses, ela tomou aquele remédio pra induzir a ovulação, e não estava dando certo, aí que a gente começou a procurar.

A indução de ovulação é considerada uma técnica de baixa complexidade que tem sido utilizada pelos ginecologistas como recurso terapêutico à infertilidade. Percebemos que, muitas vezes, essa técnica acaba sendo utilizada sem uma investigação clínica prévia, criando expectativas irreais sobre a possibilidade de gestação, o que pode ter sido o caso deste casal.

Colaboradora 8 ♀

O problema assim é, parte de mim porque eu tive endometriose, mas ele é muito, não me cobra nada.

Para Kusnetzoff (1997), a inabilidade para engravidar pode se tornar um verdadeiro drama para as mulheres quando vivenciada como uma falha no papel que a sociedade espera dela e a não realização do sonho de gerar um filho por vias naturais. A colaboradora 8 ♀, no entanto, expressa apenas a solidariedade do marido.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 8 ♂

A cabeça da mulher é mais difícil, porque ela põe na cabeça que a culpa é dela, tal.

O colaborador 8 ♂ tem percepção de que a vivência da infertilidade é diferente para homens e mulheres, ao dizer que a companheira interioriza a culpa como sendo dela, conforme já apontado por Weiss (2006). Desse modo, a experiência de não conseguir engravidar pode desencadear sentimentos negativos, a sensação de não ser capaz de engravidar e, ainda, sentir-se diferente dos outros, o que conota, para Jacob (2006, p. 45), “uma marca ou defeito que está fora de uma norma socialmente definida”, ou seja, um estigma.

Colaboradora 8 ♀

Nas nossas análises do discurso da colaboradora 8 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como no caso dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂, 6 ♀ e 7 ♂.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 8 ♂

[...] a gente decidiu é, parar o anticoncepcional pra tentar engravidar. Aí ela parou, só que foi passando o tempo. Tá com mais de um ano, mais de um ano e meio já passado e ela não consegue.

[...] até a época de tratamento, o Dr. X falou assim: ó, aproveita a vida de vocês dois, viaja, tal pra depois arrumar neném. Ele fala neném. A gente fez tudo isso, aí decidimos nós vamos, vamos ter a criança? Vamos. Aí a gente veio tentando. Aí a gente tento alguns meses, não conseguiu, aí a gente procurou ajuda dele lá.

Perceber que a função reprodutora não pode ser controlada como outras áreas da sua vida, pode fazer com que os indivíduos fiquem “arrasados, sentido que perderam o controle da vida” (SEGER, 2009, p. 88). Não ter o controle exato do que vai acontecer, para Weiss (2006), obriga a pessoa a vivenciar a angústia de uma situação extrema. A autora percebe essa situação como sendo limite por envolver questões de base da própria vida, como por exemplo, o nascimento e a morte.

O casal, pelo que se pode depreender das falas do colaborador, parece ter se encontrado nesta situação de forma um tanto chocada, pois, segundo o que relata, fizeram tudo certinho, de forma pensada e programada e, agora, não conseguem realizar a próxima etapa do projeto de vida – gerar o filho.

E vai aí adoção e ela pergunta: Por que eu que posso dar carinho no caso não to conseguindo?

A raiva é um dos cinco mecanismos dos estudos de Kübler-Ross (2008), que pode ser acionado pelo paciente para melhor enfrentar uma situação difícil. Na infertilidade, Seger (2009) observa a expressão da raiva quando “somos confrontados com nossa falta de controle”. Para o colaborador 7 ♂, a sua companheira deixa emergir a sua raiva quando questiona-se sobre a sua impossibilidade de engravidar e a possibilidade de exercer a maternagem de maneira natural. Essa sensação da colaboradora 7 ♀ nos parece que se

assemelha à sensação descrita por Weiss (2006), como de estar sendo tratada pela vida de maneira cruel e não estar sendo abençoada.

Colaboradora 8 ♀

[...] há um ano e oito meses, de lá pra cá to tentando, mais especificamente acho que assim, uns oito meses, a naquela, aí tudo bem, quer engravidar, muito bem, muito bem vindo. Mas tinha parado o remédio e não evitava. Mais de um ano pra cá, desde dezembro do ano passado (2007). Há doze meses eu tô assim, bastante ansiosa, esperando, quero muito, nós dois, queremos muito.

Querer ter um filho é um processo que, geralmente, começa muito antes das tentativas de engravidar. Segundo Maldonado, Disckstein e Nahoum (2000, p. 15), o processo de imaginar-se tendo um filho faz com que o “filho da cabeça” exista antes do “filho da barriga”, possibilitando que o relacionamento entre pais e o bebê comece antes da fecundação e que o filho represente muitas coisas, sendo muito os motivos pelos quais queremos que ele venha – como atestado nas falas desta colaboradora, transcritas acima e abaixo.

[...] desde solteira né? Eu desde solteira eu já tive problema. Tinha detectado o problema e faltava um pouco antes de casar, e ele, inclusive joguei bem aberto, com ele. Olha, talvez possa ser que eu possa não te dar um filho. Tenha dificuldade. Ele falou: não, to casando com você. Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos.

A possibilidade de infertilidade detectada antes do casamento, conforme a fala da colaboradora 7 ♀, destrói a fantasia, descrita por Seger (2009), de uma vida perfeita com filhos, de um casal unido e com todos os problemas resolvidos. A vivência dessa enfermidade é tão angustiante que a habilidade de lidar com ela chega a ser comparada por Melamed (2006, p. 82) com o “lidar com a maioria das doenças médicas”. Não obstante, antes do casamento, a colaboradora relata ter sido franca com o parceiro quanto a deixá-lo à vontade para assumir o laço matrimonial, o que foi recebido com uma declaração de solidariedade: “Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos”.

Agora eu só estou na espera. Um pouquinho ansiosa mas (risos) tem que esperar com calma.

Com a infertilidade, o casal nunca saberá quando irá engravidar e se poderá engravidar. Para Seger (2009), essa vivência assemelha-se à montanha russa, com altos e baixos emocionais, após cada tentativa de procedimento.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 8 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 8 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 8 ♀

[...]toda menstruação que desce é aquela bomba. A gente se decepiona bastante, eu choro, assim, dois dias eu fico como se diz, bem sensível, mas depois passa [...]

O discurso da colaboradora 8 ♀ atesta o que já discutimos aqui quanto à menstruação ser vivenciado de maneira negativa, como prova da não fertilidade. Esta vivência pode, no entanto, ser diferente entre os casais que passam por ela, sendo percebido por Melamed (2006, p. 82) da seguinte forma: “alguns casais mantêm o propósito de gerar filhos biológicos e lutam para torná-lo realidade, outros permanecem imobilizados diante da dor, fixados em suas lembranças e apresentam maior nível de angústia e estresse”. No caso deste casal, parece que a primeira opção é a verdadeira.

4.3 DESVELANDO A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

4.3.1 Casal 1

Na categoria das *lembranças do tempo de namoro*, as análises dos discursos do casal 1 nos revelaram divergências na narrativa dos pares. O colaborador 1 ♂ resgata, em suas lembranças da vivência do namoro que a sua vida sexual já era ativa e voltada para a função procriadora, emergindo a necessidade da comprovação da virilidade. Já no discurso da colaboradora 1 ♀, emerge apenas a possibilidade da escolha do cônjuge por amor, não tenda esta desvelando a intimidade vivida pelo casal.

O colaborador 1 ♂ não abordou a categoria *arte do convívio a dois*. A colaboradora 1 ♀, por sua vez, relata terem decidido morar juntos, deixando de lado as formalidades do casamento. A virgindade foi destacada em seu discurso como sendo relevante para ela.

Na categoria três, *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 1 ♂ desvelou a sua intimidade, relatando que sua relação sexual com a companheira é *normal*, e estabelecendo relação entre potência sexual e fertilidade. A ejaculação rápida durante o coito não é vista pelo colaborador como uma disfunção sexual, mas sim como um possível fator da dificuldade de procriar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 1 ♂ nos desvenda que ele e a companheira tentaram engravidar por vias naturais durante 05 anos e que o insucesso fez com que ele desejasse fazer exames clínicos para poder identificar um possível problema de infertilidade. Entretanto, pensar nessa possibilidade despertou nele diversos sentimentos negativos, levando-o a racionalizar sobre as chances de a companheira ter o problema, já que ele possui um corpo sadio e preferiu que ela realizasse primeiro a investigação clínica. O discurso da colaboradora 1 ♀ converge com o do parceiro no que se refere à necessidade de identificar quem é infértil para apontar um ‘culpado’ para a dificuldade de engravidar do casal, já que também teme ser portadora desta enfermidade.

Na categoria que desvela *o estigma da infertilidade*, o colaborador 1 ♂ manifesta a percepção de ser diferente dos demais membros da sua família por não conseguir engravidar, sentindo-se estigmatizado por não cumprir a ordem social estabelecida. Ele associa a fertilidade à potência sexual, e deseja ter sucesso no tratamento para corrigir esse ‘defeito’. No discurso da colaboradora 1 ♀, vemos que ela aborda seus sentimentos em relação ao estigma de infértil, mas dedica-se a discorrer sobre os rótulos que a sociedade atribui ao seu companheiro.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, apenas a colaboradora 1 ♀ expressa o seu desejo de ter um filho. Ela relata que o companheiro vê a possibilidade de adotar um filho para poder exercer a função parental; entretanto, para ela, a adoção desperta diversos fatores negativos, não sendo algo que ela contempla como possibilidade de exercer sua parentalidade.

Nas análises da categoria *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, o discurso do colaborador 1 ♂ nos desvela a associação do ciclo menstrual com a fertilidade, despertando nele sentimentos negativos quando este ocorre, já que a menstruação é sinônimo de ausência de gravidez. Dessa forma, ele tenta controlar a função procriadora do casal, encarregando-se de realizar o mapeamento do ciclo menstrual da companheira. Já a

colaboradora 1 ♀ não revelou em seu discurso significados que pudessem compor esta categoria.

4.3.2 Casal 2

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 2 ♂ busca em sua relação sexual com a companheira o prazer, enquanto a colaboradora 2 ♀ nos desvela que transgrediu as regras familiares para poder ter relações sexuais com o seu companheiro nesta fase do relacionamento.

Passando para as análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 2 ♂ nos esclarece que os pilares de sustentação do seu relacionamento conjugal são o diálogo e as decisões conjuntas com a companheira, possibilitando que ambos permaneçam íntegros e inteiros. Relata que o planejamento do momento para a vinda do filho foi realizado por meio da utilização da pílula anticoncepcional. A partir do momento que decidem engravidar, esta é suspensão e o foco da relação sexual passa a ser o de ter um filho, ou seja, o sexo passa a ter função procriadora. A convergência entre o discurso da colaboradora 2 ♀ e do discurso do seu companheiro mostra-se apenas na possibilidade de ela sentir-se inteira no seu relacionamento conjugal, vivenciando seus sentimentos e sexualidade como um todo.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 2 ♂ manifesta a vivência sexual a partir do momento que sente vontade de ter um filho. Em sua fala, ele relata que o foco da relação sexual mudou de sexo-prazer para sexo-reprodução, associando, assim, o sexo à função reprodutora.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 2 ♂ nos conta que a iniciativa de procurar o ginecologista para fazer exames com a finalidade de identificar uma possível infertilidade partiu da esposa. Ele nos relata que só depois dessa trajetória da companheira é que ele fez o espermograma e descobriu que era infértil. O discurso da colaboradora 2 ♀ diverge do discurso do seu companheiro quando ela nos revela que foi dele a iniciativa de fazer o exame. Em sua fala, a colaboradora 2 ♀ também nos revela que tem intenção de submeter-se ao tratamento de RHA de baixa complexidade e que caso tenha que contar com o tratamento de alta complexidade, prefere adotar uma criança.

Com relação ao *estigma da infertilidade*, identificamos significados apenas no relato da colaboradora 2 ♀, que desvelou acreditar ser ela a portadora do problema de infertilidade.

A descoberta da infertilidade masculina acabou despertando na colaboradora 2 ♀ sentimentos negativos, levando-a sentir constrangimento.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 2 ♂ relata que, caso não conseguisse ter um filho biológico, adotaria uma criança. O discurso da colaboradora 2 ♀ converge com o discurso do companheiro, revelando sua decisão de vivenciar o projeto da parentalidade por meio da adoção, caso não consiga engravidar. Ter um filho é um desejo que emergiu durante o namoro do casal, mas ela aguardava o casamento para poder realizar esse sonho. Assim como aconteceu com o casal 1, o foco da relação sexual deste casal passa a concepção do filho, transformando a relação sexual numa obrigação.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas a colaboradora 2 ♀ nos desvelou a sua vivência, relatando que sempre que a menstruação atrasava, tinha sensações corporais que a levavam a acreditar que estava grávida.

4.3.3 Casal 3

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 3 ♂ resgata que, após dois anos de namoro, decidiu morar junto com a namorada, sem realizarem os rituais formais do casamento. A satisfação na qualidade do relacionamento, apontada pela colaboradora 3 ♀, converge com o discurso do companheiro.

Passando para as análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 3 ♂ expressa que a sua relação conjugal é de igualdade nas trocas afetivas e no envolvimento emocional e considerada como boa. A manutenção do relacionamento é realizada por meio do respeito e da amizade, mesmo tendo uma *diferencinha* entre ele e a companheira. A fala da colaboradora 3 ♀ converge com o relato do companheiro, manifestando satisfação na qualidade do relacionamento afetivo, estabilidade financeira e tranquilidade.

Na categoria, *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 3 ♂ nos revelou que, a partir do momento que decidiu engravidar, começou a ter relações sexuais todos os dias, a exemplo dos colabores 1 ♂ e 2 ♂, associando potência sexual à procriação.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 3 ♂ nos esclarece que não é fácil realizar constantes viagens da cidade de origem até o hospital-escola para poder fazer o tratamento de infertilidade com uma equipe especializada em RHA e conviver com as constantes preocupações da investigação clínica. Diferentemente, a

colaboradora 3 ♀ revela em seu discurso o início da sua trajetória da infertilidade, relatando sobre o ultrassom que realizou, o qual apontou para a possibilidade de dificuldade de engravidar. Divergindo, portanto, daquilo que o companheiro comentou. Nesse momento, a colaboradora 3 ♀ relata terem emergido diversos sentimentos negativos; porém, relata que o tempo e o diálogo com o companheiro a ajudaram a elaborar esta dificuldade.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 3 ♂ nos revela que o casal deseja muito ter um filho biológico, que era um sonho que gostaria de ter realizado quando o seu pai era vivo, mas pela dificuldade de engravidar, ele busca o tratamento para tentar procriar enquanto a mãe ainda é viva. O discurso da colaboradora 3 ♀ converge com o discurso do seu companheiro quanto ao desejo que tem de ter um filho biológico. Entretanto, seu diverge da fala do colaborador 3 ♂ ao apontar que a decisão do momento certo de engravidar foi dela, mostrando planejamento da gravidez e nos revelando que o filho biológico ajudaria a prevenir possíveis conflitos familiares. Outra divergência encontrada foi a decisão de adotar uma criança caso o casal não consiga engravidar.

4.3.4 Casal 4

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 4 ♂ nos conta que o seu relacionamento sempre foi bom, com companheirismo e amizade. A colaboradora 4 ♀ relata que transgredia as normas familiares para ter relações sexuais no namoro.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 4 ♂ nos revela que houve um planejamento na vida do casal: casamento, estabilidade financeira, e depois um filho. Ele relata que mesmo com a dificuldade de engravidar, o relacionamento do casal está normal e que eles estão unidos nessa luta. A colaboradora 4 ♀ nos torna compreensível os seus sentimentos de tranquilidade emergidos com o casamento, já que, para ela, a relação sexual, durante o namoro, era vivenciada como uma transgressão social que a levava a sentir culpa.

Nos horizontes da busca por uma ajuda especializada, o colaborador 4 ♂ nos descreve o percurso realizado pelo casal até o momento em que foi entrevistado pelas pesquisadoras. O início dessa trajetória foi pela busca de um ginecologista na cidade de origem, que realizou alguns exames no casal e passou medicamento para tomarem, não resultando em uma gestação. Com o insucesso do tratamento, decidiram buscar outra ajuda especializada, indo para o hospital-escola onde as entrevistas deste estudo foram realizadas. A partir desse novo

acompanhamento, o casal foi informado sobre o que ocasionava a dificuldade de engravidar e iniciou um novo ciclo de tratamento, com medicação diferente. O discurso da colaboradora 4 ♀ converge com o relato do seu companheiro quando ela descreve todas as etapas de exames diagnósticos e de tratamento, realçando, ainda, que o casal é persistente.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 4 ♂ expressa que o casal acreditou ter o controle da sua função reprodutora e conseguiriam engravidar no momento em que assim desejassem. A colaboradora 4 ♀ também acreditou nessa possibilidade de planejamento da gravidez, sua fala convergindo com a do seu companheiro. Entretanto, ela nos revela que o desejo de engravidar sempre esteve presente desde a época do namoro.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas a colaboradora 4 ♀ expressou como é passar por essa vivência. Para ela, o atraso na menstruação levou-a a acreditar, por diversas vezes, que estava grávida, expectativa que se dissipava com a realização do teste de gravidez.

4.3.5 Casal 5

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 5 ♂ nos indica sua valorização pela mulher virgem. A colaboradora 5 ♀ nos revela a escolha do seu relacionamento por amor.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, os relatos de ambos os pares convergem com relação a ele ir morar com ela e a sogra após a separação desta para também ajudar nas despesas. A partir de então, eles intensificaram o desejo de morar juntos. O discurso da colaboradora 5 ♀ é mais detalhado relatando que ele começou posando na sua casa e o tempo da sua permanência foi aumentando até que ficou definitivamente. No entanto, ela relata um episódio de traição por parte dele e o rompimento dela. Relata detalhadamente como se deu o reatamento e depois a mudança dos dois para uma casa só deles e como é bom serem só os dois.

Na categoria, *desvendando a intimidade sexual*, apenas a colaboradora 5 ♀ desvela que a decisão de engravidar fez com que o casal começasse a ter relações sexuais vários intensificadas na tentativa de engravidar, tornando o sexo mecânico e visando apenas à procriação.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 5 ♂ nos revela que já fez tratamento cirúrgico para varicocele e que, na época, foi informado que poderia ter problemas para procriar. Após a cirurgia, realizou o espermograma e o resultado não apresentou alterações, porém a orientação médica deixou-o inseguro quanto à possibilidade de ser infértil. Ele nos revela que, várias vezes, questionou quem era infértil, ele ou ela, mas passaram-se dois anos para que buscassem ajuda especializada. Divergindo do discurso do companheiro, a colaboradora 5 ♀ relata que a dificuldade de engravidar foi inesperada, levando ela e o companheiro a vivenciarem o conflito de tentarem achar um culpado para o problema. Porém, a persistência do desejo de engravidar, a sugestão de sua mãe de que procurasse ajuda e suspeita de que poderia ser um problema psicológico os levaram a buscar o tratamento para engravidar.

Na categoria em que desvelamos o *estigma da infertilidade*, apenas o colaborador 5 ♂ relata que a dificuldade de engravidar foi atribuída a sua companheira por ele e por sua mãe, devido ao uso prolongado de anticoncepcional, e não por um diagnóstico clínico.

Na amplitude do *discurso do filho como projeto de vida*, o colaborador 5 ♂ nos esclarece que, após quatro anos de namoro, a sua companheira queria engravidar, levando-os a realizar um planejamento quanto ao melhor momento de procriar. Ele relata que desde a sua tomada de decisão sobre ter um filho, a companheira parou de tomar o anticoncepcional e que esperavam, então, engravidar. A colaboradora 5 ♀ nos descreve que no início do namoro ela queria ter engravidado. O discurso dos colaboradores converge quanto realizarem um planejamento para terem o filho. Ela relata que quando decidiram morar juntos, o companheiro decidiu querer ter um filho, mas ela já não queria – foi preciso sentarem e conversarem para tomarem a decisão, resolvendo que ela pararia de tomar o anticoncepcional.

O casal não abordou a temática *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*.

4.3.6 CASAL 6

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 6 ♂ nos revela que gostava mais de farra, demonstrando um comportamento machista, enquanto o relato da colaboradora 6 ♀ diverge do seu por esta relatar que o companheiro teve que pedir aos seus pais para namorá-la, seguindo algumas normas familiares.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 6 ♂ nos relata que a relação afetiva do casal melhorou com o casamento por ter mais carinho e amor entre os dois. Para ele, a relação sexual melhorou com o aumento da intimidade entre eles. Os discursos dos colaboradores convergem quando a colaboradora 6 ♀ aponta para a relação sexual deles, mas divergem quando ela expõe que, no início do casamento, queria ter relação sexual toda hora, não parecendo existir timidez, conforme ele relatou.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 6 ♂ expõe como foi a vivência sexual do casal a partir do momento que decidiram ter um filho. Ele nos relata que começou a ter mais relações sexuais e assumiu o sexo como sendo uma obrigação, para aumentar a chances de engravidar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 6 ♂ narra a trajetória vivida pela companheira a partir do momento que foi diagnosticada uma alteração hormonal. Ele nos conta que só ficou preocupado quando pediram que ele realizasse alguns exames, mas depois, não tendo apresentado alterações, ficou tranquilo, e que quem está na luta é a companheira. O discurso da colaboradora 6 ♀ nos informa que eles começara a acompanhados por um profissional, mas o tratamento não deu certo e nos conta que, então, procurou o hospital-escola e, a partir daí, realizou diversos exames diagnósticos e está sendo submetida às tecnologias de RHA.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 6 ♂ elucida que quem decidiu engravidar foi a companheira. A colaboradora 6 ♀ nos conta que quando se casaram não pensavam em engravidar, já que a sua menstruação era desregulada. Ela nos relata que após dois anos de casamento começou a querer ter um filho biológico, para isso, tentavam todos os dias; porém, sem sucesso. Ela também nos conta que ver os familiares tendo filhos a deixou angustiada, entretanto, agora, está mais calma e o desejo de ter o filho persiste.

4.3.7 Casal 7

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 7 ♂ desvela que começou a ter relações sexuais durante o namoro, na sua casa, com o consentimento de seus pais e que nunca utilizaram qualquer método contraceptivo; mesmo assim, nunca

engravidaram. O discurso da colaboradora 7 ♀ converge com o do parceiro quanto ao desconhecimento da infertilidade do casal – não sabia que tinham dificuldade de engravidar.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 7 ♂ relata que está há dois anos casado e que até o momento não conseguiu engravidar. A colaboradora 7 ♀ desvela a intimidade do relacionamento do casal, relatando quando o casal começou a fazer tratamento para a infertilidade, começaram a brigar, por conta de tanto nervosismo, ansiedade e cobrança da família. Ela percebe que o tratamento é muito desgastante, mas que gostando dele ela se submete a qualquer coisa, inclusive às técnicas de RHA.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, o colaborador 7 ♂ expressa que, quando ele e a companheira descobriram que tinham dificuldade para engravidar, o problema acabou influenciando na relação sexual, mas depois normalizou. O discurso da colaboradora 7 ♀ diverge do relato do seu companheiro quando ela narra que, do namoro até hoje, a relação sexual melhorou, aumentando a frequência do coito após o diagnóstico da infertilidade.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 7 ♂ esclarece que a possibilidade de realizar um tratamento cirúrgico para a varicocele deixou-o mais animado pelo aumento das chances de engravidar. A colaboradora 7 ♀, por sua vez, relata as dificuldades vividas com viagem até o hospital-escola, a realização dos exames clínicos e as constantes faltas no trabalho, que acabam desencadeando estresse, insegurança e medo.

Nessa categoria em que desvelamos *o estigma da infertilidade*, apenas a colaboradora 7 ♀ nos conta a vivência do casal. Mesmo o problema sendo do marido, ela considera a infertilidade como um problema do casal. Relata que o casal decidiu contar apenas para a família e para as pessoas mais íntimas que estavam fazendo um tratamento para infertilidade, pelo fato do companheiro ter medo de ser rotulado como impotente perante a sociedade. Para ela, o tratamento, a cobrança da família e da sociedade, e o sigilo estão sendo difíceis de suportar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 7 ♂ manifesta o desejo de adotar um filho caso o casal não consiga engravidar. Entretanto, ele acredita que para a companheira é difícil aceitar a adoção já que ela manifesta preconceito. O discurso dos colaboradores converge quando a colaboradora 7 ♀ relata que o companheiro cogita adotar um filho caso não consigam engravidar, mas ela rejeita a ideia. Já o discurso dos colaboradores diverge quando a colaboradora 7 ♀ narra que, quando eles casaram, o seu companheiro não queria que elas engravidasse, preferindo aproveitar mais o casamento. Ela declara que começou a tentar engravidar por conta própria e parou o anticoncepcional e que o desejo do companheiro só emergiu ao participar de uma reunião em que os amigos levaram os

filhos; a partir daí decidiu fazer um tratamento para engravidar. A colaboradora 7 ♀ relata ainda que deseja construir uma família com filhos biológicos e que o desejo é tão grande que, às vezes, percebe alterações no corpo e no comportamento que a levam a acreditar que está grávida.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, o colaborador 7 ♂ revela que o atraso da menstruação acaba sendo interpretado pela companheira como um sinal de gravidez. O discurso da colaboradora 7 ♀ converge com o do companheiro quando ela nos fala que o atraso na menstruação faz com que acredite que está grávida.

4.3.8 Casal 8

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 8 ♂ nos conta que já mantinha relação sexual com a companheira e que foi tudo programado antes para poderem casar. A colaboradora 8 ♀ discorre sobre a relação sexual no namoro e as novas tendências das uniões conjugais: respeito e amizade.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 8 ♂ revela que ao casar percebeu mudança no seu sentimento pela companheira, revelando que a paixão tornou-se amor, e que, no início do casamento, já queria ter um filho. A colaboradora 8 ♀, no entanto, preferiu que aproveitassem mais o casamento antes de procriarem.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 8 ♂ nos revela que a companheira recebeu o diagnóstico e realizou tratamento da endometriose na época do namoro. Ele relata que fez o espermograma, não teve alterações no resultado e, posteriormente, o casal começou a tomar a medicação para induzir a ovulação na tentativa de engravidar por meio do coito programado. O discurso da colaboradora 8 ♀ converge a busca de um culpado, quando ela resgata o problema de endometriose que teve anteriormente ao casamento e se culpa pela infertilidade do casal.

Nessa categoria que desvela o *estigma da infertilidade*, o colaborador 8 ♂ manifesta que a companheira vivencia de modo diferente o problema da infertilidade, culpando-se pela dificuldade de engravidar.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 8 ♂ expressa que o casal decidiu parar de utilizar o anticoncepcional para tentar engravidar por vias

naturais, porém o tempo passou e não conseguiu procriar. Ele conta que o casal buscou ajuda profissional e foi orientado a passear e aproveitar a vida para depois pensar em ter filho. Quando retomaram o objetivo de ter o filho, o casal foi surpreendido pela dificuldade em engravidar e resolveu buscar uma ajuda especializada. Para ele, a companheira vivencia a enfermidade com raiva, quando relata não entender porque não consegue engravidar, já que ela pode dar carinho. O discurso da colaboradora 8 ♀ converge com o do parceiro com relação ao controle da função procriadora, quando ela descreve que, ao decidirem ter um filho, o casal parou de tomar o anticoncepcional e começou a tentar engravidar por vias naturais. A colaboradora 8 ♀ relata ainda que informou ao companheiro sobre a enfermidade diagnosticada, antes de casarem, a qual poderia interferir na fertilidade.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas o discurso da colaboradora 8 ♀ desvela que a menstruação é vivenciada como confirmação do insucesso do tratamento para engravidar, despertando diversos sentimentos negativos.

***CAPÍTULO 5 – COMPREENDENDO O FENÔMENO DA INFERTILIDADE NO
CENÁRIO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA***

CAPÍTULO 5 - COMPREENDENDO O FENÔMENO DA INFERTILIDADE NO CENÁRIO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Valendo-nos da trajetória que esta pesquisa nos permitiu percorrer acerca da vivência afetivo-sexual de casais inférteis, buscamos a compreensão do fenômeno sob várias perspectivas. Desde a pré-história até a atualidade, inúmeras modificações influenciaram diretamente na construção dos papéis sexuais quando se trata de procriar ou não, refletindo na organização de novas construções familiares, possibilitadas pelas novas tecnologias de Reprodução Humana Assistida e dos aspectos biológicos envolvidos na infertilidade.

Para que fosse possível melhor entender os temas que sempre estiveram presentes na história da humanidade, como o processo de procriação, a fertilidade e a infertilidade, abordamos a tecnologia utilizada na reprodução assistida e, também, os aspectos psicológicos e emocionais vividos por homens e mulheres quando cientes do diagnóstico clínico.

Não podemos entender a construção dos papéis sexuais, na questão procriar, ou não, e nem tampouco esse novo núcleo familiar da modernidade sem que compreendamos os fatores socioculturais que influenciaram nos papéis desempenhados individualmente por esses sujeitos.

Segundo Badinter (1986), no período pré-histórico a paternidade era vista sob o ângulo coletivo, ou melhor, o homem era o pai da comunidade, que alimentava e protegia a todos; a mulher só procriava. Já na Idade Antiga, o homem começa a controlar a sexualidade da mulher ao descobrir que participa do processo reprodutivo. Então, a mulher passa a ser objeto perante a figura masculina, ou seja, o pai a vende ao marido, se ela não reproduzir, será devolvida, tendo início o patriarcado.

Na Idade Moderna, novas transformações na estrutura familiar devido às mudanças sociais e a fatores econômicos passam a influenciar no comportamento da mãe com o bebê, levando-os ao distanciamento, já que o mesmo era visto como estorvo por interferir na vida social e sexual do casal.

Ainda conforme o autor, no final do século XVIII, por intervenção da classe médica e religiosa, essa relação de indiferença com o filho modificou-se até desabrochar no mito do amor materno.

É necessário esclarecermos que, apesar das modificações proporcionadas pelo avanço tecnológico, pela revolução sexual e pelas técnicas de reprodução assistida, ainda não se alteraram, na atualidade, alguns papéis sociais, ou melhor, as referências de gênero na cultura,

estabelecidas pela maternidade e pela paternidade, permanecem. Entretanto, a não fertilidade (a prova da potência masculina – sua virilidade), desencadeia significativos danos no referencial de feminino e de masculino.

Segundo Moreira et. al. (2005), a dificuldade de engravidar é uma experiência devastadora para o casal por não fazer parte de papéis preestabelecidos pelo grupo em que este está inserido, podendo levar o indivíduo a conviver com rótulos ou estigma social.

Bortolot e Tindade (2001) afirmam que para as mulheres o sofrimento é muito maior por lhe atribuírem a responsabilidade da infertilidade, tal fato podendo levá-las à solidão e fazer emergirem emoções negativas, que podem interferir em sua vida familiar, social e profissional. Daí a importância, segundo Jacob (2009), do trabalho da equipe interdisciplinar, visto que, quando os casais buscam profissionais especializados, já passaram por outros tantos, receberam inúmeras informações sobre o que, possivelmente, está ocorrendo – o que gera dúvidas, aumenta a ansiedade, evidenciando a necessidade do aconselhamento e apoio durante o tratamento. Ferrari e Luchina (1980) defendem a interconsulta, ou seja, o atendimento médico e psicológico conjunto.

Sabemos que falar sobre a sexualidade do casal inclui o relato do ato sexual para terceiros, sendo, segundo Olmos (2003), aconselhável a presença de um especialista na área da sexualidade na equipe para discutir problemas psicológicos e físicos que podem desencadear disfunções sexuais que afetam o casal, facilitando, assim, o acesso da equipe às informações de forma adequada e segura.

De acordo com Straub (2005), a psicologia da saúde é um subgrupo da psicologia que busca cuidar do bem-estar do indivíduo, cujo objetivo é aumentar a adesão dos pacientes na investigação clínica e no tratamento médico. Para Moreira, Maia e Tomaz (2002), a figura do psicólogo deve ser associada ao processo do diagnóstico clínico da infertilidade por ser ele o profissional que cuidará de todos os aspectos psicológicos do paciente que possam interferir no tratamento. Jacob (2009) defende ainda que o psicólogo deve ter conhecimentos específicos na área médica em que se propõe atuar.

Vivemos na era da diversidade de técnicas laboratoriais de RHA, que possibilitam aos casais aumentarem as chances de procriação. É preciso acolher o fato de que essas mesmas técnicas podem tornar possível que mulheres sem parceiros ou mesmo casais homossexuais também realizem o sonho de exercer a parentalidade, criando novos núcleos familiares. No entanto, Quayle (2006) acredita que esse acontecimento pode desencadear conflitos sobre o conceito de maternidade, paternidade e família. Já Leite (2004) observa que esse novo arranjo familiar desencadeou um aumento na procura pelas técnicas de RHA, como também pelos

bancos de espermatozoides, como o desejo por um filho se transformasse assemelhando-se ao desejo por um bem de consumo.

Nas análises aqui realizadas, observamos uma mudança de comportamento afetivo e sexual entre os pares no namoro, a partir da liberdade sexual, adquirida pelas mulheres após a revolução sexual.

Outro aspecto verificado foi a possibilidade dos pares se unirem sem a necessidade de formalizar a união por meio dos ritos religiosos e contratos civis. Percebemos, ainda, uma nova tendência nos relacionamentos, qual seja os pares procuram um outro inteiro e não mais a sua cara-metade, sendo a base do relacionamento construída na amizade, no companheirismo e na solidariedade, diferenciando-se da base alicerçada no amor romântico.

Identificamos, também, o desejo dos casais de se voltarem para a construção de uma família biológica por múltiplos fatores, sendo o mais forte deles escapar do estigma social.

A impossibilidade de procriar faz com que esses casais busquem ajuda médica, sendo encaminhados para instituições que oferecem serviço especializado em RHA, o que não é trajetória fácil visto que pode despertar diversos sentimentos negativos, que provavelmente influenciem no comportamento afetivo-sexual do casal.

Observamos, ainda, que a busca pela procriação pode tornar o sexo mecânico e voltado apenas para o objetivo de gerar o tão sonhado filho biológico.

Outro fator negativo que os casais inférteis têm que enfrentar é o insucesso do tratamento, marcado pela vinda da menstruação.

5.1 A INFERTILIDADE E SEUS HORIZONTES

Com o nascimento do primeiro bebê de proveta em 1978, possibilitado pela técnica de fertilização in vitro (FIV), desenvolvida por Robert Edwards e Patrick Steptoe e ganhadora do Prêmio Nobel de Medicina em 2010. Surge, a partir desta técnica, uma secundária, chamada ICSI – injeção intracitoplasmática de espermatozóide, modernizando os tratamentos laboratoriais de RHA.

Como é sabido, essas técnicas permitem ao casal realizar o desejo de gerar um filho com a herança biológica de apenas um dos genitores, podendo ser este gestado no ventre da mãe ou em uma barriga de aluguel – o que tem instituindo modelos diversos de família na contemporaneidade. Outra grande mudança são os bancos de espermatozoides, que permitem

casais heterossexuais inférteis e homossexuais a realização do desejo de ter um filho, e até uma produção independente – um avanço sem dúvida, mas que vem desencadeando, conforme apontou Quayle (2006), conflitos relacionados ao conceito de parentalidade.

Essas mudanças nos levam a refletir sobre a identidade dos filhos nascidos dessas novas tecnologias, e sobre a forma como os pais enfrentarão essas novas situações. Acreditamos ser necessário que o psicólogo faça parte deste processo, para que os indivíduos envolvidos possam refletir sobre aspectos que delas podem resultar, como insegurança, medos, frustrações, desapontamento, ansiedade, enfim, emoções e sentimentos característicos de novas ‘empreitadas’, e, assim, possam vivenciar tantos estes aspectos negativos quanto os positivos que virão em consequência.

Importa ressaltar que muitos desses recursos tecnológicos são acessíveis apenas para uma fatia da população – além de serem tecnologias caras, é preciso dispor também de tempo e de muita disposição.

É necessário também que a sociedade saiba utilizar estas tecnologias de forma ética – afinal, um filho não pode ser visto como mercadoria a ser adquirida. É necessário que se estabeleçam limites.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Aspectos classificatórios diagnósticos e terapêuticos dos transtornos da sexualidade. In: _____. (Org.). **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000 a. p. 31-52.

_____; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v. 33, n. 3, p. 162-167, março 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a06v33n3.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2010.

_____. Sexualidade feminina: aspectos gerais. In: _____. (Org.). **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000 b. p. 53-59.

_____. **Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa)**. 2. ed. São Paulo: Vizoo, 2008.

_____. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ÁLVAREZ-DÍAZ, J. A. Sexualidade en parejas con problemas de fertilidad. **Gaceta Médica de México**, México, v. 143, n. 1, p. 65-71, 2007.

AMATUZZI, M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p. 17-25.

AMAZONAS, M. C. L. A.; BRAGA, M. G. R. Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. **Ágora**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 177-191, jul./dez. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-IV-TR. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARAÚJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicologia Ciencia Profissão**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 70-77, jun. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2010.

ARAÚJO, M. L. M. A construção histórica da sexualidade. In: RIBEIRO, M. (Org.). **O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1999. p. 13-35.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. **Um é o outro**. Tradução de Carlota Gomes. São Paulo: Círculo do Livro, 1986.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Tradução de Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru: EDUSC, 2006.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de Psicologia**, Vitória, v. 9, p. 63-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22382.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2009.

BRAGA, M. G. R.; AMAZONAS, M. C. L. A. Família: maternidade e procriação assistida. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-18, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Média complexidade reprodução humana assistida**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de geografia e estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1278&%20id_pagina=1>. Acesso em: 06 setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série F: Comunicação e educação em saúde).

BRUNS, M. A. T.; TRINDADE, E. Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M. A. T.; TRINDADE, E.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p. 77-92.

CARRARA, H. H. A.; DUARTE, G.; PHILBERT, P. M. P. Semiologia ginecológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 80-87, jan./mar. 1996.

CARVALHO, C. A. P., SANTOS, J. R., CRESSONI-GOMES, R., MAZZOTTI, T. Estresse na reprodução assistida. **Arquivos H.Ellis**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 3-5, abr./jun. 2006.

CARVALHO, C. A. P. Psicólogo e a reprodução. **Revista da SBRASH – Artigos Científicos**, São Paulo, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.sbrh.med.br/noticias.php?codigo=12&sbrh=5dfca38977f244976d4ec2e904d2b69f>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

CARVALHO, F. T.; PECCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 13, n. 6, p. 1889-1998, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000600024&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 abr. 2010.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 31-47, jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CAVAGNA, F. Tratamento da infertilidade: reprodução assistida. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 8-15.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.

CHAUÍ, M. **Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CORLETA, H. V. E.; PASSOS, E. P. Infertilidade. In: CORLETA, H. V. E.; CAPP, E. **Ginecologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 289-299. (Série no consultório).

DAMIÃO, E. B. C., ROSSATO, L. M., FABRI, L. R. O., DIAS, V. C. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1199-1203, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a09v43s2.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

DELGADO, M. J. C. **O desejo de ter um filho... as vivências do casal infértil**. 2007. 212 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

DONADIO, N.; DONADIO, N. F. Reprodução humana assistida laboratorialmente. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 1727-1744. v. 3.

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

FARINATI, D. As causas multideterminadas da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JÚNIOR, E. **Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 45-59.

FERNÁNDEZ, D. Módulo de *Counseling* para tratamento de reprodução assistida de alta complexidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 93-98.

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

FERREIRA, J. S. A. B. N.; RÖRHMAN, K. As famílias pluriparentais ou mosaicos. **Revista do Direito Privado da UEL**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 1-20, jan./abr. 2008. Disponível em:
<<http://www2.uel.br/revistas/direitoprivado/artigos/FamíliasPluriparentaisouMosaicosJussaraFerreira.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

FINOTTI, M. C. C. F. Infertilidade sem causa aparente. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.) **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 609-614. v. 1.

FLEURY, H. As novas abordagens e teorias sobre a resposta sexual feminina. **Arquivos H.Ellis: Saúde Sexual e Reprodutiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./set. 2004. Disponível em:
<http://www.arquivoshellis.com.br/revista/01_010704/01_arquivoshellis_0704.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2010.

FREITAS, G. C.; DZIK, A.; CAVAGNA, M. Casal infértil: uma visão geral. **Boletim da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. I-II, 2007.
FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

GASPARINI, E. V. R.; TERZIS, A. Experiências com casais inférteis que utilizam a medicina reprodutiva: um estudo psicológico. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, ano 22, n. 2, p. 79-84, 2007.

GIORGI, T. R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.

GLINA, S. Resposta sexual masculina. **Prisma – Reflexões sobre a saúde masculina**. Bauru: UNIMAGEM, p. 3-4, SD.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GÓIS JÚNIOR, E. “Movimento higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 1, p. 47-52, 2002. Disponível em: < <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/170/157>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L et. al. Aspectos fisiológicos e disfuncionais da sexualidade feminina. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 61-65, 2006. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/RevistaCientifica/2006/2006_26_2.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2010.

HENTSCHEL, H. **Função sexual em mulheres de casais inférteis e em mulheres que desejam esterilização cirúrgica**. 2006. 75 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

HOLANDA, A. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodologia. In: HOLANDA, A.; BRUNS, M. A. T. (Org.). **Psicologia e fenomenologia**: reflexão e perspectivas. Campinas: Guanabara, 2007. p. 41-64.

IZZO, V. M.; IZZO, C. R. Reprodução humana: propedêutica básica. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca. 2000. p. 1825-1829. v. 3.

JACOB, L. S. Interdisciplinariedade e ética na reprodução assistida. In: MELAMED, R. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006 . p. 35-48.

JACOB-SEGER, L. **Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida**. 2000. 180 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

KAHHALE, E. M. S. P.; SOUZA, S. L. Infertilidade. In: TEDESCO, J. J. A.; CURY, A. F. **Ginecologia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 123–129.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KUSNETZOFF, J. C. Aspectos emocionais do casal infértil. In: BADALOTTI, M; PETRACCO, A. Aspectos gerais da infertilidade conjugal. Rio de Janeiro: MEDS, 1997. cap. 3.

LABRADOR, I. G. La infertilidad, el maternaje frustrado. **Revista Cubana de Medicina Integral**, Cuba, v. 18, mar. 2002. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi14302.htm>. Acesso em: 2 nov. 2004.

LEITE, R. C.; MAKUCH, M. Y.; PETTA, C. A. A comunicação médico-paciente em consulta por infertilidade conjugal. **Femina**, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 2004.

LINS, R. N. **A cama na varanda**: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

LINS, R. N.; BRAGA, F. **O livro de ouro do sexo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do *stress*. In: _____. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003. p. 17-21.

LOPES, G. **Sexualidade humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

LOPES, G.; MELAMED, R. M.; MARTUCCI, R. C. Aspectos emocionais da infertilidade. In: WROCLAWSKI, E. R.; BORGES JUNIOR, E. (Coord.). **II Consenso Brasileiro Infertilidade Masculina – Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)**. São Paulo, 2003.

LOPES, G.; VALE, F. **Disfunções sexuais femininas**: o diagnóstico. São Paulo: Herbarium, 2010 a. Fascículo 2.

LOPES, G.; VALE, F. **Sexualidade feminina**: resposta sexual feminina e conceitos básicos. São Paulo: Herbarium, 2010 b. Fascículo 1.

LOPES, J. R. C.; LOPES, M. D. M.; BRANDI, M. C. A. C. Inseminação artificial. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.). **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 578-584. v. 1.

LOPES, R. C. S.; MENEZES, C.; SANTOS, G. P.; PICCININI, C. A. Ritual do casamento e o planejamento do primeiro filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a07.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-899, jul./ago. 2003.

MAKUCH, M. Y. Gênero e reprodução assistida: novas fases e velhas questões. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 21-33.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: situações especiais e de crise na família. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. v. 2.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatorios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. p. 175-183.

MALDONADO, T. M.; DISCKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALUF, V. M. D.; VASCONCELLOS, E. G. “Coping” e crenças em mulheres no tratamento de reprodução assistida. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 22, p. 68-73, abr./jun. 2007.

MALUF, V. M. D.; VASCONCELLOS, E. G. **Fertilidade e maternidade**: o desejo de um filho. São Paulo: Atheneu, 2008.

MANSUR, L. H. B. **Sem filhos**: a mulher singular no plural. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A conduta sexual humana**. Tradução de Dante Costa. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

MELAMED, R. M. M. Alterações emocionais como causas da infertilidade. In: MELAMED, R. M. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 41-50.

MELAMED, R. M. M. Infertilidade: sentimentos que decorrem. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.

MELAMED, R. M. M.; SEGER, L. Infertilidade e sexualidade. In: MELAMED, R. M. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 60-64.

MODELLI, A.; LEVY, R. H. C. Esterilidade sem causa aparente: possibilidade de intervenção. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. **Psicologia e reprodução humana assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 49-69.

MOLINSKI, H. Aspectos psicológicos de la esterilidad. In: KAISER, R.; SCHUMACHER, G. F. B. **Reproducción humana**: fertilidad, esterilidad y contracepción. Barcelona: Salvat, 1986. p. 305-313.

MONTAGNINE, H. M. L. Aspectos psicológicos de casais submetidos à fertilização in vitro. **Boletim da SBRH: Artigos Científicos**, São Paulo, n. 2, p. 1-2, 2007.

MONTEIRO, A. M.; MERENGUÉ, D.; BRITO, V. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, R. L. B. D. **Medicina e sexualidade:** clínicas e farmacomodulação do prazer sexual. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

MOREIRA, S. N. T.; LIMA, J. G.; SOUSA, M. B. C.; AZEVEDO, G. D. Estresse e função reprodutiva feminina. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 5, p. 119-125, jan./mar. 2005.

MOREIRA, S. N. T.; MAIA, E. M. C., TOMAZ, G. Aspectos psicológicos no tratamento de infertilidade. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 77-80, 2002.

MOREIRA S. N. T.; TOMAZ, G.; AZEVEDO, G. D. Aspectos psicológicos da infertilidade conjugal. **Femina**, João Pessoa, v. 33, n. 1, p. 19-24, jan. 2005.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira:** corpo e classe social no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Record; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

OLMOS, P. E. **Quando a cegonha não vem:** os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho Editorial, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PALÁCIOS, E.; JADRESIC, E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatria, Chile**, v. 38, n. 2, p. 94-103, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttex>. Acesso em: 21 agosto 2010.

PARSEVAL, G. D. **A parte do pai.** Tradução de Theresa Cristina Stummer. Porto Alegre: L&PM, 1986.

PASQUALOTTO, E. B.; FERREIRA, R. V.; FONSECA, G. P.; ZAGO, B. E., GARBIN JÚNIOR, C.; PASQUALOTTO, F. F. A análise seminal deve ser requisitada para homens com histórico de fertilidade prévia? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 11, p. 652-657, 2006.

PERISSINI, A. L. M; PINTO, M. J. C. **Sexualidade do casal infértil:** ansiedade e auto-estima. 2005. 52 f. Monografia. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, Serviço de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2005.

PETRACCO, A.; BADALOTTI, M.; MORETTO, M. Indução de ovulação. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.). **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 483-491. v. 1.

PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S.; ALDRIGHI, J. M. Aspectos emocionais da infertilidade. In: ALDRIGHI, J. (Ed.) **Endocrinologia ginecológica: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 217-219.

POLI, M. E. H. Sexo e sexualidade humana. **Femina**, Rio Grande do Sul, v. 92, n. 1, p. 91-93, mar. 2001.

POMPEO, A. C. L.; ERRICO, G.; MARTELLO, R. Varicocele. In: WROCLAWSKI, E. R.; BORGES JÚNIOR, E. **II Consenso Brasileiro Infertilidade Masculina**. São Paulo: Fotolitos, 2003. p. 45-53.

PORCU-BUISSON, G. Stérilité du couple: conduite de la première consultation. **La Revue du Praticien**, Marseille, v. 57, p. 313-320, févr. 2007.

POZIOMCZYK, R. S. Aspectos emocionais na infertilidade masculina. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 25-35, abr. 1986.

QUAYLE, J. Uma nova família? Desafios para a psicologia em RA na contemporaneidade. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 11-20.

READ, J. Sexual problems associated whit infertility, pregnancy, and ageing. **ABC of Sexual Health**, v. 329, p. 559-561, Sep. 2004.

REZENDE, A. M. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990. 97 p. (Coleção polêmicas do nosso tempo: 38).

RIBEIRO, M. Articulação entre narcisismo e reprodução assistida. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 91-103.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANTOS, C. **A parentalidade em famílias homossexuais com filhos: um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas**. 2004. 458 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SANTOS, D. F. **A interconsulta e a consulta conjunta**: estratégias facilitadoras do processo de adesão. HUPE/UERJ, SD. 13 transparências: color. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BA07528E1-7FB7-4CC7-97AD-B7CB17C9CA85%7D/%7BE24235FF-53C3-4783-899D4AF79D3ECE7F%7D/GT%20Adesao%20Interconsulta%20e%20Consulta%20Conjunta%20deboras.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

SCHETTINI, S. S. M.; AMAZONAS, M. C. L. A.; DIAS, C. M. S. B. Famílias adotivas: identidade e diferença. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 285-293. maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

SEBASTIANI, R. W. Psicologia da saúde: uma especialidade dedicada ao cuidado humana. In: BORTOLETTI, F. F. ; MORON, A. F.; BORLOTTI FILHO, J.; NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M. **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007. p. 1-20.

SEBASTIANI, R. W.; SEGER, L. J. Formas de abordagens (Individual/Grupo). In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 90-92.

SEGER, L. J. Avaliação emocional do paciente de reprodução humana assistida (RHA). In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 81-89.

SEGER-JACOB, L. Estresse na gênese e no tratamento da infertilidade. In: MELAMED, R. M. M; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 121-153.

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

SILVA, M. C. A. A história da terapia sexual. In: RODRIGUES JÚNIOR, O. M. (Org.). **Aprimorando a saúde sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. São Paulo: Summus, 2001. p. 19-73.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

SOUZA, L. S. Alterações emocionais como causas da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 51-59.

SOUZA, M. C. B. Epidemiologia da infertilidade. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 481-482. v. 1. STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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

SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2008.

SZAPIRO, A. M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construção do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, p. 179-188, 2002.

TEIXEIRA, L. C.; PARENTE, F. S.; BORIS, G. D. B. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 24-31, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2848/4138>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

TOGNOTTI, E. Infertilidade conjugal: conceitos e roteiro terapêutico. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 1684-1693. v. 3.

TOGNOTTI, E. Roteiro básico de investigação. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 609-614. v. 1.

TORT, M. **O desejo frio**: procriação artificial e crese dos referenciais simbólicos. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Tradução de Graciela Rodriguez. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

VITIELLO, N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 55, nov. 1998. Edição Especial. Disponível em: <http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html>. Acesso em: 7 maio 2010.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Tradução de Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEISS, T.K. O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 105-119.

ZACHÉ, J.; TARANTINO, M. **Artesanato da vida: o médico Paulo Olmos fala dos acertos e das dificuldades nos tratamentos para ter filhos e critica os exageros da fertilização em laboratório**. 2009. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1611/1611vermelhas_2.htm>. Acesso em: 28 nov. 2009.

ZIBINI, M. V.; VASCONCELLOS, M. C. B. Infertilidade e adoção: algumas reflexões. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 243-259.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Ana Larissa Marques Perissini**, sou psicóloga e terapeuta sexual, mestranda em Psicologia na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como orientadora a **Prof^a. Dr^a. Maria Alves de Toledo Bruns** com o título “**Sexualidade do Casal Infértil**”, para compreender como casais como vocês vivenciam a sexualidade no período de investigação clínica da infertilidade e gostaria de convidá-los para participar do estudo. Sua participação será responder a uma entrevista que poderá ser feita em mais de um encontro e só terá continuidade se você estiver se sentindo bem e concordar em continuar. A duração e o horário da entrevista será definida por você, sendo o local de entrevista pré-determinados pela pesquisadora. Durante a entrevista falaremos da sua vida em geral e também sobre sua vida sexual durante o processo de investigação clínica da infertilidade e suas respostas serão gravadas para que eu possa examiná-las posteriormente. **Você não é obrigado (a) a participar desta pesquisa e sua recusa em nada afetará o seu tratamento na Unidade de Medicina Reprodutiva da FAMERP.**

Comprometo-me a reservar a identidade (ninguém saberá o seu nome), e suas informações serão apresentadas de tal forma que, o que você me disser, não poderá ser associado à você quando escrever sobre os nossos encontros. Seu nome jamais será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além de mim. Sua entrevista será arquivada, mas, seu nome não será incluído.

Esclareço que você não receberá nenhum benefício direto por sua colaboração, mas, os resultados desta pesquisa poderão ajudar a conhecer melhor as necessidades e problemas que casais como vocês possuem, o que pode melhorar o atendimento que profissionais como eu prestam aos casais inférteis.

Caso você aceite participar desta pesquisa, preciso que você assine este termo para documentar a sua decisão, mas, **se no decorrer da entrevista, você resolver interromper ou deixar de responder a alguma questão isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer punição**, não sendo necessário nem mesmo dizer o motivo da desistência, caso você não queira.

Para responder questões relacionadas a esta pesquisa, seus direitos como participante, você poderá falar diretamente comigo ou pelo telefone (17) 3012.7270.

Caso no decorrer ou no final da entrevista você sinta necessidade de um atendimento psicológico, comprometo-me a prestá-lo à você de forma gratuita.

Certificado de Consentimento

Eu, _____,
RG _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas a respeito do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob a responsabilidade da psicóloga Ana Larissa Marques Perissini, conforme os critérios apresentados no termo de consentimento, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que o risco desta pesquisa é mínimo. Autorizo a divulgação dos dados por mim fornecidos entendendo que eles poderão ser associados a mim. Entendo que receberei uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora
Psicóloga Ana Larissa Marques Perissini
CRP 06/71000

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

Colaborador 1 ♂

Ah... no primeiro namoro meu na primeira muié, eu era direto né? Todo dia, 3 direto, sabe? O dia inteiro sabe? E, nunca... nunca ela engravidou. Fiquei esse tempo todo e ela... mas eu pensei que era uma vez só que... eu briguei com ela, e ela desceu, o sangue de repente assim... não era... o tempo de descer pra ela. Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era... que ela tinha perdido. Aí daquele tempo pra Ca nós separo, aí as outra num... né? que eu coisei eu não consegui também, e essa que... agora eu to que eu to vendo que não ta e eu não sei se é eu ou se e ela. Né? Que as outra é operada, a outra de idade operada também, num criava, mas essa que num é não ta engravidando já quase 5 anos. É que eu to achando que... o eu devo te algum problema né? Ou pode se que ... eu num... num... até agora, nada ainda. E nós faz normal. Tem... eu acho que eu devo ta com problema também. Ta difícil ta... eu preciso, faze um exame pra sabe se... né? Minha... meu esperma ta... vivo, se tem, se não tem, né? Porque até agora ninguém me explico. Isso que eu tive, a vivência, só essas duas também que eu... agora que eu to vendo que ta... que eu devo ta com problema. Se tendo um exame que eu fiz lá, acho que o... o doutor não entendeu, né? O... jeito que ta, o... ele não explico direito. Que ele disse que ta normal mas, até agora né? Eu também quero vê se é eu o a muié que ta com dificuldade para engravida. É só.

Na relação, nós é normal sabe? É... A relação normal, tranqüila. Ela também... ela não tem... com ela também não tem problema, só tem intimidade mas... já to tirando isso dela, é normal, é... as vezes é... até penso que ta normal de mais, porque... né? É... uma duas vezes por dia, que to em casa, normal, a relação... Então eu acho que... que o eu... eu acho, que eu também to com esse problema. Eu to achando to... que eu... to tendo algum probleminha nessa parte. Na minha família não tem, só eu que to né? Ainda essas duas muié aí não consegui. A primeira falo pra mim, que você não consegue faze filho, eu falei, como que eu não consigo? E... ela foi... é... ele amigo com outro e conseguiu. E eu falei, agora fiz o exame e... o doutor disse que ta normal, isso que eu não to... entendendo bem. Mas eu acho que eu devo ta com algum problema sim né? Ah... algum probleminha eu devo te. É... agora eu já deve ta normal, eu acho que num... numa relação né? Bem afetiva, normal, não sei si... talvez, num... tem vez qui seja muito rápido, também atinge né? A relação né? Tem vez que é muito rápido que... que as vezes agente ta né? apressado, entaum eu acho que também atinge. Pode ser isso. Eu ponho também na cabeça que pode ser essas coisas, mas o resto eu acho que é normal a minha vida com ela sabe? A minha relação com ela eu acho que é isso. É igual muita gente que... né? Eu acho que... eu acho, eu vejo minhas irmãs, tudo isso né? Teve uma irmã que faleceu, que num chego casa. A irmã mais velha. Nunca caso. Ela eu não posso falá que... ela era doente. Mas agora eu... sadio... e não consegui... eu devo ta com algum probleminha. Eu acho que... que eu também tenho, alguma dificuldade. Não é só a menina. Eu queria faze um exame pra sabe, né? Que... que tipo de, que agente possa é... acerta, faze... né? Porque ta sendo difícil. Ixi... ta... ta sendo pra mim defeito,

Ah, é difícil é que até agora num engravida. Eu, falo difícil de... de eu não consegui de ta... eu fico pensativo por que que eu não to conseguindo? Né? Então eu queria saber se muié tinha o problema, pra dispois eu sabe se ela não tive, então ta comigo. Eu fico sempre pensando, na hora que eu vejo que ela desce pra ela, todo mês. Na hora que ela fala... desceu pra mim. Então... eu... to com problema porque... se ela ta vindo normal, aí até agora não ta acontecendo nada, eu devo ta né? Aquilo já me da um choque. Puxa vida, será que eu vo ta com esse problema?

Pode ser psicólogo também isso, pode ser um... problema meu da cabeça. Mas eu com ela é normal... ixi... é a... com amor, carinho... ixi, normalzinho. Eu só fico assim na hora que ela fala, ó, veio pra mim. Então chega aquele dia... Eu até fico marcando assim, pra saber certinho qualquer coisa, ela falo os dia que veio pra ela? Não? Então, ela marco lá então se leva, que é pra mostra na... não sei qual doutor pediu pra ela traze. Ela marco os dia que veio, pra traze, não sei se ela trouxe. E... é isso daí mesmo. Eu acho que... a minha relação.

Colaboradora 1 ♀

Ah... eu e meu marido nós véve muito bem sabe? As vezes assim... as vezes fala ai dete eu devia ter largado de ocê... Não sei o que. Eu falo, você que sabe. Se você quiser largar de mim você larga... se você quisé arrumá outra muié você ruma. Entendeu? Eu volto pra minha cidade que eu nasci no Matogrosso, Mirassol lá, Né? Eu convivo com minhas irmãs lá e boa. Mas nós véve bem. Entendeu? Porque o marido as vezes fala ah... dete, teu marido ele trabalha do que? Ele trabalha de pedreiro. Eles pergunta... na tua casa falta as coisa? Eu falei não. Lá em casa nunca faltou nada. Porque tem muitas pessoas que falta o arroz, o feijão, uma verdura, uma mistura, mas La em casa não falta nada. Oia que minha casa não é chique não heim. Minha casa tem 3 cômodu, tem agora um quarto lá fora que é uma cozinha, uma área e um banheiro. Aí tem um quarto, a sala, uma salinha pequena, o quarto aumento agora né? Que era ... mas então é limpinho, minha casa é de taubua, minhas vizinhas fala... ah Dete, você tem que... mora numa casa que paga aluguel, mas eu não tenho condições de paga um aluguel fixo. Não adianta eu morá numa casa chique, sendo que eu não vo consegui pagar aluguel. Aí complica a situação.

Eu namorei com o Jorge dois meses, entendeu? Nós vivíamos bem, assim... eu namorei outras pessoas antes de namorar o Jorge, porque nós largo entendeu? Aí eu fui namorar o Jorge. Depois que nós se conheceu mais ou menos assim, entendeu? Aí eu fui morar com ele. Assim, eu conheci ele... entendeu? Nós começou a namorar... né? Depois eu perdi minha mãe... aí depois que eu vim morar com ele eu perdi é... meu irmão, depois eu perdi meu pai. Agora só mora eu e ele na casa. Entendeu? Então assim as coisas é desse jeito. Vai vivendo né? Igual Deus qué?

É, quando nós foi mora junto foi bom entendeu? Mesmo que eu era moça, que eu era virgem, né? Minhas colega, aí... quando você foi morar com o Jorge você era virgem? Eu falei eu era... vixe... né? Tem moça que não é virgem, mas eu era virgem. Porque tem gente que falou aí... você foi casar muito tarde, não sei o que. Eu falei não, 24 anos não é velha. Né? Aí agente ta até hoje eu e meu marido.

Faz quase dois anos que nós estamos tentando engravidar e nós não consegue engravidar. Ele fala que eu que tenho problema, eu falo que ele que tem problema, porque ele foi operado da hérnia... não tem nada haver né? Outros falam que tem. Aí eu falei pra ele, olha Jorge, nós temos que fazer exame ou tirar sangue pra vê se é eu ou você que ta com esse problema. Ainda eu conversei com minha cunhada, minha cunhada falou, aí dete eu gostaria tanto de participar. Se era... ixi eu ia gosta heim. Porque o Jorge ele é teimoso. Todo mundo fala que ele não faz filho entendeu? Ele disse que faz e que faz então... a coisa é assim.

É... as vezes é assim sabe? Bom... entendeu? As vezes ele me fala aí... Dete, se agente não consegui te filho vo adota uma criança. Mas é difícil você adota criança grande. Que depois cresce né? Fala que agente não é mãe, não é pai, não é nada. Que fala as vezes né? Tem muita criança precisando de uma família... entendeu? Eu tinha vontade de pegá uma criança, mas é difícil.

Foi bom né? As vezes nós ta... nós... eu e o Jorge veve muito bem, entendeu? Vêve muito bem mesmo. Fora nossas briga né? Vêve bem.

Colaborador 2 ♂

Ah... foi boa. No começo foi meio... é... como se diz? Teve uma pequena turbulência né? Que ela era bem mais nova do que eu, ela tinha 14 anos e eu tinha 18 e... agente se conheceu i... passado um tempo agente começou a ter relação né? I... foi bom desde o começo. ótimo.

Agente sempre se deu muito bem e uma vez ou outra é claro qui tem o desentendimento né? Mas acho que todo casal tem né? Mas a nossa relação é muito boa. Agente conversa muito e sempre decidimos as coisas juntos, nunca nem eu e nem ela. Então da tudo na mesma.

Passado um tempo que agente casou e aí agente já resolveu ela parar de tomar o remédio né? I... aí agente começou né? A tenta. Aí ela já procurou a ginecologista i... aí começou a fazer os exames, com ela tava tudo normal. Não engravidava... aí foi fazer comigo né? Aí fez o espermograma e já viu que era baixo. Aí que agente começou todo o processo né? Pra tenta.

Não mudou nada. Assim, sabe? Agente encaro bem. De uma maneira tranqüila. Entendeu? Se não dé, se na gente não consegui agente pensa em adota uma criança. Não vamo para por aí né? Então, se der certo (risos). Mas enquanto a... não mudou nada não. Entre nós dois não.

Hoje? Ta da mesma maneira (risos). Normal. Parece que agora... antes quando não sabia agente todo mês tinha uma expectativa né? Então hoje não parece que não espera tanto sabe? Se vim... claro que vai ser bom né? Mas... parece que já agente não espera tanto igual esperava antes de saber que não podia né? Se não... não tinha como.

Acho que não. Agente só procurou fazer mais vezes na semana. É bem difícil. Eu trabalho um dia de dia, um dia a noite e ela trabalha de dia. Então... agente acaba... não se vê... tando todo dia junto assim... a noite.

Ta... agente procura fazer sempre né? Só que não da certo... não é todo dia que podi... não dá certo.

Colaboradora 2 ♀

Bom, nu começo... foi um pouco... como, como se diz? Eu era muito nova, tinha 14 anos, tinha é... um acompanhamento pela minha mãe, só que eu acho que ela esperava que eu fosse demora mais né? Pra me aprofunda, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado, i... ela... eu eu tinha assim, eu tinha instrução só que eu acha qui né? Ia adapta tudo bem. Daí, só que agente se encontrava, foi até que a minha mãe descobriu, minha, no começo ela... se sentiu um pouco revoltada, mas depois ela me deu apoio ela que me trouxe pra Ca, eu fiz acompanhamento aqui, e eu sempre... nu começo, como se diz? É... diferente né? O namoro do... do casamento mas eu e meu marido agente se dava muito bem, sei lá.

Aí... como eu posso falar... muda um pouco, porque já havia 7 anos que nós estávamos juntos né? E praticamente assim, agente convivia, se via todo o dia, mas eu acho que muda, é uma coisa, é uma consequência, um pouco do tempo, mas não que que mudou para pior, entendeu? Só mudou eu acho que agente amadureceu mais, antes era festa né? Como se diz? Era mais curtidão. Hoje já mais, um já entende mais o outro, as vezes, o ta cansado,

(risada) a, mais sei lá... eu amo meu marido, sempre, gostei muito dele, foi meu primeiro namorado, meu primeiro homem em tudo, então... pra mim ele é único, sabe? Eu assim, me sinto muito feliz ao lado dele, me faz muito bem.

Olha... nós, agente sempre falava de gravidez, de engravidar. Até mesmo quando agente namorava. Sabe? Mas por motivos... como se diz? Assim... achar o que os outros vão pensar, agente sempre se previniu, segurava, então... agente, assim que... que casasse agente... já ia arruma. Nossa. O sonho nosso era, te um filho, sabe? E aí foi onde nós começamos a tenta. Mas... foi passando o tempo, e nada acontecia, eu cheguei até... te até atrasado né? Te... a... acha, que tivesse grávida, te até os sintomas assim, e nada acontecia. Daí num... num... foi onde agente descobriu que tinha alguma coisa errada né? Aí, depois de um ano, ele, ele mesmo disse se não desse certo no próximo Mês, ele que ia toma a atitude de fazer o espermograma. E foi o que aconteceu. Daí agente fico sabendo a respeito né? Da dificuldade.

No começo foi um pouco constrangedor, sabe? Porque... é... acho que tinha uma certa cobrança da da gente não... que eu percebi qui eu percebi principalmente pelo meu marido, sabe? No começo, as vezes eu, no começo eu achava que era por mim, né? Porque geralmente a mulher acha que eu que eu que tenho o problema, né? E depois que agente ficou sabendo que era ele, eu... é... deu assim, sabe? Um, um baixo astral. Mas aí agente... como se diz, agente... encarou de frente, e... é igual, igual agente ta agora, agente vai tenta, só que se agente não consegui, nós não vamos deixa de... cria uma criança, entendeu? A nossa intenção assim... se agente não consegui, se for motivo para fazer a fertilização que eu sei que é muito difícil, eu já vo desistir, e vo partir para a adoção. Deixá de ser mãe e pai, e ele também, nenhum dos dois, abre mão sabe? Não importa que não tenha o sangue nas... correndo nas veias mas... agente quer passar por essa experiência.

Hoje ta bem. Ta muito bem, um ta dando é.... apoiando o outro, as vezes um desanima, o outro fala não nós vamos consegui, e aí assim, agente ta esperançoso que de tudo certo. Só que agora, Antes era mais aquela coisa sabe? De querer engravidar, de querer conseguir, sabe? De quem sabe aconteceria. Agora, já não ta tendo mais. A única coisa que acontece agente ta bem, agente já ta se preocupando com outras coisas, e deixando isso um pouco de lado, também. Por que quem sabe agente não consegue também né? Sei lá.

Não teve modificação na sexualidade. Continua a mesma, continua igual.

Colaborador 3 ♂

Até hoje ta ótimo né? Não tem queixa de nada. Assim... nós não briga, nós não discuti por nada. Assim, tem uma diferencinha igual pequena aí, nada que afete alguma coisa né?

Era bom, igual hoje. Ta igual hoje. Ta bem, o nosso relacionamento nosso ta bom. Namoramos 2 anos.

Melhorou muito mais do que tava antes no namoro. Porque estabiliza né? O casamento. Né?... Assim a... é... a... assim as responsabilidades essas coisas muda muito né? Porque aí as responsabilidade maior né? Então... eu achei até melhor no caso que ficar namorando. Quem namora muito tem que vê... tem umas pessoas que namora um... 10 anos casa e não vira nada, eu pelo menos já de dois anos pra ca ta ótimo.

Bom, assim a... a minha convivência é quanto aos dois. Nós dois queria. Nós qué. Nós queria não, nós que ainda né? Eu principalmente tenho 34 anos e no caso que eu tenho um pai que é falecido. Né? Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho. Né? Não teve a possibilidade né? Agora vou atrás da minha mãe. Minha

mãe é viva e... eu quero te filho, de qualquer jeito eu quero tê. Demore o quanto demorá, agente não pode ficá com raiva né? Sobre isso... ta bom, ta é o que agente mais qué.

Ó, a vivência... assim... é preocupante um pouquinho. Porque... no caso agente nunca sabe o que que é. Até agente passar pelos médicos, essas coisas. Assim... tamo com bastante esperança. I... vamo tentá, vamo indo, vamo fazê o que tem que fazer. Vamo no médico agora, pq não para deixar pra mais tarde. Quanto mais tarde deixa pior fica. Então é onde nós ta aqui hoje. Né? Então nós vem e de lá pra Ca nós vem pra vim em médico... vai daqui, vai daqui e vai um pra lá e vai outro prá cá e vai embora. Até agora vai indo do jeito que ta. Ta bom também.

Ah é... ta bom assim agente tem assim... é que nem eu te falei... a relação é durante todo dia né? A não ser o intervalo daí... é uma situação que não tem nem como né? Porque... de manter relação. Agora, após o intervalo que tem, normal, agente se dá bem pra caramba, agente se preocupa um com o outro normal, duas pessoas normal, e ... eu acho que pra mim ta ótimo. Eu não sei outros casal, se pode ter casal diferente, muito mais diferente que eu né? Que o estresse meu do serviço que tem, que sabe que tem. Não adianta, meu serviço você sabe que é um serviço pesado, né? Então mas mesmo assim não muda nada. Entendeu? O que é do serviço eu deixo lá e o que de casa eu deixo em casa. Eu não misturo assim a... a bronca uma da outra. Se eu discuto lá na firma fica lá por lá e eu em casa é outra coisa. Não tem nada haver. Então... ta ótimo, também pra mim... entre o serviço e casa ta uma maravilha. Um casamento né?

Agente ta bem. Graças a DEUS ta bem. Por tudo que agente ta passando agente ta bem. Era melhor se tivesse um filho aí melhorava muito. Que um filho muda né? Realmente muda a vida de qualquer um. Pode ser... pode ser o que for. Pode ta nervoso, estressado, muda. O filho muda. Eu acho que muda. No meu caso... o dia que eu tiver meu filho vai ser uma maravilha. Até tem um funcionário lá na firma lá que eu to lá que tem uma menininha é coisa de doido e eu to querendo antes dos 40 né? (risos). pra embalá né? Nós tamo lutando aí pra consegui. Vai consegui.

A experiência minha não tem né? é pouca né? Tinha pra falá é pouca experiência assim que agente tem.

Colaboradora 3 ♀

Quando que conheci ele né? Ele tinha 17 anos né? Eu já tinha 27 ele era 10 anos mais novo que eu, e agente sempre se deu bem, nunca brigou, né? Nunca largo. A vida sexual agente sempre teve né? Certinho, assim... nunca teve problema... i... depois quando agente, eu decidi te filho né? Que agente já tava ha dois anos juntos né? Agente fico 2 namorando, i... 5 já casado né? I... quando eu decidi mesmo porque... uma que já tava na hora, eu já tinha né? Sempre tive contato com muita criança dentro de casa i... aí depois quando... quando fiz um ultrassom, o último ultrassom que eu fiz aí a moça já falou pra mim que eu não ovulava. Então eu já... eu já preparando Dalí né? Que eu já ia te problema. Mas do resto... aí quando minha irmã fico grávida também né? Deu uma certa... como posso falar? Preocupação sabe? Que ela teve problema na gravidez... depois minha sobrinha também nasceu com problema... aí como era tudo novo para todo mundo na minha casa, foi meio difícil né? I... quando minha sobrinha nasceu ela quase morreu também por causa das complicação que ela tinha no coração, ela opero tudo, mas... essa fase assim foi meio... né? Meio difícil que era tudo novo. Mas depois teve a fase né? Que a... ela ficou com a traqueostomia, também foi bem difícil porque tinha todo um cuidado né?

Assim, no comecinho eu fiquei com medo de acontecer a mesma coisa comigo, essas coisas né? Mas aí fui percebendo que não era tão assim coisado. Pra minha família foi... uma surpresa né? Mas do resto ta tudo normal. Agente nunca brigo... nunca se largo... a minha família se dá bem com ele... ta normal.

Com a minha irmã eu vi o sofrimento dela né? O que ela passou, o marido dela também num... não era muito, sabe, assim.... num dava muito as coisas, então sempre dependeu muito da minha família, de mim, do meu namorado, assim, sabe? Quando agente tinha, eu e meu namorado agente ajudava... aí, foi assim, a minha mãe sofreu demais também, né? Porque falava que o neném podia nascer sem nariz... que ela podia ter um calo no pescoço. Mas quando nasceu não tinha né? E quando minha irmã foi ter nenê, agente esperava assim né? Que ela teria algum problema visível né? Mas depois não tinha, mas... foi um choque assim foi, sabe? Na minha família nunca tinha tido um caso... né? Desse jeito. A família inteira. Não só eu lá de dentro da minha casa, foi uma surpresa né? Porque todos bebês nasceu normalzinho. Mas, do resto é normal, porque ela... né? Ela... assim, tem um, ela ta atrasada em certas coisas, ela não engatinha e ainda não anda. Ela não engatinha, não senta, tem refluxo, é abaixo do peso... mas sempre, o leite dela, essas coiserada, sempre tem um certo cuidado. Mas do resto ta normal. Hoje tem que bastante né? Tem que ter um certo cuidado por um bom tempo, medo de acontecer de novo, mas do resto não. Bem coisadinho, certinho. Acho que o susto maior já passou.

Eu já sabia né? Desde aquele tempo né? Que eu poderia ter problema né? A mulher falou pra mim. Então Dalí eu e ele já vinha conversando... tão já se dependesse, se tudo desse certo agente já queria entrar numa fila pra adoção... essas coisa sabe? Aí eu quase que já adotei um filho de uma amiga minha que não tinha condição, aí o pai dele veio e pego pra criá né? Mas se não eu já tinha tido adotado ele já. Mas... assim já. Porque hoje fala pra mim ó você não tem jeito, acho que era um sofrimento é tanto né? Fosse naquela época. Assim que eu realmente tava coisada sabe? Que aí quando a médica falou pra mim fiquei meio balançada né? Assim, triste...medo que eu podia não ter. Aí como já faz um tempo eu já venho pensando, agente já veio conversando... mas é porque se eu não tive jeito de ficar grávida vamo adotar uma criança também. Mas assim, mas que eu gostaria ter di mim, meu mesmo, eu gostaria. Mas acho que hoje eu não sofria tanto. Né? Porque minha intenção, minha mãe conversa comigo, minha irmã, não seria um... né? Porque ele já tem 33 anos, então agente já ta... ele ta até mais maduro do que eu, né? Nessa parte.

Agente tem uma vida tranqüila. A situação financeira ta normal, não tem... não ta enforcado nem nada, a relação dele com a minha mãe que eu acho que é importante né? Normal. E do resto ta tudo tranqüilo. Agente não tem problema nenhum... acho que o importante pra mim era a convivência, que é uma questão de convivência que tem com a minha mãe, com a minha família assim... normal né? I... pra mim é importante. O dia que eu tive meu filho... não teve aquele conflito... minha irmã quando ela tava grávida teve esse conflito sabe? Que agente nunca se deu com o marido dela, essas coisa... morava dentro da casa da minha mãe... então eu não queria passar pelas mesmas coisas que a minha irmã passou. Ne? Que todo esse nervoso dela quase fez ela perder minha sobrinha... essas coisas né? Então eu não queria passar pela mesma coisa. Aí graças a DEUS nunca teve esse problema. Mas do resto ta tudo normal... Todo mundo se dá bem... agora minha sobrinha talvez vai descer pro quarto, então já anima bastante todo mundo lá em casa, mas do resto normal.

Ah, norma... A, sei lá, agente sempre.... desde o namoro foi tudo normal. Sempre combinando bem, se dando bem.

Praticamente normal também. Agente... foi e casamos. E depois fomos acertando as nossas coisas, pra depois... é... fala, ter filho tal né? Nós também... assim... tinha uma família ali, tudo certo. Não tem nada o que reclamar não. Então, ela achou que ia ser fácil né... Assim, agente penso que na hora que fosse pra, pra querer ia dar certo. Aí nós, começamos, passamos os meses e aí não dava certo. Aí agente procurou um ginecologista lá i... fazendo os exames, tomando o medicamento. Mas nada de desespero assim, de que porque não deu certo e... se não deu certo nós vamos tentar. O que tiver que fazer vai fazer mas... nós estamos fazendo.

Na relação sexual – normal também. Normal.

Ah, então... agente não sabia o que que era, o que tava acontecendo... que não dava certo, aí... agente procurou um médico lá i... foi fazendo todos os exames i... fez com ela, fez comigo. Aí... deu esses policisto aí, depois né? Num... começamos a tomar o remédio, tal. Aí acostumo, não deu certo. Aí... foi isso.

Ah, hoje agente tá na luta aí. Querendo que dê certo né? mais... tá lutando pra isso aí agora. Vamo vê né... mais entre agente assim... normalzão. Não tem nada di... sabe, nem eu com raiva, nem ela nada. Agente tá seguindo junto aí pra ver se consegue né? Não tem desentendimento comigo não.

Também tudo certo. Normal assim

Processo de indução de ovulação:

Normal. Mas agente tá na expectativa que dê tudo certo. Na outra vez num... num foi esses remédio, não respondeu, agora esse parece que tá respondendo né? Pelo jeito então, tá na esperança que dê certo. Que dê certo aí agora nessa aí.

A pessoa que tá que nem agente, já tá tudo querendo. Quem tem realmente vontade... acho que tem que ir mesmo atrás e ver se consegue. Porque já faz tempo já que agente tá tentando aí. Mas agente quer mesmo.

Colaboradora 4 ♀

Acho que foi normal. Igual.... começa todos os namorados. Ah, faz mais doída né? Vai pro lugar... Ah... nem sei o que falar. Ah, parece que quando é mais jovem vai pro motel, vai tudo escondido de todo mundo... só falta encapuzar a cabeça para fazer viu.

É que antes também, ele... viajava mais né? Ficava mais tempo fora. E quando chegava assim tava doído para um vê o outro. E também, agente assim, vivia com a família dele. A mãe dele é uma pessoa muito ciumenta. Sempre criou os filhos sempre debaixo das asas dela. Aí ela ficava difamando pra gente separar. E quanto mais ela armava, mais agente se grudava. E a minha irmã já queria que eu namorasse outro cara. Mas depois... ela viu que não era do jeito que ela queria também. E aí acabei brigando com a minha irmã por causa dele. E ele brigou com a mãe dele por causa de mim. Só que hoje eles também respeita agente. Graças a Deus nem deu nada.

Ah, quando caso assim, parece que foi um alívio. Quer dizer, parece que melhorou né? Porque antes assim, agente vivia mais separado do que junto. Depois que caso parece que aliviou. Parece que Deus ajudou. Parece que... tinha um peso nas costas. Pelo menos na minha tinha. Não via a hora de casar para se libertar daquilo. Ficou livre. Que pra mim agente tava fazendo coisa errada. Aí depois que caso parece que... também o meu pai era um

homem muito violento. Assim..., de bate, não de violência... aí depois que eu casei foi pra mim como ter nascido de novo.

Ah, pra mim assim que ficar fazendo, tendo relação antes do casamento. Então, eu não achava certo, na minha cabeça. Só que ao mesmo tempo fazia... e me sentia culpada. Só que o homem parece que sempre domina a cabeça da mulher pra fazer a coisa errada.

Eu só acho que melhoro depois que caso. Pelo menos pra nós melhora. Hoje nós vivi bem, não tem falta de nada, não precisa mais ficar assim sofrendo, porque agente não podia fazer nada e... não tinha pra onde ir pra ficar junto. Porque depois que agente construiu a casa, agente casou. Porque aí também, depois que você constrói a casa pra morar junto já... já tira aquele peso de... ter que gastar dinheiro com aluguel, essas coisas. Aí já alivia.

Assim, partiu de nós dois, assim na hora que nós planejo quer engravidar. Eu já vinha antes na minha cabeça, só que na dele ele demora pra cair a ficha. Aí depois nós já planejo, só que não deu certo na hora que agente queria. Só que nós também é persistente, que tinha que fazer nós foi atrás de fazer, se nós tivesse corta, fura, ia. E ele é a mesma coisa se tiver que fazer cirurgia eu também vou. Aí nós foi correndo atrás, e melhora.

A relação sexual ficou normal. A mesma coisa. Não mudou nada não.

A... um pouco assim foi... que nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, na achou que no outro mês já ia ficar grávida i... faz exame e o duro que a menstruação atrasava, tinha vez que atrasava doze, quinze dias. Eu achava que tava grávida, ia fazer exame negativo. Sempre negativo. Aí nós foi já... já prevendo a lidar com os negativos, só que eu espero o positivo ainda.

A... eu acho que... tem... continua a mesma coisa, nós sempre se deu bem. Mas nunca... nós sempre foi assim muito unido, muito unido. Porque nós dois sempre foi muito um pelo outro. Porque tudo que tinha que contar ele sempre contava pra mim e eu pra ele. Era tipo assim, o melhor amigo. Ele, ele não é de ficar contando coisa pra amigo, pra parente, pro outros. Eu sou... mais aberta eu falo. Assim, pra minha irmã, pra minha cunhada. Ele já não é de contar pra ninguém. Ele conta pra mim as coisas dele. Aí nós é assim mais junto. Ele é mais fechadão.

Fico a mesma coisa. Mesma coisa, não mudou nada não. Ele sempre falo se não consegui, não engravida... faz o que é vontade de Deus. Não vamos contrariar. Porque o que nós pode fazer nós fez. Nós correu atrás. Em momento algum nós desistiu do que nós queria. Do objetivo nosso. O que a medicina teve pronta pra ajudar, nós vai tá correndo.

No começo assim foi... agente acho que ia demorar muito, né? Demora coisa de dois anos, três anos. Porque tem gente que fala que demora muito tempo. Só que aí eu cheguei só que já tava mais adiantada. Aí Foi mais rápido. Aí na primeira indução eu já achei que não ia dar certo por causa do medicamento que eu já tomei muito tempo. Por isso que... achei que não ia. Dessa vez eu já.. que é outro tipo de medicamento. Um medicamento mais forte, mais caro também. Eu já imaginei que podia fazer efeito. Agora eu espero que faça... (risos).

Colaborador 5 ♂

Ah então... agente começou a namorar ela, novinha né? Ela era virgem. E... agente começou a namorar e quando tinha uns quatro anos de namoro já ela veio quer engravidar né? Então agente tentou entrar num acordo e aí tive uma hérnia. Aí eu peguei na ultrassom e vi que tinha varicocele. Aí o médico falou pra mim: Ó tá com a varicocele você vai ter dificuldade para engravidar sua parceira. Aí eu falei pra ele então... aí eu operei né? Aí foi

quando ele pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho. Aí a médica daqui pediu outro também. Leva o outro que deu. Né, i... como eu vou responder agora? i... tudo normal, tudo bom assim pra mim. É... a única dificuldade é essa.

Porque até no momento eu não sabia que... com essa varicose né? É... eu tinha dificuldade para engravidar né? Aí eu opere e depois o espermograma deu tudo normal e foi na aonde eu e ela também veio pensando eu tenho problema. Não, ela tem. Agente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalha um pouco o psicológico (risos). É isso aí.

Nós foi... por parte dela né? Também ela... que agente tava com uns três anos mais ou menos e ela queria junta. Aí foi aonde eu fui mora com a minha sogra e ... o pai dela foi embora de casa né? Então eu fui mora com eles lá pra poder ajudar nas despesas em casa. Que só minha sogra não dava conta. A partir desse momento aí agente sempre teve... interesse de morar junto sabe? De... junta. Mas é... isso aí. Não tem como te explicar certinho.

Foi só é... como se diz, é... ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio, aí não engravidava, não engravidava, aí minha mãe falo assim que pode ser que por causa que ela tomo remédio bastante tempo, então pode ser que o útero dela não tá... totalmente aceito né? E aí na hora que agente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos já, aí foi na onde agente veio procura tratamento, pra vê, porque agente não engravidava.

Continuou normal. Normal. Igual era antes, normal. Não teve diferença nenhuma. Agente só procuro conversar mais né? Fala, não é assim... agente tem que tirar isso da cabeça. É que nem as vezes ela fala assim, eu tenho problema e não vou conseguir engravidar. É que nem, eu também já pensei muitas vezes nisso aí. Só que eu fiz os espermogramas todos, mas eu já tirei isso da minha cabeça né? Agora ela fica com isso aí na cabeça, que ela não consegue engravidar... ela tem algum problema, foi onde ela procuro fazer um tratamento lá com o doutor. É isso aí.

Ah, tá bem. Tá bem. Bom, pelo menos pra mim acho que tá bem (risos).

Colaboradora 5 ♀

Agente se conheceu, ele tava indo pra escola e eu tava indo com a minha irmã... porque a minha irmã ia jogar vôlei. Aí nós fico conversando no ônibus né? Ele ia ficar com uma menina e eu fiz de tudo pra não ficar com ela, porque sempre que ele ia ficar ela... sempre dava uma desculpa que a mãe não deixava, não deixava sair. Aí nós fico conversando... minha irmã... ele estudava na classe da minha irmã. Aí agente... minha irmã e ele... ficou conversando com a minha irmã que eu ia... que ele ia... que ela ia ser sempre a cunhada né? Dele. Aí ele fico conversando com a minha irmã, aí quando foi... a hora que nós chego em casa, ele pediu para ficar comigo. Aí ele pediu para a minha irmã se esconder, aí ele falo que minha irmã tinha ido na frente, aí falo que... falo, a... ela foi embora e deixou nós aqui. Quer que eu te leve embora? Aí falei: Ah, quero né. Eu vou sozinha? Aí nós fomos. Foi conversando, aí rolo. Se eu tava ficando com alguém? Eu falei que não. Ele falo assim: Você quer ficar comigo? Aí fiquei pensando... aí falei: Ah, quero. Aí fiquei na esquina da minha casa com ele. Aí foi assim que começou, aí depois não largou mais do meu pé né? Eu tinha acabado de terminar um relacionamento faz... tinha feito pouco tempo, né? Mas aí... depois de duas semanas nós começo a namorar. Aí ficamos até hoje. Fora as briguinhas, as intrigas que o povo faz né? Nós fico até hoje numa boa. Mas... tá sempre passando de tudo. Os obstáculos. Tem gente que não queria né? Ninguém gostava de mim, um pouco não gostava dele... e assim foi

indo. I... tamos aí. Aí eu comecei... ele começou a posar em casa. Casa da minha mãe né? Aí a minha mãe separo do meu pai. Ele começou a ir em casa, e fico só nós três. Eu, minha mãe e ele. Aí depois... nós separo porque ele teve uma traição né? Por parte dele. Aí, ele fico no meu pé que me amava. Que gostava de mim i... e eu falava: Não, deixa eu pensar um pouco não deu nem um mês pra mim pensar direito pra mim voltar com ele. I... ele ficou atrás de mim, ficou atrás de mim. Aí, nós separo na segunda-feira, e quando foi na sexta-feira nós volto. Fico um pouquinho de tempo, mas... nesse tempo, ele trabalha de mototaxista então ele não ia nem trabalha. Ficava só no meu pé. Ficava no pé, ligava, mandava mensagem, fico assim até eu volta com ele. Aí nós volto e estamos aí até hoje né? Graças a Deus numa boa. Lá tem as suas briguinhas, né? Mas... tamos bem. Graças a Deus.

Acho que não deu nem um ano. Ele começou posando né? Aí depois minha mãe separo... aí ele foi ficando. Fico um tempo em casa. Aí depois nós conseguimos essa casa. Só que ele fez isso aí ele procuro depressa né? Que queria fica comigo né? Numa casa. Aí nós alugo uma casa, la no centro da cidade, foi aonde nós começo a morar junto. Aí depois que o meu sogro separo da mulher dele, aí ele pediu pra morar com ele, porque ele... é caminhoneiro, então ele viaja bastante, ele vai pro Belém, vai pra esse lado aí e fica bastante tempo fora. Então a casa ia fica sozinha. Aí eu falei vamo mora com ele né? Não da trabalho nenhum pra gente. Super gente boa. E tamos nós três aí.

Foi muito boa. A experiência foi ótima. Tem gente que fala que... num preta né? Que sempre dá algum rolo essas coisas... mas, com nós... nós queria o nosso cantinho. Né? Nosso cantinho. Num tinha briga, num tinha nada. Ele tava trabalhando e aí eu falei pra ele que eu não queria que ele trabalhasse mais de moto taxi. Que ele fosse numa firma. E foi aonde que... foi se ajustando.. aí agente começou a começa a confiar de novo. Foi aí até que a firma foi embora pra outra cidade. Acho que foi pra Votuporanga, aí eu não queria ir né? Aí ele voltou pro moto taxi. Comprou outra moto. Que ele tinha uma. Aí vendeu. Aí pra compra um carro né? Aí vendeu o carro e nós fico com o carro e a moto. Mas aí não deu certo... aí vendeu o carro e fico só com a moto. Aí começo no moto taxi de novo, e a convivência nossa ta muito boa. Uma experiência assim... acho que tinha que acontece de largar e volta pra melhora do que... né? Num tava bom, na outra época. Muito bom.

Foi assim, quando agente começo a namora, eu já queria né? Engravidar. Mas ele falo não, você é muito nova, vai estraga a sua vida. Agente não sabe mais a vida mais pra frente né? Aí foi passo, passo. Aí quando nós moro junto que ele falo. Eu não queria né? Mas só que ele... ele queria. Aí eu falei: Ah, então sento e converso e entro num acordo né? Então... vamo te? Vamo. Aí eu parei de tomar o remédio. Aí ta aí há três anos. Quando eu parei de tomar o remédio aí ele falo nós vamo te filho. Vai ter a dificuldade, tem que guardar dinheiro, comprar as coisa, tal, porque criança nunca se sabe né? Sempre tem que alguma coisa pra gasta, remédio, essas coisa que criança novinha sempre ta doente né? Agente sento, converso tudo isso, falo então ta bom. Vamo vê? Vamo vê. Aí foi que agente ta aqui, pra pode fazer o tratamento pra gente poder engravidar.

Ah, foi assim... inesperável. Ele falou assim, que era eu. Falei não. O problema ta com você. Aí fico esse empurra, empurra né? Aí... a minha mãe falo: Faz um tratamento né? Aí eu falei pra ele, vamo te que faze um tratamento porque ou pode ser psicológico também né? Da gente. Porque qué, qué, qué então nunca vem né? Aí fica na nossa cabeça i... aí não vem a criança. Ai foi aonde que agente optou pra pelo tratamento pra gente poder engravidar.

Hoje, ta assim, mar de maravilhas né? Porque agora nós ta seguindo direitinho só esse pequeno atraso que teve lá. Num deu pra conversar. E ta ótimo. Não vejo a hora de ter uma criança ali pra juntar ainda mais agente.

Agente discuti um pouquinho ainda né? Porque... sempre tem seus atritos mais... ta naquela esperança nossa, de vir logo, de como que vai ser o quartinho, como vai ser as roupinhas. Queria que fosse homem, pra parece com a carinha dele sabe? Acho tão bonitinho. E ta muito bom. Hoje ta uma maravilha. Mas não vejo a hora de te. A sexualidade ta boa também. Não tenho nada a reclamar e eu acho que ele também não nessa parte. Acho que não tem problema não. Agente tenta faze vários dias pra ver se consegue né? Mas, por enquanto... ainda não ta dando certo.

Casal 6 ♂

Ah, de namoro eu era rapaz solteiro, mais na farra né? No casamento tem mais carinho, mais amor né? Pra mim do.... relacionamento do casamento pra mim foi melhor.

Aí ela tava meia tímida né? Aí ela foi conhecendo, ela foi se sortando mais e foi miorando mais. Agora quando nós vai te relacionamento num tem vergonha do outro né? Melhor bastante.

Ah, ta sendo a mesma. Aí ela decidiu e nós não conseguia né? Aí ela procuro o médico, e aí ela acho o problema de hormônio essas coisa, ela ta fazendo tratamento mas a nossa relação ta sendo as mesma. Mesma coisa.

Mesma coisa. Fico a mesma coisa. Nós tenta junto mas pra frente nós te o filho né? Mas o nosso relacionamento não mudo nada. Por causa disso. Ta a mesma coisa.

Ah, no começo ela fico meio preocupada né? Aí eu também, a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado. Aí todos os exame deu tudo certo né? Aí eu fiquei mais aliviado. E ela ta pelejando mais ta animada (risos). Ela ta correndo atrás até hoje, não ta desistindo não (risos).

Ela ta animada. Ela ta desanimada nada. Ta pensando positivo, memo (risos).

Não, nosso relacionamento por enquanto não tem nada, eu do começo ta sendo tudo beleza.

Aí, fico assim, mais... mais tentativa né? Agora que nós tenta mais, pra ver se da mais certo né? (risos). Nós ta trabalhando pra ver se da certo.

Nós tamu bem também. Não pode queixar nada não. Mais... nosso relacionamento ta bom né? Nossa convivência ta... rotina normal. Um apoiando o outro né? Tem dia que ela chega meio desanimada, eu cultivo ela né? Pra continuá né? Não pode desanimá né?

Colaboradora 6 ♀

Então, quando eu fui pra lá... aí, agente se conheceu na escola e aí agente ficava na escola, namorou um mês, escondido, depois ele pediu para os meus pais, aí agente saia, ia pra praça, i... divertido. Aí... tinha as briguinha, de vez em quando, ciúme, é... só.

Ai, assim, no começo agente ficava querendo toda hora (risos), namorava toda hora. Ai, começo do casamento é moleza né? Não que agora ta ruim né?

Então, no começo quando nós caso agente não pensava em engravidar não. Porque a minha menstruação já não era certa, eu nem pensava nisso. Aí depois de dois anos de casado que eu comecei a querer. Aí nós ficava tentando dia a dia e nada. Aí depois, acho que deu mais uns dois anos que eu comecei a ir no médico. Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame... aí, não resolvia nada. Então agora que eu to vindo aqui.

Ah, ele... ele acho que não ligava tanto. Eu que ficava mais... ansiosa, nervosa, querendo e não vinha, meus parente tudo tendo fio, crescido.... e eu ficava assim, nervosa, agora eu acho que acalmei um pouco.

Parte sexual: Acho que ficou do mesmo jeito. Não mudou nada.

Ai, pra mim ta normal. Do mesmo jeito.

Ah, um monte de exame é ruim né? Faze... mas aí ele fez quatro exames né? Acho que deu certo. E agora é ele mesmo. E agora... faltou aprovação.

Ah... eu queria que tivesse dado certo já né? Queria tanto ter um filho. Ta normal.

Ah ta.... no começo né? Foi a primeira tentativa, porque... com esse remédio. Ah, espero que da próxima vez de certo.

Colaborador 7 ♂

Ah, quando nós namorava... saia, voltava pra casa, tinha relações sexuais tanto na minha casa, quando nós saia né? Ia pra casa, tudo, nós fazia. Mas geralmente nós fazia na minha casa. Só... meu pai e minha mãe sempre soube, nunca nós escondeu deles, a mãe dela sabia mas o pai dela não (risos). Sempre foi meio sigiloso por causa do pai dela. Foi boa nossa relação.

Ah, continuou normal. Do jeito que era antes até hoje sempre do mesmo jeito. Não mudou nada. A gente se gosta do mesmo jeito. A nossa relação tanto quando era solteiro quanto era casado era igual não tem diferença não.

Então, quando nós era solteiro, nós não gostava muito de usar camisinha. Era muito difícil nós usar. E... nós nunca evito. Sabe? E... nunca conseguimos sabe? Teve uma vez que ela achou que tava, mas não foi. Atrasou pra ela, tudo normal. Mas depois veio e sempre tentando, tentando e nunca conseguimos. Dentro de três anos que agente namoro, não conseguimos. Faz dois anos que agente tamo casado e também não conseguimos ainda. Tamo aí na luta ainda.

Bom, no começo foi difícil. Foi mais difícil né? Mas acho que... tanto pra mim quanto pra ela porque ela sempre gostou de criança. Eu também sempre gostei mas... depois que nós teve assim... impacto né? Que nós não podíamos ter, foi difícil. Teve uma época que deu uma caída né? A família que... mais aí depois agente conversou... conversou bastante eu e ela... e nós vimu que... sei lá né? Tem que erguer a cabeça e seguir em frente. E ela, até teve uma época que ela teve preconceito né? Que eu falei pra ela se nós não conseguimos ter filho nós ia adotá e ela falou que não, que não sei que. Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança. Eu falei pra ela que se não tivesse jeito depois da cirurgia, após a cirurgia, que... nós podia até adota. Acho que pra ela é difícil aceitar isso. Eu aceito numa boa né? O problema é ela. Ela que não ta conseguindo aceitar.

Ah, foi normal. Sempre ... No começo foi mais difícil. Demoro mais pra cair a ficha, ficamos um pouco abalado, por causa disso, mais, depois voltou tudo ao normal.

Ah, hoje eu to mais tranqüilo né? Por causa da cirurgia aqui. O médico falou que pode até ter uma certa chance de voltar. Ele falou assim que é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num conseguem né? Ter filhos. Eu até fiquei mais animado. Agente, outro dia ela entrou na internet, quando ela trabalhava em outro serviço, entrou na internet, e viu lá que muita gente não conseguia, tinha gente que conseguia, tinha vez até de voltar a

varicoceles, então... sei lá, agente fica num beco sem saída né? Sem saber o que faz, o que pensa, mas eu tenho bastante fé que agente vai conseguir. Que depois dessa cirurgia agente vai conseguir ter filho sim.

Colaboradora 7 ♀

Olha, era assim diferente de hoje, né? Porque... quando agente namora não tem ninguém tem preocupação de colocar o alimento dentro de casa, agente chega em casa tem o pai a mãe pra... a casa tá limpa, agente veio de família humilde, nunca teve empregada nem nada... Então agente tinha mais tempo assim um pro outro. Sempre foi boa a nossa relação. Desde o namoro até hoje. Só que no namoro agente tinha mais paciência um com o outro, ninguém sabia que um tinha alguma coisa de errado, né? Não que eu coloque que ele tenha um problema, só falo que ele não tem um problema, agente tem um problema. Não é porque ele tem um problema que eu vou... né? Me separar dele né? de forma alguma. Mas a nossa relação sempre foi muito boa. Desde o namoro até hoje. Agente... raramente agente briga, agente não briga ainda hoje, agente não fica sem se falar, se acontece alguma coisa agente discute, grita, mais resolve naquela hora. Então eu falo assim que nós temos uma relação de 0 a 10, 9 e meio. Pra não falar que tem 10 porque ainda tem suas coisinhas ainda porque todo casal não é perfeito. Mas é ótima nossa relação. Eu classifico como ótima. Não tem nenhum problema assim di... olha, nossa, eles vivem brigando... ninguém ouve ninguém... não. Pelo contrário, agente vive, sempre resolveu nossos problemas de uma forma de muito diálogo, apesar de ele não falar muito mais, eu acabo forçando ele a falar, porque tem sem falar agente não resolve nada. E assim agente vem vindo, acho que juntos já fazem 6 anos. Desde o namoro até agora no casamento. Depois que agente descobriu que, né? Porque quando agente casou ele falava assim que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mais ele não queria... ele queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria, assim... porque... agente nunca, também falou assim... se agente usou camisinha, desde o namoro. Nunca usamos camisinha... aí eu parei de tomar a pílula, os métodos lá tudo... então tinha chances de sobra pra engravidar. Não engravidava. Aí agente resolveu... eu falei pra ele: ó X, agente tem que procurar alguém que... porque não tá normal né? Já era pra ter acontecido alguma coisa, não atrasa, sempre vem certo. Aí ele não quis também. Aí do nada ele falou que foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo, que faltava algo nele, onde ele resolveu a... ele falou assim: não, agente tem que procurar porque tá faltando alguma coisa. Aí nós fomos. Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico, ele vem com muita facilidade, agora ele vai passar por uma cirurgia, ele tá assim... calmo. O médico falou pra ele que ele tinha esse problema, ele encarou numa boa... a única coisa que ele perguntou pro médico: ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa? Agente vai conseguir ter um filho? A única coisa que ele se preocupa. É... quando o médico falou talvez não há, não haveria chance, da gente engravidar, ele falou assim: Vamo adotá? Porque eu não quero. E ele encara numa boa, também você não quer então tudo bem. Não tem problema, eu quero te ver contente e feliz. Eu sugeri pra ele então chegar uma etapa que não, não tem mais como, não tem mais o que fazer, é... só de as pessoas procurar ou um banco de esperma que é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo, ele sabe? Ele é muito compreensivo, eu sou muito ansiosa, ele é paciente, então eu falo que agente é o Ying e o Yang. Agente se dá super bem. Pra mim... sabe? A única coisa que falta é o bebê, que do resto tá tudo certo.

Olha, todo mundo que casa fala que sente falta de pai e mãe, chora, sente vontade de voltar. Agente nunca chorou, nem eu e nem ele. Nunca sentiu vontade, porque quando agente decidiu casar, isso porque eu acho que era a hora mesmo, de casa. Agente se gostava muito, era a hora mesmo. Foi muito bem, agente caso, agente caso no civil, no religioso, compramos nossos próprios móveis, não dependemos de ninguém, fizemos a nossa reuniãozinha simples, singela, mas saímos do casamento sem dever um centavo pra ninguém. Isso agente considerou muito importante pra começar uma vida junto, sem dívidas. Até hoje agente se preocupa muito com as dividas. Não faz dividas de longo prazo, pensa muito no amanhã, então, assim, quem ouve falava assim: Aí, tipo de casamento não existe, vocês são muito, muito certinhos, muito perfeitos. Mas só quem vive perto da gente sabe que é assim mesmo. A única coisa que de vez em quando nos descontrola é... é cansativo você vir pra Rio Preto, agente perde o dia, chefe não entende, sabe? Fica te importunando. Você se sente ameaçada no trabalho. Eles fala aí, qualquer dia ele vai me mandar embora porque esse mês mesmo já foi duas vezes que agente veio, você vai falar ele ti olha di cara feia. É a única coisa que incomoda. Mais desde quando agente caso agente vive muito bem, raramente as brigas, agente só briga quando é alguma coisa que satura mesmo, que você ta engolindo, engolindo, engolindo. De vez em quando agente volta estressada daqui porque chega aqui um médico fala pra você: ó, é possível. Aí você vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava, você volta baquiada porque... é um desejo grande, é um sonho. Então não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite. Você procura em outro lugar, é... uma coisa séria né? Você volta preocupada, volta triste, daí você fica nervoso, os outros não pode olhar pra você que você já briga. Eles são... as nossas brigas quando agente briga é em relação a isso. Ao nervosismo, ao estresse, ao desgaste que agente vem tendo com isso e... agente não fala pra ninguém sabe? Agente procurou não, não... não compartilhar com todo mundo o que agente tava passando. Porque ele tem medo de ser visto com outros olhos, sabe? Ele tem medo que as pessoas... porque as pessoas são realmente ignorantes, e em vez de... do certo, vão achar que ele é impotente, vão achar que ele é isso, que ele é aquilo, que ele não ta dando conta, não sei que, não sei que. Aí agente decidiu contar só pra família, os mais íntimos. Aí de vez em quando um deixa escapar pro outro, aí ele fica nervoso, tal... e então as brigas é depois que agente começou a tratar aqui, porque realmente é desgastante não tem como você falar não você leva tudo rindo né? Tem dia que não da, você ta cansada. Você acorda as 4h da manhã vem pra Ca, vai embora dez horas da noite, chega na tua casa cansada. No outro dia eu acordo as 5h todo dia pra mim trabalhar, então chega uma hora que desgasta. Até esses dias eu falei pra ele: Não sei se vou querer continuar. Porque é muito assim... muito cansativo. Não por mim, porque tem que ta pedindo pra chefe pra sair, i... eu to assim, recente no trabalho, né? Faz 2 meses, eu to em experiência ainda, i... ti olham de cara feia. E te fazem mil e uma pergunta. E... ninguém quer saber da tua vida. Ninguém quer saber se é um sonho seu, se você pode ir hoje ou se você pode deixar pra daqui dois meses. Eles querem saber do teu rendimento no trabalho. É a única coisa que eles querem saber. Então, a nossa vida de casado deu assim, vamos dizer assim, uma abalada depois que agente começou a vim fazer o tratamento em função de muito nervosismo e de muita ansiedade, muita cobrança da família. A mãe dele cobra muito um neto, é... eu acho que é isso. Da nossa parte agente consegue controlar bem, mas é mais a família dele que cobra. Eu cobro também. Eu cobro muito. Eu falo que se eu não tiver um filho, não sei... sabe? Não consigo... Eu sou tão psicopata que eu falo que chega a ser maníaca porque eu não consigo é... ver mulher grávida, me sinto mal, eu não consigo visitar um recém nascido, que eu conheça, eu me sinto mal. Sabe? As vezes é... atrasa meio dia pra mim, parece que eu já sinto a criança dentro de mim. Então eu sou meio assim paranóica com essas coisas, nesses últimos dias que eu venho tentando

me libertar. Que eu falo que tenho que me libertar. Porque não é normal. Engordo um pouco e parece que é uma coisa, é só você engordar 5 gramas todo mundo olha pra você e fala: você ta grávida? E não sei que... i... aí você já... fica fulo da vida porque você não engravida, você, e eu quero muito aquilo, acho que minha ansiedade também mi atrapalha um pouco, mas agente se dá bem. Dentro do possível, dessas dificuldades, agente consegue se da bem. Acho que mais bem que qualquer outro casal que eu conheço, que passa por essas dificuldades assim. Que eu conheci um casal qui num... que ele fala que a mulher não fica grávida, sabe? Agente encara isso como um problema do casal. Não como um problema dele. Eu não vou olhar pra ele e falar assim ó... você é inútil, você não me dá o que eu quero. As vezes agente até sente vontade, mas se controla. Porque eu sou ser humano também e uma hora quero explodir. Mas eu me controlo. Eu choro quetinha aí comigo, e depois eu, ergo a cabeça... porque quando descobriram que ele tinha alguma coisa todo mundo me... tipo assim, me falava tipo assim... ó você tem que ser forte com ele porque e não sei que, e faziam eu olhar ele como se fosse um cristal que ele não podia ser relado que ele ia ser quebrado. I ninguém olhava pra mim e falava: nossa, você ta bem? Você não ta se sentindo bem? Como é que você ta? Como é que você ta levando isso? Só de falar você para de chorar. E esse eu acho que foi o pior pedaço que eu passei. Porque todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que num podia cobrar dele, e que num sei que, num sei que. Eu sabia que eu não podia cobrar dele. Só que ninguém se preocupava de perguntar pra mim: ó, como você ta levando isso? Você ta levando bem? Como que ta sendo com você? Ninguém queria saber isso. Então eu sofria. Acho que essa parte assim 3 meses assim, eu chegava em casa assim, eu não queria nem... eu não queria conversar com ninguém. Era chega, deitar, dormir pra não lembrar de tudo que me falavam e me falavam muito. A minha sogra assim, ela não, ela não aceita que o filho dela tenha alguma coisa. Ela sempre fala: a, mas você ta fazendo os exames certinho? Você tem certeza que não tem nada. Tipo assim, ai, eu preferia que fosse você. Não queria que fosse meu filho. É uma coisa assim... ninguém queria que fosse ele. Ninguém queria que fosse ninguém. Mais, eu vo faze o que? Não posso fazer nada. E ela fica, me cobrando, fica falando, falando. E agente mora perto, sabe? E isso as vezes me incomoda. É a única coisa que eu falo assim que me incomoda. É a cobrança. Nem minha. É as dos outros. Sai na rua e todo mundo te pergunta: Ah, mais você não vai engravidar? Você não vai ter filhos? Ah, mas faz tanto tempo que vocês estão casados. Ficando velho, esse monte de coisas. Ah... eu to ficando velha agora. E aí agente não quer falar pra ninguém, aí... aí você poda assim, fala assim: não. Agente acha que ainda ta cedo ainda. Tem tempo... Por dentro eu quero matar as pessoas. O meu Deus. Se você soubesse o que eu estou passando. Num ficaria me perguntando. As vezes eu falo: É melhor falar logo pra todo mundo que pelo menos todo mundo para de perguntar pra gente. Mas ele não quer. Então, eu respeito ele. Uma... uma decisão dele né? Eu não posso ir contra. Porque eu tenho que falar que eu não to me sentindo bem. Então eu acabo ficando quieta. Mas o casamento depois... antes disso, era assim... mil por cento. Depois disso, agente começou a se sentir mais. Tanto porque ele começou a se sentir inferior e tal. Porque a pessoa se sente inferior. Tanto que eu falava que queria um bebê e chega na hora e ele num... num pode. Acho que por isso ele aceita qualquer coisa. Qualquer ó... você quer ir lá... ele... acho que ele aceita, porque ele gosta muito e eu gosto muito, então quando agente gosta muito pra ver o outro feliz, contente, agente se submete a muita coisa. Acho que por isso que eu me submeto a tudo isso. Porque já chegou amigo meu, que hoje eu não classifico como amigo, porque amigo não fala isso pra mim... ah, larga dele. Ele não pode te dar o que você que, você separa. É simples. Você é nova. Mas eu não quero ter um filho com outra pessoa. Eu quero ter um filho com o homem que eu amo. Que eu casei, que eu decidi viver o resto da minha vida, é... com ele que eu quero constituir a minha família. Não é com outro. Se

fosse com outro eu não tinha casado com ele. Então... se não for pra ser, eu não vou ter com ele. Se for pra ter eu vou ter com ele. E ponto. Faço isso numa boa. E vem magoando. Vem magoando. E ele... é fechado. As vezes ele não fala. As vezes ele ta sofrendo também e.... ele não compartilha, e eu que tenho que ficar pressionando... olha, vamos conversar sobre essa cirurgia? Vamos entrar na internet? Vamos procurar pra ver o que que é? Pra você ficar mais relaxado. Não, pra mim ta tudo bem. Mas agente sabe como que é. Você vai passar por uma cirurgia e ta tudo bem? Não. Não ta tudo bem. Você ta com algum receio. Você ta com medo. Você... não ta tudo bem. Mas ele... ele não fala, nada. E é na barriga. Eu não vou falar nada. Porque a médica já falou: olha, ela vai me perguntar e eu vou responder e tal... e ele é fechado mesmo. Não adianta eu querer rançar dele que ele não fala. Ele ´so faz assim... ahã, nãñã... e vai... ele vai enrolando agente com esse ahã dele. E ele vai enrolando... e ele é assim. Eu consigo arrancar dele porque agente é íntimo, se sabe como é que é... se pega... é complicado. Ele é fechadão.

Olha, se eu te falar que aí que agente praticava mais, sabe? Pra ver se... que agente não acreditava muito naquele médico. Falava: Aí, esse médico ta louco, esse exame pode estar errado, né? E aí agente tentava mais. E mais, e mais e mais até hoje. A nossa relação assim sexual nunca abalou. Nunca. Sempre, quando tem que fazer algum exame fala: ó, tem que ficar tantos dias de abstinência. Um já olha pra cara do outro e já fala: Nossa... di novo? Então agente nunca teve problema. Com relação sexual não. Desde... eu falo que desde o namoro até hoje só melhorou. A relação sexual não mudou nada. Não caiu, de jeito nenhum. Agente só... tenta pra quem sabe? Né? Nunca é possível pra Deus. Eu sou muito religiosa, eu me considero muito religiosa, creio muito, então eu falo pra ele que nunca é impossível pra Deus. Deus fez o cego enxergar. Então quem sabe ele não faz né? Não faz um milagre. E assim agente vem, não tem... não baquiou nada, a relação sexual continua a mesma.

Hoje eu falo assim que agente ta muito sensível, muito... segunda-feira tem que voltar aqui pra fazer aquele exame não sei das quantas lá (histerossalpingografia). Que já faz meses que eu fui lá e o homem falou... não sei que caramba daquele homem falou tudo errado ou eu tava muito nervosa e entendi errado e também não vou julgar, i... eu achei que era pra eu vim fazer menstruada e no primeiro dia to esperando pra minha menstruação cair num dia, antes das 10 horas, aí eu vim hoje que deu certo e ainda deu certo que bateu certo com o dia da psicologia, e eu não vou precisar perder dois dias. Chego lá a moça: Não, tem que marcar, você tem que estar no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então segunda-feira eu tenho que vir de novo. Então agente, com esse negócio de trabalho, agente acaba ficando... sabe? Tem hora que eu não posso, meu chefe vai me mandar embora. Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir, né? Manter, agente por si só já sofre dificuldade. Agora você imagine desempregada? Mas porque eu tinha a... agente ta um pouco sensível, ele com essa cirurgia, eu com esses exames complexos que eu tenho que fazer, que cada um fala uma coisa. Um fala que dói só na hora de fazer que agente vai sentir o que vai acontecer. Então fica com medo né? O outro tem medo. Ele falou assim: ah... eu não vou poder vir. Aí ele olha pra mim assim... a, mas eu não vou vir, vai ficar sozinha... então fica aquela coisa assim ... num sei o que falar, não sei o que fazer, não sei onde por a mão, porque... é... ta complicando, ta cada dia mais vem complicando, vem complicando e agente não tem condições de vir por conta própria pra ir embora que nem... hoje era 3 horas (tarde) né? Se agente tivesse algo pra vir, condições pra bancar a vinda, era mais fácil. Trabalhava até meio dia, vinha aí depois do almoço.. mas não é possível. Tem que acordar 4 horas da manhã, esperar a vontade do SUS pra te buscar, pra te levar, pra te trazer e isso vai deixando agente desgastado. E afetivo agente continua carinhoso um com o outro, cuidando um do outro, dentro do possível, mas o que está desgastando é isso. É longe, é... chefe que te cobra, é o

outro que talvez não pode vir aí um... eu não tenho coragem de deixar ele vir sozinho mesmo, ele não tem coragem de me deixar vir sozinha porque o bebê vai ser dos dois. Não é... não tem um porque, de vim sozinho, sabe? Eu sempre falo, eu não tem o por que ? Esses dias ele foi na Urologia o cara colocou pra mim como acompanhante, eu perdi o dia, eu falei... meu chefe falou assim... Você não vai ganhar seu dia. Você colocou como acompanhante. Acompanhante de um homem de 22 anos? Não tem como. Vai perder seu dia. Eu posso perder o dia mais eu não vou deixar de acompanhar meu marido, porque é complicado pra ele e pra mim, porque ele é calado, nervoso, como ele vai chegar pra mim e falar assim? O que que o médico falou? Ele vai chegar em casa na vai poder falar nada e é uma coisa, que só ta se submentendo a isso porque... né? Eu, quero muito ter um bebê e ele também, mas não tanto quanto eu. Eu não acho certo ele vim sozinho e nem ele acha certo eu vim sozinha. E assim vai os dois perdendo dia de trabalho, perdendo, perdendo... falei pra ele que uma hora alguém vai ser mandado embora (risos). Falei pra ele... eu vou ser mandada embora e vo ficá quieta. Procuro outro trabalho mas eu não vou desistir do tratamento. Mesmo porque eu sou objetiva. Eu entrei, eu vou acaba. Até o médico falar assim: Não tem mais nada pra fazer ou eu sair daqui com o pré natal na mão. Um dos dois. E do resto... se sobrou algum resto (risos) ta tudo bem.

Colaborador 8 ♂

É... agente namorou mais de nove.... nove anos e pouco. Não chegou a dez anos. Agente sempre se deu bem... teve briguinhas de namoro, na época de namoro já tinha relação, ta? Só que agente sempre foi tudo... na sua hora, sabe? Quando agente namoro, aí eu comprei casa, tudo, pra depois agente casa. Agente caso, aí eu sempre falava que queria logo te filho. Ela falou assim: não, vamos aproveitar mais. Aí agente foi... ela falou assim: Então vamos. Então deixamos mais pra frente. Aí, antes do namoro, ela descobriu que tinha endometriose. Aí ela procurou o tratamento, fez a... vídeo laparoscopia, né? Tinha alguns focos e isso aí foi cauterizado. Aí ela continuou tomando o anticoncepcional contínuo, aí agente decidiu é... parar o anticoncepcional pra tentar engravidar. Aí ela parou, só que foi passando o tempo. Ta com mais de um ano, mais de um ano e meio já passado e ela não consegue. A cabeça da mulher é mais difícil, porque... ela põe na cabeça que a culpa é dela, tal. Aí quando eu fiz esse... espermograma eu acho que.... que ela viu que o médico, não ta normal tal, um pouco abaixo. Aí ela coloca mais na cabeça ainda, ela chora bastante... aí eu sempre falo pra ela: não, tem que ter calma, que vai chegar a hora e não vai ter problema. E ta indo assim. Agente se dá muito bem, eu e ela. Ó... antes do casamento é paixão. Ta, é aquela coisa assim. Depois que você casa, você não consegue ficar sem a pessoa. Aí muda, não tem aquele fogo todo mais você não consegue si ver sem a pessoa. Mas num teve diferença grande entre, antes.... do casamento e agora. Agente mantém, sabe? Agente é igual, pouca coisa diferente. Não, porque agente... até a época de tratamento o Dr. X falou assim: ó, aproveita a vida de vocês dois... viaja, tal... pra depois arrumar neném. Ele fala neném. Agente fez tudo isso, aí decidimos nós vamu, vamos ter a criança? Vamos. Aí agente veio tentando. Aí agente tento alguns meses, não conseguiu, aí agente procurou ajuda dele lá. Aí ela tomo... alguns meses ela tomou aquele remédio pra induzir a ovulação, e... não estava dando certo, aí que agente começou a procurar. Mas não teve assim... só... abala o emocional mais dela. Não sei se.... no meu trabalho, tal, sou um pouco mais frio. Então sempre dou forças pra ela mais... ta bem, na medida do possível.

Eu sou bastante calmo. Ta? Agora, ela não. Ela entrou em choro, ela ficou muito emotiva, se ela vê uma mulher grávida é perigoso ela querer chorar... sabe? Ela conta: Ai, que tal fulana tem... ta grávida, tal fulana... agente vê aí tantas mães que cabe... só sabe colocar o filho no mundo, né? E vai aí adoção... e ela pergunta: Por que eu que posso dar carinho no caso não to conseguindo? É desse jeito. Não, ta... ta normal. Ta normal.

Bem... ela ta um pouco... bem assim, não é sentida. O emocional dela ta abalado. Mas eu sou meio calmo, então num ... eu tive algumas percas... meu pai, minha irmã tudo, são todos novos que faleceram, então eu sei mais ou menos diferenciar alguma coisa que vai ... agredir muito agente e outras que dá pra gente ir levando e deixar pra sentir na hora. Antes não adiantar ficar... sofrendo.

Colaboradora 8 ♀

Muito boa. Nós sempre nos demos muito bem, tanto em termos de respeito, amizade, sexualmente, sempre, uma vida bem ativa, bastante ativa. Nunca tive dificuldade de sentir prazer, sempre... nessa parte... sempre nos demos muito bem.

Continuo, a mesma coisa né? Então ficamos um tempo casados e não pensamos em filho no primeiro momento. No primeiro instante. Mas... como diz há um ano e oito meses, de lá pra Ca, to tentando, mais especificamente a... acho que assim, uns oito meses, a naquela, aí tudo bem, quer engravidar, muito bem, muito bem vindo, né? Mais tinha parado o remédio e não evitava. Mais di um ano pra Ca, desde dezembro do ano passado (2007), né? A doze meses eu to assim, bastante ansiosa, esperando... quero muito, nós dois, queremos muito.

Ele é muito meu companheiro, né? O problema assim é, parte de mim porque eu tive endometriose, mas ele... é muito... não me cobra nada. Meu companheiro, conversa bastante comigo, porque todo tipo né? toda menstruação que desce é aquela bomba né? Agente se decepciona bastante, eu choro, assim... dois dias eu fico... como se diz, bem sensível, mas depois passa, eu puis nas mãos de Deus... e da medicina.

Sexualidade nessa fase? Boa. Não tenho o que queixar.

Bem... bem. Muito boa. Eu, como se diz? Não me arrependo de ter casado nenhum momento e é a pessoa certa. A infertilidade não influenciou Porque... desde solteiro né? Eu... desde solteiro eu já tive problema né? Tinha detectado o problema i... faltava um pouco antes de casar, i ele... inclusive joguei bem aberto, com ele... olha, talvez possa ser que eu possa não ti dar um filho né? Tenha dificuldade. Ele falou: não, to casando com você. Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos. Ele é muito meu companheiro, eu não tenho o que reclamar.

Agora eu só estou na espera. Um pouquinho ansiosa mas (risos) tem que esperar com calma né?

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

Gostaria de compartilhar com o leitor as razões que me levaram a escolher o tema da pesquisa que gerou a presente dissertação “A vivência afetivo-sexual de casais inférteis”, iniciando pela minha trajetória acadêmica e profissional.

Em 1998, dei início a minha graduação em psicologia na Universidade Paulista – UNIP. A disciplina de psicologia geral despertou em mim o interesse pelo trabalho desenvolvido em hospitais e, assim, como forma de conhecimento, a busca por participar de um grupo de estudos em psicologia da saúde na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, que me viabilizou o contato com a prática dos profissionais inseridos em um hospital geral.

Em 1999, solicitei a transferência de faculdade, dando continuidade aos meus estudos no Centro Universitário do Norte Paulista – UNORP. O interesse pela área da saúde continuou e comecei a participar de congressos, simpósios e cursos ministrados pela FAMERP.

Durante os cinco anos de graduação, realizei estágios extracurriculares no hospital em diversas áreas: oncopediatria, hebiatria, disforia de gênero, planejamento familiar e orientação a adolescentes, sendo todos realizados na FAMERP. Em 2001, efetuei um estágio em um hospital psiquiátrico – Hospital Bezerra de Menezes, em São José do Rio Preto, SP.

Em 2002, paralelamente ao estágio extracurricular, escolhi o estágio obrigatório em Psicologia da Saúde, realizado em um Posto de Saúde da Família na cidade de Mirassol, SP.

Em 2003, prestei o concurso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde – FUNDAP⁷, tendo sido selecionada para atuar no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia nas áreas de Climatério, Oncologia Ginecológica, Mastologia, Planejamento Familiar, Medicina Reprodutiva e Imaginologia, Pré-Natal e Obstetrícia; no Departamento de Urologia, realizando orientações pré-cirúrgicas e acompanhamento no leito hospitalar. Também, no Ambulatório de Sexualidade, fazendo avaliação e atendimento aos pacientes com queixa de sexualidade, sempre sob a responsabilidade das psicólogas Prof.^a Dr.^a Maria Jaqueline Coelho Pinto, Esp. Ana Márcia Sanches de Almeida Vianna, Esp. Carmen Silvia Costa Elias Fernandes e Esp. Maria Amélia Andrea.

No mesmo ano, durante o IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, no Rio de Janeiro, tive a oportunidade de conhecer a Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, através

⁷ FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo.

da Prof.^a Dr.^a Maria Jaqueline Coelho Pinto – na época, minha supervisora de Aprimoramento em Psicologia, na FAMERP.

Com o propósito de ampliar meu conhecimento em sexualidade e aprimorar o meu trabalho clínico, busquei, em 2004, o curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Sexualidade: Terapia Sexual e Orientação, também na FAMERP. Em 2005, apresentei como resultado do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a pesquisa intitulada *Sexualidade do Casal Infértil: Ansiedade e Auto-Estima*, recebendo a titulação de Especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP.

No mesmo ano, iniciando o meu contato com a vida acadêmica, comecei a lecionar a disciplina de Psicologia e Ética Profissional em vários cursos profissionalizantes, na TEC-MED de São José do Rio Preto.

Em 2006, como resultado do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Terapia Sexual, apresentei um levantamento bibliográfico sobre o tema *Efeitos da Violência Sexual nas Mulheres*. Ainda no mesmo ano, visando ampliar meus horizontes de atuação profissional, iniciei o MBA – Executivo em Recursos Humanos, no Centro Universitário de Rio Preto – UNIRP.

Devido ao meu interesse pela área acadêmica, entrei novamente em contato com a Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, que realiza estudos na área Sexualidade e a Reflexibilidade da Moral Sexual na Constituição Histórico-Cultural do Sujeito na Pós-Modernidade, voltada para a análise das relações amorosas de homens e mulheres. Falei-lhe do meu interesse em dar continuidade à pesquisa com casais inférteis e ingressar na Pós-Graduação *stricto sensu* da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, SP – FFCLRP/USP.

A problemática da infertilidade, o estudo desenvolvido com casais inférteis e a constante movimentação da mídia sobre o tema fizeram com que o meu olhar continuasse direcionado à compreensão da vida afetivo sexual do casal infértil. Com as supervisões da Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, as minhas inquietações acerca do fenômeno da infertilidade foram sendo elaboradas e se apresentam nas seguintes questões: *Como o homem e a mulher na condição de casal/parceria vivenciam esse fenômeno? Como vivenciam a relação afetivo-sexual? Como o projeto de ter e ou não ter filhos é vivido pelo homem, pela mulher e por ambos? Como se dá a procura para engravidar?*

Essas instigantes questões mobilizaram-me a pesquisar o casal infértil com base em suas vivências afetivo-sexuais, com o objetivo de compreender os significados e sentidos que os cônjuges, juntos ou separadamente, atribuem a seus projetos de vida diante da

(im)possibilidade de ter filho. Assim, em 2007, o projeto Sexualidade do Casal Infértil foi submetido ao processo de seleção da Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, SP – FFCLRP/USP, tendo sido aprovado e iniciado em agosto do mesmo ano. Posteriormente, em maio de 2009, realizei o exame de qualificação, e, agora, em 2010, apresento esta dissertação.

Neste momento, esclareço que nesta dissertação, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Alves de Toledo Bruns, utilizarei a primeira pessoa do plural, *nós*, referindo-me ao trabalho em equipe, o qual exige comprometimento com um esforço conjunto.

O presente estudo tem como colaboradores casais inférteis inseridos no cenário da Reprodução Humana Assistida em um hospital-escola no interior paulista.

Os capítulos serão apresentados na seguinte disposição:

Cap I – A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL – Nele abordaremos as indagações sobre o fenômeno da infertilidade da pré-história à contemporaneidade pela perspectiva de seu diálogo com os aspectos biológico, psicológico, social, cultural, espiritual e religioso.

Cap II – SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE – Procuramos, neste capítulo, definir o aspecto histórico, biológico e social, desmitificando a associação entre sexo e reprodução.

Cap III – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA – Neste capítulo, buscamos caminhar em direção ao fenômeno que nos propusemos interrogar, apresentando a abordagem metodológica escolhida com base no relato dos colaboradores e os quadros de caracterização destes.

Cap IV – PROCESSO DE COMPREENSÃO EM DIREÇÃO A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS – Neste capítulo, encontram-se os perfis de cada colaborador(a), suas histórias de vida, seguidas da compreensão e interpretação de seus relatos sobre o fenômeno e, por fim, a análise das categorias.

Cap V – A INFERTILIDADE E SEUS HORIZONTES – Apontamos, neste capítulo, o cenário da Reprodução Humana Assistida (RHA) na sociedade contemporânea, procurando mostrar o avanço biomédico e os novos horizontes das construções familiares.

Nossa expectativa é que este estudo contribua para uma reflexão do entendimento do enfrentamento da infertilidade primária de acordo com as relações de gênero, e da forma como casais inférteis vivenciam sua sexualidade na trajetória da busca pela parentalidade. Esperamos, também, colaborar com profissionais que trabalham com essa problemática, possibilitando, assim, a criação de novas estratégias nesta área e campo de atuação do psicólogo, que podem ser desenvolvidas nos centros de reprodução humana assistida, proporcionando condições adequadas de atendimento à população e beneficiando esses casais.

CAPÍTULO 1 – A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL

CAPÍTULO 1 - A VIVÊNCIA DO CASAL (IN)FÉRTIL

Este estudo se volta às nossas indagações sobre o fenômeno da infertilidade e à busca da compreensão acerca dos seguintes questionamentos: Nos horizontes do fenômeno da infertilidade, como o homem e a mulher na condição de casal/parceria vivenciam a impossibilidade de ter filhos?; Como é vivenciada a relação afetivo-sexual?; Como é vivido pelo casal o projeto de ter ou não ter filho(s)?; Como ocorre a busca pela gravidez? São essas questões instigantes que nos mobilizam a pesquisar o casal infértil, tornando-se por base suas vivências afetivo-sexuais com o objetivo de compreendermos os significados e sentidos que atribuem a seus projetos de vida diante da (im)possibilidade de ter filho.

Da pré-história à contemporaneidade, a construção dos papéis sexuais passou por modificações que influenciaram diretamente na decisão de procriar ou não, refletindo no nosso entendimento do que constitui família.

O processo de procriação, a fertilidade e a infertilidade, segundo Delgado (2007), sempre foram temas presentes na história da humanidade, vivenciados em cada cultura de uma maneira distinta, ocupando sempre lugar de destaque em diversos contextos.

Por essa razão, nossa trajetória partirá da busca pela compreensão do desejo humano de ter um filho, e dos projetos de maternidade/paternidade, estendendo nosso interesse para o entendimento das novas construções familiares, possibilitada pelas novas tecnologias da Reprodução Humana Assistida e dos aspectos biológicos envolvidos na infertilidade. Abordaremos também o lugar da tecnologia utilizada na reprodução assistida, bem como os aspectos emocionais e psicológicos vividos por homens e mulheres no processo de diagnóstico clínico da infertilidade e de utilização dos recursos tecnológicos. Dessa forma, o fenômeno da (in)fertilidade será abordado pela perspectiva de sua interlocução com os aspectos biológico, psicológico, social, cultural, espiritual/religioso e sexual na trajetória até contemporaneidade.

1.2 O DESEJO DE TER UM FILHO

Conforme explicitado anteriormente, iniciaremos a nossa trajetória de compreensão da relevância dada à função procriadora pela cultura ao longo dos séculos, buscando o entendimento de quais são os fatores que influenciam no desejo de ter um filho.

Segundo Molinski (1986, p. 305), é o desejo de:

[...] satisfazer as necessidades de um pequeno ser desvalorizado; de manter a relação em um do tipo simbiótica; o desejo de imortalidade de seguir vivendo filho; de transmitir patrimônios materiais, espirituais ou culturais; a esperança de um futuro melhor e de resgate pelo filho; o filho como forma de preencher a solidão e o vazio; o desejo de sentir-se unido ao companheiro querido; e o sentimento que apenas com o filho se é plenamente adulto.

Corroborando essa visão, Delgado (2007) afirma que esse desejo de ter um filho pode ser influenciado por diversos fatores:

- Sociobiológico: garantir a continuidade genética por meio do filho.
- Econômico: aumentar a mão de obra e o rendimento familiar e conservar o patrimônio construído pela família.
- Psicológico: renascer e tornar-se imortal por meio do filho.
- Social: adequar-se às expectativas e aos papéis estabelecidos pela sociedade.

Dessa maneira, a busca pelo filho transita entre um desejo ímpar e a pluralidade de cobranças socioculturais, influenciando nos papéis individuais exercidos pelos sujeitos.

Da perspectiva conjugal, o filho também pode ser buscado como a tentativa de resolução de conflitos ou para “atender à pressão cultural e familiar, uma vez que filho é visto como um atributo de valor, potência e poder” (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006, p. 436).

Em suma, são múltiplos os fatores que podem influenciar na manifestação do desejo de ter um filho, o qual está submetido à construção histórica, social e cultural do lugar do filho na constituição da família.

1.3 MATERNIDADE E PATERNIDADE

Através da trajetória histórica da maternidade e da paternidade, resgataremos os papéis exercidos por homens e mulheres com os cuidados de um filho. No período pré-histórico

(anterior a 3.500 a.C), a paternidade era vista sob o ângulo coletivo: os homens eram considerados os pais da comunidade tendo a *incumbência* de proteger e alimentar todos os filhos do grupo, enquanto a mulher era valorizada por sua função procriadora, associada a sua fertilidade à produção da terra (BADINTER, 1986).

Esse mesmo homem, ao descobrir a sua participação no processo reprodutivo, começa a controlar a vida sexual da mulher, um marco histórico na construção de uma nova instituição familiar, composta pelo pai, mãe (procriadora) e filhos (biológicos). Para Badinter (1985, 1986), esse foi um marco da Idade Antiga (3.500 a.C. – 476 d.C.), a objetificação da mulher perante a figura masculina, que passa de propriedade do pai para propriedade do marido, podendo essa ser comprada, vendida e, na ausência de reprodução, devolvida para a sua família.

Assim, inicia-se o patriarcado, baseado no poder do pai e do marido, que impõe controle sob o comportamento sexual da mulher, na tentativa de garantir uma linhagem pura evitando a divisão da sua herança com filhos bastardos (LINS, 1997).

A mulher, portanto, tinha, perante a sociedade em que estava inserida, o dever de obedecer à figura do pai e do marido e reproduzir a fim de fornecer futura mão de obra para também auxiliar na economia do lar. Pode-se entender esse período como o início da desvalorização da mulher, que era negociada e descartada como uma *máquina com defeito* quando não cumpria sua função reprodutora.

As transformações, baseadas na economia, influenciaram na função materna e paterna, possibilitando novas roupagens para as construções familiares. Para exemplificar algumas dessas mudanças, utilizaremos como modelo a figura paterna, que, segundo Parseval (1986), dependendo da sociedade onde o homem estava inserido, tinha apenas o papel social e econômico, isento do papel educacional.

Na Idade Moderna, do século XV ao XVII, surgem novas transformações na estrutura familiar ocasionada pelas mudanças sociais – o deslocamento das famílias para a cidade em busca de trabalho, por exemplo. Assim, as grandes famílias, caracterizadas pelo convívio de vários membros em um mesmo lar, foram reduzidas ao convívio do pai, mãe e filhos (família *nuclear* ou *restrita*).

Em decorrência da mudança de estilo de vida e também do contexto intrafamiliar, os fatores econômicos e o peso das convenções sociais, referidos em documentos históricos e literários, segundo Badinter (1985), influenciaram no comportamento da mãe com o bebê, levando-as ao distanciamento e à frieza, já que, nesse período, a possibilidade de sobrevivência de uma criança, após o primeiro ano de vida, era pequena.

Para a autora, o filho passou a ser visto como um estorvo ou como um fardo, por interferir na vida social e também sexual do casal, já que se acreditava que, durante o período da amamentação, a mulher não deveria ter relações sexuais para evitar que o leite azedasse. O primeiro sinal de rejeição da mãe pelo bebê foi a recusa do seio, problema solucionado pela classe burguesa do século XVII com a contratação de amas de leite – mulheres de classes sociais desfavorecida – para amamentar e cuidar dos bebês, sendo comum até enviá-los para as residências dessas mulheres.

Ainda, segundo Badinter (1985), foi apenas no final do século XVIII, com a intervenção da classe médica e religiosa, que esse comportamento de indiferença das mães com os filhos começou a se alterar. Devido à grande preocupação com a saúde dessas crianças, iniciou-se, nessa época, um movimento de valorização da imagem da mãe por meio do mito do instinto materno.

Ser mãe, no discurso social da maternidade, era um fenômeno sacrificante que trazia consigo a imagem sofrida da mulher. Devido ao alto índice de mortalidade infantil da época, a classe médica interveio a favor dessas crianças, semeando a valorização do papel da mãe na sociedade. A partir do século XVIII, a mulher, que possuía uma relação de indiferença com o filho, modificou-se progressivamente em resposta às imposições sociais até desabrochar no século XIX e XX como *mãe coruja*.

A trajetória histórica da maternidade vai ao encontro da concepção defendida por Badinter (1985) sobre o mito do amor materno. Para a autora, a mulher não nasce com o comportamento inato de ser mãe, ou seja, com instinto materno. Esse fenômeno é inserido pela sociedade e o vínculo afetivo entre mãe e bebê é construído por meio da convivência entre ambos, considerada a primeira fonte de sociabilidade humana. Badinter refere-se ao conceito de maternidade como sendo ambíguo, significando a gravidez como um estado fisiológico momentâneo, e a maternagem e a educação como ações em longo prazo.

Lins (1997) refere-se a esse comportamento materno como *fabricado* a partir do momento em que o papel da mãe e a sua importância foram modificados radicalmente. Para haver essa modificação, foi necessário que a sociedade valorizasse a figura da mãe e que a orientasse para exercer bem essa função. Não é porque a mulher é responsável por gestar uma criança que a função materna tenha quer ser vista como natural a toda mulher.

A primeira relação social, o laço mãe-filho, nasce e se desenvolve. A visão evolucionista da maternidade, com seus cuidados prolongados e ensinamento de regras, linguagem e amor, contribui no processo de socialização (BADINTER, 1986). Nos séculos XVIII e XIX, a inversão na valorização dos papéis sociais exercidos pelas mulheres

possibilitou a visibilidade da figura materna, chegando a mulher a ser santificada pela sociedade durante o processo gestacional. Surgiu, então, um novo discurso da maternidade.

Essa mutação sofrida pelo feminino carrega, ainda hoje, grande influência da igreja católica, que vê a maternidade como um tema sagrado e associado à figura da Virgem Maria. Essa nova mãe se torna tridimensional, ou seja, “concebe em relação ao pai e ao filho”, é mulher e mãe, mas é também agora “um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho” (BADINTER, 1985, p. 25).

O papel de pai e a masculinidade também sofreram modificações no século XX. Os homens começaram a interessar-se mais em participar do desenvolvimento e da vida social dos filhos, tendo uma participação ativa nesse processo. Sutter e Bucher-Maluschke (2008) dividem em três categorias o estilo de função paterna:

- Participativo – subentende o cuidado e o envolvimento constante no cotidiano dos filhos, nos domínios da alimentação, higiene, lazer e educação.
- Nutridor – mantém uma relação próxima e empática com os filhos e compartilha igualmente com a mãe a função de cuidar das crianças e atendê-las, tanto física quanto emocionalmente.
- Tradicional – assume a responsabilidade de dar permissões, controlar a família via críticas e recomendações à mãe, prover alimentos, impor castigos, disciplinar e, ocasionalmente, brincar e compartilhar de passeios familiares.

Segundo Badinter (1986), o marco da mudança do papel de pai foi a perda do controle da sexualidade feminina pelo homem, com a revolução sexual e a sua participação na educação dos filhos. Esse fenômeno proporcionou o nascimento da nova família, para cuja construção, na contemporaneidade, não é mais necessário assinar um contrato, casar-se ou ter filhos.

Mesmo com as modificações proporcionadas pelo avanço tecnológico, em especial as novas técnicas de reprodução humana assistida, e pela revolução sexual, alguns dos papéis sociais, tanto dos homens quanto das mulheres, ainda não se alteraram na atualidade. As referências de gênero na cultura, estabelecidas pela maternidade e pela paternidade, permanecem: a mulher se torna mais feminina quando mãe, e o homem prova sua potência (virilidade) ao engravidar sua esposa. Assim, as consequências do não cumprimento da fertilidade, ainda, desencadeiam significativos danos no referencial de feminino e de masculino (RIBEIRO, 2006).

Ainda hoje, no século XXI, no Brasil, percebemos a valorização histórica e cultural da procriação, podendo variar de acordo com a região onde a mulher está inserida. Segundo Muraro (1996), nas regiões menos desenvolvidas, a única valorização da mulher continua sendo a função de mãe.

Não ter filhos, devido a esterilidade ou infertilidade, ou ter filhos malformados ou doentes representa um castigo para a maioria das mulheres (MALDONADO, 2002). Isso acontece porque a função parental é esperada tanto para o indivíduo como parte do desenvolvimento pessoal e auge da vida adulta, quanto para a sociedade, sendo a sua ausência grande sofrimento (MAKUCH, 2006). A expectativa social em relação à chegada do primeiro filho é grande porque é vista como forma de consolidação da família e também de inserção do pai e da mãe em certos papéis sociais (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Para o casal, a expectativa em relação ao bebê pode ser maior, caso não existam outros projetos em suas vidas, e pode piorar, quando esse sonho é alimentado por parentes, pelo grupo social e por amigos. As consequências emocionais podem ser as mais variadas: ansiedade, tristeza, frustração, medo, culpa e isolamento.

A dificuldade de engravidar, segundo Moreira et al. (2005, p. 123), é vivenciada pelos casais “como uma experiência devastadora, comparando-a ao divórcio e ao diagnóstico de uma doença crônica grave”. Não fazer parte de papéis preestabelecidos pelo grupo em que se está inserido (namorar, casar e ter filhos biológicos) leva o indivíduo a conviver com rótulos ou estigma social (TUBERT, 1996).

A mulher ou o homem que descobre ter problemas que interferem em sua fertilidade, ou recebe o diagnóstico de esterilidade, se vê diferente de outras pessoas como se fosse *defeituoso* ou fora do padrão social, por não poder exercer a maternidade ou a paternidade biológica, expõe Makuch (2006).

Esse sofrimento é ainda maior para as mulheres a quem é atribuída a responsabilidade da infertilidade, levando-as à solidão, a enfrentar o problema mais de frente e, conseqüentemente, a despertar emoções negativas que podem interferir no seu dia a dia profissional, ao afastamento do convívio social e familiar e até mesmo do convívio com crianças, explicita Olmos (2003). Como consequência mais grave, segundo alguns grupos sociais e religiosos, a infertilidade pode fragilizar o vínculo conjugal devido às simbologias e às crenças em torno do significado do filho biológico, alertam Borlot e Trindade (2004).

1.3 AS TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E NOVAS POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÕES FAMILIARES

A diversidade de técnicas laboratoriais de RHA tem possibilitado aos casais aumentarem as suas chances de procriação quando detectada uma dificuldade de engravidar. Essas mesmas técnicas têm possibilitado que mulheres sem um parceiro e casais homossexuais também realizem o sonho da parentalidade, edificando novas construções familiares.

A modernização das tecnologias de reprodução humana e o aumento do controle de natalidade desencadeiam novas reflexões quanto aos problemas de filiação e à minimização do valor atribuído à ancestralidade. Além disso, essas novas tecnologias permitem que a produção seja independente, sem que haja a preocupação quanto a criança ter um pai ou não (SZAPIRO; FÉRES-CARNEIRO, 2002).

As modernas técnicas de reprodução humana assistida têm possibilitado às mulheres postergarem o sonho da maternidade em nome de outros projetos, como o seu lugar no mercado de trabalho e sua independência financeira (BARLOT; TRINDADE, 2004).

Talvez esses projetos sejam uma das influências que levam alguns casais, no século XXI, a decidirem voluntariamente por não ter filhos, ou seja, por abrirem mão da maternidade e da paternidade. Porém, conforme Makuch (2006), essa é uma escolha realizada por apenas 5% da população mundial, independente da função reprodutora, e acaba sendo uma corajosa decisão por parte dos casais, pois a construção de uma família sem filhos ainda é um fenômeno muito novo para a nossa sociedade que ainda convive com diversas gerações, entre elas, as que cobram uma família com filhos.

Com as técnicas disponíveis no mercado (Inseminação Intrauterina e Fertilização In Vitro), existe a possibilidade de o casal ou um dos parceiros gerar um filho com o gameta do casal (inseminação intrauterina homóloga) ou com um óvulo ou espermatozoide de terceiros (inseminação intrauterina heteróloga).

No entanto, para aqueles que desejam um filho, mas não o conseguem gerar, a doação de gametas e os bancos de espermatozoides são uma realidade cada vez mais presente em nossa sociedade. Contudo, existe uma incógnita sobre a sua repercussão nas famílias do futuro. Quayle (2006) acredita que o fenômeno da reprodução humana assistida está começando a desencadear conflitos sobre o conceito de parentalidade, família, maternidade e paternidade, o que tem conduzido os profissionais, envolvidos na área, a pesquisar as

consequências dessa revolução, suscitando reflexão sobre a noção de maternidade e paternidade, modificações no conceito de parentalidade e família.

Para a autora, surge a possibilidade de uma criança ser gestada por uma mãe e não ser geneticamente relacionada a nenhum dos pais; ter a genética de apenas um dos pais, ser gestada pela avó, tia ou desconhecida, além da possibilidade da construção da família por um casal homossexual.

Temos hoje diferentes denominações para as diversas construções familiares. De acordo com Ferreira e Röhrmann (2008), na atualidade, as famílias, organizadas a partir das novas uniões e baseadas na solidificação desse laço, se definem no amor e na afetividade e são nomeadas famílias pluriparentais ou mosaicos (em outras línguas *patchworks*, *ensambladas*, *step-families* e *recomposées*). Para os pesquisadores, é necessário que os novos membros da família se adaptem aos papéis assumidos nesse novo núcleo familiar.

Outra construção familiar existente é a família monoparental, que, segundo Leite (2004), pode ser constituída tanto pelo homem, vivendo sozinho com uma ou várias crianças ou no lar de parentes, quanto pela mulher, conhecida como mãe solteira. De acordo com o autor, a construção da família monoparental pode ser por opção do indivíduo ou por outros fatores, como separação e viuvez.

Esse novo arranjo familiar vem desencadeando um aumento na procura pelas técnicas de reprodução humana assistida (RHA), assim como pelos bancos de espermatozoides. Para Texeira, Parente e Boris (2009), as novas tecnologias possibilitam a realização do sonho da maternidade sem a mediação de um parceiro. Essa independência colabora com o comércio da reprodução humana, que, na atualidade, leva as pessoas a escolherem seus futuros filhos em *catálogos*, ou selecionar os melhores embriões como se escolhessem um *produto descartável*.

A revolução da informática e da internet contribuem para a mercantilização das modernas técnicas de reprodução assistida, por possibilitar o acesso à grande variedade de sites de clínicas e centros de RHA. Esse fenômeno transforma o desejo por um filho semelhante ao desejo por um bem de consumo, ou seja, um objeto o qual homens e mulheres tentam conseguir a qualquer custo, levando os profissionais da área da saúde a se questionarem sobre a saúde mental e sexual de seus pacientes.

Uma construção familiar que vem se beneficiando das técnicas de reprodução assistida e tem se tornado natural aos olhos da sociedade é a homoparental, que, conforme Santos (2004), são formadas por dois indivíduos do mesmo sexo biológico. Por meio das técnicas laboratoriais, esses casais homossexuais têm alcançado o sonho de formação da família por laços biológicos de pelo menos um dos parceiros.

Outra construção familiar existente são as famílias adotivas, que, segundo definição de Schettini, Amazonas e Dias (2006), são construídas por laços afetivos, mas não consanguíneos.

Não podemos ignorar, nessa nova realidade tecnológica, os custos referentes a essas técnicas. Os casais que desejam se submeter a esses procedimentos devem dispor de quantia em torno de três mil reais referentes a medicações, três mil reais para cada tentativa de Inseminação Intrauterina e dez mil reais por tentativa de Fertilização In Vitro (ZACHÉ; TARANTINO, 2009).

Aos casais que não possuem condições financeiras para arcar com todos esses custos, resta a busca por hospitais-escola e programas específicos que ofereçam tratamentos com custo reduzido ou gratuitos.

1.7 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA INFERTILIDADE

Conceituar e classificar a infertilidade foi uma maneira encontrada pelas pesquisadoras para situar o leitor que tem interesse nessa temática e que não está familiarizado com os termos técnico-científicos próprios da área.

Segundo Finotti (2001), a esterilidade é a incapacidade definitiva de conceber, e a infertilidade é uma incapacidade momentânea, sendo esta última definição a que melhor abarca o perfil dos casais de nossa pesquisa.

Corleta e Passos (2008, p. 289) delimitam ainda mais o termo infertilidade propondo que seja usado para definir quem não conseguiu engravidar após “um ano de relacionamento sexual sem uso de contracepção”, podendo ser caracterizada, como: infertilidade primária, quando o casal nunca concebeu e infertilidade secundária, quando já houve concepção. Já Tognotti (2000) afirma que a classificação do estado de infertilidade deve ser realizada de acordo com a situação da união atual, além disso, deve-se detalhar em um item a parte o passado reprodutivo de cada um dos parceiros, lembrando que uma gravidez prévia não significa ausência de infertilidade. Por isso, a necessidade de utilizarmos o termo *casal infértil* e de solicitarmos os exames clínicos ao homem e à mulher que desejam engravidar (PASQUALOTTO et al., 2006).

Devido ao envelhecimento do sistema reprodutivo e à maior ocorrência de aborto espontâneo por mulheres com idade acima de 35 anos, é considerada infertilidade, nessa faixa

etária, a dificuldade de engravidar após seis meses de relacionamento sexual sem uso de contracepção. Contudo, casais que possuam algumas doenças com reconhecida correlação com a fertilidade não necessitam aguardar o período tradicional para iniciar uma investigação clínica (SOUZA, 2001; FREITAS; DZIK; CAVAGNA, 2007).

Estudos mostram que mesmo para os casais em idade fértil com atividade sexual regular que não utilizam métodos contraceptivos e que não apresentam doenças que interfiram na fertilidade, a taxa de fecundidade não é maior que 20% por ciclo menstrual (IZZO, V. M.; IZZO, C. R., 2000; TOGNOTTI, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é um problema vivido por 8% a 15% dos casais. No Brasil, estima-se que mais de 278 mil casais tenham dificuldade de gerar um filho em algum momento da sua idade fértil (BRASIL, 2009).

1.8 ETIOLOGIA

De acordo com o levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é 30% de causa feminina, 30% de causa masculina e 40% de causa mista (PORCU-BUISSON, 2007, tradução nossa).

Na população geral, a taxa de infertilidade pode variar de 10 a 17%, o que justifica a relevância do fenômeno por nós estudado. Para Moreira, Lima, Souza e Azevedo (2005), essa porcentagem pode ser explicada pelo fato de que as mulheres estão postergando a gestação em busca de estabilidade profissional e financeira.

Alguns casos de infertilidade são conhecidos como infertilidade sem causa aparente (ISCA), enquanto outros, conforme Corleta e Passos (2008), são desencadeados por determinados fatores, alguns dos quais apresentamos abaixo.

Fatores femininos:

- Endometriose;
- Doença tubária e adesão pélvica;
- Disfunção ovulatória;
- Fatores cervicais;
- Hipotireoidismo;

- Fatores imunológicos;
- Alteração na fase lútea;
- Isoimunização antiespermatozoide;
- Fator coital ou vaginal;
- Fator uterino.

Fatores masculinos:

- Varicocele;
- Alterações genéticas;
- Deficiência de gonadotrofinas;
- Defeitos anatômicos;
- Infecções e inflamações das glândulas anexas;
- Reações imunológicas;
- Aumento da temperatura escrotal, o que provoca perda da qualidade do sêmen.

Fatores comportamentais:

- Uso de Fumo;
- Uso de Álcool;
- Alta ingestão de Cafeína;
- Uso de Maconha;
- Uso de Cocaína;
- Uso de drogas medicinais, mercúrio, cádmio, pesticidas, solventes e gases anestésicos.

Fatores socioculturais:

- Estresse;
- Excesso de exercício físico;
- Obesidade;
- Magreza;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);
- Fatores psicológicos.

Como podemos observar, a infertilidade pode ser desencadeada por múltiplos fatores, sendo necessária uma investigação detalhada em todas as áreas apresentadas para direcionar e

personalizar o tratamento e, assim, aumentar as chances de sucesso do casal infértil que procura engravidar. Não nos aprofundaremos nos fatores desencadeadores da infertilidade, por não ser o objetivo deste estudo. No entanto, indicamos a leitura de Tognotti (2000) e Corleta e Passos (2008) para aprofundamento no assunto.

1.9 PROPEDÊUTICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

A investigação clínica do casal infértil tem como objetivo identificar, através de dados da anamnese, exame físico e exames complementares, os fatores responsáveis pela ausência de gravidez. Por ser considerado um fenômeno multifocal, esse processo é realizado por uma equipe interdisciplinar que procede com consultas médicas, exames, avaliação psicológica, orientação em grupo, fechamento de um diagnóstico e indicação de tratamento para a infertilidade.

É importante ressaltarmos que vários casais, ao chegarem à consulta com os profissionais especializados já, passaram por outros médicos e buscaram diversas informações sobre o que, possivelmente, esteja acontecendo com eles. Porém, esse caminho percorrido e a grande quantidade de conteúdo acessado acabam gerando dúvidas e aumentando a ansiedade, o que evidencia a necessidade do aconselhamento e apoio durante a continuidade do tratamento (SEGER, 2009), ou seja, explicita a importância do trabalho da equipe interdisciplinar.

Constatamos que a saúde no Brasil tem, historicamente, apresentando desenvolvimento significativo na sua trajetória, principalmente em se tratando de trabalho em equipe, com profissionais de diversas especialidades das áreas de ciências humanas e biológicas.

A saúde enquanto qualidade de vida implica o olhar de várias áreas, entre as quais, a anatomofisiológica, social, cultural, psicológica, epidemiológica, ecológica, política etc. Segundo Carvalho e Lustosa (2008), esses múltiplos olhares se interligam em diferentes pontos, caracterizando a abordagem biopsicossocial e espiritual.

A partir da década de 80, conforme as autoras, com a entrada da psiquiatria nos hospitais gerais, inicia-se um novo campo de atuação denominado interconsulta. A interconsulta consiste na presença de um profissional de saúde, em uma unidade ou serviço

médico geral, atendendo à solicitação de um médico em relação ao atendimento de um paciente.

A diversidade na equipe tem possibilitado retornarmos à integralidade do cuidado dirigido ao paciente através não só do olhar da ciência médica, mas também de outras áreas. De acordo com as definições encontradas na literatura, a equipe pode ser classificada como:

- Multidisciplinar – envolve o olhar de vários profissionais de especialidades diferentes sobre um mesmo problema, ou seja, “pontos de vista diferentes que produzem objetivos teóricos diferentes” (SEGER-JACOB, 2006, p. 37).
- Interdisciplinar – “envolve diferentes profissionais que estejam preparados para intercambiar saberes de forma que se complementem, gerando alternativas e soluções pertinentes e eficazes para cada caso abordado” (CARVALHO; LUSTOSA, 2008, p. 02).
- Transdisciplinar – “é o atravessamento das fronteiras disciplinares, consideradas limitadas para dar conta de um problema” (SEGER-JACOB, 2006, p. 37).

Dessa forma, para se constituir uma equipe é necessário que todos os membros estejam harmonizados no que diz respeito a objetivos comuns e compartilhados. Também ressaltamos a importância de termos em mente que trabalhamos com pacientes multifacetados, inseridos em sua própria história de vida que espelha o *ethos* (conjunto de características) cultural da contemporaneidade, o ambiente e psicológico (WEINBERG; GOULD, 2001; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

A união de especialistas de diversas áreas em uma equipe tem possibilitado o aumento da demanda de especialistas nos hospitais e, com isso, proporcionado aos pacientes atendimento por profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, biologia, direito, pedagogia, farmácia, nutrição, enfermagem, terapia sexual, entre outras.

Na Reprodução Humana Assistida, a materialização desse fenômeno é patente uma vez que a infertilidade concerne a médicos, psicólogos e agentes sociais, pois requer do casal “uma redefinição de suas identidades como indivíduos e como casal”. Portanto, conforme nos instrui Kusnetzoff (1997, p. 21), a equipe deve possuir objetivos psicológicos, levando o paciente a aceitar sua disfunção ou incapacidade e estimulando a participação e a comunicação entre o casal e com os membros da equipe, a fim de que estes possam auxiliá-los

a lidar com o estresse bem como estabelecer pausas, ou até mesmo determinar o término do tratamento.

A consulta conjunta – atendimento médico e psicológico –, modelo divulgado por Ferrari e Luchina na década de 1980, recebe a denominação de interconsulta e tem como proposta substituir os pedidos de parecer entre os diversos profissionais envolvidos no processo; assim, dinamizando o retorno e possibilitando a discussão desses elementos em um só atendimento. Todavia, interessa apontar que essa proposta promove, ainda, a troca de saberes de diferentes especialidades que atuam no serviço de saúde (SANTOS, s/d).

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a construção do atendimento humanizado pela equipe consegue promover uma sólida apreciação das complexidades do comportamento humano, proporcionando a escuta ativa necessária para um bom relacionamento profissional-paciente.

1.6.1 Propedêutica médica

Apresentar a propedêutica médica (análise e estudo clínico dos sintomas de uma doença para a conclusão diagnóstica) é fundamental para entendermos parte do trabalho da equipe interdisciplinar, uma vez que o profissional da medicina conduzirá a trajetória do casal-paciente durante o tratamento da infertilidade.

O médico especialista em reprodução humana, associado por muitas pessoas ao ginecologista, é procurado por mulheres que chegam sozinhas ao atendimento especializado. Essa busca solitária por um especialista é comum devido a diversos fatores sociais e culturais, entre os quais, a associação por parte do homem entre (im)potência sexual e (in)capacidade reprodutiva. Porém, após certificarem-se de que esse profissional poderá ajudá-los, são iniciados os procedimentos com o casal (OLMOS, 2003; MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Essa busca solitária por parte das mulheres é confirmada através do levantamento realizado na Unidade de Medicina Reprodutiva de um hospital-escola do interior de São Paulo, a qual atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2005, foi constatado que 58,33% das mulheres que buscavam tratamento médico para engravidar chegavam sozinhas na primeira consulta com essa equipe (PERISSINI; PINTO, 2005). Por isso, é importante que, nas primeiras consultas, os profissionais reforcem a importância da presença do casal em

todas as consultas médicas, transmitam ao casal alguns fundamentos do processo reprodutivo e discutam orientações gerais sobre os exames a serem realizados (TOGNOTTI, 2001).

Conforme nos ensina Seger-Jacob (2006), os primeiros contatos do casal com a equipe iniciam a construção da relação profissional-paciente e a maneira como será conduzida essa relação refletirá na formação do vínculo com a equipe interdisciplinar e no sucesso ou fracasso dos atendimentos por ela realizados.

Para Leite, Makuch e Petta (2004, p. 47), “os profissionais que atendem esses casais inférteis, e, de forma particular, os médicos, são geralmente alvos de grande expectativa; as mulheres têm o desejo de encontrar um profissional atencioso, compreensivo, dedicado e, acima de tudo, sensível”.

Corroborando essa noção, Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005, p. 217) veem o papel clínico do médico como o de “realizar uma investigação completa, tratar quaisquer anormalidades, educar o casal a respeito do funcionamento do sistema reprodutor, dar ao casal estimativa de seu potencial de fertilidade, aconselhar a adoção quando apropriado e proporcionar apoio emocional”.

O médico deve, através do diálogo, colher a história clínica detalhada de ambos os cônjuges, enfocando os seguintes aspectos: idade, ocupação, tempo de infertilidade, paridade, características do ciclo menstrual, história das gestações, infecções pélvicas, cirurgias pélvicas, tabagismo, exposição a fármacos, substâncias tóxicas ou fatores ambientais e tratamentos prévios para infertilidade (CORLETA; PASSOS, 2008). Segundo Tognotti (2001), também é necessário realizar: o levantamento de doenças sexualmente transmissíveis, de tuberculose pulmonar ou genital, de uso de medicamentos, de drogas, da presença de processos alérgicos bem como da história familiar, investigando a presença de tuberculose, epilepsia, diabetes, malformações fetais, casamentos consanguíneos e fecundidade familiar.

Na investigação clínica, são solicitados alguns exames específicos para o homem e para a mulher, conforme a lista abaixo (FINOTTI, 2001, p. 609-611):

Homem:

- Espermograma: é um tipo de exame que analisa as condições físicas e composição do sêmen humano. É explorado para avaliar a função produtora do testículo e problemas de esterilidade masculina.
- Sorologia: estudo científico do soro sanguíneo. Na prática, o termo refere-se ao diagnóstico e identificação de anticorpos e ou antígenos no soro.

Mulher:

- Temperatura basal corporal: utilizado na avaliação da função ovulatória em ciclos espontâneos ou induzidos.
- Escor cervical: análise semiquantitativa de parâmetros às características do muco cervical (volume, filância, grau de cristalização) e abertura do canal cervical durante o ciclo.

- Biópsia de endométrio: o estudo histopatológico do endométrio realizado na segunda fase do ciclo (24º - 26º dia) representa um meio indireto de investigação da ovulação e da função do corpo lúteo.
- Avaliação hormonal: solicitada de acordo com a suspeita clínica. Principais hormônios solicitados na pesquisa básica: FSH, LH, Prolactina, Estradiol plasmático, Progesterona sérica, Testosterona livre, S-DHEA, Androstenediona, TSH, T3 e T4.
- Ultrassonografia pélvica transvaginal seriada (USG): monitorização da ovulação, avalia o crescimento folicular e a postura ovular. Analisa também as modificações sofridas pelo endométrio e na fase pós-ovulatória acompanha a formação e regressão do corpo lúteo.
- Histerossalpingografia: avalia o relevo e a luz do canal cervical, útero e trompas. Permite a comprovação da permeabilidade tubária, mas não de sua função.
- Histerossonografia: é uma técnica ultrassonográfica desenvolvida recentemente para avaliação do endométrio (tecido que recobre a parede interna do útero). Um espelho esterilizado é inserido pela vagina e o colo uterino é limpo com solução anti-séptica. Em seguida, um cateter é introduzido até o nível do fundo uterino, sendo feita instalação de solução fisiológica estéril na cavidade endometrial. Em mulheres com o colo uterino dilatado ou incompetente, também pode ser usado o cateter com balão, para prevenir derramamento retrógrado de solução fisiológica na vagina. O espelho é então removido e o transdutor inserido na vagina para emitir ondas ultrassons e captá-las, permitindo sua visualização num monitor.
- Videolaparoscopia: Técnica cirúrgica minimamente invasiva realizada por auxílio de uma endocâmera (vídeo) no abdômen (láparo). Para criar o espaço necessário as manobras cirúrgicas e adequada visualização das vísceras abdominais a cavidade peritonial é insuflada com gás carbônico.

Para complementar a investigação do estado clínico do casal, deve-se colher detalhadamente os dados sobre a vida sexual do casal, incluindo: início da atividade sexual, número de relações semanais, se há presença de penetração vaginal e de ejaculação no interior da vagina, se existe queixa de dispareunia (dor durante o ato sexual), como é a higiene após o coito, se estão presentes ou não a libido e o orgasmo, quais os métodos contraceptivos utilizados e seu tempo de uso (TOGNOTTI, 2001).

As informações referentes à sexualidade do casal são dados importantes para o diagnóstico da infertilidade; porém, há a dificuldade de se relatar o ato sexual para terceiros, sendo, assim, aconselhável o auxílio de um especialista na área sexualidade. Desse modo, Olmos (2003, p.55) acredita ser necessária a presença de um terapeuta sexual na equipe para “discutir as disfunções sexuais, os problemas psicológicos ou físicos que afetam a vida sexual do casal”, facilitando o acesso da equipe às informações e possibilitando uma intervenção adequada.

Ainda nas primeiras sessões, segundo o autor, o médico deve solicitar exames para verificar a imunidade da mulher para rubéola e, ainda, preparando a mulher para uma futura gestação, orientar a utilização de ácido fólico, antes da concepção e até as 12 semanas de gestação, para a prevenção de defeitos tubo neural (auxiliar na formação do bebê).

Além disso, faz parte da propedêutica médica a necessidade de realizar a pesagem da mulher para verificar o índice de massa corporal (IMC). Se o IMC for maior que 30, a mulher deve ser orientada a perder peso e para auxiliá-las nesse processo, o médico deve realizar o seu encaminhamento à nutricionista (OLMOS, 2003).

É importante ressaltarmos que toda essa “rotina propedêutica pode variar dependendo da população a ser atingida, das características da equipe médica ou da infraestrutura do serviço” (TOGNOTTI, 2001, p. 503).

De acordo com Seger-Jacob (2006) a adesão ao protocolo da instituição também dependerá da adequada orientação do profissional de medicina sobre a real importância do acompanhamento por um profissional da área de saúde mental e de outras áreas (nutrição, serviço social, terapeuta sexual, entre outros), deixando claro que acompanhar com outras especialidades não significa o término dos cuidados médicos. Portanto, ainda na concepção da autora, tanto em serviços públicos quanto particulares, os profissionais da área médica devem envolver, desde o início, especialistas das diferentes áreas no acompanhamento a casais inférteis para que não sejam considerados pelos casais como *mais uma despesa*, ou mesmo como uma última opção para a resolução do problema da infertilidade.

Após todos os exames realizados e a avaliação de todos os profissionais envolvidos, é definido o diagnóstico do casal e realizada a indicação do tratamento. Entretanto, é importante ressaltarmos que a ausência de qualquer causa orgânica, tanto feminina quanto masculina, caracteriza um quadro de infertilidade sem causa aparente, ou seja, ISCA (FINOTTI, 2001).

1.6.3 Atuação e intervenção psicológica

A Psicologia, considerada a partir da metade do século XIX um ramo da ciência que estuda o comportamento e os processos mentais, tem como principal foco o indivíduo. Neste estudo, vamos nos concentrar na Psicologia da Saúde por estar relacionada ao foco de nossa investigação

A Psicologia da Saúde, segundo Straub (2005), é um subgrupo da Psicologia que busca cuidar do bem-estar do indivíduo e tem como objetivo aumentar a adesão dos pacientes na investigação clínica e no tratamento médico, promovendo a saúde e prevenindo as doenças.

Sebastiani (2007, p. 05) acrescenta:

[...] é o conjunto de contribuições específicas, educacionais, científicas e profissionais da disciplina psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da enfermidade, identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, da enfermidade e das disfunções correlacionadas, e análise e melhoria do sistema de atenção à saúde e das políticas de saúde.

Na contemporaneidade, o psicólogo especialista em Psicologia da Saúde integra-se, cada vez mais, ao coletivo dos profissionais de saúde. Para tanto, conforme Farinati, Rigoni e Müller (2006, p. 434):

Utiliza-se de metodologia, princípios e conhecimentos da atual Psicologia científica, embasando-se no ponto de vista que o comportamento constitui, juntamente com causas biológicas e sociais, os principais determinantes da saúde e da maior parte das doenças e problemas humanos de saúde atualmente existentes.

O psicólogo da saúde, que “lida com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico” (SEBASTIANI, 2007, p. 10), deverá ir além dos limites do seu consultório, mantendo o contato com outras especialidades e, se necessário, atuar até de maneira emergencial.

A figura do psicólogo deve ser associada ao processo do diagnóstico clínico da infertilidade, pois é esse profissional que cuidará de todos os aspectos psicológicos do paciente que possam interferir no tratamento, conscientizando o casal infértil da magnitude de seus problemas dentro do contexto biopsicossocial (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Esse novo contexto, segundo Sebastini (2007, p. 02), “traz como vertente paradigmática o resgate da visão integral do indivíduo e a compreensão do binômio saúde-doença, como um fenômeno multicausal e interdependente na e da relação indivíduo-mundo”.

Além disso, Seger (2009, p. 81) defende a necessidade de o psicólogo ter “conhecimentos específicos na área médica à qual se propõe trabalhar” além de ser especializado em atendimentos breves e focais.

O número de psicólogos da saúde especializados em RHA ainda é pequeno; porém, devido às mudanças proporcionadas pela reprodução assistida na construção familiar, esse número está em progressão. Esse profissional especializado já está sendo inserido em algumas dessas equipes multidisciplinares de medicina reprodutiva desde seu primeiro contato com os casais inférteis, realizando uma entrevista inicial e, sucessivamente, o acompanhamento e a avaliação emocional dos pacientes (SEGER, 2009).

A conduta psicológica facilitará na formação do vínculo profissional-paciente e auxiliará a reforçar as orientações básicas realizadas pelo médico. Por isso, a importância de desmitificar o motivo do acompanhamento psicológico (STRAUB, 2005). Essa orientação da

inserção do psicólogo na equipe se faz necessária por persistir, ainda no século XXI, a crença irracional que associa a figura do profissional da saúde mental com o cuidado de *loucos* (aqueles que não estão em seu juízo perfeito).

Para Seger (2009), profissional e estudiosa da infertilidade, a avaliação do casal deve ser integrada à rotina das clínicas de RHA, pois o acompanhamento psicológico traz como benefício maior número de adesão ao tratamento médico uma vez que proporciona aos pacientes tranquilidade e auxílio no enfrentamento dos procedimentos.

A trajetória do tratamento da infertilidade é longa, com “extensos exames diagnósticos e tratamentos médicos de longa duração, capazes de precipitar diversos sintomas psicológicos” (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005, p. 20).

Fernández (2009, tradução nossa), psicólogo do Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR), na Argentina, realiza o acompanhamento psicológico dos casais em diferentes fases do tratamento, as quais ele descreve como:

Fase I – entrevista inicial;

Fase II – preparação aos pacientes para as etapas posteriores do tratamento médico;

Fase III – de apoio;

Fase IV – seguimento ou *fallow up* dos pacientes logo após o resultado do tratamento.

O psicólogo ressalta em seu trabalho a importância da avaliação psicológica para a detecção de fatores (psicopatologias graves, discórdias conjugais graves, abuso de substâncias, etc.) que indicam postergação ou desistência do tratamento da infertilidade.

Carvalho (2004) também vê como papel do psicólogo o aconselhamento ao casal, direcionando informações específicas da área e esclarecendo possíveis dúvidas que possam emergir. Além disso, numa postura terapêutica, o apoio ao casal, nos períodos de estresse, auxilia os pacientes a enfrentarem as consequências da infertilidade e do tratamento.

Na perspectiva da teoria biopsicossocial, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 22), o suporte psicológico auxiliará o casal a “enfrentar seus medos e desafios que a infertilidade traz, discutindo as decisões que tomarão em relação ao tratamento e ajudando-os a aumentar o sentimento de controle sobre suas vidas, reduzindo sentimentos de angústia e ansiedade”.

Em algumas equipes, as orientações, citadas anteriormente, são realizadas em grupos, o que para Seger (2009):

[...] auxilia na percepção de fazer parte de um grupo e tem como objetivo promover apoio educacional e psicoterapêutico, abordando aspectos emocionais, médicos e estimulando a comunicação entre o paciente e a equipe. Proporciona também a

discussão sobre temas específicos como sexualidade, pressões culturais da infertilidade e o aprendizado de técnicas de enfrentamento (*coping*). O seu funcionamento pode variar, podendo ser semanal, quinzenal ou mensal.

A proposta dos grupos psicoeducacionais é vista com bons olhos por diversos pesquisadores por levar informações consistentes aos pacientes e trabalhar com dados reais, possibilitando aos casais a busca por soluções para o seu problema além do laboratório de RHA (MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002). Esse trabalho proporcionará aos casais a reflexão sobre as possibilidades negativas e positivas dos resultados do tratamento da infertilidade.

Alguns grandes centros de referência em RHA oferecem aos casais a intervenção psicológica grupal, de base teórica cognitivo- comportamental com a finalidade de manter sob controle o estresse e, dessa forma, aumentar probabilidade de sucesso dos procedimentos.

Por isso, é aconselhado que todos os casais deem continuidade à psicoterapia, independentemente do resultado do tratamento. Caso o resultado seja negativo (momento vivenciado com dor e luto), o indivíduo necessitará da ajuda de um profissional para reorganizar seus projetos de vida. Caso seja positivo, isto é, o tratamento sendo bem sucedido, é importante a continuidade do acompanhamento profissional por se tratar de uma gestação diferente daquelas vivenciadas por pessoas que nunca precisaram passar pelas tecnologias da reprodução assistida.

1.8 TRATAMENTOS EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Para se submeter às técnicas de RHA, é necessário que o casal infértil tenha realizado todos os exames clínicos e recebido o diagnóstico que comprove a sua infertilidade.

Segundo Cavagna (2009, p. 8), a fertilização assistida é “o conjunto de técnicas que visam à reprodução humana, sem que haja relação sexual”. Podemos classificar em dois grupos as técnicas de reprodução assistida: i) técnicas de baixa complexidade, pelas quais a fecundação se faz no interior do corpo da mulher, como a inseminação intrauterina e a inseminação intraperitonal, e ii) técnicas de alta complexidade, nas quais a fecundação é extracorpórea e representada pelos procedimentos de fertilização *in vitro* (FIV) com transferência de embriões.

A indução de ovulação ou estimulação ovariana (amadurecimento de um ou mais folículos e a sua ruptura) pode ser considerada como uma técnica de baixa complexidade ou

uma primeira etapa para a realização de técnicas de alta complexidade. Essa técnica tem sido utilizada pelos ginecologistas como um recurso terapêutico na tentativa de ajudar os casais com distúrbio ovulatório a engravidarem. Também a utilizam para possibilitar o amadurecimento de vários folículos, visando à coleta de oócitos maduros, que serão posteriormente empregados em técnicas de FIV (PETRACCO; BADALOTTI; MORETTO, 2001).

Para Donadio, N. e Donadio, N. F. (2000), no entanto, as modernas técnicas de reprodução assistida só deveriam ser utilizadas como uma alternativa após o insucesso de procedimentos mais simples.

Nas sessões subsequentes, trataremos de cada uma das técnicas de reprodução assistida, com o propósito de diferenciá-las e, assim, propiciar maior esclarecimento sobre as mesmas.

1.8.1 Inseminação intrauterina (IIU)

A Inseminação Intrauterina, realizada pela primeira vez em 1791 pelo médico John Hunter e conhecida erroneamente como inseminação artificial, é a técnica mais simples dentre as técnicas de reprodução assistida (QUAYLE, 2006).

Apesar de ser um procedimento utilizado há mais de dois séculos, essa técnica de reprodução tem sofrido modificações e aprimoramento estando, ainda hoje, entre as modernas técnicas laboratoriais de reprodução assistida. Conforme apontado em 1.3, essa técnica pode ser dividida em: heteróloga e homóloga (LOPES; LOPES; BRANDI, 2001).

O procedimento é definido como processamento seminal e deposição intrauterina de espermatozoides por meio de cateter de inseminação (CAVAGNA, 2009, p. 08). Essa é considerada uma técnica laboratorial de baixa complexidade, baixo custo financeiro, com o resultado semelhante às técnicas mais complexas, como Fertilização *In Vitro* e Transferência de Embriões (FIV-ET) e Transferência de Gametas para as Trompas (GIFT) (FINOTTI, 2001).

1.8.2 Fertilização *in vitro* (FIV)

A FIV, considerada uma das mais modernas e complexas técnicas de reprodução assistida, teve o seu reconhecimento público com o nascimento de Lousine Brown, em 1978, na Inglaterra, ficando esse procedimento conhecido popularmente como *bebê de proveta*.

Para muitos casais, segundo Finotti (2001), a FIV acaba sendo um dos últimos recursos no tratamento de infertilidade devido ao seu alto custo financeiro.

De acordo com Cavagna (2009, p. 10, grifo do autor):

O tratamento pela FIV compreende as seguintes etapas: estimulação ovariana (estimulação farmacológica da ovulação), aspiração folicular para coleta de oócitos (coleta de oócitos para a fertilização *in vitro*), fecundação em laboratório (o sêmen é processado em laboratório e os espermatozoides são colocados em contato com os óvulos) e transferência de embriões para o útero.

Ao contrário da IIU, a FIV é uma técnica de alta complexidade e de mais altos custos, uma vez que sua realização percorre um número maior de etapas que exigem maior cuidado do profissional.

1.8.3 Injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)

A ICSI, indicada para os casos de infertilidade sem causa aparente (ISCA) é a técnica mais recente para o tratamento de infertilidade (FINOTTI, 2001). Outra indicação de uso dessa técnica, segundo Cavagna (2009), são casos de infertilidade masculina grave, em pacientes vasectomizados (esterilização cirúrgica) ou no insucesso de outras técnicas utilizadas previamente.

O procedimento dessa técnica “consiste na injeção de um único espermatozoide diretamente no interior do óvulo, utilizando-se um micromanipulador”. (CAVAGNA, 2009, p. 12), o que aumenta as chances de gravidez do casal.

No entanto, por ser essa a técnica de reprodução mais moderna, caracterizada como uma técnica laboratorial precisa, o custo do procedimento aumenta e a complexidade também.

1.9 INFLUÊNCIA DE FATORES EMOCIONAIS

A interferência dos fatores emocionais na fertilidade humana, e a preocupação com as consequências das modernas técnicas de RHA na saúde mental dos indivíduos têm sido alvo de estudos de psicólogos desde a década de 1950 (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

A preocupação por parte dos profissionais emerge do fato de que não estamos tratando apenas do aspecto biológico desses indivíduos, mas do desejo de concretização de seu sonho da maternidade e/ou da paternidade. O fenômeno da infertilidade, segundo Moreira, Maia e Tomaz (2002, p.77), “compromete não apenas o corpo, mas uma pessoa, no seu aspecto psicológico, nas suas relações conjugais, familiares e sociais e, em alguns casos, também no desempenho profissional”. Por isso, utilizar as técnicas laboratoriais como último recurso ou como a solução para os casais que não teriam chances de engravidar por vias naturais, constitui-se em uma nova fonte de esperança de ter um filho ou em desapontamentos pessoais (MONTAGNINE, 2007). A maneira de lidar com a situação, diagnóstico e tratamento diferencia-se entre homens e mulheres. Conforme pontua a autora (2007, p. 01), as mulheres vivenciam de forma negativa e “tendem a pensar mais na situação, o que diminui o envolvimento no trabalho, em atividades sociais e de lazer, deprimindo-se mais”. Outros sintomas, como ansiedade, autoestima mais baixa, culpa e vergonha, associadas à infertilidade, são acrescentados ao gênero feminino, afirma ainda a autora.

Os casais com dificuldades de engravidar já demonstram ansiedade desde o início da sua trajetória de busca por profissionais que possam auxiliá-los a solucionar a sua queixa de forma rápida e fácil. Para Montagnine (2007, p. 01), é um período de defrontar-se “com a falta de controle da capacidade reprodutiva do próprio corpo, contrariando as expectativas que teriam um filho quando desejassem”, ou seja, é a interrupção do projeto de vida pessoal de cada um dos cônjuges e do casal como unidade.

Para Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005, p. 217), o primeiro passo para o casal é assumir a dificuldade de engravidar e, em seguida, ter “disposição para realização de exames subsidiários com o intuito de revelar a causa do problema, a disponibilidade para realizar o tratamento proposto, a busca de informações, as lendas, os custos, a pressão familiar e da sociedade e a ansiedade pelo resultado”; são fatores que influenciam, de algum modo, no emocional do indivíduo.

Os transtornos mentais (Transtorno de Estado de Ânimo, Transtornos Adaptativos e Transtornos Alimentares) pré-existent ao diagnóstico podem vir a interferir na fertilidade das mulheres por desencadear “alterações do ciclo menstrual e reprodutivo”. Já outros transtornos, como os Transtornos de Ansiedade, podem surgir nas mulheres na fase de tratamento (IIU), reduzindo as chances de gravidez (MOREIRA et al., 2005, p. 120).

O diagnóstico das causas da infertilidade é tão negativo para os casais que chega a ser apresentado como uma experiência devastadora, comparada ao divórcio ou ao recebimento da notícia de que são portadores de uma doença crônica, como por exemplo, o câncer (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Semelhante às estratégias de enfrentamento, utilizadas pelos pacientes portadores de uma doença crônica, os casais inférteis utilizam recursos para conseguir vivenciar a confirmação diagnóstica da infertilidade. Essas estratégias, segundo Kübler-Ross (2008), são conhecidas como mecanismos acionados pelos pacientes para melhor enfrentarem a situação. Assim, quando os indivíduos recebem uma notícia que os leva a refletir sobre sua existencialidade e os faz depararem-se com a sua finitude, acionam esses mecanismos que são divididos pela autora em cinco estágios, não sendo regra o paciente passar por eles nessa ordem ou passar por todos os estágios; porém, a esperança estará presente em todos:

- Negação e isolamento: funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais.
- Raiva: quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento.
- Barganha: é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” autoimposta. A maioria é feita com Deus.
- Depressão: instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser.
- Aceitação: é quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do *repouso derradeiro antes da longa viagem*.

De acordo com a forma de enfrentamento do diagnóstico, o problema emocional já existente poderá ser agravado ou desencadeará nos indivíduos a vivência de uma nova crise psicológica. Entre as consequências dessa crise, individuais ou para o casal, podemos citar: redução de autoestima e da valorização no contexto social, isolamento social, investimento compulsivo no trabalho e dificuldades sexuais (MALDONADO, 2002; MOREIRA, MAIA, TOMAZ, 2002).

O impacto desse diagnóstico, segundo psicólogos que atuam na área da RHA, pode afetar o bem-estar do casal e sua qualidade de vida. As consequências podem variar, desencadeando sentimentos de “vergonha, culpa, profunda tristeza, ansiedade e angústia, constituindo uma importante fonte de estresse que afeta várias outras áreas da vida dessas pessoas, podendo gerar um estado de instabilidade emocional (incluindo a esfera sexual), ou seja, de crise” (MELAMED, 2009, p.41). Essa experiência, segundo Mansur (2003), pode

gerar um estigma social e levar os indivíduos que vivenciam esse fenômeno à alienação e ao isolamento.

De acordo com Goffman (1980), usa-se estigma em relação a um atributo profundamente depreciativo, isto é, fazemos afirmativas baseados em nossas concepções e as transformamos em expectativas normativas, quando, na realidade, elas foram criadas em relação àquilo que o indivíduo deveria ser, não ao que ele realmente é. O autor, aponta, ainda, que o estigma oculta uma dupla perspectiva. Desacreditado, quando o estigmatizado assume que sua característica distintiva já é conhecida ou imediatamente evidente. Desacreditável, quando esta característica distintiva não é conhecida e nem imediatamente perceptível.

Goffman menciona também que há três tipos de estigma claramente diferentes: abominação do corpo – referente às várias deformidades físicas; culpas de caráter individual – inferidas com base em relatos conhecidos, por exemplo, homossexualidade, tentativas de suicídio, etc.; e tribais de raça, nação e religião – transmitidos de geração a geração.

Para um melhor entendimento do que seja um estigma no universo da infertilidade, Straube (2009) esclarece que ele emerge após o casamento, no momento em que os casais buscam exercer a sua função social primordial: a reprodução. A ausência prolongada do filho dá margem a suspeitas e cobranças familiares e sociais, criando-se, assim, o estigma.

Segundo Gasparini e Terezis (2007), sentir-se diferente dos padrões estipulados pela sociedade pode ocasionar à mulher sentimentos de inveja e ódio de outras mulheres que conseguem a gestação, emergindo a culpa pelo problema e pela falta de fé. Para o homem, ser infértil é assumir a responsabilidade pela dificuldade que o casal vive (MONTAGNINE, 2007).

As crenças irracionais de punição ou castigo divino, despertadas nos indivíduos, os levam a buscar ajuda religiosa, à participação em rituais místicos e à busca por tratamentos alternativos (KAHHALE; SOUZA, 2007).

Outro importante fator presente na vivência dos casais inférteis é o estresse, que segundo Lipp (2003, p. 18), “é um processo e não uma reação única, pois no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de tensão, um longo processo bioquímico se instala”.

Para Moreira et al. (2005), o estresse está correlacionado com a infertilidade e, por isso, vem sendo estudado desde a década de 1950. Hoje, vários pesquisadores aprofundam essa investigação para avaliar suas possíveis causas e consequências, sendo comprovado que as mulheres inférteis têm mais chances de apresentarem maiores níveis de estresse do que as mulheres sem problemas para engravidar. Para muitas mulheres, a infertilidade é considerada

o evento mais estressante de suas vidas, o que ressalta o modelo do impacto dos estados psicológicos sobre a função reprodutiva (MOREIRA; TOMAZ; AZEVEDO, 2005).

Para Montagnine (2007), os casais que decidem passar pelas técnicas de RHA experimentam diferentes sintomas emocionais, em especial, a ansiedade; porém, apenas quem consegue lidar com as dificuldades do tratamento chega a procurá-lo.

O que diferenciara no tratamento desses indivíduos é a vivência ímpar dos casais, a forma como respondem a um mesmo estímulo estressor – a sua história de vida, suas estratégias de enfrentamento e o gênero (MOREIRA; MAIA; THOMAZ, 2002; OLMOS, 2003).

Mesmo que o estresse possa ser um fator desencadeante das alterações na função reprodutiva, não podemos isolar a influência dos “estados psicológicos”, ou seja, de um perfil multifatorial (MOREIRA et al., 2005, p. 119). Assim, o modo de enfrentamento ao estresse, segundo Maluf e Vasconcellos (2007, p. 69, grifo do autor), e a “todas as variantes emocionais, sociais e médicas envolvidas na situação, são denominadas como estratégias de *coping*”.

A função das estratégias de *coping* é de “gerenciar ou alterar o estressor, sendo classificadas como centradas no problema e quando buscam controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais diante do estressor são centradas na emoção” (SIMONETTI; FERREIRA, 2008, p. 20).

Segundo Damião et al. (2009, p. 1200), a definição mais aceita de enfrentamento é de que “as mudanças cognitivas e os esforços comportamentais constantes para administrar demandas específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como um fardo ou que excedem os recursos da pessoa”.

De acordo com Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 19):

[...] as dificuldades psicológicas decorrentes da infertilidade são complexas e influenciadas por diversos fatores, como diferenças de gênero, causas e duração da infertilidade, estágio específico da investigação e do procedimento médico, além da própria capacidade de adaptação do problema e da motivação para ter filhos.

Entendemos que não só o diagnóstico pode influenciar no emocional desses casais, mas também a ausência de um diagnóstico concreto (de um fator orgânico que esteja interferindo na gestação), como a ISCA. O resultado negativo do teste de gravidez ou a menstruação podem também intensificar a angústia, desencadeando revolta e decepção diante

do problema de infertilidade, significando a perda do filho desejado e dos sonhos que aí estavam investidos (GASPARINI, TERZIS, 2007; MONTAGNINE, 2007).

A somatória dos diversos fatores que permeiam a infertilidade influenciará na maneira como cada casal vivenciará cada fase da trajetória médica (JACOB-SEGER, 2000; CARVALHO et al., 2006).

Dado os apontamentos relacionados à vivência do casal (in)fértil, como o desejo do filho, as influências socioculturais, individuais e emocionais na busca pela maternidade e pela paternidade e a dissociação do sexo da reprodução pelas modernas técnicas de reprodução assistida, exploraremos, no próximo capítulo, a trajetória sociohistórica da sexualidade, com o propósito de melhor entendermos a vivência afetivo-sexual do casal (in)fértil.

CAPÍTULO 2 – SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE

CAPÍTULO 2 - SEXO, REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE

Como forma de nos auxiliar na busca pela compreensão da sexualidade de homens e mulheres, iniciamos este capítulo esclarecendo as definições de sexo, reprodução e sexualidade, para, posteriormente, adentrarmos a trajetória histórica da sexualidade; a conceituação da resposta sexual humana; a definição das disfunções sexuais e a associação entre sexo e reprodução.

O sexo biológico é definido no dicionário *Aurélio* (1986), como:

Conformação particular que distingue o macho da fêmea, nos animais e nos vegetais, atribuindo-lhes um papel determinado na geração e conferindo-lhes certas características distintivas. O conjunto das pessoas que possuem o mesmo sexo. Sensualidade, volúpia, lubricidade, sexualidade. Os órgãos genitais externos.

Poli (2001, p. 91), estudioso da sexualidade, sintetiza o conceito de sexo como “uma função encarregada de promover a reprodução através do coito”.

A reprodução, considerada até a Idade Moderna apenas como consequência do ato sexual, é a “capacidade que tem um organismo de originar outro organismo semelhante ao atingir certa fase do seu desenvolvimento” (BRASIL, 2006, p. 21). As dificuldades encontradas neste processo de reprodução, conforme discutido no Capítulo 1, são conhecidas como *infertilidade* e a impossibilidade de engravidar é conhecida como *esterilidade*.

Foi apenas no século XIX que os pesquisadores introduziram na literatura o uso do termo sexualidade. Para Poli (2001, p. 91), a sexualidade humana “está relacionada com o prazer” e engloba “todos os impulsos e as forças que promovem a vida”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2006, p. 22), a sexualidade:

[...] é muito mais do que sexo. Ela é um aspecto central da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. A sexualidade envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura. É importante buscarmos o autoconhecimento, para que possamos fazer as escolhas que sejam mais positivas para a nossa vida e para a expressão da nossa sexualidade.

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) categorizam o estudo da sexualidade com base em três perspectivas: biológica, sociocultural e psicológica, ou biopsicossocial, enquanto

Álvarez-Díaz (2007, p. 65) aborda a sexualidade, valendo-se de um escopo mais amplo, sob as perspectivas “biológica, psicológica, social, antropológica, cultural, legal, filosófica, etc.” Lopes e Vale (2010, a p. 03), em síntese, definem sexualidade como “um dos pilares da qualidade de vida”.

Assim, a análise da sexualidade pode seguir por diferentes prismas teóricos e ainda, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), estar interligada ao relacionamento interpessoal, ao autoconceito, aos padrões gerais de comportamento e à própria personalidade, dificultando uma única definição de normalidade sexual.

Portanto, por se manifestar de maneira extremamente *polimorfa*, a sexualidade humana dificulta definirmos, precisamente, um conceito para sexo normal ou anormal, argumenta também Vitiello (1998). Para o autor, os atos ou pensamentos *normais* em sexualidade são definidos de acordo com os padrões sociais (algo que a maioria das pessoas faz e pensa) ou que não prejudique a saúde de quem pratica ou sofre a ação do ato sexual.

Hentschel et al. (2006, p. 63) acrescentam ao critério de normalidade de Vitiello que “o sexo deve ser um elo completamente satisfatório entre duas pessoas que se amam, do qual ambos emergem despreocupados, gratificados e preparados para mais”.

Portanto, não há como utilizarmos um único conceito para todos os povos. Segundo o critério sociocultural apontado por Vitiello, semelhantemente ao critério biológico, afirma-se que uma relação sexual é normal quando há satisfação para ambos os parceiros não havendo prejuízo físico ou emocional a nenhum deles.

De acordo com o aspecto psicológico, Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 01, grifo dos autores) definem sexo normal como sendo aquele que permite a satisfação pessoal ou a adequação sexual de cada um e explicitam:

Se o indivíduo está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o de seu parceiro, ele é uma pessoa sexualmente *normal* ou adequada, sob o ponto de vista psicológico. Mas, se não estiver satisfeito com sua sexualidade e/ou com o desempenho sexual de seu parceiro ele está inadequado ou *anormal* sexualmente, de acordo com o seu próprio padrão normativo.

Outro fator que dificulta a concepção de normalidade sexual é a relativização do conceito, de acordo com o período em que o estudo é realizado. No século XIX, por exemplo, a relação sexual para ser considerada normal deveria ter apenas a finalidade de procriação enquanto, na atualidade, o prazer é destacado como fator principal do sexo (SILVA, 2001).

Dessa forma, para que possamos melhor compreender o comportamento sexual contemporâneo dos indivíduos, passaremos a um breve estudo da sexualidade através da perspectiva sócio-histórica.

2.1 TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA E CULTURAL DA SEXUALIDADE

Segundo a psicóloga e sexóloga Lins (1997), na Pré-História, período anterior a 3500 a.C., a mulher era extremamente valorizada por sua função procriadora e associava-se a sua fertilidade à produção da terra. O fenômeno da reprodução era visto como algo místico e desconhecia-se a participação do homem nesse processo.

Ainda de acordo com a autora, a noção de casal era ignorada e a construção da família envolvia todos os membros da mesma tribo, ou seja, era uma união coletiva, o que possibilitava que um filho tivesse vários pais e várias mães. Esse período é conhecido como período matriarcal, uma vez que a linhagem era feminina. A mãe, responsável pelos cuidados dos filhos, não podia se afastar da tribo, ficando responsável pela colheita enquanto o homem saía para caçar. Essa divisão das tarefas originou uma divisão sexual dos trabalhos.

Com o passar dos tempos, o homem começou a se organizar em grupos e, segundo Araújo (1999, p. 15), “sentiu a necessidade de estabelecer regras de convívio, ou seja, limites, a fim de conviver com os seus semelhantes. Nesse momento, o sexo se inseriu dentro das normas de convivência, nem sempre pacíficas”.

Segundo Tannahill⁸ (1983, apud ARAÚJO, 1999, p. 15),

[...] o ser humano modifica ou transforma a natureza ao descobrir, num primeiro momento, que pode semear e domesticar animais; e ainda, ao observar que os animais precisam copular para que a fêmea reproduza, descobre a paternidade, relacionando-a à necessidade de o homem fecundar a mulher.

Essa nova atividade possibilitou ao homem descobrir a sua importância no processo reprodutor, desvalorizando a função reprodutora da mulher. Com essa descoberta, o homem começou a se preocupar com o comportamento sexual da sua companheira para evitar criar crianças que não fossem seus filhos biológicos (LINS, 1997). Surge, então, a noção de casal, que, segundo Lins, é consolidada por meio do filho.

⁸ TANNAHILL, R. **Sexo na história**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

A nova organização social do relacionamento dos indivíduos proporcionou a criação de “todo um ritual de complexo simbolismo, que culminou no casamento, tal como o conhecemos, para normatizar o que é socialmente aceitável em matéria de exercício da sexualidade” (VITIELLO, 1998, p. 01). Essas transformações ocorreram a partir do momento em que os indivíduos foram tomando a consciência do *eu* e formando parâmetros intrapsíquicos, que desempenham importante papel no exercício da sexualidade, ao lado do componente social.

A partir dessas mudanças, o sexo deixa de ser apenas biológico e torna-se cultural, possibilitando que as diferentes culturas tenham “as suas próprias normas, crenças e valores referentes à questão sexual, que se torna importante na medida em que se relaciona com todas as variáveis que afetam o ser humano” (ARAÚJO, 1999, p. 15).

Na Idade Antiga (3.500 a.C. – 476 d.C.), na Grécia, a beleza e a harmonia eram cultivadas como dotes intelectuais, ou seja, um corpo belo era sinônimo de abrigo de um espírito nobre. Um costume muito famoso entre os gregos foi a pederastia, que segundo Araújo, (1999, p. 16), “consistia em um homem tomar como discípulo um menino já entrado na puberdade. O mestre lhe ensinaria tudo que fosse necessário para seu desenvolvimento intelectual e, em troca, teria do aluno afeição e carinho”.

No Império Romano, deu-se continuidade à valorização grega da mulher como mãe e esposa, sendo inadmissível a sua infidelidade. Um fenômeno interessante da época, segundo Araújo (1999), era a baixa fertilidade desse povo, que talvez fosse ocasionada pelo costume das casas de banhos, com águas de temperatura elevada, que interferia no processo da fertilidade.

Para os hebreus, nos ensina Vitiello (1998), a sexualidade se tornou mais uma obrigação, sendo a procriação a razão primordial para o relacionamento sexual. Existiam alguns tabus relacionados à sexualidade, sendo um deles o da menstruação, o qual, segundo Araújo (1999, p. 20),

[...] atribuía um estado de impureza à mulher. Neste caso, estavam proibidas não só as relações sexuais, mas também qualquer espécie de toque na mulher em período menstrual ou que tivesse qualquer perda sanguínea vaginal. A crença básica era que ela contaminaria e deixaria também impura a pessoa que a tocasse. Ao final do período de impureza, a mulher deveria ir à sinagoga e praticar um ritual de purificação, quando então poderia relacionar-se com o parceiro.

Outras características que a autora traz da sexualidade dos hebreus é que eles condenavam a prostituição, a infidelidade e qualquer tipo de relação sexual em que o sêmen não fosse depositado na vagina, como relação anal ou coito interrompido.

No início do cristianismo, a repressão da sexualidade continuou nos mesmos moldes da cultura hebraica (VITIELLO, 1998). O comportamento repressor, segundo Araújo (1999), valorizava a virgindade e a castidade, sendo o casamento indicado àqueles que não conseguissem se manter castos. A autora relata que os intelectuais da época que se converteram ao cristianismo controlaram suas paixões e o sexo através do intelecto, por acreditarem que o sexo seria o pecado do corpo. Tanto que Santo Agostinho considerou o sexo fonte de pecado – exceto o sexo sem prazer, para fins de procriação. A fim de facilitar a abdição do sexo, o sentimento de paixão também não deveria existir entre os cônjuges (ARAÚJO, 1999).

Na Idade Média (476 d. C. a 1453 d. C.), fim do Império Romano no Oriente, o casamento continua como na Idade Antiga, ainda segundo Araújo (2002, p. 71), consagrado não como um relacionamento amoroso, mas sim como um negócio de família. O principal papel dessa união era “servir de base a alianças cuja importância se sobrepunha ao amor e à sexualidade”; assim, a reprodução era parte desse contrato. Para Lins e Braga (2005), a construção da família com objetivos econômicos, e o sexo no casamento direcionado para fins procriativos, objetivando a chegada de futuros herdeiros e possibilitando a estabilidade do poder e das fortunas, são vistos como uma importante tentativa de controle da sexualidade.

A Igreja, uma das principais instituições desse período, regulamentou a relação entre as pessoas por meio do casamento, influenciando diretamente na política. A mentalidade do homem era totalmente dominada pela religião e aqueles que se afastassem de suas normas sofriam punição (LINS; BRAGA, 2005).

A partir do século XII, segundo Lins (1997), iniciaram-se mudanças de comportamento em relação ao amor e ao sexo, surgindo o amor cortesão, considerado um amor puro. Segundo a autora, o desejo sexual e a busca de sua satisfação eram vivenciados pelos jovens dessa época de maneira diferente, visto como uma experiência entre duas pessoas.

Durante a transição entre a Idade Média e a Idade Moderna, conhecida como Renascimento, a Europa é tomada pela sífilis, que assusta a população e é considerada como um castigo de Deus para punir a promiscuidade (ARAÚJO, 1999).

Na Idade Moderna (séculos XV ao XVIII), as mulheres, que começavam a desejar ser mãe, deveriam estar atentas em suas relações sexuais para não desrespeitar outro interdito da

Igreja: a proibição ao prazer erótico. Essa nova tentativa do catolicismo de controle à sexualidade dos casais desencadeou o aumento da procura de prostitutas por parte dos homens e, conseqüentemente, o aumento de DSTs (LINS; BRAGA, 2005).

No século XIX, era Vitoriana, de grande repressão, o olhar dos pesquisadores se volta para o fenômeno do controle sexual humano, possibilitando estudos e reflexões sobre a temática, ficando esse controle conhecido como *repressão sexual*. Segundo Chauí (1984, p. 13),

[...] a repressão não é apenas uma imposição exterior que despenca sobre nós, mas também um fenômeno sutil de interiorização das proibições e interdições externas (e, conseqüentemente, também das permissões) que se convertem em proibições e interdições (e, permissões) internas, vividas por nós sob a forma do desagrado, da inconveniência, da vergonha, do sofrimento e da dor.

Já Muraro (1996, p. 76) critica o uso da palavra *repressão* por achar que esta representa uma ideia de “coerção e padecimento corporais, tendo uma conotação negativa”. A autora sugere a utilização do termo *controle* como uma forma mais adequada para expressar as normas do comportamento sexual apregoadas pela classe médica tradicional.

Segundo Silva (2001), surgem, neste período, as pesquisas em sexologia, em consonância com a psicanálise, como mais um campo específico de estudo, que se dividiu em três diferentes correntes: i) organicistas, que direcionam o estudo para os hormônios, para a anatomia e fisiologia do ato heterossexual; ii) psicologicistas, que estudam os símbolos e a revelação de conteúdos para uma visão emocional da sexualidade; iii) ars erótica, estudo dos fluxos de energia cósmica e do prazer unificador.

A classe médica, no final do século XIX e início do século XX, por meio de um movimento social conhecido como Movimento Higienista, passou a dividir com a Igreja o controle da sexualidade humana, surgindo com esse novo olhar novas regras para a conduta sexual.

De acordo com Góis Júnior (2002, p. 51), existem várias teorias divergentes acerca do Movimento Higienista no Brasil. No entanto, é possível identificar em todas elas um ponto comum: o reconhecimento de seu objetivo, “o estabelecimento de normas e hábitos para conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual”. Outra importante contribuição desse movimento, segundo Carvalho e Piccinini (2008, p. 03), foi a sua contribuição para a “retirada da mulher do confinamento doméstico, para, em um segundo momento, reintroduzi-la na família, onde o seu papel foi fortemente marcado por dedicar-se ao amor filiar e ao consumo

dos serviços médicos”. Além disso, para os pesquisadores, esse movimento também se preocupava com as DSTs, cujo contágio aumentava com a liberdade sexual.

No século XX, marcado pelas inúmeras inovações tecnológicas, médicas, sociais, ideológicas e políticas, o papel da mulher na sociedade é modificado definitivamente devido a grandes acontecimentos, dentre os quais podemos citar as Grandes Guerras Mundiais, ressaltando a Segunda Guerra. Com a convocação dos homens para os campos de batalhas, muitos lares ficaram desprovidos de seu genitor, sendo necessário que a mulher assumisse a função do pai, saindo do espaço privado para o mercado de trabalho (AMAZONAS; BRAGA, 2006).

A mulher, que até então era obrigada a cuidar apenas da casa e dos filhos, se depara com um mundo totalmente novo, dominado pela figura masculina, no qual tem que enfrentar longas jornadas de trabalho recebendo remuneração inferior a dos homens.

Para Araújo (1999), a igualdade dos direitos profissionais, sociais e conjugais, e a liberdade sexual da mulher, no século XX, promoveram a mudança da estrutura familiar, que deixa de ser patriarcal e passa a ser democrática.

A revolução sexual surgiu como uma revolta contra a repressão sexual e possibilitou às mulheres a autonomia na decisão de postergar o casamento e a gestação em busca da informação, da educação e do saber, possibilitando-lhes maior liberdade em suas vidas. As representações específicas dos papéis femininos e masculinos tornam a família uma sobrecarga para a mulher. Então, lhe é dada a opção de *escolher* entre uma carreira e a maternidade, sendo em ambos os casos uma escolha individual (MURARO, 1996).

Essa possibilidade de escolha da mulher, citada no parágrafo anterior, foi proporcionada por importantes acontecimentos: o avanço tecnológico e a inserção da pílula anticoncepcional no mercado, marcando a marcha em direção a uma nova era. Em seus estudos, Badinter (1986) reconstitui a longa marcha das mulheres na busca pelo direito de administrar o seu próprio corpo livres da *obrigação* da maternidade. Essa luta resultou, nos anos 60, na revolução sexual, possibilitando que a mulher fosse mãe apenas voluntariamente, colocando a questão da procriação novamente no centro dos debates.

O marco dessa revolução, segundo Lins (1997), foi a chegada da pílula anticoncepcional, que desvinculou o sexo da reprodução e possibilitou que o controle da fecundidade retornasse às mãos das mulheres. Esse fenômeno possibilitou a fixação feminina no mercado de trabalho, colaborando para diminuição da divisão sexual das tarefas. Portanto, foi através do método contraceptivo que a mulher pode buscar gozar de sua sexualidade sem o medo de engravidar (TORT, 2001).

A década de 70, conforme expõe Araújo (1999), foi marcada por dois importantes acontecimentos: o Movimento para a Liberação Gay, que assumiu características políticas e foi de grande importância para o estudo da sexualidade e o nascimento do primeiro bebê de proveta, considerado um grande avanço para a reprodução humana. Já a década de 80 teve como marco o surgimento de uma nova doença, a AIDS, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Na contemporaneidade, as novas tecnologias de RHA (IIU, FIV, ICSI) contribuíram para uma nova faceta da dissociação do sexo da reprodução, não no sentido de evitá-la, como fez a pílula, mas possibilitando a reprodução independente do ato sexual. Para Loyola (2003), não foi apenas o sexo que foi dissociado do processo reprodutivo, mas também a sexualidade por meio da busca individual do prazer.

A liberdade de escolha do melhor momento para engravidar e as novas tecnologias de RHA possibilitaram à mulher, segundo Maluf (2008), investir no seu desenvolvimento intelectual e profissional, postergando a maternidade.

Outra consequência da busca pela igualdade entre o sexo masculino e o sexo feminino é a alteração do modelo familiar tradicional – passando a família a constituir-se não apenas a partir do casamento, mas, agora, a partir de uniões livres. As novas construções familiares, segundo Loyola (2003), começam a surgir com as mudanças de comportamento e com as novas tecnologias de reprodução assistida.

Enfim, esse processo evolutivo trouxe importantes modificações no contexto da sexualidade humana, da reprodução e da construção familiar, instigando pesquisadores a buscarem a compreensão desses fenômenos na sociedade e, assim, levando ao surgimento de novas áreas do conhecimento.

2.5 A RESPOSTA SEXUAL HUMANA

A resposta sexual humana é uma função biológica cujo funcionamento é similar a outras funções do nosso corpo, ou seja, deve haver uma ação mínima funcional para o seu bom desempenho (HENTSCHEL; ALBERTON et al., 2006).

Foi através da observação da função biológica, isto é, das alterações dos aspectos fisiológicos durante o ato sexual, que Havelock Ellis realizou, em 1897, a primeira tentativa

de classificar os componentes da resposta sexual humana. Segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 52, grifo do autor), o pesquisador:

[...] divide o ato sexual em duas fases distintas: *tumescência* e *detumescência*. A primeira caracteriza-se por um acúmulo gradual e crescente de energia, evidenciado pela congestão sanguínea no aparelho genital; a segunda, pela descarga da forte tensão acumulada e a descongestão vascular que sucede o alívio orgásmico.

Em 1920, Freud (2002) realizou um estudo revolucionário sobre a sexualidade humana, revelando para o mundo que a compreensão da sexualidade se faz desde a infância e se divide em zonas erógenas, que são representadas por cinco fases: oral, anal, fálica, de latência e genital. Citamos, neste estudo, a pesquisa de Freud por ser uma revelação importante para a Sexologia; entretanto, não nos deteremos em sua pesquisa pelo fato de extrapolar o foco desta dissertação.

Até 1923, os estudos da sexualidade voltavam-se para os fenômenos da ereção e da ejaculação, considerados estágios preconizantes para a realização do potencial orgásmico. Reich⁹ (1974 apud SILVA, 2001, p. 29) descreveu o processo bioelétrico do orgasmo “em duas grandes fases: uma de controle voluntário de excitação e outra de contrações involuntárias”. Partindo desses estudos, Silva (2001) descreve o processo sexual como potência orgásmica e o divide em cinco fases: i) fase de controle voluntário da excitação; ii) fase das contrações involuntárias e da subida rápida da excitação; iii) brusca subida para o clímax; iv) orgasmo; v) diminuição da excitação e relaxamento.

Segundo expõe Silva (2001), em 1926, o médico ginecologista Theodor Hendrik van de Velde realizou novos estudos sobre a sexualidade humana e dividiu o ato sexual em quatro fases:

5. Prelúdio, fase das conversas e dos carinhos em que ambos apresentam sintomas de destilações e lubrificações;
6. Jogos de amor, considerado um estágio de aproximação sexual;
7. União ou comunhão sexual (coito), que se caracteriza pela penetração do pênis na vagina e pela sequência de movimentos até o orgasmo;
8. Epílogo, fase depois da relação sexual em que aparecem o topor e o sono.

⁹ REICH, W. Psicopatologia e sociologia da vida sexual. São Paulo: Global, 1975, 269p.

No final das décadas de 40 e 50, novos direcionamentos foram dados ao estudo da sexualidade. Kinsey, um biólogo, realizou estudos para compreender o comportamento sexual humano que revolucionaram os conceitos de sexualidade *normal*. Desde então, houve uma “rediscussão e redefinição de uma série de comportamentos sexuais que até então pressupuíam-se pervertidos e/ou infrequentes em seres humanos *normais*” (SILVA, 2001, p. 32, grifo do autor).

Em 1954, Willian Masters e Virginia Johnson retomaram os estudos sobre as fases da resposta sexual humana, sendo esta retomada considerada pela ciência como o verdadeiro início dessa pesquisa. Devido às dificuldades da época, o início das pesquisas foi direcionado para a reprodução humana e somente após o respaldo científico é que se voltaram para o estudo da atividade sexual (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Esse estudo sobre a atividade sexual teve como objetivo compreender a fisiologia sexual humana através de uma pesquisa com 382 mulheres com idade entre 18 e 78 anos e 312 homens com idade entre 21 e 89 anos. O resultado da pesquisa, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), foi publicado em 1966 no livro Resposta Sexual Humana de Masters e Johnson. Nesse estudo, foram observadas semelhanças das reações funcionais que ocorrem nos dois sexos, geradas por um fenômeno neurofuncional comum: a vasocongestão.

Através dessa pesquisa sobre reação fisiológica aos estímulos sexuais, os autores definiram um ciclo da resposta sexual humana, apresentado em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. A continuidade dos estudos possibilitou outra importante contribuição: a terapia para o tratamento das disfunções sexuais (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Em 1979, Kaplan reconheceu que o modelo bifásico (tumescência e detumescência) da resposta sexual de Ellis era incompleto e propôs uma terceira etapa, a fase do desejo. Para Kaplan, era necessária a preparação dos corpos dos parceiros para uma união reprodutora, partindo de uma sequência ordenada do desejo sexual para a excitação, o orgasmo e, enfim, para a resolução (CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. 2006).

Segundo Silva (2001, p.42), Kaplan é considerada “a grande sintetizadora das abordagens psicanalíticas e comportamentistas no que se refere à terapia sexual”, tendo como referencial teórico para a realização da terapia sexual a abordagem teórica cognitivo-comportamental.

Na atualidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA (2002) propõe o modelo de Kaplan de desejo, excitação, orgasmo e resolução como o modelo

do ciclo da resposta sexual. Cada uma dessas fases apresenta características próprias, as quais iremos especificar abaixo.

A fase do desejo envolve fantasias acerca da atividade sexual e o desejo de ter atividade sexual (APA, 2002). Segundo Hentschel (2006), é um estado básico no indivíduo para que se inicie o ciclo da resposta sexual. As experiências prazerosas anteriores acerca da sexualidade e as fantasias, fatores subjetivos, estimulam o apetite sexual através do funcionamento do sistema nervoso central (fator anátomo-fisiológico) (KAPLAN, 1977; HENTSCHEL et al., 2006). Esses estímulos, segundo Masters e Johnson (1979), podem variar, mas devem ser adequados às necessidades individuais a fim de que a tensão sexual seja suficiente para ocasionar a excitação. A intensidade da fase do desejo determinará se a excitação será prolongada ou encurtada.

A segunda fase de excitação (*Plateau*), de acordo com a APA (2002, p. 467):

[...] consiste de um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. As principais alterações no homem consistem de tumescência e ereção peniana. As principais alterações na mulher consistem da vasocongestão pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa.

Tanto a excitação masculina quanto a feminina tem origem no sistema nervoso central e ambas podem ser estimuladas ou bloqueadas. Quando a excitação está no auge, os fenômenos ultrapassam os limites dos genitais, fenômeno que Hentschel et al. (2006, p. 62) explicam da seguinte forma:

[...] ocorre o aumento da frequência respiratória e cardíaca, e a pressão arterial se eleva. Todos os sentidos estão aguçados, e a pele pode apresentar o rubor sexual, manchas avermelhadas disseminadas pelo corpo. Os mamilos femininos e, às vezes, os masculinos estão eretos. Nos genitais, entretanto, é que acontecem as maiores transformações. A transudação vulvo-vaginal está aumentada, e as paredes no terço inicial se contraem, enquanto o útero é deslocado para cima e o colo é removido de dentro da vagina, ampliando a profundidade e a capacidade de seu fundo. O clitóris se torna proeminente, e algumas mulheres podem apresentar evidente exteriorização à custa da ereção dos corpos cavernosos clitoridianos.

A terceira fase, a do orgasmo, segundo a APA (2002, p. 468):

[...] consiste de um clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. No homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação de sêmen. Na mulher, ocorrem contrações (nem sempre experimentados subjetivamente como tais) da parede do terço inferior da vagina. Em ambos os gêneros, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente.

Essa fase clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual que é concentrada no clitóris, na vagina e no útero da mulher e no pênis, na próstata e na vesícula seminal do homem, dura poucos segundos (MASTERS; JOHNSON, 1979).

A última fase, a de resolução, segundo a APA (2002, p. 468):

[...] consiste de uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Durante esta fase, os homens são fisiologicamente refratários a outra ereção e orgasmo por um período variável de tempo. Em contrapartida, as mulheres podem ser capazes de responder a uma estimulação adicional quase que imediatamente.

Essa derradeira fase do ciclo da resposta sexual humana pode ter duração de minutos, para um jovem, e de horas ou dias, para um indivíduo em idade mais avançada (ABDO, 2000, a; HENTSCHEL et al., 2006).

O ciclo sexual é descrito diferentemente por Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 53, grifo do autor). Para os autores as fases são:

- A *fase de apetência (desejo, segundo Kaplan)* é uma etapa subjetiva, de comportamento encoberto. As demais fases são evidentes por apresentarem manifestações orgânicas objetivas.
- A *fase da excitação (tumesência segundo Ellis; vasocongestiva genital para Kaplan; excitação e platô de Masters e Johnson)* tem como característica subjetiva o fenômeno da excitação sexual crescente, objetivamente manifesta pelo binômio vasocongestão/reação miotônica. Nessa fase, o sistema simpático é dominante.
- A *fase do orgasmo (reação orgásmica de Kaplan; orgasmo para Masters e Johnson)* é objetivamente caracterizada pelo quadro miotônico das contrações musculares reflexas. Subjetivamente é marcada pela sensação de prazer sexual, perda da acuidade dos sentidos e sensação de desligamento do meio externo, referida por Kinsey como *la douce mort*. No campo neurológico, domina o sistema simpático.
- A *fase de relaxamento (detumescência de Ellis; resolução para Masters e Johnson)* caracteriza-se pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há uma constatação objetiva do relaxamento muscular e da descongestão sanguínea; subjetivamente, é marcada pela sensação de alívio e cansaço, com retorno à plenitude sensorial.

Os estudos mais recentes sobre o ciclo da resposta sexual foram realizados pela psiquiatra Basson, especialista em sexualidade feminina. Segundo Fleury, (2004) para Basson “é o desejo por intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo da resposta sexual”.

Segundo Fleury (2004), Basson explica que, ao iniciar a experiência sexual, a mulher deve ter motivação, a qual é encontrada na intimidade emocional com o parceiro, a fim de seguir para a fase de desejo e excitação. Ainda para Basson, o tempo do relacionamento também diferenciara o tipo de desejo. No início do relacionamento, o desejo é sempre espontâneo enquanto em um relacionamento de muitos anos o desejo é responsivo. Segundo

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 54), a motivação é necessária principalmente em relacionamentos mais duradouros, em que “as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade do que propriamente de uma estimulação sexual física”.

O prejuízo funcional em uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual é considerado, segundo a APA (2002), como transtornos da resposta sexual. Explicitaremos essas disfunções sexuais, no subitem a seguir.

2.6 DISFUNÇÕES SEXUAIS

Após o esclarecimento das fases da resposta sexual, torna-se mais fácil o entendimento das disfunções sexuais. Mesmo sendo essas conhecidas há milênios, apenas no século XX é que foram classificadas como quadros patológicos (ABDO, 2000, a). De acordo com o código internacional de doenças – CID 10 (OMS, 1993), as disfunções sexuais não causadas por transtorno ou doença orgânica são classificadas como:

- Ausência ou perda do desejo sexual.
- Aversão sexual e ausência de prazer sexual.
- Falha de resposta genital.
- Disfunção orgásmica.
- Ejaculação precoce.
- Vaginismo não-orgânico.
- Dispareunia não-orgânica.
- Apetite sexual excessivo.
- Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica.
- Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada.

A disfunção sexual, segundo Vitiello (1998), é o não cumprimento do ciclo da resposta sexual. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002, p.467), caracteriza-se “por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal”. Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) insistem na afirmativa de

que a disfunção sexual é um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica, que tem causas orgânicas e psicológicas.

De acordo com a OMS (1993, p. 188), quando não causadas por um transtorno ou doença orgânica, o quadro de disfunções:

[...] cobre os vários modos nos quais um indivíduo é incapaz de participar de um relacionamento sexual como ele desejaria. Pode haver falta de interesse, falta de prazer ou falha das respostas fisiológicas necessárias para a interação sexual efetiva (p. ex. ereção) ou incapacidade de controlar ou experimentar o orgasmo.

Segundo Moreira (2000), existem alguns elementos que podem interferir na sexualidade quais sejam: relações de gênero; educação rígida; trauma; estresse e doenças, principalmente endócrinas e vasculares. Abdo e Fleury (2001) acrescenta a esses fatores a idade biológica e os aspectos a ela diretamente relacionados; a capacidade de identificação e comunicação das dificuldades sexuais e os antecedentes pessoais: história de vida, iniciação sexual e evolução dos relacionamentos.

Para Lopes e Vale (2010, a), em decorrência do impacto causado pela disfunção sexual no relacionamento conjugal, é importante a abordagem adequada nos consultórios. Para Abdo (2008, p. 55), é essencial que o profissional realize o levantamento “da queixa do(a) paciente e/ou da(o) parceira(o), aliada a presença dos elementos de anamnese”. É critério indispensável para a caracterização como patologia que a sintomatologia persista por, no mínimo, 6 meses. Também é relevante para o diagnóstico, planejamento terapêutico e prognóstico, a distinção entre transtornos sexuais primários (ao longo da vida) e secundários (adquiridos) e generalizados (presentes em qualquer circunstância) ou situacionais (manifestados somente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias).

Quando a disfunção sexual está presente na mulher, conforme explicitam Lopes e Vale (2010, b, p. 03), é definida como “uma desordem persistente e recorrente do desejo/interesse sexual, da excitação subjetiva e genital, no orgasmo e/ou dor/dificuldade para permitir a relação sexual”. Os autores classificam tal disfunção como: disfunção do desejo, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo, dispareunia e vaginismo.

No homem, segundo Glina (s/d), as disfunções sexuais mais comuns são a inibição do desejo, a disfunção erétil e os distúrbios ejaculatórios, entre eles a ejaculação precoce e a anorgasmia (ejaculação retardada e dificuldade de ejacular).

Em um levantamento realizado sobre a vida sexual do brasileiro, no período de 2002 a 2003, nas cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), foram

entrevistados 7000 sujeitos – 54,6% homens e 45,4% mulheres acima de 18 anos. Do universo entrevistado, 28,5% das mulheres e 18,2% dos homens afirmaram apresentar alguma dificuldade sexual, percebendo Abdo (2004) que a queixa aumentava com o avançar da idade.

Com relação às disfunções sexuais, a autora afirma que:

- A inibição do desejo sexual foi reportada por 8,2% das mulheres e 2,1% dos homens, sendo essa queixa mais frequente acima dos 60 anos.
- A dor na relação sexual (dispareunia) foi apontada por 17,8% das mulheres e 4,5% dos homens, atingindo homens e mulheres entre 18 e 25 anos com maior frequência.
- O sentimento de aversão sexual foi apresentado por 7,9% das mulheres e 5,1% dos homens.
- A dificuldade de excitação durante o ato sexual foi relatada por 26,6% das mulheres pesquisadas, sendo mais frequente acima dos 60 anos.
- A dificuldade de atingir o orgasmo foi relatada por 26,2% das mulheres e 4,9% dos homens, sendo mais frequente entre os 18 e 25 anos.
- A ejaculação rápida (precoce) foi citada por 25,8% dos homens pesquisados, mais frequente entre 18 e 25 anos.
- A capacidade de obter e/ou manter ereção foi confirmada por 54,9% dos homens.

Com base nesses dados, observamos que a disfunção sexual pode trazer prejuízos individuais ou para o casal, o que pode interferir na fertilidade conjugal, por não permitir, na grande maioria dos casos, a finalização do ato sexual. Para melhor compreensão desse fenômeno abordaremos essa temática na próxima sessão.

2.7 SEXO E REPRODUÇÃO

Ao longo da história, a reprodução humana sempre foi vista como um processo natural realizado através do coito entre um homem e uma mulher. Na atualidade, as técnicas de reprodução assistida têm garantido a possibilidade de reprodução independente do coito. Com isso, a maternidade e o casamento são hoje projetos distintos (MELAMED; SEGER, 2009).

O corpo feminino, segundo Melamed e Seger (2009, p. 61):

[...] é privilegiado como objeto de ação da intervenção médica sobre o processo de reprodução assistida, as delimitações sentidas ou impostas ao homem, no decorrer do tratamento, são confirmadas pela desvinculação da reprodução sem sexo, numa cultura que valoriza a virilidade e a associa ao poder reprodutor outorgado à ciência quando não exclusivamente ao médico.

Esse privilégio concedido à mulher e o fato de que o homem tem que passar por todos os estágios do ciclo da resposta sexual humana para poder reproduzir, enquanto a mulher pode ser fértil mesmo sendo portadora de uma disfunção sexual compõem alguns dos estudos voltados para a sexualidade e para a fertilidade conjugal. (HENTSCHEL et al., 2006).

De acordo com Melamed e Seger (2009, p.61), “vários estudos mostraram uma grande identificação entre masculinidade-virilidade e capacidade de engravidar uma mulher”. A obrigação social de o homem ter relações sexuais está delineada em seu comportamento desde o nascimento, o que faz com que qualquer dificuldade sobre essa capacidade possa interferir na sua imagem de homem (GÓIS JÚNIOR, 2002). Ainda segundo Maldonado e Canella (2003, p. 180), “fazer filhos é, para o homem, sinônimo de potência, de ser bom reprodutor, sobretudo quando consegue gerar meninos”.

Assim, além da função biológica, a reprodução tem para os seres humanos uma função social. Para seguir essas regras sociais é necessário que os casais, dentro da instituição do casamento, tenham uma regularidade e frequência máxima de relações sexuais para terem um bebê (TORT, 2001).

O aumento da frequência da relação sexual, no entanto, pode vir a ser exagerado e tornar-se um comportamento compulsivo, deixando de ser satisfatório e agradável para tornar-se frustrante por não atingir o objetivo desejado, que é a gravidez (ÁLVAREZ-DÍAZ, 2007, tradução nossa). Com isso, o prazer na relação sexual acaba sendo substituído pela obrigação de realizar uma tarefa, ou seja, tentar copular em dias férteis para aumentar a chance de engravidar (LOPES, 1993).

Nas palavras de Moreira, Maia e Tomaz (2002, p. 78), a pressão criada pelos médicos e pelos próprios casais: a focalização excessiva sobre a procriação, principalmente nos períodos de ovulação, em que a relação sexual se torna obrigatória; e o impacto psicológico da infertilidade podem afetar de maneira negativa o emocional desses indivíduos, desencadeando “problemas de impotência, ejaculação precoce, vaginismo, diminuição da libido, excitação sexual prejudicada e dificuldade orgásmica. Esse declínio na qualidade do ato sexual, apresentado por casais com dificuldade de engravidar, surge em decorrência da

perda da espontaneidade da relação durante toda a investigação clínica e tratamento da infertilidade”.

Os próprios instrumentos terapêuticos e os sucessivos tratamentos para solucionar a infertilidade acabam afetando a intimidade sexual entre os parceiros, desvinculando as relações sexuais do ato reprodutivo, destruindo a responsividade sexual adequada do casal (LOPES, 1993; GASPARINI; TERZIS, 2007).

Dessa maneira, entendemos que os problemas sexuais podem ser causados ou agravados pelo diagnóstico, pela investigação ou gestão da infertilidade (MALDONADO, M. T., DICKSTEIN, J., NAHOUM, J. C., 2000; READ, 2004, tradução nossa) e que o fato de alguns casais “não falarem sobre a sexualidade ou até insistirem em afirmar que tudo está ótimo, não significa que seja assim” (MELAMED; SEGER, 2009, p. 63).

Em suma, corroborando as contribuições dos autores citados, advogamos que as disfunções sexuais devem ser avaliadas para além do biológico, considerando os fatores psicossociais (pressão social pode levar o homem a desenvolver mecanismos paranóides sobre si e o seu comportamento sexual), culturais, psicológicos (estado de humor e distúrbios psíquicos severos) e conjugais (ABDO, 2000 b; GÓIS JÚNIOR, 2002; PODGAEC, ABRÃO, ALDRIGHI, 2005).

CAPÍTULO 3 – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

CAPÍTULO 3 - PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

A modalidade fenomenológica foi escolhida para que possamos compreender e analisar o fenômeno da *vivência afetivo-sexual de oito casais inférteis*, que estão sendo submetidos a tratamento em um programa de medicina reprodutiva de um hospital-escola do interior paulista.

Essa modalidade de metodologia qualitativa, segundo Monteiro et al. (2006), está alicerçada em pressupostos compreensivos e interpretativos em relação ao fenômeno interrogado. Por essa razão, essa modalidade de metodologia nos conduzirá aos significados atribuídos pelos oito casais ao fenômeno citado, possibilitando, assim, que se compreenda o sentido dessa experiência.

O acesso aos significados da experiência já vivida se dá por meio da entrevista fenomenológica, que tem como objetivo surpreender o vivido no presente, “quando a experiência da pessoa é pensada de repente e dita como pela primeira vez” (AMATUZZI, 2007, p. 21). Por esse motivo, esse tipo de pesquisa é considerada dialética e mobilizadora.

Conforme Bruns (2007), para indagar os fenômenos psicológicos, a fenomenologia possibilitou uma nova postura de procurar interrogar as experiências vividas e os significados referidos pelo sujeito, isto é, procurar centrar-se na relação sujeito-objeto-mundo e não priorizar o objeto. Portanto, na perspectiva fenomenológica não existe a percepção do mundo como um dado bruto, desprovido de significados, mas acredita-se que a realidade e os objetos existem para um sujeito que lhes atribui significados.

Para o melhor entendimento do método que adotamos em nosso estudo, apresentamos, de modo conciso, as origens da modalidade fenomenológica, que segundo Bello (2006, p. 17), nasceu da corrente filosófica denominada Fenomenologia, cujo pai e mestre é Edmund Husserl. O nome dessa escola deriva-se da junção de duas palavras: “*Fenômeno*, aquilo que se mostra; não somente aquilo que aparece ou parece e *Logia*, deriva-se da palavra *logos*, que para os gregos tinha muitos significados: palavra, pensamento”. Desse modo, a fenomenologia é a reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra.

A trajetória dessa modalidade inicia-se pela redução fenomenológica ou *Epoché*, isto é, o pesquisador aproxima-se do fenômeno que está investigando, colocando em suspensão todo o conhecimento anteriormente adquirido, ou seja, segundo Giorgi (1989, p. 143), “[...] colocamos entre parênteses a coisa tal como a conhecemos a fim de observar nossa

experiência dela”. Só assim, livre de elementos pessoais e culturais, o pesquisador poderá abrir-se para a vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial, a fim de que resulte uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva dessa vivência (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Bello (2006, p. 21), o método fenomenológico é um “caminho para se chegar à compreensão do sentido das coisas”. Esse percurso é constituído pela redução eidética que se refere à busca dos sentidos, ou *essência (eidos)* dos fenômenos e pela redução transcendental, que é a forma como o sujeito se percebe no mundo.

Assim, na concepção de Holanda (2007), a pesquisa fenomenológica busca acessar essa apreensão da realidade, partindo-se do sentido dela para uma subjetividade intencional, ou melhor, busca alcançar o significado da realidade e do mundo para um indivíduo que é encarado como ator e protagonista da sua própria vivência. Ainda, conforme o autor, para que essa *essência (eidos)* do fenômeno seja alcançada, é necessário contemplar três elementos fundamentais: (i) redução fenomenológica; (ii) intersubjetividade entre os depoimentos dos colaboradores; (iii) retorno ao vivido da experiência relatada dos colaboradores.

Segundo Rezende (1990, p. 18), de posse dos discursos dos sujeitos/colaboradores, o pesquisador realiza a sua leitura e apresenta a vivência dos colaboradores, conforme uma estrutura didática composta por seis características, revelando, assim, o fenômeno:

7. Ser significativa: buscar abranger, ao máximo, a riqueza dos sentidos que envolvem o existir humano, enumerando todos e somente os aspectos indispensáveis para que possamos dizer *que fenômeno é este*.
8. Ser pertinente: o discurso não deve omitir nenhum dos aspectos que integram a estrutura significativa do fenômeno; a descrição deve mostrar o fenômeno em sua articulação de sentidos, explicando a significância do fenômeno que interessa desvelar, e não de outro.
9. Ser relevante: buscar a concretude do fenômeno interrogado, quer dizer, sua presença no mundo.
10. Ser referente: deve haver uma inter-relação dos elementos que constituem o fenômeno, isto é, sua contextualização no mundo, no tempo e no espaço.
11. Ser provocante: não se contentar em dizer de que maneira as respostas estão sendo dadas, porém de que outras maneiras elas poderiam, ou deveriam ser dadas.
12. Ser suficiente: importa dizer e redizer, sem que se tenha nunca a impressão de que tudo foi dito.

Para que se alcancem os significados atribuídos pelo sujeito à situação pesquisada, segundo nos diz Holanda (2007), é necessário situar o fenômeno como o sujeito que o está vivenciando, criando, pois, uma relação de intersubjetividade.

Importa dizer que este estudo teve início com base na seguinte indagação: *Como é a vivência afetivo-sexual de casais inférteis?* Posteriormente, a questão foi dirigida aos colaboradores

por meio de uma entrevista compreensiva, que nos possibilitou o acesso à vivência original do fenômeno indagado.

Dessa forma, para que *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis* seja explicitada e compreendida, o fenômeno será colocado entre parênteses (*Epoché*) para o abordarmos tal como ele se apresenta, conforme postulado pelos autores por nós visitados.

3.1 MOMENTOS DE REALIZAÇÃO DA ANÁLISE

Explicitaremos os passos do trajeto para a análise do fenômeno interrogado: *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis*

De posse das entrevistas gravadas, seguimos os quatro momentos sugeridos por Martins e Bicudo¹⁰, conforme apontados por (1989, apud Bruns 2007, p. 73), para realizar a análise dos depoimentos dos colaboradores. São eles:

5. O primeiro momento caracteriza-se pela transcrição dos depoimentos dos entrevistados, pela leitura ampla de todas as entrevistas do princípio ao fim, com a intenção de familiarizar-se com a descrição da experiência vivida e apreender o sentido geral do fenômeno indagado. Nesse momento, o inquiridor estabelece uma relação empática com a situação relatada pelo entrevistado, para poder sistematizar a experiência vivida.
6. O segundo momento marca-se pela intenção de caminhar para a elaboração da discriminação das unidades de significados, as quais são extraídas após a releitura de cada depoimento, tendo em vista que não existem *per se*, mas somente em relação à perspectiva e interrogação que o pesquisador dirigir ao fenômeno. Isto quer dizer que, nessa modalidade de pesquisa qualitativa, a realidade psicológica não está pronta; ela é construída pelo pesquisador no decorrer do processo de análise.
7. O terceiro momento define-se pelo seguinte: após a obtenção das unidades de significado, o pesquisador busca agrupá-las em temas ou categorias, que expressam o insight psicológico nelas contido, ou seja, é a transformação da linguagem coloquial do entrevistado no discurso psicológico. Essas transformações são pertinentes porque os depoimentos espontâneos dos entrevistados ocultam realidades múltiplas que o pesquisador deseja explicitar.
8. O quarto momento sintetiza e integra os insights contidos em todas as unidades de significado, obtidas no terceiro momento, as quais podem ser agrupadas em temas ou categorias em função das convergências e/ou divergências dos significados atribuídos pelos entrevistados e que constituem os aspectos essenciais da estrutura compreensiva geral do fenômeno.

Segundo Bruns (2007), sendo o discurso do ser humano inacabado e incompleto, os horizontes de compreensão do fenômeno vivido são inesgotáveis.

¹⁰ MARTINS, J.; BICUDO, M.A. A pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Moraes, 1989.

Desse modo, os passos descritos acima direcionarão a nossa análise a fim de obtermos a compreensão do fenômeno da *vivência afetivo-sexual de casais inférteis*.

3.5 ACESSO AOS COLABORADORES

O presente estudo foi desenvolvido em um hospital-escola do interior paulista—considerado de grande porte por prestar atendimento em várias especialidades médicas através do Sistema Único de Saúde (SUS), conveniados e particulares.

No Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, está inserida a Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia, composta por uma equipe interdisciplinar que conta com médicos, psicólogos e assistente social.

A técnica de reprodução humana assistida disponível na instituição, até o momento desta pesquisa, é a Inseminação Intrauterina (IIU), sendo oferecida três tentativas aos casais que tenham indicação para esse tratamento. Em caso de insucesso, os casais recebem alta da instituição.

3.6 DIFICULDADES VIVIDAS NO ACESSO AOS COLABORADORES

Após a autorização do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Unidade de Medicina Reprodutiva e Imaginologia, do Serviço de Psicologia e da Comissão de Aprimoramento (COAPRIMO), foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital-escola o projeto desta pesquisa, em conformidade com os requisitos relacionados aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (ANEXO A), começamos a acompanhar os atendimentos realizados na Unidade de Medicina Reprodutiva e a fazer o Rapport (relação única de confiança mútua ou afinidade emocional) com os casais que apresentavam queixa de infertilidade.

Depois de estabelecermos contato com os casais durante a rotina estabelecida pela equipe, ou seja, durante as consultas médicas ou no grupo psicoeducacional; ou, ainda, por telefone para obter informação das datas de retorno às consultas médicas, do dia em que

estariam no hospital para a IIU ou para a avaliação psicológica, convidamos os possíveis colaboradores a participar desta pesquisa.

Como critério de inclusão, os casais deveriam ser pacientes com hipótese diagnóstica de infertilidade primária, estando em qualquer fase do processo de investigação e tratamento, independente da classe socioeconômica.

Muito embora tenhamos pensado o projeto de pesquisa com a intenção de um corpus composto apenas por casais com infertilidade sem causa aparente (ISCA), resolvemos ampliar este universo para casais com infertilidade primária com ou sem a presença de fatores orgânicos devido às dificuldades de encontrar colaboradores com ISCA em número suficiente na instituição eleita para o desenvolvimento da pesquisa. Portanto, utilizamos como critério de exclusão casais com queixa de infertilidade secundária e infertilidade por esterilização cirúrgica (Laqueadura Tubária (LT) e Vasectomia).

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com a disponibilidade de sala. Nessa ocasião, a pesquisadora leu junto com os colaboradores o termo de consentimento e esclareceu os objetivos e relevância da pesquisa bem como o contexto na qual se inseria. Foram esclarecidos, também, os critérios de escolha dos casais, a garantia do anonimato nos resultados do estudo e o sigilo de sua identidade nos documentos da pesquisa.

Além disso, os colaboradores ficaram cientes da possibilidade de desistirem da pesquisa a qualquer momento, sem que isso trouxesse qualquer prejuízo ou influência em seu tratamento. Após o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos casais (APÊNDICE A).

Em seguida, coletou-se os dados para a caracterização dos colaboradores, mediante o preenchimento de um questionário adaptado pelas pesquisadoras, tornando-se por base Carrara, Duarte e Philbert (1996) e o quadro de classificação socioeconômica da ABEP (2003) (ANEXO B).

Após realizar o levantamento citado, passamos ao momento da entrevista compreensiva, que tem como objetivo entender a história de infertilidade do casal, em um encontro que se constitui em um diálogo descontraído, mediado pela seguinte questão: *Gostaria que você contasse para mim sua vivência afetivo-sexual desde a época do namoro até hoje.*

Devido às dificuldades de compreensão de alguns colaboradores, a pedido deles, a questão mediadora do diálogo foi apresentada da seguinte forma: *Gostaria que você contasse para mim a sua vivência afetivo-sexual durante o namoro, a partir de seu casamento, quando*

decidiram engravidar, quando perceberam que tinham dificuldade de engravidar e durante a trajetória clínica da investigação e tratamento da infertilidade.

Os depoimentos foram gravados em MP3 para posteriormente serem transcritos e analisados pela pesquisadora. Para garantir o sigilo da identidade dos colaboradores envolvidos e do conteúdo expresso nos depoimentos, substituímos os nomes dos colaboradores por números arábicos e pelos símbolos ♂ e ♀. Para facilitar a compreensão, os casais receberam o mesmo número, sendo os colaboradores homens representados pelo símbolo ♂, e as colaboradoras mulheres, pelo símbolo ♀.

A seguir, apresentamos a caracterização dos colaboradores, segundo os dados coletados nesta primeira fase.

3.7 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Conforme expusemos anteriormente, os dados apresentados nos quadros que se seguem foram coletados por meio de um questionário, desenvolvido pelas pesquisadoras, com base no roteiro proposto por Carrara, Duarte e Philbert (1996).

Para a melhor compreensão do leitor, os dados dos colaboradores são apresentados em cinco quadros: (i) caracterização dos colaboradores; (ii) fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade; (iii) histórico familiar de infertilidade; (iv) história da vida sexual dos colaboradores; (v) percurso médico percorrido ante a dificuldade para engravidar.

3.4.1 Apresentação das características dos colaboradores

Passaremos agora à descrição dos dados dos colaboradores, levantados por meio da ficha de identificação.

Quadro 01: Caracterização dos colaboradores

Casal	1		2		3		4		5		6		7		8	
Data Entrevista	11/11/2008		20/09/2008		13/11/2008		26/11/2008		02/12/2008		04/12/2008		09/12/2008		09/12/2008	
Nome	1♂	1♀	2♂	2♀	3♂	3♀	4♂	4♀	5♂	5♀	6♂	6♀	7♂	7♀	8♂	8♀
Idade	45	35	27	22	34	24	35	30	22	20	30	26	22	22	33	27
Religião	C ¹	C	C	C	C	C	E ²	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Escolaridade	E.F.I.3	E.F.I.	E.M. 4	E.M.	E.F.I.	E.M.	E.M.	E.F.5	E.F.	E.M.	E.F.	E.F.I.	E.M.	E.M.	E.M.	E.S.I.6
Profissão	Pedreiro	Doméstica	Motorista	Auxiliar de escritório	Mecânico	Técnica de edificações	Caminhoneiro	Do Lar	Mototaxista	Vendedora	Trabalhador rural	Do lar	Ajudante ferramenteiro	Trabalhadora rural	Policial Militar	Estudante
Tempo de Namoro	02 meses		07 anos		02 anos		06 meses		03 anos		07 meses		03 anos		09 anos	
Estado Civil	União Estável		Casados		União Estável		Casados		União Estável		Casados		Casados		Casados	
Tempo de união	05 anos		02 anos		05 anos		05 anos		03 anos		09 anos		03 anos		3 anos	
Nível sócio-econômico	D		C		C		B ²		C		C		C		D	
Tempo de contracepção	0		07 anos		03 anos		01 ano		04 anos		0		02 anos		08 anos	
Tentativa de engravidar	02 anos		02 anos		03 anos		05 anos		03 anos		07 anos		02 anos		02 anos	
Contato com a equipe	27/05/2008		20/09/2008		11/09/2008		26/06/2008		21/10/2008		04/09/2007		10/06/2008		14/10/2008	
Hipótese Diagnóstica	Infertilidade Primária (ISCA).		Infertilidade primária. Fator masculino.		Infertilidade primária (ISCA)		Infertilidade primária Fator Feminino (SOP).		Infertilidade primária. Fator conjugal (Obesidade feminina e varicocele).		Infertilidade primária Fator Feminino (SOP).		Infertilidade primária. Fator masculino (varicocele).		Infertilidade primária (ISCA).	

1Católico (a)

2Evangélico (a)

3 Ensino Fundamental Incompleto.

4 Ensino Médio.

5 Ensino Fundamental.

6 Ensino Superior Incompleto.

A idade dos colaboradores variou de 22 a 45 anos, enquanto das colaboradoras variou de 20 a 35 anos. Quanto à religião, 07 casais se declararam católicos enquanto apenas 01 casal é composto por cônjuges de religião diferente – um católico e o outro evangélico.

Referente ao nível de escolaridade, a maior parte dos colaboradores não buscou uma carreira profissional através dos estudos: 08 possuem o Ensino Médio; 03, o Ensino Fundamental; 04, o Ensino Fundamental Incompleto e 01, o Ensino Superior Incompleto.

Houve grande variação de profissões entre os homens: 01 pedreiro, 01 motorista, 01 mecânico, 01 caminhoneiro, 01 mototaxista, 01 ajudante ferramenteiro, 01 policial militar e 01 trabalhador rural. Entre as mulheres também houve variação, sendo: 01 colaboradora doméstica, 02 do lar, 01 trabalhadora rural, 01 auxiliar de escritório, 01 técnica de edificações, 01 vendedora e 01 estudante.

O nível socioeconômico prevaleceu baixo, sendo 02 casais de classe D, 03 de classe C², 02 de classe C¹ e 01 de classe B².

O tempo de namoro variou entre 02 meses e 09 anos, sendo que, no momento da entrevista, 05 casais estavam oficialmente casados enquanto 03 encontravam-se em união estável – variando o tempo de 07 meses a 05 anos.

Dos 08 casais que participaram da pesquisa, 02 nunca utilizaram métodos para prevenir a gravidez, os demais utilizaram pelo período de 01 a 08 anos. Até a data da entrevista, o período de tentativa de engravidar desses casais variou de 02 a 07 anos.

Todos os casais entrevistados apresentavam uma hipótese diagnóstica de infertilidade, sendo 03 casais sem causa aparente (ISCA); 02 casais por fator masculino; 02 casais por fator feminino – síndrome do ovário policístico (SOP) – e 01 casal por infertilidade conjugal – obesidade feminina e varicocele.

3.4.2 Fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade

Alguns problemas de infertilidade, como vimos em sua etiologia, no Capítulo 1, podem ser desencadeados pelo uso de algumas substâncias, como o tabaco, álcool e drogas ilícitas. No próximo quadro, apresentaremos os dados concernentes a esses três fatores comportamentais.

Quadro 02: Fatores comportamentais que podem influenciar na fertilidade

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Tabagismo	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Etilismo	Soc.1	Soc.	Soc.	Não	Não	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Soc.	Não	Não	Não
Drogas Ilícitas	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

1 Socialmente

Referente aos 08 casais, nenhuma colaboradora relatou ser tabagista, enquanto 01 colaborador afirmou ser tabagista. Entre os 16 colaboradores, observamos que o índice de tabagismo é baixo, não sendo, portanto, considerado um fator que possa ter interferido na dificuldade de engravidar.

O fator etilismo foi trazido por 01 colaboradora e 06 colaboradores como um comportamento social (bebem socialmente).

Todos os 16 colaboradores negaram o uso de drogas ilícitas.

3.4.3 Histórico familiar de infertilidade

No quadro a seguir, traremos o levantamento da história familiar dos colaboradores – um dado importante para o direcionamento da investigação clínica médica e também para o acompanhamento psicológico.

Quadro 03: Histórico Familiar de Infertilidade

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Familiar com dificuldade de engravidar	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Grau de parentesco	---	---	---	Mãe	---	Irmã	---	Tia avó	Primo 1º Grau	---	---	---	---	---	---	---
H.D.1	---	---	---	ISCA	---	Não sabe	---	Não sabe	Baixa quantidade de espermatozoides	---	---	---	---	---	---	---

1 Hipótese diagnóstica

Foi observado que das 08 colaboradoras, 03 afirmaram ter na família um parente com queixa de infertilidade: mãe (ISCA), irmã (sem diagnóstico) e tia avó (sem diagnóstico). Entre os 08 colaboradores, apenas 01 apresentou histórico de infertilidade na família: primo de 1º grau (baixa quantidade de espermatozoides).

3.4.4 História da sexualidade dos colaboradores

As informações referentes à sexualidade do casal são fatores importantes para auxiliar no diagnóstico da infertilidade.

Quadro 04: História da sexualidade dos colaboradores

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6		Casal 7		Casal 8	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Teve orientação sexual?	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Local onde a orientação foi fornecida.	---	Casa	Escola	Escola, casa	---	Escola	---	---	Escola, casa	Escola, casa	---	Escola	Escola	Escola, igreja, casa	Casa	Escola, casa
Pessoa que forneceu a orientação.	---	Irmã, mãe	Prof.1	Prof., mãe	---	Colegas	---	---	Prof., mãe	Prof., mãe	---	Prof.,	Prof.,	Prof., primas	Pais	Prof., irmã, mãe
Idade da primeira relação sexual.	12	23	18	14	22	17	16	19	14	14	18	17	9	15	16	15
Número de relações por semana.	5	2	3	4	7	3	5	3	4	6	2	3	3	4	3	4
Desejo	P2	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Excitação	P	A3	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P
Orgasmo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Disfunção erétil?	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---
Ejaculação precoce?	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---	Não	---

1 Professor (a).

2 Preservada.

3 Alterada.

Ao indagarmos sobre a orientação sexual durante a trajetória de vida, 05 colaboradores e 07 colaboradoras afirmaram que tiveram algum tipo de orientação (formal ou informal). A orientação formal, segundo os colaboradores, foi fornecida pela figura do professor, enquanto a orientação informal foi recebida da mãe, de ambos os pais, da irmã, de primos e de colegas. O local variou entre própria casa, a escola e a igreja. A colaboradora que relatou ter recebido orientação sexual, também, na igreja não informou quem a forneceu.

A idade da primeira relação sexual, entre as colaboradoras, variou entre 14 e 23 anos, enquanto, entre os colaboradores, variou entre 09 e 22 anos. Podemos observar que a vida sexual dos homens inicia-se mais cedo do que a das mulheres.

O número de relações sexuais durante a semana foi oferecido individualmente. É interessante observar que todos os casais apresentaram números divergentes de relação sexual durante a semana. O número de relações na semana variou entre 02 e 06 vezes para as colaboradoras e entre 02 e 07 vezes para os colaboradores.

Nas fases da resposta sexual humana, as 08 colaboradoras relataram que o desejo e o orgasmo estavam preservados. Referente à excitação, 06 relataram que estava preservada enquanto 02 relataram que estava alterada. Entre os colaboradores, todos os 08 relataram que o desejo, a excitação e o orgasmo estavam preservados e que não apresentavam problemas de ereção ou de ejaculação precoce.

3.4.5 Trajetória médica percorrida ante a dificuldade para engravidar

Neste último quadro, apresentaremos a trajetória percorrida por cada casal (local, exames e tratamento), na tentativa de encontrar uma solução para a dificuldade de engravidar.

Quadro 05: Trajetória médica percorrida ante a dificuldade para engravidar

	Casal 1	Casal 2	Casal 3	Casal 4	Casal 5	Casal 6	Casal 7	Casal 8
Fez investigação em outro serviço de saúde?	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Onde?	---	Clínica	Posto de saúde	Clínica	---	Posto de saúde	Posto de saúde	Clínica
		Convênio		Particular				Convênio
Exames	---	Sim	Não	Sim	---	Sim	Sim	Sim
Tratamento	---	Indução de ovulação	Não	Indução de ovulação	---	Não	Não	Indução de ovulação

De acordo com as repostas dos colaboradores, 06 casais iniciaram a investigação clínica em outro serviço de saúde, sendo: 02 em clínicas particulares, por meio de convênio; 01 em clínica particular, com recursos financeiros próprios; e 03 em postos de saúde. Entre esses casais, 05 fizeram algum tipo de exame clínico e apenas 03 iniciaram o tratamento (indução de ovulação) nesses outros serviços.

Podemos observar que é frequente os casais iniciarem o acompanhamento com os profissionais em postos de saúde ou clínicas particulares e, posteriormente, serem encaminhados para instituições especializadas para realização dos exames específicos; no caso de iniciativas particulares, muitas vezes, por não haver cobertura pelo convênio médico para esse tipo de procedimento.

Feita a categorização dos casais, passaremos, no Capítulo seguinte, aos discursos dos colaboradores.

***CAPÍTULO 4 – PROCESSO DE COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL
DE CASAIS INFÉRTEIS***

CAPÍTULO 4 - PROCESSO DE COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

Iniciaremos a análise compreensiva e interpretativa dos discursos dos 16 colaboradores acerca do fenômeno por nós indagado: *a vivência afetivo-sexual de casais inférteis*, com o propósito de caminharmos em direção à compreensão/interpretação dos significados e sentidos atribuídos por eles à busca pela gravidez.

A investigação desse fenômeno se deu por intermédio da metodologia qualitativa fenomenológica e a interlocução com as perspectivas psicológica, biológica, sociocultural, histórica e da sexologia.

À luz da modalidade fenomenológica, depois que transcrevemos os depoimentos dos entrevistados, realizamos a leitura e releitura de todas as entrevistas e caminhamos para a discriminação das unidades de significados, as quais foram agrupadas em 07 categorias:

- VIII. Lembranças do tempo de namoro
- IX. A arte do convívio a dois
- X. Desvendando a intimidade sexual
- XI. A busca por uma ajuda especializada
- XII. O estigma da infertilidade
- XIII. O filho como projeto de vida
- XIV. A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Assim, realizaremos as análises detalhadas das unidades de significado dos discursos dos colaboradores por meio da categorização, procurando sua relação com o discurso científico.

8.1 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DISCURSOS

Com a finalidade de desvendarmos como é vivenciar o fenômeno da infertilidade, adentraremos esse fascinante mundo desconhecido despindo-nos de nossos preconceitos concebidos sobre a temática e partiremos para a apresentação das categorias que afloraram nos discursos.

Como forma de preservar a identidade dos nossos colaboradores, conforme apontado nas questões éticas do estudo no capítulo 3, utilizaremos os numerais árabes para nos referirmos aos casais e os símbolos ♂ e ♀ para representar, respectivamente, os homens e as mulheres.

Categoria I – Lembranças do tempo de namoro

Nessa categoria, os colaboradores recordam, individualmente, a vivência afetiva e sexual do namoro no contexto social, familiar e conjugal. As unidades de significado que compõem essa categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1 ♂, 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria II – A arte do convívio a dois

Os colaboradores relatam como é a experiência da junção de duas individualidades em uma vida em comum, revelando como vivenciam, nessa fase, o relacionamento afetivo, familiar, social e sexual: 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria III – Desvendando a intimidade sexual

A vivência da relação sexual é dividida, nessa categoria, em dois momentos distintos: antes do desejo de engravidar e a partir do momento que o desejo por um filho se torna relevante na vida dos casais: 1 ♂, 2 ♂, , 3♂, 5♀, 6♂, 7♂, 7♀.

Categoria IV – A busca por uma ajuda especializada

Essa categoria mostra a trajetória percorrida pelos colaboradores, e os seus sentimentos relativos à busca de ajuda profissional especializada no tratamento de RHA e suas modernas tecnologias laboratoriais: 1 ♂ e 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria V – O estigma da infertilidade

Nessa categoria, destacamos os sentidos e significados atribuídos pelos colaboradores aos rótulos colocados pela sociedade nos indivíduos que são considerados inférteis: 1 ♂, 1 ♀, 2 ♀, 5♂, 7♀, 8♂.

Categoria VI – O filho como projeto de vida

Essa categoria nos mostra, na visão dos casais, como é ter um filho como projeto de vida e quais são os valores e significados atribuídos a essa criança: 1 ♀, 2 ♂, 2 ♀, 3♂, 3♀, 4♂, 4♀, 5♂, 5♀, 6♂, 6♀, 7♂, 7♀, 8♂, 8♀.

Categoria VII - A menstruação com marcador de (in)sucesso do tratamento

Nessa categoria, os casais veem a menstruação como um marcador gestacional, acreditando ser esta sinônimo de fertilidade ou infertilidade: 1 ♂, 2 ♀, 4♀, 7♂, 7♀, 8♂.

De posse da categorização das unidades de significado, passaremos às análises compreensivas/interpretativas, possibilitando revelar ao leitor a vivência de casais inférteis.

Gostaríamos de ressaltar que, primeiramente, descreveremos o perfil dos colaboradores. Em seguida, descreveremos o perfil do casal, por meio dos dados apresentados nos quadros do capítulo 3, para, posteriormente, iniciarmos as análises compreensivas. Essa trajetória se deve ao fato de que cada casal é formado por dois colaboradores com histórias de vidas diferentes, construindo uma história em comum.

8.2 ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CASAIS

8.2.1 Casal 1

O colaborador 1 ♂ tem 45 anos, é católico, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como pedreiro. É fumante, bebe apenas socialmente e não utiliza drogas ilícitas. Não tem parentes com dificuldade de engravidar. Relata que não recebeu orientação sexual e iniciou a sua vida sexual aos 12 anos. Diz, ainda, ter 05 relações sexuais por semana, sem apresentar dificuldade de ereção nem queixa de ejaculação precoce, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

A colaboradora 1 ♀ tem 32 anos, é católica, possui o ensino fundamental e trabalha como doméstica. Não apresenta fatores comportamentais que podem interferir no sucesso de uma gestação (tabagismo, etilismo ou drogas ilícitas). Relata que recebeu em casa orientação sexual, de sua mãe e sua irmã. Teve a sua primeira relação sexual aos 23 anos e relata ter, em geral, 02 relações sexuais por semana. Queixa-se de excitação alterada, estando, porém, o desejo e o orgasmo preservados.

O casal (1 ♂ e 1 ♀), que possui nível socioeconômico D¹¹, relata que namorou durante 02 meses, decidindo morar juntos após esse período. Os colaboradores encontram-se em união consensual há 05 anos e estão tentando engravidar há 02 anos. Relatam que durante esse período nunca utilizaram métodos contraceptivos e que o hospital-escola, onde as entrevistas estão sendo realizadas, é a primeira instituição em que buscam tratamento para a dificuldade de engravidar. A hipótese diagnóstica é de infertilidade sem causa aparente (ISCA).

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 1 ♂

Ah, no primeiro namoro meu, na primeira muié, eu era direto. Todo dia três direto, sabe? O dia inteiro. E nunca, nunca ela engravidou. Fiquei esse tempo todo e ela...

Na fala do colaborador 1 ♂ “(...) *todo dia três direto (...) o dia inteiro (...) nunca ela engravidou*”, percebe-se um comportamento sexual masculino voltado à função procriadora. Esse comportamento nos parece uma repetição da conduta sexual que começa a ser instalada com o reconhecimento da paternidade biológica ainda na Pré-história. A identificação do homem na procriação, segundo Badinter (1986), possibilitou à figura masculina deter o poder procriador e assumir o papel de onipotência, que até então pertencia à figura feminina.

O pênis, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), torna-se símbolo de força, poder e fecundidade do homem e a infertilidade coloca em risco a sua masculinidade diante da sociedade. A simbologia do pênis com a fecundidade (gravidez por vias naturais), permanece ainda na contemporaneidade assim como, segundo Melamed e Seger (2009), a associação da fertilidade com potência sexual.

Aí daquele tempo pra cá (durante o namoro) nós separou, aí as outra num, que eu coisei (relação sexual) eu não consegui também (engravidar), e essa que agora eu to que eu tô vendo que não tá (engravidando) e eu não sei se é eu (que tem dificuldade de engravidar) ou se é ela.

As diversas tentativas do colaborador 1 ♂ de engravidar por vias naturais “(...) *as outra (...) eu não consegui (...) e essa (...) eu tô vendo que não tá*” e a necessidade de identificar quem é infértil, “(...) *eu não sei se é eu ou ela*” sugere a existência da necessidade de comprovar para si e para a sociedade o poder do seu pênis, segundo a simbologia apresentada por Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M (2006).

Enquanto o filho biológico não é gerado, segundo Lins e Braga (2005), o homem sente-se impossibilitado de exercer o seu poder, concebido durante o patriarcado, sobre uma família (esposa e filho). Ainda conforme os autores, a sociedade em que o indivíduo está inserido cobra do homem a chegada do filho biológico para que possa exercer sua postura autoritária.

Dessa forma, a simbologia ainda existente sobre o pênis inspira-nos a refletir sobre as crenças sociais implícitas, que envolvem sexo e procriação, impostas à sexualidade masculina. Conforme Melamed e Seger (2009), essas crenças sociais fazem com que o homem incorpore a associação entre virilidade e a capacidade de engravidar uma mulher.

Colaboradora 1 ♀

Eu namorei com o colaborador 1 ♂ dois meses. Nós vivíamos bem assim. Eu namorei outras pessoas antes de namorar o colaborador 1 ♂, porque nós largo entendeu?

A fala da colaboradora 1 ♀ “(...) namorei outras pessoas antes de namorar o colaborador 1 ♂” denota uma escolha. Essa possibilidade de namorar e escolher seu cônjuge por amor é uma realidade a partir da década de 1940, que, segundo Lins e Braga (2005), emerge do mito do amor romântico. Para os autores, esse mito desperta sentimentos que brotam por meio do endeusamento da pessoa escolhida como ser amado e pelas fantasias criadas de que haverá complementação total e satisfação duradoura.

Entretanto, esses sentimentos não são suficientes para construir as bases sólidas do relacionamento conjugal, levando a união à vulnerabilidade com as possíveis adversidades que todos os casais estão sujeitos a passar.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 1 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 1 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 1 ♀

Depois que nós se conheceu mais ou menos, aí eu fui morar com ele.

Entendemos estar implícito na fala da colaboradora “(...) aí eu fui morar com ele.” que houve uma “*união estável*”, ou seja, um casamento. Ao retomarmos a nossa trajetória sócio-histórica, Lins (1997) nos revela que a necessidade de sobrevivência foi uma das funções exercidas pelo casamento que permaneceu em nossa sociedade durante milênios. Para a autora, foi só a partir do final do século XVII que o amor no casamento passou a ser uma possibilidade e no início do século XX que começou a ser valorizado, prevalecendo ainda as funções características dos séculos anteriores: formar um lar, gerar filhos e situar-se economicamente dentro da coletividade.

Ainda para Lins (1997, p. 191), “(...) a família não é mais necessária para a sobrevivência da espécie nem o casamento um vínculo divino, uma aliança entre duas

famílias ou uma união econômica, que durante tanto tempo justificaram a sua existência”. Tais mudanças na função da união conjugal propiciaram aos indivíduos a despreocupação quanto à assinatura de um contrato como meio de oficializá-la, possibilitando vivenciarem a modalidade de união estável.

[...] Porque tem gente que falou que eu fui casar muito tarde, não sei o que. Eu falei não, 24 anos não é velha.

Até há algumas décadas, conforme a literatura estudada, a sociedade estipulava para a mulher uma faixa etária ideal para o casamento. Segundo Lins e Braga (2005), na década de 1950, a inacessibilidade dos contraceptivos às mulheres solteiras, o medo da gravidez e o desejo do verdadeiro sexo levaram os jovens a se casarem precocemente. Ainda para os autores, conforme o censo brasileiro de 2000, a idade média das mulheres ao casar era de 25 anos. Já em 2007, as estatísticas do registro civil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2005), apontam que a idade média na data do casamento era de 26 anos.

A desvinculação do sexo da procriação na contemporaneidade, decorrente dos diversos contraceptivos disponibilizados e das modernas tecnologias científicas tem possibilitado à mulher postergar a união com o seu parceiro para buscar realizações pessoais. Essas modificações levam-nos a refletir que a idade ideal para o casamento torna-se subjetiva.

Mesmo que eu era moça, que eu era virgem. [...] Tem moça que não é virgem, mas eu era virgem.

Tem-se a impressão de que a colaboradora fala com orgulho de sua virgindade “(...) *mas eu era virgem*”, demonstrando seus valores morais, acredita que deve se resguardar para quem ama, para o casamento, o que vai ao encontro do que era apregoado na sociedade patriarcal.

A virgindade feminina na sociedade patriarcal tinha ligação com os valores econômicos, já que os casamentos naquele período eram realizados com base na economia. A mulher era vista pela sociedade como um *objeto* e o seu valor dependia da integridade do seu hímen e da sua capacidade de procriação, sendo a infertilidade considerada um problema apenas da mulher (LINS; BRAGA, 2005).

À luz das análises realizadas por Lins e Braga (2005) acerca da mercantilização da mulher, percebemos que a sociedade patriarcal, no seu íntimo, fragmentava a mulher e

interessava-se em negociar sua *função biológica*, desconsiderando a integralidade do ser – orgânico, social, psicológico e espiritual.

Com a progressão das mudanças de valores na sociedade ocidental, percebemos que a *perda* da virgindade da mulher antes do casamento torna-se cada vez mais frequente e explícita, consideradas pelos autores uma raridade aquelas que chegam virgem ao casamento. Entretanto, com o aumento da expectativa de vida e a convivência entre os indivíduos de diferentes gerações, as condutas ética e moral sugerem um conflito de gerações, sendo evidente, ainda hoje, segundo Lins e Braga (2005), pais que expulsam de casa as suas filhas que perderam a virgindade.

[...] Fora nossas briga, veve bem.

As mudanças na base do relacionamento conjugal, emergidas durante o amor romântico, refletem tanto na formação quanto na manutenção dos casamentos contemporâneos. Esse fato ocorre, segundo Badinter (1986), devido ao amor ser considerado uma base frágil, irracional e inconstante para uma união. A autora afirma, ainda, que essa base frágil nem sempre suporta os conflitos conjugais, podendo levar à *explosão* dessa unidade (casal), reduzindo a duração da relação conjugal, que é uma expectativa social.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 1 ♂

Mas eu com ela é normal (relação sexual). É, com amor, carinho, normalzinho.

A subjetividade do comportamento sexual nos dificulta chegar a uma única definição de *normalidade sexual*. Lins e Braga (2005) realizaram um extenso estudo sobre os principais estudiosos da sexualidade e apontam que as análises da conduta sexual humana devem ser realizadas sob quatro importantes aspectos: comportamento físico (biológico), coletivo (social), psicológico e filosófico. Esses quatro prismas nos auxiliam nas análises individuais de normalidade e patologia sexual. Porém, Weiss (2006) contribui com os estudos da sexualidade ao elucidar que os significados atribuídos ao sexo e os sentimentos que os permeiam definem o homem como um ser psicosssexual, retomando a visão integral do ser humano.

[...] É, a relação normal, tranquila. Ela também, ela não tem, com ela também não tem problema, só tem intimidade (timidez) mas, já tô tirando isso dela, é normal[...]

Por meio da diminuição de interferências negativas (crenças, valores, religião, etc.), segundo Lopes e Vale (2010), os indivíduos conseguem estar bem com a sua própria sexualidade, se abrem para conhecer não apenas a resposta sexual, mas também o funcionamento do seu próprio corpo e respeitar a sexualidade do outro, levando ao aumento da intimidade com o parceiro, à melhora na autoimagem, à capacidade de sentir-se atraente e de atrair, desperta o sentimento de ser amada ou desejada, diminuindo insatisfações existentes na relação, como a timidez da companheira desvelada pelo colaborador 1 ♂ “(...) *já tô tirando isso dela (...)*”.

[...] até penso que tá normal de mais, porque é uma, duas vezes por dia que tô em casa, normal, a relação.

Segundo o discurso do colaborador 1 ♂, o conceito de *conduta sexual normal* parece estar relacionado à potência sexual “(...) *duas vezes por dia (...)*”, indo ao encontro das expectativas que a sociedade atribui ao homem. Essas expectativas sociais, segundo Lins (1997), iniciaram-se no patriarcado com a utilização de métodos para transformar o menino em um homem de atitude varonil.

Mediada por procedimentos específicos, a virilidade do homem é, desde o início do patriarcado, comprovada para a sociedade através do desempenho sexual que deve acontecer o mais cedo possível. Lins (1997, p. 130) resume a passagem de menino para homem, conforme as expectativas sociais, do seguinte modo: “É considerado homem quando seu pênis fica ereto e come uma mulher”.

[...] não sei se, talvez tem vez que seja muito rápido, também atinge a relação. Tem vez que é muito rápido que as vezes a gente tá apressado, então eu acho que também atinge (engravidar). Pode ser isso.

É por meio da consciência corporal, principalmente da região perineal, que o homem tem a percepção das fases da resposta sexual que, segundo Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), consistem em: (i) apetência; (ii) excitação; (iii) orgasmo e (iv) relaxamento.

Quando o homem começa a ter relações sexuais rápidas “(...) *é muito rápido (...)*” e não consegue permanecer por muito tempo na fase de excitação, ele ejacula, sendo necessário avaliar quais os sentidos e significados do ato sexual para ele. Os autores ainda alegam que,

quando o significado do coito, para o homem, passa a ter como único objetivo a reprodução, ele visa como importante ejacular dentro da vagina, deixando o tempo da relação sexual de ser importante para ele.

[...] E nós faz normal (relação sexual). Tem, eu acho que eu devo tá com problema (infertilidade) também [...]

O discurso do colaborador 1 ♂ nos sugere um processo de racionalização, que, de acordo com Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006), leva o indivíduo à condenação de si mesmo ou dos outros, baseando-se em suas crenças irracionais generalizadas.

Percebemos, nesse momento, que o colaborador 1 ♂ dissocia o sexo da função procriadora e interroga-se sobre a possibilidade de ser infértil “(...) *eu devo tá com problema também* (...)”. Entretanto, durante os nossos estudos, entendemos que em se tratando de infertilidade, não existe um único culpado, mas sim um casal que vivencia a dificuldade de engravidar. Desse modo, conforme Olmos (2003), a fertilidade se faz por meio da soma das características de um determinado casal.

Colaboradora 1 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 1 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 1 ♂

[...] não tá engravidando já quase 05 anos.

A inabilidade de engravidar nos últimos cinco anos, relatada pelo colaborador 1 ♂, já pode ser considerada um quadro clínico de infertilidade, já que para a OMS a infertilidade pode ser considerada após um ano de relações sexuais sem o uso de contraceptivos e ausência de gravidez. Esse problema, segundo Maluf (2008), leva o casal a experienciar tratamentos que envolvem vários anos de diagnóstico e procedimentos, podendo provocar grande estresse.

[...] Tá difícil tá. Eu preciso fazê um exame pra sabe se meu esperma tá vivo, se tem, se não tem, né? Porque até agora ninguém me explico[...].

A necessidade do colaborador 1 ♂ de realizar exames para tentar identificar possíveis causas de infertilidade o leva à trajetória de exames clínicos, que segundo Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005), poderá exigir disposição e ainda acabar instigando o indivíduo, em nosso caso, o colaborador 1 ♂, a buscar desenfreadamente informações na mídia, em sites da internet, etc., que nem sempre apresentam respostas fidedignas para o que procura. Para os autores, essa busca por informações pode acabar gerando a ansiedade pelo resultado dos procedimentos e múltiplos sentimentos negativos, que geralmente já emergem durante todo o processo clínico.

Sendo assim, a explicação buscada pelo colaborador 1 ♂ por meio da realização de exame clínico poderá ajudar, segundo nos mostra Jacob-Seger (2009), a diminuir a angústia e o medo de não poder procriar.

[...] eu tô achando que eu devo ter algum problema (infertilidade). Ou pode se que eu num... num... até agora, nada ainda.

[...] Isso que eu tive a vivência, só essas duas também que eu... agora que eu tô vendo que tá... que eu devo tá com problema.

Ao achar que pode ser infértil, o colaborador 1 ♂ demonstra indícios de estar ansioso. Para Maluf (2008, p.38), essa reação pode ser considerada normal, pois “a ansiedade é natural em nossos processos de aprendizagem, uma vez que expressa o medo do desconhecido”.

As tentativas anteriores de engravidar, com outras namoradas, parecem aumentar ainda mais a ansiedade do colaborador, que pode evoluir para uma ansiedade negativa, também conhecida como patológica, que a autora diz poder levar “a estados alterados de humor, causando até mesmo angústia”.

[...]Eu também quero vê se é eu o a muié que tá com dificuldade para engravidar.

A necessidade apresentada no discurso do colaborador 1 ♂ de identificar se a infertilidade é feminina ou masculina, ou seja, provavelmente procurar um culpável, poderá dificultar o tratamento do casal. Para Olmos (2003), é necessário que o médico esclareça para os pares que existe um casal infértil e que ambos precisam se unir antes mesmo que o tratamento se inicie.

[...] Mas agora eu, sadio e não conseguir, eu devo tá com algum probleminha. Eu acho que eu também tenho, alguma dificuldade. Não é só a menina. Então, eu

queria saber se muié tinha o problema, pra dispois eu saber se ela não tiver, então tá comigo.

Percebemos no discurso do colaborador 1 ♂ a existência da associação entre um corpo sadio com um corpo procriador “(...) *eu, sadio e não conseguir* (...)”. Entretanto, muitos dos problemas que podem ocasionar um quadro clínico de infertilidade nem sempre interferem na qualidade de vida do sujeito, até que o desejo de ter um filho seja despertado.

Diante da condição de infertilidade, o colaborador 1 ♂ mostra o desejo de primeiro saber se a companheira é infértil para só depois ele se submeter aos exames laboratoriais “(...) *eu queria saber se muié tinha o problema, pra dispois... então tá comigo.*”. Para Maldonado e Canella (2003), o comportamento do colaborador sugere ir ao encontro da “associação, feita pela cultura popular, entre capacidade de procriação e virilidade”, podendo ser considerado um dos principais motivos de resistência à realização do espermograma.

Já Poziomczyk (1986) apontou em seus estudos que diante da possibilidade de ser infértil o homem geralmente pode acabar negando o seu estado e tentar projetar a sua dificuldade de conceber na mulher.

Colaboradora 1 ♀

Ele fala que eu que tenho problema, eu falo que ele que tem problema, porque ele foi operado da hérnia. Não tem nada a ver. Outros falam que tem. Aí eu falei pra ele, olha colaborador 1 ♂, nós temos que fazer exame, ou tirar sangue pra vê se é eu ou você que tá com esse problema.

A necessidade de identificar quem é infértil, emergida no discurso da colaboradora 1 ♀, vai ao encontro do discurso do colaborador 1 ♂, sugerindo o despertar do medo em ambos de estar com o problema.

No momento em que o medo é despertado, Maluf (2008) aconselha os casais sobre a possibilidade de aprender com o que é temido e, assim, gradativamente alcançar a segurança. Ainda para a autora, a incerteza é considerada um componente do medo e entendê-lo auxiliará o indivíduo a diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade de enfrentamento da situação (*coping*).

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 1 ♂

[...] *Na minha família não tem, só eu que tô.*

O colaborador 1 ♂ sugere percebe-se *diferente* dos demais membros da sua família “*Na minha família não tem, só eu que tô*” já que só ele não consegue engravidar por vias naturais. Essa percepção do colaborador pode emergir naqueles que vivenciam a infertilidade e segundo Straube (2009), pode ainda despertar diversos sentimentos negativos, fazendo o indivíduo sentir-se portador de um estigma que pode *marcar e discriminar aquele que se desvia da ordem social estabelecida*: ser pai e exercer o seu poder, atribuído ao homem durante o patriarcado (Badinter, 1986).

[...] *Ainda, essas duas muié aí, não conseguí. A primeira falô pra mim, que você não consegue fazer filho, eu falei, como que eu não consigo? E ela foi e amigô com outro e conseguiu.*

O discurso do colaborador 1 ♂ nos sugere a dificuldade de engravidar incorporada como uma *impotência* “*(...) você não consegue fazer filho (...)*”, sendo esse significado, atribuído pelo homem, muito amplo. Segundo Maluf (2008), geralmente o homem espera que a mulher engravide na primeira tentativa, naturalmente, com o seu esperma, que considera ser potente e fecundante “*(...) essas duas muié aí, não consegui.*”. Quando isso não ocorre, segundo os estudos da autora, e caso a infertilidade venha a ser masculina, torna-se difícil para o homem dar conta da sua *incompetência*.

Sendo assim, para uma sociedade patriarcal, como é a nossa, o rótulo de infertilidade coloca a masculinidade do homem à prova, já que desde que o homem descobriu a sua participação no processo reprodutivo e assumiu uma postura autoritária houve a associação de sua potência sexual com a sua função reprodutora, perpetuada até a atualidade (LINS; BRAGA, 2005).

[...] *Eu queria fazer um exame pra sabê, que tipo de... que a gente possa é acertar, fazer (ter um filho). Por que tá sendo difícil. Ixi, tá sendo pra mim defeito[...]*

O colaborador 1 ♂ sugere que a vinda do filho nesse momento de sua vida seja uma possibilidade de *correção* de um *defeito*, já que, como explicita Weiss (2006), do ponto de vista emocional, ainda se perpetua em nossa sociedade os papéis masculinos de: procriador,

forte fisicamente e de chefe de família, o que dá continuidade ao nome e à descendência da família.

Vivenciar a infertilidade como um *defeito* leva-nos a refletir sobre os prováveis sentidos atribuídos pelo colaborador 1 ♂ a sua existência. Durante os nossos estudos, vimos como diversos autores apontam o estigma para explicar as vivências ímpares dos pares diante da infertilidade. Entretanto, achamos interessante a maneira como Carling (apud, WEISS, 2006, p. 125) refere-se a essa vivência singular da infertilidade, igualando-a ao *ser aleijado*, comparando a desvantagem do ser aleijado com aqueles que “*se sentiam inferiores e diferentes por causa da inabilidade de ter filhos*”.

Colaboradora 1 ♀

Todo mundo fala que ele não faz filho, entendeu? Ele disse que faz e que faz. Então, a coisa é assim.

O filho *a qualquer preço* pode transcorrer de um período, segundo Labrador (2002), de pressão dos colegas, de vizinhos, dos familiares, das parceiras e de si mesmo, podendo ter levado o colaborador 1 ♂, segundo o discurso da colaboradora 1 ♀ “*Todo mundo fala que ele não faz filho (...)*”, a deparar-se com a sua dificuldade de engravidar e, ainda, experienciar um estigma que é definido como “uma noção de diferença dos outros e isto conota uma marca ou defeito que está fora de uma norma socialmente definida” (JACOB, 2006, p. 45). Assim, Palácios e Jadresic (2000) apontam a nossa sociedade como sendo depreciativa e estigmatizante para com aqueles que passam pela dificuldade de procriar.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 1 ♂

Nas análises dos discursos do colaborador 1 ♂, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção dessa categoria.

Colaboradora 1 ♀

[...] Faz quase dois anos que nós estamos tentando engravidar e nós não consegue engravidar.

Para as mulheres, em especial, a gravidez é um importante período de transição, considerada por Maldonado (2002) um momento de crise por se tratar de um período temporário de desorganização no estado de equilíbrio. O desejo de engravidar e ter um filho pode iniciar para muitas mulheres ainda na infância por meio da observação nas brincadeiras com as bonecas e do modelo de mulher mãe, que é aquela que procria, cuida e educa seus filhos.

Desse modo, para nós, parece que o tempo de tentativa de engravidar “(...) *Faz quase dois anos (...)*” poderá influenciar no limiar de frustração de uma pessoa para outra, diferenciando, assim, a maneira como cada um vivenciará a infertilidade em sua trajetória de vida.

[...] Às vezes ele me fala: colaboradora 1 ♀, se a gente não conseguiu ter filho vou adotar uma criança. Mas é difícil você adotar criança grande. Que depois cresce, fala que a gente não é mãe, não é pai, não é nada. Que fala às vezes. Tem muita criança precisando de uma família. Eu tinha vontade de pegar uma criança, mas é difícil.

O sonho de vivenciar a paternidade e a maternidade é realizado por alguns casais por intermédio do processo de adoção. Notamos, no discurso da colaboradora 1 ♀, que o seu parceiro mostrou-se aberto a concretizar este sonho por meio da adoção de uma criança “(...) *se a gente não conseguir ter filho vou adotar uma criança*”.

Para Schettini, Amazonas e Dias (2006), a ausência do vínculo consanguíneo com a família foge das normas universais (namorar, casar e ter filhos biológicos), levando os pais adotivos a fantasiarem que os filhos adotados os abandonarão em busca da família biológica “(...) *depois cresce, fala que a gente não é mãe, não é pai, não é nada.*”. Outro fato que leva os casais a apresentarem resistência a adotar uma criança é a própria influência negativa da família, dos amigos e da religião, que, ainda estimulam o desejo pelo filho biológico (WEISS, 2006).

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso de tratamento

Colaborador 1 ♂

[...] eu pensei que era uma vez só que eu briguei com ela, e ela desceu (menstruação), o sangue de repente assim. Não era o tempo de descer pra ela. Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era que ela tinha perdido.

Eu fico sempre pensando, na hora que eu vejo que ela (menstruação) desce pra ela, todo mês. Na hora que ela fala: desceu pra mim. Então, eu tô com problema porque se ela (menstruação) tá vindo normal, aí até agora não tá acontecendo nada, eu devo tá? Aquilo já me dá um choque.

No discurso do colaborador 1 ♂, percebemos que o ciclo menstrual acaba sendo associado com a fertilidade, enquanto, na verdade, segundo Olmos (2003), a menstruação é a limpeza do endométrio – parte interna do útero – que *descama* e elimina as substâncias acumuladas a partir da última ovulação “(...) na hora que eu vejo que ela (menstruação) desce pra ela todo mês”. Sendo assim, a menstruação, segundo o autor, significa que a fecundação do óvulo não aconteceu e que um novo ciclo está começando “Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era que ela tinha perdido.”.

Eu só fico assim, na hora que ela fala, ó, veio pra mim [...]

Para Lins e Braga (2005), a partir do momento que o homem se deu conta da sua participação no processo reprodutivo, parece que se revoltou contra o sangue menstrual, já que sangrando, a mulher não poderia parir e ele não poderia comprovar a sua potência como macho reprodutor.

Então, chega aquele dia... eu até fico marcando assim, pra saber certinho qualquer coisa, ela fala os dia que veio pra ela? Não? Então, ela marco lá então se leva, que é pra mostra na... não sei qual doutor pediu pra ela trazer. Ela marco os dia que veio, pra trazer, não sei se ela trouxe.

O impulso natural da autoinvestigação, conforme os estudos de Olmos (2003), pode levar homens e mulheres a realizarem avaliações sem fundamentos sobre a função reprodutiva, como por exemplo: analisar a cor do sangramento ou a ocorrência de transtornos menstruais “(...) eu até fico marcando assim, pra saber certinho (...)”.

Essa responsabilidade de que alguns pacientes acabam se encarregando pode levá-los a executar o trabalho técnico de mapear seu ciclo mensal, tentando controlar sua função reprodutora. Entretanto, segundo Jacob (2006), o sucesso da concepção independe dessa tentativa de controle, já que a procriação é o resultado de diversos fatores.

Colaboradora 1 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 1 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

8.2.2 Casal 2

O colaborador 2 ♂ tem 27 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como motorista. Entre os fatores comportamentais que influenciam em uma gestação, relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber apenas socialmente. Em sua família não há histórico de infertilidade. Durante sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual da professora na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 18 anos e até a data da entrevista mantinha, em média, 03 relações sexuais por semana, apresentando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 2 ♀ tem 22 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha como auxiliar de escritório. Na entrevista, relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Disse que a mãe teve dificuldade de engravidar, tendo recebido diagnóstico de infertilidade sem causa aparente (ISCA). Durante sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual da professora e, em casa, da mãe. Iniciou a sua vida sexual aos 14 anos e relata manter, atualmente, uma média de 04 relações por semana. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados.

O casal 2 ♂ e 2 ♀ possui nível socioeconômico C². Os colaboradores, que namoraram durante 07 anos e estão casados há 02 anos, utilizaram métodos contraceptivos durante todo o período do namoro (07 anos) e estão e estão tentando engravidar desde que casaram, há 02 anos. Iniciaram a investigação clínica em uma clínica particular, por possuírem convênio médico, facilitando a realização de alguns exames que são oferecidos pela cobertura do convênio de saúde. Relataram ter tentado o tratamento por meio da indução de ovulação; porém, sem sucesso. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator masculino.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 2 ♂

Passado um tempo a gente começou a ter relação. Foi bom desde o começo. Ótimo.

Acreditamos estar implícito na afirmação do colaborador 2 ♂ de que o sexo foi “(...) bom ... ótimo” a avaliação do prazer que ele sentiu. Não se percebe a preocupação com a procriação, mas sim com realização pessoal.

Foi a partir da década de 1960, com a revolução sexual, um fenômeno sociocultural que gerou grandes mudanças na mentalidade e no comportamento dos indivíduos da sociedade ocidental, e com o acesso às pílulas anticoncepcionais já existentes no mercado que os casais, entre eles os de namorados, começaram a exercer e desfrutar da *liberdade sexual*, a qual Lins e Braga (2005) veem como resultado de um movimento de libertação das repressões sexuais impostas pela sociedade até aquele tempo.

Sendo assim, a libertação sexual e a desvinculação do sexo da procriação, pregada por essa revolução e possibilitada pelas pílulas anticoncepcionais, veio a propiciar que os casais tivessem relações sexuais pela simples busca do prazer (sexo-prazer) – este prazer relatado pelo colaborador 2 ♂.

Colaboradora 2 ♀

No começo foi um pouco, como se diz? Eu era muito nova, tinha 14 anos, tinha um acompanhamento pela minha mãe, só que eu acho que ela esperava que eu fosse demora mais pra me aprofundar, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado. Eu tinha assim, eu tinha instrução só que eu achava que ia adapta tudo bem. Daí, só que a gente se encontrava, foi até que a minha mãe descobriu [...]

A fala da colaboradora 2 ♀ “(...) *tinha 14 anos acompanhamento pela minha mãe ... só que a gente se encontrava ... minha mãe descobriu*” reforça o que apontam Lins e Braga sobre o movimento de libertação sexual.

De acordo com os conceitos morais do patriarcado vigentes no início do século XX, o sexo antes do casamento era um assunto apenas para homens, qualquer moça de *boa família* se absteria, mantendo a sua inocência para ser iniciada somente após o casamento, pelo marido (CHAUI, 1984).

Esses moldes da sociedade patriarcal perduraram com rigidez até a década de 1950, com o auxílio da Igreja, que foi e ainda é grande influenciadora dos costumes da nossa sociedade e que contribuiu com essa repressão sexual por meio de normas e interditos, perpetuados na atualidade.

Tendo em vista que vivemos em uma sociedade composta por famílias multigeracionais (avós, pais, filhos), nos parece compreensível que conceitos repressores referentes à sexualidade ainda perdurem e que entrem em conflito com novas tendências de comportamento sexual.

Entretanto, a colaboradora 2 ♀ nos parece transgredir as regras morais vigentes em seu lar, quando narra que a mãe “(...) *esperava que eu fosse demorar mais pra me aprofundar, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado (...)*. Ao mesmo tempo, não acompanha as novas tendências sexuais, citadas por Lins e Braga (2005, p. 481): “muitos casais de namorados dormem juntos à vista dos próprios pais”.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 2 ♂

A gente sempre se deu muito bem e uma vez ou outra é claro que tem o desentendimento. Mas acho que todo casal tem. Mas a nossa relação é muito boa. A gente conversa muito e sempre decidimos as coisas juntos, nunca nem eu e nem ela. Então dá tudo na mesma.

O discurso do colaborador 2 ♂ “(...) *a gente conversa muito (...) decidimos ... juntos*” vem demonstrar que na sociedade contemporânea, segundo as nossas reflexões, um dos pilares de sustentação do relacionamento conjugal é o diálogo entre os cônjuges e as consequentes decisões conjuntas, diferenciando-se do modelo de domínio do homem sobre a mulher, típico da relação conjugal do patriarcado.

Para Lins e Braga (2005), a mudança na base do relacionamento contemporâneo inicia-se a partir do término das fantasias do amor romântico – união de duas metades – e do início do desejo de viver um amor em que os parceiros preservem a sua identidade, igualdade e equilíbrio, sem sacrifícios no casamento – união de dois inteiros, fundamentado na amizade, companheirismo e solidariedade.

Passado um tempo que a gente casou e aí a gente já resolveu, ela (colaboradora 2♀) parar de tomar o remédio. E aí a gente começou a tentar.

Por intermédio das pílulas anticoncepcionais, segundo Badinter (1986), o controle sobre o fenômeno da procriação, que durante o patriarcado era de exclusivo domínio masculino, passa ao domínio feminino, permitindo que a mulher assuma o controle do seu próprio corpo e decida o melhor momento de engravidar, conforme relata o colaborador 2 ♂, “(...) *resolveu ela parar de tomar o remédio*”.

Assim, entendemos que esse é o resultado de um conjunto de ações do planejamento familiar (concepção e anticoncepção), o qual veio possibilitar os casais a acreditarem que

controlavam a sua função reprodutora, fato que a nosso ver associa ainda mais o sexo com a função reprodutora, indo de encontro com a dissociação mencionada por alguns autores, conforme já trouxemos.

Hoje? Tá da mesma maneira (risos). Normal. Parece que agora... antes quando não sabia (diagnóstico da infertilidade) a gente todo mês tinha uma expectativa (engravidar).

A partir do momento que o casal decide engravidar, o objetivo da relação sexual passa a ser o de ter um filho, despertando diversos sentimentos negativos quando o desejo não é realizado. Para Maluf (2008), esses sentimentos podem ser despertados devido o desejo de engravidar estar inserido em um campo psíquico carregado de significações.

O diagnóstico da infertilidade pode contribuir de maneira positiva para a diminuição desses sentimentos negativos quando bem administrado pelos profissionais que atuam na equipe. Ainda para Maluf (2008), as informações reais sobre a condição física e a compreensão da importância da cooperação no processo levarão o casal a uma atuação participante, saudável e positiva.

Colaboradora 2 ♀

Hoje jamais, um já entende mais o outro, às vezes, o tá cansado, (risada), mais sei lá... eu amo meu marido, sempre, gostei muito dele, foi meu primeiro namorado, meu primeiro homem em tudo, então pra mim ele é único, sabe? Eu assim, me sinto muito feliz ao lado dele, me faz muito bem.

Com o desabrochar do amor e da amizade nos relacionamentos, iniciado no século XV, percebemos que a mulher começa a se permitir entrar em contato com sentimentos que despertam o desejo pelo outro e concede a ela mesma, na contemporaneidade, a possibilidade de compartilhar, por meio do contato físico, sua sexualidade que até o patriarcado devia ser totalmente reprimida. Quando a colaboradora 2 ♀ fala “(...) meu primeiro homem em tudo ... ele é único (...)” parece-nos passar a idéia de posse – ele é dela, então, tudo é possível e ela pode desfrutar ao máximo dessa liberdade porque “(...) me faz muito bem” – conforme dizem Lins e Braga (2005), o desabrochar dos sentimentos femininos e a liberdade de vivenciá-los em sua integridade na sociedade atual.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 2 ♂

A gente só procurou fazer mais vezes na semana. É bem difícil. Eu trabalho um dia de dia, um dia à noite, e ela trabalha de dia. Então, a gente acaba, não se vê tanto todo dia junto assim, à noite.

A gente procura fazer sempre. Só que não dá certo, não é todo dia que pode. não dá certo.

Com a descoberta do homem no processo da procriação, na Pré-história, o sexo começou a ser associado à função reprodutora, instalando-se a crença de que toda relação sexual resultaria em uma gestação. Crenças essas que influenciam ainda hoje as relações sexuais dos casais que desejam engravidar e que, segundo Melamed e Seger (2009), os levam a mudar o enfoque de sexo-prazer para sexo-trabalho, podendo ocasionar disfunção sexual. É o que se percebe quando o colaborador 2 ♂ diz “(...) *procurou fazer mais vezes na semana* (...) *procura fazer sempre.*” O verbo *procurar* nos sugere uma obrigação e não mais o prazer.

Entretanto, é necessário que os casais entendam que para que a procriação ocorra é necessário o perfeito funcionamento da função reprodutora tanto do homem quanto da mulher (OLMOS, 2003).

Colaboradora 2 ♀

Na análise compreensiva do discurso da colaboradora 2 ♀, percebemos que a temática da sexualidade não foi abordada.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 2 ♂

[...] ela já procurou a ginecologista e aí começou a fazer os exames, com ela tava tudo normal. Não engravidava. Aí foi fazer comigo. Aí fez o espermograma e já viu que era baixo. Aí que a gente começou todo o processo pra tentar.

É comum a mulher tomar frente e procurar um ginecologista para fazer os exames clínicos e verificar se ela possui algum problema que esteja dificultando a gravidez do casal, conforme corrobora a fala deste colaborador. Para Olmos (2003), fatores culturais podem

contribuir para esse comportamento da mulher, levando-a a assumir a culpa, de maneira implícita, pela gravidez que não veio.

O autor também cita outro motivo que pode levar as mulheres a chegarem sozinhas ao consultório médico: a insegurança por parte dos homens do olhar negativo da sociedade. Entretanto, Olmos realça ser necessária a presença do casal para iniciar a investigação clínica.

Colaboradora 2 ♀

[...] depois de um ano, ele mesmo disse se não desse certo no próximo mês, ele que ia tomar a atitude de fazer o espermograma. E foi o que aconteceu. Daí a gente ficou sabendo a respeito da dificuldade.

A decisão tomada pelo colaborador 2 ♂ de realizar o espermograma, considerado por Moreira, Tomaz e Azevedo (2005) como um dos exames diagnósticos do tratamento de infertilidade, emerge no discurso da colaboradora 2 ♀ como sendo o momento de revelação da causa de infertilidade. Os exames clínicos, segundo Weiss (2006), auxiliam no diagnóstico dos fatores biológicos; porém, essa informação, quando passada para o casal, pode levá-lo a se sentir como se estivesse passando por um terremoto que abala as estruturas e cujos efeitos ainda são sentidos com o passar do tempo.

A nossa intenção assim, se a gente não conseguir (pela IIU), se for motivo para fazer a fertilização(FIV) que eu sei que é muito difícil, eu já vou desistir, e vou partir para a adoção.

O limite no tratamento estipulado pela colaboradora 2 ♀, muitas vezes, acaba sendo colocado pelos indivíduos porque grande parte da população não tem acesso à FIV. Para Maldonado e Canella (2003), essa transição é muito mais bem elaborada quando o profissional de saúde auxilia o casal a se adaptar a essa realidade.

A impossibilidade de acessar as modernas técnicas existentes no mercado, segundo os autores, deixa como solução imediata o aconselhamento da adoção.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 2 ♂

Na análise do discurso do colaborador 2 ♂, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção desta categoria.

Colaboradora 2 ♀

No começo foi um pouco constrangedor, sabe?

O constrangimento de não conseguir engravidar por vias naturais, apontado pela colaboradora 2 ♀, pode ter despertado o sentimento de não fazer parte do recorte de uma população que cumpre com as expectativas sociais de exercer a função parental. Tais sentimentos podem desabrochar pelo fato de carregarmos em nossa bagagem histórica fragmentos culturais que atribuem à mulher o seu valor de acordo com a sua função reprodutora, conforme os estudos de Badinter (1986).

Muitos daqueles que vivenciam a infertilidade parecem adquirir uma cegueira parcial, permitindo-se enxergar apenas aquela parte da população que não teve dificuldade de engravidar, levando-os a experienciar a sensação de terem um defeito e a nutrir sentimentos negativos sobre si mesmos, podendo, segundo Weiss (2006), levá-los a experienciar ainda a sensação de isolamento e alienação.

[...] Por que achou que tinha uma certa cobrança. Da gente não, que eu percebi principalmente pelo meu marido, sabe? No começo, às vezes eu, no começo, eu achava que era por mim. Porque geralmente a mulher acha que eu que tenho o problema. E depois que a gente ficou sabendo que era ele, deu assim, sabe? Um, um baixo astral.

Ao relatar que supunha ser infértil “*Porque geralmente a mulher acha que eu tenho o problema*” percebemos a semelhança do pensamento da colaboradora 2 ♀ com o da mulher vivente no patriarcado - período histórico em que a responsabilidade de engravidar cabia somente à mulher e, no caso de infertilidade, determinava-se a sua condição de inferioridade (MELAMED, 2006).

Talvez, por ser uma função histórica atribuída à mulher, parece-nos que a colaboradora 2 ♀ se sentiria mais confortável em assumir a infertilidade diante da sociedade do que deixar essa responsabilidade para o parceiro “*E depois que a gente ficou sabendo que era ele... deu um baixo astral*”.

Sendo assim, Ribeiro (2006) percebe o diagnóstico de infertilidade como uma perda narcísica, ou seja, eles não conceberão como seus pais, familiares e amigos e passam a pertencer, de maneira indesejada, a um grupo estigmatizado pela sociedade.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 2 ♂

Se não der, se a gente não conseguir, a gente pensa em adotar uma criança. Não vamos para por aí.

Famílias construídas por laços afetivos, mas não consaguíneos, segundo Schettinini, Amazonas e Dias (2006), denominadas *famílias adotivas* vêm se tornando uma realidade comum na nossa sociedade contemporânea. Essa nova construção familiar possibilita que homens e mulheres exerçam seu papel social da paternidade e da maternidade (parentalidade) e deixem de se sentir excluídos de atividades sociais, promovidas para a família tradicional.

Colaboradora 2 ♀

A gente sempre falava de gravidez, de engravidar. Até mesmo quando a gente namorava. Mas por motivos, como se diz? Assim, achar o que os outros vão pensar, a gente sempre se preveniu, segurava, então a gente assim que casasse a gente já ia arrumar. Nossa, o sonho nosso era, ter um filho, sabe? E aí foi onde nós começamos a tentar.

Segundo o discurso da colaboradora 2 ♀, ela sempre desejou ter um filho desde o namoro; entretanto, um filho antes do casamento comprovaria para sociedade a sua iniciação sexual precoce, “(...) o que os outros vão pensar (...)”. Assim, para evitar punição da família, da Igreja e de amigos, o desejo de engravidar acabou sendo reprimido durante o período do namoro.

O desejo, tanto na área de infertilidade quanto em outras áreas, é um fato natural a todos nós, que, quando consciente, acompanha a representação do fim esperado. Segundo Maluf (2008, p. 31), em se tratando de infertilidade, “é fundamental o casal nomear seu desejo de conceber por meio de uma profunda reflexão de seus valores afetivos, relacionais, familiares, sociais, profissionais e religiosos”, sendo ressaltado pela autora que a decisão de ter um filho deverá ser do casal.

Antes era mais aquela coisa, sabe? De querer engravidar, de querer conseguir, sabe? De quem sabe aconteceria.

Conforme a fala da colaboradora 2 ♀, ela se percebeu em um ciclo envolvido por pressão, que acaba focando nas relações sexuais o objetivo de engravidar, deixando de lado a satisfação sexual. Segundo Lopes e Vale (2010), a mulher, sem a queixa da infertilidade, já pode perder o desejo sexual espontâneo após algum tempo de relacionamento estável, levando-a a permanecer em um estado de neutralidade sexual, que se altera conforme a motivação baseada na intimidade. Essa modificação no ciclo da resposta sexual feminina, segundo as autoras, foi proposta por Basson e expõe que a sexualidade deve ser vista como um todo e não apenas genital, valorizando, assim, a qualidade da integração entre os parceiros.

Deixar de ser mãe e pai, e ele também, nenhum dos dois, abre mão sabe? Não importa que não tenha o sangue correndo nas veias, mas a gente quer passar por essa experiência.

O casal está decidido a vivenciar a experiência da maternidade e da paternidade, mesmo que esse sonho seja realizado por meio da adoção de uma criança. Segundo Modelli e Levy (2006), nossa sociedade ainda carrega traços de uma sociedade patriarcal que atribui à mulher a função simbólica de ser mãe, o que pode influenciar no processo de adoção. Entretanto, é importante ressaltarmos que a mulher, na atualidade, tem a possibilidade de exercer outros papéis além do papel de mãe, usufruindo também por meio desses da sua feminilidade em outros aspectos (WEISS, 2006).

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 2 ♂

Na análise compreensiva do discurso do colaborador 2 ♂, percebemos que a temática da sexualidade não foi abordada.

Colaboradora 2 ♀

[...] eu cheguei até ter atrasado (menstruação). Achava que tivesse grávida, ter até os sintomas assim, e nada acontecia. Foi onde a gente descobriu que tinha alguma coisa errada.

O discurso da colaboradora 2 ♀ nos desvela que a grande intensidade do seu desejo de engravidar pode ter influenciado em seu ciclo menstrual e na percepção das suas sensações corporais, levando-a a acreditar que estava grávida “(...)eu cheguei até ter atrasado. Achava que tivesse grávida, ter até os sintomas assim, e nada aconteceu.”. Maldonado (2002, p. 31) aponta esse fenômeno como um rompimento no equilíbrio hormonal e na regularidade da ovulação, que pode ocorrer com facilidade devido à ansiedade e aos conflitos com relação à maternidade, gerando a inibição da ovulação ou, até mesmo, o espasmo das trompas. Para a autora, o medo de gerar filhos pode ser a base de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos da fecundação, tanto na mulher quanto no homem, como por exemplo: incompetência istmo-cervical, hostilidade aos espermatozoides e aborto de repetição. Ainda, quando aliado ao desejo, pode vir a provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada: atraso menstrual, com as correspondentes fantasias de fecundação e as manifestações da pseudociese – “verdadeira *psicose corporal* que fabrica bebê imaginário, construindo um corpo falsamente grávido, numa dramática demonstração do poder do desejo”.

4.3.4 Casal 3

O colaborador 3 ♂ tem 34 anos, é católico, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como mecânico. Na entrevista, relata não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Não apresenta familiares com dificuldade de engravidar. Durante a sua trajetória de vida, não teve orientação sexual e sua primeira relação sexual aconteceu aos 22 anos. Relata ter aproximadamente 07 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 3 ♀ tem 24 anos, é católica, possui o ensino médio, cursou técnico em edificações e trabalha cuidando do próprio lar. Na entrevista, relata não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Relata que a irmã teve dificuldades de engravidar, mas não sabe o motivo (diagnóstico). Durante a sua trajetória de vida, recebeu orientação sexual dos colegas na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 17 anos e relata ter, em média, 03 relações sexuais semanais, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 3 ♂ e 3 ♀, de nível socioeconômico C², namoraram durante 02 anos e se encontram em união estável há 05 anos. O casal utilizou métodos contraceptivos durante 03 anos e está tentando engravidar há 03 anos. Os cônjuges iniciaram a investigação acerca da

infertilidade em um posto de saúde; porém, não realizaram exames e nem iniciaram tratamento médico para tentar engravidar. Até o momento da entrevista, não haviam sido encontrados fatores que interferissem na fertilidade, configurando uma provável ISCA.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 3 ♂

Namoramos 02 anos. [...] Quem namora muito tem que vê... tem umas pessoas que namora um... 10 anos, casa e não vira nada.

A partir da década de 1930, segundo Lins e Braga (2005), uma nova mentalidade, de homens e mulheres, começa a surgir em nossa sociedade. Os casais jovens, muitas vezes ainda estudantes, começam a se unir por amor, sem se preocuparem com uma estabilidade econômica. Conforme o relato deste casal de colaboradores, eles namoraram 02 anos e já foram “viver juntos”. As uniões por amor proporcionam a construção de uma nova realidade em nossa trajetória histórica: o crescimento da coabitação juvenil na década de 1960. Conforme os autores, essas uniões, muitas vezes, eram até financiadas pelos pais, possibilitando aos jovens viverem juntos para posteriormente decidirem pelo casamento.

Já na década de 2000, percebemos uma mudança de comportamento entre as adolescentes, que começam a dedicar-se mais aos estudos, almejando alcançar o nível universitário, o que as leva a prorrogar o namoro e postergar a união conjugal.

Entretanto, a duração do namoro não nos parece um fator determinante para o tempo de duração do casamento já que, segundo Lins e Braga (2005), essas relações que são construídas em um alicerce de amor podem levar os indivíduos à dúvida de manter ou não manter um casamento. Badinter (1986) já considerava as relações construídas com base no amor como frágeis, devido à possibilidade de o indivíduo amar, evoluir e não deixar de amar o outro.

Colaboradora 3 ♀

[...] a gente sempre se deu bem, nunca brigou. Nunca largou.

A fala da colaboradora 3 ♀ traduz a satisfação na qualidade do relacionamento entre os indivíduos e a sua manutenção parece-nos uma prova constante de que aqueles que se

amam desejam construir uma família. Badinter (1986, p. 198) acredita que o casal acaba sendo confrontado com um triplo desafio: “conciliar o amor por si próprio e o amor pelo Outro; negociar nossos dois desejos de liberdade e de simbiose; adaptar, enfim, nossa dualidade à do nosso parceiro, tentando constantemente ajustar nossas evoluções recíprocas”.

Dessa maneira, o respeito mútuo e a individualidade entre os pares, conforme as reflexões de Lins e Braga (2005) sobre as novas tendências nos relacionamentos conjugais, emergem no momento em que os indivíduos se despem de suas fantasias e ideais, características do amor romântico e começam a se conhecer tal como são – a união de dois inteiros.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 3 ♂

Até hoje tá ótimo. Não tem queixa de nada. Assim nós não briga, nós não discuti por nada. Assim, tem uma diferencinha igual pequena aí, nada que afete alguma coisa. Tá bem, o nosso relacionamento.

A *diferencinha* existente entre os pares, citada pelo colaborador 3 ♂, talvez faça parte da nova construção conjugal formada por dois inteiros diferentes – já referida por Badinter (1986) como “a fusão de duas entidades respeitadoras de sua liberdade mútua”.

Melhorou muito (união estável), mais do que tava antes no namoro. Por que estabiliza o casamento. Assim, as responsabilidades, essas coisas muda muito. Por que aí, a responsabilidade maior. Então, eu achei até melhor no caso que ficar namorando.

À luz das reflexões de Badinter (1986) sobre a construção do casal, percebemos que a impossibilidade de ser em sua totalidade leva os indivíduos a buscarem a sua completude no outro, mas sem que perca sua identidade e integridade.

Essa tendência atual da junção de dois inteiros, para Badinter, possibilita aos pares que vivenciem uma relação respeitosa e sem sacrifícios, não sendo mais necessário pagar qualquer preço para que o outro esteja ao nosso lado.

[...] a gente se dá bem pra caramba, a gente se preocupa um com o outro normal, duas pessoas normal, e eu acho que pra mim tá ótimo.

A transição de um relacionamento mantido a qualquer custo para um relacionamento cuja manutenção é realizada com tranquilidade, ou seja, com respeito e amizade, como nos mostra a fala do colaborador 3 ♂, acima, tem se tornado uma realidade cada vez mais frequente na atualidade (LINS; BRAGA, 2005).

Essa nova dinâmica no matrimônio, considerada por Araújo (2002) como Amor confluyente, tem caminhado cada dia mais para uma relação de igualdade nas trocas afetivas e no envolvimento emocional do casal.

Colaboradora 3 ♀

A gente nunca brigou... nunca se largou... a minha família se dá bem com ele... tá normal.

A satisfação com a qualidade de seu relacionamento afetivo, que também emerge no discurso da colaboradora 3 ♀, sugere que os objetivos individuais dos parceiros contribuem de maneira positiva para a manutenção do relacionamento.

A gente tem uma vida tranquila. A situação financeira tá normal, não tem, não tá enforcado (faltando dinheiro) nem nada, a relação dele com a minha mãe que eu acho que é importante, normal. E do resto tá tudo tranquilo. A gente não tem problema nenhum, acho que o importante pra mim era a convivência, que é uma questão de convivência que tem com a minha mãe, com a minha família assim, normal.

Dando prosseguimento à análise do discurso da colaboradora 3 ♀, a afirmação “*A gente tem uma vida tranquila.*” leva-nos a pensar sobre uma possibilidade de ênfase na qualidade positiva de seu relacionamento afetivo, que parece ser sustentado pelo equilíbrio em várias áreas da sua vida: “*(...) A situação financeira tá normal... a relação dele com a minha mãe... normal*”, considerado pela Psicologia da Saúde como perspectiva biopsicossocial.

Essa perspectiva, segundo Straub (2005, p.44), permite que compreendamos o indivíduo em sua integridade, apontando que cada um de nós é um sistema conectado entre os contextos: “biológicos, psicológicos e sociais da saúde”.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 3 ♂

[...] a relação (sexual) é durante todo dia. A não ser o intervalo (abstinência para fazer o espermograma), que dá é uma situação que não tem nem como. Porque, de manter relação. Agora, após o intervalo que tem, normal.

O discurso do colaborador 3 ♂ sugere a associação entre potência sexual e procriação. Essa relação estabelecida por muitos homens ainda na atualidade nos leva a refletir com Badinter (1986) sobre as influências da sociedade patriarcal na participação do homem na procriação. Essa sociedade, segundo a autora, determinou que o papel do homem era de realizar uma cópula bem sucedida.

Colaboradora 3 ♀

Nossas análises do discurso colaboradora 3 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 3 ♂

Até a gente passar pelos médicos, essas coisas. [...] Então é onde nós tá aqui hoje. Então nós vem e de lá pra cá nós vem pra vem em médico. Vai daqui, vai daqui e vai um pra lá e vai outro pra cá e vai embora. Até agora vai indo do jeito que tá.

As constantes viagens, da cidade de origem até o hospital-escola, “(...) *Então nós vem e de lá pra cá nós vem pra vem em médico*”, para poder realizar o tratamento com uma equipe especializada de RHA é manifestado no discurso do colaborador 3 ♂. O tratamento composto por “biópsias, exames de sangue, exames invasivos, inseminações, cirurgias e medicamentos”, segundo Weiss (2006, p. 108), acaba exigindo do casal disposição. Para a autora, essa trajetória pode vir a desencadear sentimentos de humilhação, raiva, ansiedade, depressão e medo. Ainda, segundo o nosso entendimento, parece interferir na rotina da vida que até então o colaborador 3 ♂ levava.

A nova rotina de vida do casal indica uma possibilidade de desestruturação pessoal, fazendo-nos refletir sobre a importância do acompanhamento psicológico nesse momento de suas vidas. Para Maluf (2008, p. 03), o aconselhamento psicológico aos indivíduos que sofrem de infertilidade é indicado por “oferecer subsídios aos modos de enfrentamento do stress ocasionado por todas as variantes emocionais, sociais e médicas envolvidas”.

A vivência (exames) é preocupante um pouquinho. Por que no caso a gente nunca sabe o que é.

O colaborador 3 ♂ parece vivenciar com preocupação a investigação clínica, talvez por lhe parecer que está perdendo o controle do seu corpo “(...) *Por que no caso a gente nunca sabe o que é*”, tornando-se um sujeito passivo das ações médicas. Dessa forma, Poziomczyk (1986) elucida que o tratamento de infertilidade pode desencadear preocupação e ansiedade.

Nesse momento, percebemos a importância da inserção do psicólogo da saúde na equipe multidisciplinar de RHA, para poder acompanhar os casais e tentar proporcionar-lhes, segundo Farinati, Rigoni e Müller (2006), melhores condições emocionais.

Colaboradora 3 ♀

A ultrassonografia transvaginal é um exame muito realizado na investigação da infertilidade, que, segundo Olmos (2003, p. 107), “proporciona uma visão bem detalhada do útero e dos ovários”. Esse exame, ainda de acordo com o autor, também possibilita que o profissional possa determinar a presença ou ausência de folículo dominante, “que é um sinal indireto de provável ovulação”.

[...] depois, quando fiz um ultrassom, o último ultrassom que eu fiz, *ai a moça já falou pra mim que eu não ovulava*. Então, eu já dali, que eu já ia te problema.

A partir do momento em que a colaboradora 3 ♀ ouve da profissional que há ausência de ovulação, diversos sentimentos, como, por exemplo, o de frustração, parecem emergir, podendo evoluir a qualquer momento de maneira negativa e, ainda, interferir no bem-estar emocional dela, do casal e do contexto de que fazem parte: sócio-emocional-cultural (MELAMED; SEGER, 2009).

Eu já sabia, desde aquele tempo, que eu poderia ter problema. A mulher falou pra mim. Então, *dali, eu e ele já vinha conversando*.

O excerto acima, do discurso da colaboradora 3 ♀, nos sugere que desde o dia em que ela realizou o exame clínico e foi informada sobre uma possível anovulação, ela parece ter fixado obsessivamente que poderia ter problemas para engravidar. A situação vivenciada pela

colaboradora 3 ♀ nos leva a refletir sobre o peso das informações para o paciente e a adequada postura do profissional atuante na área de RHA.

Para nos auxiliar nessa reflexão, nos apropriamos da seguinte análise de Farinati, Rigoni e Müller (2006, p. 434): “desde muito cedo em seu desenvolvimento, muitas pessoas constroem um projeto de vida: crescer, encontrar um par amoroso e com ele dar início a uma nova família, e nesse contexto, diferentes motivações podem dar origem ao desejo de ter um filho”. A suposição de uma possível infertilidade pode fazer com que esse projeto venha a desabar. Por isso, a necessidade de o profissional de RHA informar ao paciente somente suas reais condições clínicas.

Nossas reflexões encontram corroboração em Maldonado e Canella (2003, p. 180), que elucidam o fato de que, nesse momento, “não há lugar para promessas onipotentes; a esperança só pode ser sustentada pela promessa realista de pesquisa, colaboração e esforço competente”.

Porque hoje fala para mim: ó, você não tem jeito, acho que era um sofrimento e tanto. Fosse naquela época, assim, que eu realmente tava coisada (não ovulava), sabe? Que aí quando a médica falou pra mim fiquei meio balançada, assim, triste, medo que eu podia não ter. Aí como já faz um tempo, eu já venho pensando, a gente já veio conversando.

As primeiras reações da colaboradora 3 ♀ após o diagnóstico da enfermidade: “(...) *fiquei meio balançada, assim, triste, medo que eu podia não ter*”, vão ao encontro das análises que Ribeiro¹² (2004, apud Farinatti; Rigoni; Müller (2006, p. 435) realizou sobre o real sentido da capacidade de procriação para os pares. Segundo a autora, o filho biológico “parece ser um significativo referencial da identidade de gênero, o qual, diante do diagnóstico de infertilidade, exige um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade” corroboradas pela fala “(...) *como já faz um tempo, eu já venho pensando, a gente já veio conversando*.”.

Para a colaboradora 3 ♀, a infertilidade parece ser vivenciada como um *trauma* “*Porque hoje fala pra mim: ó, você não tem jeito, acho que era um sofrimento e tanto (...)*”. Para Jacob-Seger (2006), por se tratar de uma enfermidade inesperada, é possível que esse momento seja vivenciado com *choque* e até mesmo com raiva.

¹² RIBEIRO, M. Infertilidade e reprodução assistida: clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber essa categoria nesse momento.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 3 ♂

Nós dois queria. Nós quer. Nós queria não, nós quer ainda. Eu principalmente tenho 34 anos e no caso que eu tenho um pai que é falecido. Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho. Não teve a possibilidade. Agora vou atrás da minha mãe. Minha mãe é viva e eu quero ter filho, de qualquer jeito eu quero ter. Demore o quanto demorar, a gente não pode ficar com raiva. Sobre isso, tá bom, tá é o que a gente mais quer.

Para o colaborador 3 ♂, o filho como um projeto de vida sugere a representação sinônima de continuação da família e de imortalidade, tornando-se essencial para a realização do ser humano: “*Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho.*”. Kusnetzoff (1997) aponta, em suas considerações sobre a fertilidade, a importância psicológica de se ter um filho biológico, sendo o significado do parentesco biológico muito forte “*Agora vou atrás da minha mãe. Minha mãe é viva e eu quero ter filho (...)*”.

Lins e Braga (2005) acrescentam que ter um filho significa, ainda, dar continuidade a um nome, conforme é apontado em nossa história social, que segundo Weiss (2006), é o homem o responsável pela continuidade do nome do pai e do avô, dando continuidade à linhagem e pela honra do nome da família.

Colaboradora 3 ♀

[...] depois quando a gente, eu decidi ter filho, que a gente já tava há dois anos juntos. A gente fico 02 namorando e 05 já casado. E quando eu decidi mesmo porque uma que já tava na hora [...].

Observamos no discurso da colaboradora 3 ♀ que o ato de programar e postergar uma gestação pode decorrer da crença de que a função reprodutora é controlável “*A gente fico 02 namorando e 05 casado*”, parecendo-nos uma estratégia utilizada por ela e outras mulheres na tentativa de organizarem primeiramente a vida pessoal, financeira e profissional. Seguindo essa lógica, Labrador (2002) nos mostra que grande parte dos casais supõe conseguir

engravidar quando desejarem “*E quando eu decidi mesmo porque uma que já tava na hora (...)*”; porém, a infertilidade é um problema que dificilmente se espera e, segundo Farinati (2009), é quando o projeto de conceber não é alcançado que os casais dão conta que têm um problema para engravidar.

É importante ressaltarmos que ter um filho, deve sim, ser uma situação pensada pelos casais na atualidade, pelo fato de que uma criança pode demandar muita responsabilidade. Porém, o que os casais devem analisar é o tempo pelo qual postergarão a vinda do filho – que deverá ser feita pelo casal de maneira racional, pensando nos recursos de que poderão dispor para auxiliá-los no sonho da construção de uma família com filhos biológicos, já que a maturidade pode reduzir as chances de gravidez por vias naturais, conforme já abordamos neste estudo.

[...] se dependesse, se tudo desse certo, a gente já queria entrar numa fila pra adoção. Essas coisas sabe?

A colaboradora 3 ♀ mostra-se aberta a construir uma família adotiva, mesmo que as crenças populares sobre a adoção ainda sejam vistas com maus olhos por parte da sociedade. Esse preconceito, segundo Schettini et al. (2006), se deve ao fato de que um filho adotivo diverge das leis naturais da construção familiar por laços consanguíneos.

Sendo assim, acreditamos que a adoção de uma criança deve ser refletida e realizada pelo casal de comum acordo para que possam assumir, na íntegra, o papel de pai e mãe e consigam exercê-lo na intimidade do lar, perante a família e toda sociedade.

Aí, eu quase que já adotei um filho de uma amiga minha que não tinha condição, aí o pai dele veio e pegou para criar. Mas se não eu já tinha tido adotado ele já.

[...] mas é porque se eu não tiver jeito de ficar grávida, vamos adotar uma criança também. Mas assim, mas que eu gostaria ter de mim, meu mesmo, eu gostaria.

Na atualidade, segundo Zibini e Vasconcellos (2006), grande parte das pessoas que procuram adotar legalmente uma criança acaba apresentando históricos e motivações diferentes, sendo, conforme o estudo dos autores, o grupo mais representativo aquele construído por casais inférteis “*(...) se eu não tive jeito de ficar grávida, vamos adotar uma criança (...)*”. Zibini e Vasconcellos descrevem, ainda, que a maioria dessas pessoas relatam que já haviam passado por longos processos de tratamento em clínicas de RHA na tentativa de engravidar quando optaram pela adoção.

Porém, ainda neste momento, a colaboradora 3 ♀ expressa o desejo por um filho biológico “(...) *mas que eu gostaria ter de mim, meu mesmo (...)*”, podendo este estar enraizado nas suas fantasias sobre as representações de família e, ainda, levá-la a acreditar que, por meio dele, se tornará a verdadeira mãe (de sangue), construindo os verdadeiros laços naturais e tornando a sua família indissolúvel (SCHETTINI et al., 2006).

[...] E para mim é importante. O dia que eu tive meu filho não ter aquele conflito (com a família).

A fala da colaboradora 3 ♀, acima, suscita em nós a seguinte reflexão: O desejo de procriação é dela ou é uma pressão familiar? Talvez, não percebamos que muitas mulheres ainda carregam consigo a crença de nossos antepassados sobre o papel esperado delas, de se ter um filho biológico e que este afirmará a sua feminilidade perante a sociedade (MAKUCH, 2006). Na atualidade, essas crenças acabam sendo consideradas irracionais, podendo levar as mulheres, conforme nos diz Seger (2009, a), a acreditarem que uma vida com filhos seria totalmente perfeita, solidificando a união do casal e resolvendo todos os seus problemas.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Nossas análises dos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber essa categoria neste momento.

4.2.4 Casal 4

O colaborador 4 ♂ tem 35 anos, é evangélico, possui o ensino médio e trabalha como caminhoneiro. Relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber socialmente. Não tem histórico familiar de infertilidade. Diz não ter recebido orientação sexual e iniciou sua vida sexual aos 16 anos. Relata manter uma média de 05 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. O colaborador não apresenta queixa de disfunção erétil e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 4 ♀ tem 30 anos, é católica, possui o ensino fundamental e trabalha no próprio lar. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Sua tia avó teve dificuldade de engravidar, mas não sabe o motivo. Também não recebeu orientação sexual e

iniciando sua vida sexual aos 19 anos. Relata manter, em média, 03 relações sexuais por semana, estando o desejo e o orgasmo preservados e a excitação alterada.

Os colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, de nível socioeconômico B², namoraram durante 06 meses e estão casados há 05 anos. Ela utilizou métodos contraceptivos durante 01 ano e o casal está tentando engravidar há 05 anos. O casal iniciou a investigação com profissionais de medicina em uma clínica particular utilizando recursos financeiros próprios, realizando exames e procurando engravidar por meio do tratamento de indução de ovulação. A hipótese diagnóstica deste casal é de infertilidade primária por fator feminino: síndrome do ovário policístico.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 4 ♂

[...] a gente sempre, desde o namoro foi tudo normal. Sempre combinando bem, se dando bem.

Segundo Lins e Braga (2005), está surgindo uma nova dimensão do amor, em que há mais troca e tentativa de equilíbrio. Essa nova forma de amar terá como ingredientes principais a amizade, o companheirismo e a solidariedade, o que vemos refletido no caso deste casal pela fala do colaborador 4 ♂.

Colaboradora 4 ♀

Faz mais doidera. Vai pros lugar, nem sei o que falar. Parece que quando é mais jovem vai pro motel, vai tudo escondido de todo mundo, só falta encapuzar a cabeça para fazer viu.

Na adolescência contemporânea, com as mudanças nos valores tradicionais de amor e de sexo, surgem novas formas de pensar e viver. Os avanços médicos e científicos tendem a tornar o sexo uma escolha mais livre a cada dia, desvinculando-o da procriação (LINS; BRAGA, 2005).

Entretanto, essa possibilidade de a mulher separar o sexo da procriação foi construída ano após ano, já que o despertar da vivência de uma sexualidade livre, segundo Roudinesco (2003), começou a ser estudado no final da década de 1940 pela filósofa Simone de Beauvoir, possibilitando o desabrochar de uma nova identidade feminina.

Dessa maneira, entendemos que somos sujeitos ativos desse processo, ou seja, estamos ainda em fase de construção de novas formas de exercer plenamente a nossa sexualidade, alcançando, assim, a satisfação.

[...] É que antes também, ele viajava mais. Ficava mais tempo fora. E quando chegava assim, tava doido para um vê o outro.

O desejo sexual, que faz parte do ciclo da resposta sexual humana e é denominado fase de apetência, é uma etapa subjetiva na relação sexual, conforme afirmam Calvanti e Cavalcanti (2006). Essa fase é um momento em que os indivíduos apropriam-se dos recursos da fantasia por meio da função cognitiva e dos estímulos eróticos, que segundo os autores, leva o organismo a responder por meio de dois fenômenos fisiológicos fundamentais: a vasocongestão e a miotonia, ou, reações extragenitais e genitais.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 4 ♂

A gente foi e casamos. E depois fomos acertando as nossas coisas, para depois falar, ter filho.

O planejamento de uma vida a dois tem sido um comportamento cada vez mais frequente na atualidade, levando os casais a buscarem primeiro a estabilidade financeira para depois tentarem a gravidez, o que acaba ocorrendo em idade mais avançada (WEISS, 2006), como parece ser o caso deste casal de colaboradores, que se encontra em seus trinta. O autor afirma que muitos casais ainda desconhecem o fato de que a probabilidade de gravidez por vias naturais diminui com o passar dos anos. Aqueles que têm a consciência da queda da fertilidade com o aumento da idade depositam a esperança da gravidez nas técnicas de reprodução humana assistida.

Weiss (2006) aponta essa mudança no comportamento dos casais como sendo um dos motivos que têm contribuído para o aumento da taxa de infertilidade mundial nos últimos anos.

[...] entre a gente assim, normalzão. Não tem nada de, sabe, nem eu com raiva, nem ela nada. A gente estamos seguindo junto aí pra ver se consegue (engravidar).

Grande parte dos homens e das mulheres na atualidade veem o filho como “parte fundamental do projeto de vida”, podendo significar o alcance da maturidade e desenvolvimento pessoal (FARINATI, 2009, p. 45). Para Maldonado e Canella (2003, p. 179), o desejo de ter um filho pode ser motivado por diversos fatores, entre eles, a pressão cultural e familiar, que “transmite a idéia de que todo casal deve ter filhos”. Tal pressão, segundo os autores, acaba sendo mais percebida por aqueles casais que adiam por muito tempo a chegada do filho.

Colaboradora 4 ♀

[...] quando caso assim, parece que foi um alívio. Quer dizer, parece que melhorou. Por que antes assim, a gente vivia mais separado do que junto. Depois que casou, parece que aliviou. Parece que Deus ajudou. Parece que tinha um peso nas costas. Pelo menos na minha tinha. Não via a hora de casar para se libertar daquilo (ter relação sexual escondida). Ficar livre. Que pra mim a gente tava fazendo coisa errada.

Em nosso estudo da trajetória histórica do homem, pudemos observamos que o exercício da sexualidade fora do casamento sempre foi repreendido pela Igreja, levando quem desobedecesse a severas punições (Lins, 1997).

O discurso da colaboradora 4 ♀, no entanto, nos mostra que ainda na atualidade o sexo pode ser vivenciado com temor por estar-se violando as normas impostas pela sociedade patriarcal “(...) Não via a hora de casar para se libertar daquilo (...) pra mim (...) tava fazendo coisa errada”. Mesmo com o passar dos anos, a Igreja ainda influencia as crenças e o comportamento sexual de grande parte da população brasileira.

Desobedecer às normas culturais que restringem o sexo à procriação e, assim, ‘correto’ somente após o matrimônio, pode levar o indivíduo a experienciar a dor e a culpa pelo ato praticado (LINS; BRAGA, 2005), conforme corroborado pela fala desta colaboradora.

Ah, pra mim assim que ficar fazendo, tendo relação antes do casamento. Então, eu não achava certo, na minha cabeça. Só que ao mesmo tempo fazia e me sentia culpada. Só que o homem parece que sempre domina a cabeça da mulher pra fazer a coisa errada.

O sentimento de culpa expresso pela colaboradora 4 ♀ sugere que valores morais, como por exemplo: toda moça de família tem de se abster do sexo antes do casamento, referido por Chauí (1984), perduram ainda na atualidade, conforme já discutido. Chama a atenção o fato de ela dizer “(...) o homem parece ... domina a cabeça da mulher pra fazer a

coisa errada”, talvez uma maneira velada de jogar a culpa no outro para se livrar da culpa pelo fato de não conseguir dominar seus desejos.

A relação sexual durante o namoro parece emergir no discurso da colaboradora 4 ♀ como um comportamento transgressor, que gera insegurança e medo de ser vista pela da sociedade por meio de rótulos negativos. Para Lins e Braga (2005, p. 199), “a maioria das pessoas dedica um tempo enorme de suas vidas a suas fantasias, desejos, temores, vergonha e culpa sexuais”.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Novamente, percebemos em nossas análises, que a temática sexualidade não emerge nos discursos dos colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, semelhantemente ao que relatamos acerca dos colaboradores 2 ♂ e 2 ♀.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 4 ♂

Aí a gente procurou um ginecologista lá (cidade de origem) e fazendo os exames, tomando o medicamento. Mas nada de desespero assim, de que porque não deu certo e se não deu certo nós vamos tentar. O que tiver que fazer vai fazer, mas nós estamos fazendo.

De acordo com o discurso do colaborador 4 ♂, a trajetória clínica do tratamento da infertilidade inicia-se com a ida do casal a um ginecologista. Conforme diversos pesquisadores estudados, parece ser comum a visita a este profissional para a identificação da infertilidade.

Essa associação, segundo Maldonado e Canella (2003, p. 180), pode acabar sendo decorrente do comportamento do próprio médico, que submete a mulher a uma “série de exames incômodos, em vez de começar sua investigação diagnóstica pelo espermograma, um dos mais simples da rotina”, como se queixa o colaborador 4 ♂ “(...) *fazendo os exames, tomando o medicamento (...)*”.

Os autores citam também que o processo diagnóstico da infertilidade e o seu tratamento não dão garantia de êxito. Dessa forma, ainda para os autores (p. 180), é necessário que se tenha uma “boa dose de tolerância contra frustração: não pode ter pressa e nem esperar

resultados imediatos”, como parece entender o colaborador 4 ♂ quando afirma: “(...) *nada de desespero... porque não deu certo (...)*”.

Ah, então, a gente não sabia o que era, o que tava acontecendo que não dava certo. Aí a gente procurou um médico lá e foi fazendo todos os exames e fez com ela, fez comigo. Aí deu esses policísto aí. Depois nós começamos a tomar o remédio, tal. Aí acostumo, não deu certo. Aí foi isso.

A trajetória vivenciada por cada casal é única, podendo ser influenciada por seus medos, fantasias e esperança, “(...) *não sabia o que era, o que tava acontecendo que não dava certo*”, em cada fase do percurso: “(...) *foi fazendo todos os exames e fez com ela, fez comigo. (...)*” (MELAMED, 2006).

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP), diagnóstico da colaboradora 4 ♀, “(...) *Aí deu esses policísto aí. (...)*”, é caracterizada, segundo Olmos (2003, p. 113), “pela transformação dos óvulos em cistos ovarianos, tem uma variedade de causas isoladas e, portanto, pode ser tratada de forma direta ou indireta, conforme o diagnóstico”. Ainda para o autor, quando o problema está restrito ao próprio eixo sexual, o tratamento acaba sendo concentrado na regularização do ciclo menstrual.

Quando a SOP desencadeia esse tipo de problema, uma forma de controle é o uso da pílula anticoncepcional, que produz regularidade artificial do ciclo e, ao mesmo tempo, poupa os ovários, favorecendo a prevenção devido à ausência de ovulação (OLMOS, 2003), como é corroborado pela fala do colaborador “(...) *nós começamos a tomar remédio (...)*”.

Assim, segundo Olmos (2003), quando o tratamento é proposto por meio da suspensão das atividades do eixo por entre estrógenos (pílula), é aguardado que o ciclo regularize-se para, em seguida, as pílulas serem suspensas e, posteriormente, terem início os indutores de ovulação. Entretanto, o autor acredita que com a regularização do eixo apenas pode ser que não seja necessário o emprego de técnicas de RHA para promover a concepção, mas caso contrário, a indução de ovulação é o tratamento indicado.

Na outra vez não foi esses remédio, não respondeu, agora esse parece que tá respondendo.

O discurso do colaborador 4 ♂ nos parece indicar um depósito de expectativa no novo tratamento que está sendo realizado. Esse comportamento nos leva a refletir sobre a intensidade da expectativa que pode ser colocada em um remédio, em um tratamento e até mesmo em toda a equipe multidisciplinar.

As próprias tecnologias de RHA existentes no mercado, que, segundo Montagnine (2007, p. 01), são consideradas uma possível solução para aqueles que dificilmente conseguiriam procriar sem um tratamento, acabam por si só podendo gerar expectativas nos casais inférteis. Dessa maneira, a autora vê essas tecnologias como uma “nova fonte de esperança para ter um filho, mas, ao mesmo tempo, pode ser acompanhada de muitas dificuldades e desapontamentos”.

Mas a gente tá na expectativa que dê tudo certo. [...] Pelo jeito então, estamos na esperança que dê certo. Que dê certo aí agora nessa aí (inseminação intrauterina).

Retomamos Montagnine (2007) para explicitar a expectativa e a esperança do colaborador 4 ♂ frente às novas tecnologias de RHA “(...) Que dê certo aí agora nessa aí.”. A esperança, segundo Kübler-Ross (2008, p. 144), é a “sensação de que tudo deve haver algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo”, podendo estar presente em todas as etapas vivenciadas durante o tratamento de infertilidade, como atesta a fala do colaborador: “(...) estamos na esperança que dê certo. (...)”.

As expectativas podem se tornar fantasiosas com a colaboração das informações, nem sempre fidedignas, adquiridas pelos meios de comunicação, levando alguns casais, segundo Seger (2009, a), a investirem no tratamento como sendo a última oportunidade de engravidar. O interessante é que nos parece que a mídia costuma explicitar, na maior parte das vezes, os casos de pessoas que tiveram sucesso com as técnicas de fertilização assistida, deixando de informar, conforme aponta Melamed (2006), que os procedimentos não garantem 100% de chance de gravidez.

Diante dessa expectativa, percebemos que diversos psicólogos atuantes na área de RHA defendem a importância do profissional, em especial do psicólogo, preparar os casais tanto para o sucesso quanto para o insucesso do tratamento e, se necessário, auxiliá-los a identificar o melhor momento de parar o tratamento.

Quem tem realmente vontade... acho que tem que ir mesmo atrás e ver se consegue. Porque já faz tempo já que a gente tá tentando aí. Mas a gente quer mesmo.

Percebemos que em seu discurso: “Quem tem realmente vontade...”, o colaborador 4 ♂ reafirma o desejo de ter um filho. Frente a isso, refletimos acerca do que nos explicita Maluf (2008) sobre a nossa capacidade de nomear os nossos desejos. Para a autora (2008, p. 29), o desejo e a vontade podem ser diferenciados no contexto da psicologia, sendo: desejo –

dado pela “psique, libido, biologia – um fato natural” e a vontade – “construída pela consciência, disciplina, interação – um fato social”.

Sendo assim, nos apropriamos das análises de Maluf (2008), na tentativa de compreender o que mantém o colaborador 4 ♂ nessa constante busca pelo filho “(...) *porque já faz tempo já que a gente tá tentando (...)*”. Para nós, há indícios da soma do desejo e da vontade na manutenção dessa motivação, e de sua persistência no tratamento.

Colaboradora 4 ♀

Só que nós também é persistente, que tinha que fazer nós foi atrás de fazer. Se nós tivesse que cortar, furar, ia. E ele é a mesma coisa. Se tiver que fazer cirurgia, eu também vou. Aí nós foi correndo atrás, e melhorou.

No momento em que a colaboradora 4 ♀ entrega ao outro o controle do seu corpo “(...) *Se nós tivesse que cortar, furar, ia. (...)*”, ela sugere uma regressão a um comportamento infantilizado, no qual, possivelmente, a paciente passa a atribuir ao médico o poder controlador que era característico da sociedade patriarcal – quando, segundo Badinter (1986), o pai exercia o total poder sobre a filha.

Dessa forma, as reflexões de Braga e Amazonas (2005) indicam o retorno para a antiga identidade de mulher-objeto, que emerge a partir do momento em que é possível *transformar o corpo* por meio dos avanços tecnológicos e/ou tornar-se mãe por intermédio da medicina reprodutiva.

No comecinho foi, a gente acho que ia demorar muito. Demorá coisa de dois anos, três anos. Por que tem gente que fala que demora muito tempo. Só que aí eu cheguei, só que já tava mais adiantada. Aí foi mais rápido.

A rotina do tratamento de infertilidade, incluindo todos os exames necessários para o diagnóstico, pode variar de acordo com cada instituição. O *tempo* referido pela colaboradora 4 ♀ “(...) *a gente acho que ia demorar muito...*” nos sugere a presença de ansiedade que, para Maldonado e Canella (2003, p.181), “pode ser, no nível psicossomático, fator relevante na infertilidade”. Os autores ainda apontam em seus estudos que certo grau de ansiedade acaba sendo inevitável nesse processo, mas que o excesso de ansiedade pode atrapalhar a fecundação.

Dessa perspectiva, sugerimos a ação do psicólogo da saúde, que segundo Sebastiani (2007, p.06), “intervém sobre todas as questões que envolvem as interações sobre o binômio saúde-doença”, que detém o conhecimento em RHA e poderá desmitificar algumas crenças

populares que podem surgir durante o tratamento, como a retratada nessa fala da colaboradora: “(...) *Por que tem gente que fala que demora muito tempo.*”.

Aí na primeira indução eu já achei que não ia dar certo por causa do medicamento que eu já tomei muito tempo. Por isso que achei que não ia. Dessa vez eu já, que é outro tipo de medicamento. Um medicamento mais forte, mais caro também. Eu já imaginei que podia fazer efeito. Agora eu espero que faça (risos).

A colaboradora 4 ♀, assim como seu parceiro, expressa seu ciclo de expectativa e decepção. A incerteza do resultado de cada etapa “(...) *na primeira indução eu já achei que não ia dar certo... dessa vez... é outro tipo de medicamento... mais forte e mais caro também... já imaginei que podia fazer efeito (...)*” pode constituir os momentos de maior ansiedade para os casais, segundo Montagnine (2007). Para a autora (p. 01), o tratamento pode ter maior impacto negativo nas mulheres do que nos homens devido aos fatores “sociais, biológicos e práticos (tratamento mais invasivo na mulher)”.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 4 ♂ e 4 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, semelhantemente ao que identificamos nos discursos dos colaboradores 3 ♂ e 3 ♀.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 4 ♂

Então, ela achou que ia ser fácil. Assim, a gente penso que na hora que fosse para querer (engravidar) ia dar certo. Aí nós começamos, passamos os meses e aí não dava certo.

Deparar-se com a falta de controle da função reprodutora e com o insucesso das diversas tentativas de procriação por vias naturais “(...) *ela achou que ia ser fácil. Assim, a gente penso que na hora que fosse para querer ia dar certo.*”, pode vir a despertar o sentimento de frustração, por não se alcançar o objeto de desejo, o filho, no momento programado. A representação da infertilidade para os casais, segundo Montagnine (2007), é a de interrupção de um projeto de vida pessoal e conjugal.

Para Makuch (2006), o desejo de ter um filho faz parte do projeto de exercer a função parental, que é considerada de importância universal. Assim, a autora defende que a procriação faz parte do desenvolvimento pessoal e é o auge da maturidade adulta, sendo, então, esperada pela sociedade, mesmo na atualidade, onde a função parental acabou adquirindo, para muitos, um significado diferente a partir da possibilidade de adiar a chegada de um filho biológico.

Desse modo, quando a função parental não se concretiza, Makuch (2006, p. 23) comenta que se percebe um rompimento dos afetos que foram colocados no filho desejado, podendo levar a vivência da “perda de uma criança que ainda não foi concebida” e que só existe no afeto dos pais. A autora aponta essa dor como um evento que não é socialmente reconhecido, que pode se tornar um “luto silencioso e solitário”, podendo, ainda, ser “comparada, em intensidade, a outras perdas, como a morte de um ser querido, um divórcio ou a perda de um emprego, no qual se tenha investido em termos de realização profissional”.

Colaboradora 4 ♀

Assim, partiu de nós dois assim, na hora que nós planejo querer engravidar. Eu já vinha antes na minha cabeça, só que na dele ele demoro pra cair a ficha. Aí depois nós já planejo, só que não deu certo na hora que a gente queria.

O planejamento familiar nos parece um hábito que tem se tornado comum na contemporaneidade “(...) na hora que nós planejo querer engravidar.”, possibilitando os casais a dissociar, segundo Lopes et al. (2006), a parentalidade do início da vida sexual e do casamento. Essa dissociação, realizada por meio dos métodos contraceptivos, tem possibilitado aos casais, conforme os estudos da autora, realizarem um planejamento econômico e profissional para, posteriormente, tomarem a decisão de engravidar.

Modelli e Levy (2006) acrescentam que, cada vez mais, a dedicação por uma profissão tem deixado o projeto de ter um filho em *suspense*, aguardando a sua vontade “(...) só que na cabeça dele demoro para cair a ficha.”. Talvez, a segurança de postergar uma gestação até o momento ideal pode ter iniciado a partir do reconhecimento dos múltiplos tratamentos de RHA, disponibilizados no mercado, considerado pelas autoras, uma maneira de desprezar as possíveis inseguranças sobre essa prorrogação.

Assim, para Modelli e Levy, é possível que os significados da busca de ter um filho variem conforme a história de vida singular e conjugal, com a própria necessidade de se ver

no outro, produzido por si mesmo e, ainda, por poder apresentar características sociais que determinam a procriação como importante e aceitável.

[...] um pouco assim, foi que nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, achou que no outro mês já ia ficar grávida.

Nesse momento de seu discurso, a colaboradora 4 ♀ leva-nos a refletir novamente sobre a associação do sexo com a função reprodutora “(...) *nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, achou que no outro mês já ia ficar grávida.*” . O planejamento familiar, por meio de suas propostas educacionais, parece-nos disseminar para a população em geral ser possível dissociar a relação sexual da reprodução. Essa realidade começou a ser disseminada pelo mundo a partir da Revolução Sexual, conforme observamos nos estudos de Lins e Braga (2005), recebendo um importante apoio, com a criação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em 1994, um dos direitos adquiridos pela população – planejar como, quando e de que forma ter filhos (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 176).

Percebemos, assim, que o sexo e a reprodução são funções que se vinculam tanto nos pares que buscam a relação sexual com o único objetivo de ter prazer e previnem a gravidez com pílulas anticoncepcionais, preservativos ou anticoncepção de emergência, quanto nos pares que suspendem os métodos contraceptivos para iniciarem a sua jornada em busca de ter um filho biológico.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 4 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 4 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 4 ♀

[...] e fazer exame e o duro que a menstruação atrasava, tinha vez que atrasava doze, quinze dias. Eu achava que tava grávida, ia fazer exame negativo. Sempre negativo.

Os constantes atrasos na menstruação vivenciados pela colaboradora 4 ♀, levou-a a acreditar, por diversas vezes, que estava grávida. Em nossas análises, refletimos sobre os

possíveis fatores que poderiam estar favorecendo essas alterações no corpo desta colaboradora e, à luz dos ensinamentos de Jacob (2006), pudemos compreender que o próprio tratamento para engravidar pode se tornar um *estressor* devido às expectativas direcionadas a ele.

Lidar com as possíveis falhas e insucessos do tratamento de RHA, ou seja, confirmar, por meio do teste de gravidez, que o resultado dos procedimentos foi negativo, pode suscitar nos casais diferentes reações. Segundo Melamed (2006), alguns são levados a manter o propósito de gerar um filho biológico, lutando para torná-lo realidade; enquanto outros permanecem imobilizados diante dessa perda. Assim, a autora nos mostra que lidar com a infertilidade acaba sendo muito parecido com a maneira de lidar com outras doenças médicas, e que o emocional, tanto do paciente quanto das pessoas próximas, pode sofrer alterações, possíveis de ser controladas por meio do atendimento psicológico.

4.2.7 Casal 5

O colaborador 5 ♂ tem 22 anos, é católico, possui o ensino fundamental e trabalha como mototaxista. Relatou não fumar, não utilizar drogas ilícitas e beber socialmente. Tem um primo de primeiro grau com dificuldades de engravidar por baixa quantidade de espermatozoide. Diz ter recebido orientação sexual da mãe, em casa, e da professora, na escola. Iniciou a vida sexual aos 14 anos e relata manter, em média, 04 relações sexuais semanais. Segundo o colaborador, o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados e não apresenta queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 5 ♀ tem 20 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha como vendedora. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Não tem familiares com histórico de infertilidade. Recebeu orientação sexual na escola, pela professora e, em casa, pela mãe. Iniciou a sua vida sexual aos 14 anos e relata manter 06 relações sexuais semanais. Segundo a colaboradora, o seu desejo, excitação e orgasmo estão preservados.

Os colaboradores 5 ♂ e 5 ♀, de nível socioeconômico C¹, namoraram durante 03 anos e há 04 anos estão vivendo em união estável. Utilizaram métodos contraceptivos durante 04 anos e estão tentando engravidar há 03 anos. A instituição onde as entrevistas desta pesquisa foram realizadas é a primeira que buscam tratamento. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator conjugal: obesidade feminina e varicocele.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 5 ♂

[...] a gente começou a namorar, ela novinha. Ela era virgem. E a gente começou a namorar.

A descoberta da participação do homem na procriação, segundo Badinter (1986), leva a sociedade patriarcal a uma obsessiva busca pelo controle da sexualidade feminina. Esse controle na mulher, quando solteira, era realizado pelo pai com o objetivo manter a integridade do hímen da filha até a efetivação do casamento e, assim, garantir seu valor econômico.

Segundo Lins e Braga (2005), a virgindade sempre esteve ligada aos valores econômicos e à propriedade. A Igreja, em seus textos bíblicos, estipulou regras que determinavam, e ainda determinam, os valores sobre a conduta sexual humana, estabelecendo punições para qualquer desobediência.

Após a revolução sexual, dos anos 1960 aos 1980, inicia-se uma busca de liberdade sexual pelas mulheres, derrubando o tabu da virgindade (LINS; BRAGA, 2005).

O significado que o colaborador 5 ♂ sugere atribuir à virgindade, nos leva a refletir sobre ser este atributo ainda buscado por muitos homens, na contramão das novas tendências sexuais, conforme apontadas por Lins e Braga (2005).

Colaboradora 5 ♀

A gente se conheceu, ele (colaborador 5 ♂) tava indo pra escola e eu tava indo com a minha irmã. [...] Aí nós ficou conversando no ônibus. [...] quando foi a hora que nós chegou em casa, ele pediu para ficar comigo. Foi conversando, aí rolou. Se eu tava ficando com alguém? Eu falei que não. Ele falou assim: Você quer ficar comigo? Aí fiquei pensando, aí falei: Ah, quero. Aí fiquei na esquina da minha casa com ele. Aí foi assim que começou, depois não largou mais do meu pé. Eu tinha acabado de terminar um relacionamento faz, tinha feito pouco tempo. Mas depois de duas semanas, nós começou a namorar.

Conforme já citamos na análise do discurso da colaboradora 1 ♀, esta possibilidade de escolha do parceiro por amor, foi uma realidade criada na década de 1940 e que veio a influenciar os relacionamentos na contemporaneidade.

Retomamos as afirmações de Lins e Braga (2005) acerca dessas novas possibilidades de relacionamento na adolescência contemporânea – as novas tendências nos relacionamentos sem a idealização dos pares, como podemos atestar na fala da colaboradora.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 5 ♂

Nós foi por parte dela. Também ela que a gente tava com uns três anos mais ou menos e ela queria juntar. Aí foi aonde eu fui morar com a minha sogra, e o pai dela foi embora de casa. Então eu fui morar com eles lá (casa da sogra) pra poder ajudar nas despesas em casa que só minha sogra não dava conta. A partir desse momento aí, a gente sempre teve interesse de morar junto sabe? De juntar.

Na atualidade, segundo Badinter (1986), o casamento deixa de ser um tema sagrado e o coração é colocado acima da lei, provocando gradativas mudanças nas relações.

Emerge nesse cenário, a decisão de *juntar*, termo popular utilizado para se referir aos casais em união estável, já abordada nas análises dos casais 1 e 3, que se tornam mais comum a cada dia. As formalidades, contratuais e/ou religiosas, começam a ser abolidas, permitindo que homens e mulheres vivam no mesmo lar e construam uma família, independente das obrigações contratuais, como é o caso deste casal de colaboradores, segundo o excerto do relato do colaborador 5 ♂, acima.

Colaboradora 5 ♀

[...] Aí eu comecei, ele começou a posar em casa. Casa da minha mãe. Aí a minha mãe separou do meu pai. Ele começou a ir em casa, e ficou só nós três. Eu, minha mãe e ele. [...] Acho que não deu nem um ano. Ele começou posando aí depois minha mãe separou, aí ele foi ficando. Ficou um tempo em casa [...]

O novo cenário das uniões entre os pares tem possibilitado, segundo Badinter (1986), a escolha entre o casar ou não casar, sendo o outro mais visto como um companheiro do que como amante ou cônjuge. Essa nova denominação para os pares é dada a partir do momento em que o sentimento e/ou o ideal de outra pessoa começa a ser compartilhado. Para a autora, o termo implica ainda a preservação da identidade de dois seres humanos que experimentam sentimentos fraternos.

[...] Aí depois nós separou porque ele teve uma traição, por parte dele. Aí, ele fico no meu pé que me amava. Que gostava de mim e eu falava: Não, deixa eu pensar um pouco não deu nem um mês pra mim pensar direito pra mim voltar com ele. E ele ficou atrás de mim, ficou atrás de mim. Aí, nós separou na segunda-feira, e quando foi na sexta-feira nós voltou. Fico um pouquinho de tempo, mas nesse tempo, ele trabalha de mototaxista então ele não ia nem trabalhar. Ficava só no

meu pé. Ficava no pé, ligava, mandava mensagem, ficou assim até eu voltar com ele. Aí nós voltou e estamos aí até hoje. Graças a Deus numa boa. Lá tem as suas briguinhas. Mas tamos bem. Graças a Deus.

A consciência da fragilidade do casamento é tão aguda que, para Badinter (1986), a ruptura é encarada como uma parte integrante da história de amor. Para a autora, o casamento e o divórcio parecem ter se tornado simples formalidades, entretanto, eles não são apenas isso.

Ainda segundo a autora (BADINTER, 1986, p. 214), não é proibido pensar que os jovens casais se casam cada vez menos por recusarem-se a se inscrever no definitivo, que é o contrário à liberdade, mas também porque “temem os traumatismos de uma ruptura institucional, cada vez mais frequente”. A autora acrescenta a existência do peso do desgosto da separação dos corações, assemelhando o casamento ao fracasso.

Aí depois nós conseguimos essa casa. Só que ele fez isso aí, ele procurou depressa. Que queria ficar comigo numa casa. Aí nós alugou uma casa, lá no centro da cidade, foi aonde nós começou a morar junto.

A coabitação torna-se uma maneira banalizada de viver como casal e o casamento torna-se cada vez mais adiado. Os ritos de passagem de uma etapa da vida para outra, como a tradicional lua de mel que preparava os pares para a vida conjugal, deixa de ter sentido (BADINTER, 1986). Conforme percebemos no relato desta colaboradora, embora exista o desejo de coabitação e construção de um lar e de uma família, de fato, não houve esses ritos de passagem citados por Badinter.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 5 ♂

Nossas análises do discurso da colaborador 5 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 5 ♀

A gente tenta fazer vários dias pra ver se consegue. Mas, por enquanto ainda não tá dando certo.

O discurso da colaboradora 5 ♀ nos sugere que o foco da relação sexual do casal está direcionado para o propósito de engravidar. Durante os nossos estudos sobre a temática da infertilidade, encontramos autores que apontam para o fato de que a partir do momento que os casais se voltam para um único projeto de vida, engravidar, o ato sexual torna-se mecânico, visando exclusivamente à procriação, tornando-os infelizes, podendo ainda, desencadear disfunções sexuais.

Melamed e Seger (2009) percebem que os casais acabam vivenciando a relação sexual sem espontaneidade e com a investigação clínica perdem a privacidade sexual, o que parece ser o caso desse casal de colaboradores. As autoras também identificam analogias intuitivas negativas em muitos indivíduos – incapacidade reprodutiva e incapacidade sexual, e a mudança do enfoque do sexo, considerando esses fatores como possíveis incitadores de disfunções sexuais.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 5 ♂

[...] tive uma hérnia, aí eu peguei na ultrassom e vi que tinha varicocele. Aí o médico falou pra mim: Ó, tá com a varicocele você vai ter dificuldade para engravidar sua parceira. Aí eu falei pra ele então, eu operei. Foi quando ele pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho. A médica daqui (Hospital de Base) pediu outro também. Leva o outro que deu. E como eu vou responder agora? E tudo normal, tudo bom assim pra mim. É a única dificuldade é essa.

O colaborador 5 ♂ nos relata que já teve alguns problemas orgânicos que podem ser considerados fatores que influenciam na fertilidade masculina. A varicocele é apontada no II Consenso Brasileiro de Infertilidade Masculina por Pompeo, Errico e Martello (2003, p. 45) como “a dilatação anormal de veias do plexo pampiniforme”. Os autores apontam ainda a existência de uma correlação entre varicocele e infertilidade masculina; entretanto, eles explicam que 2/3 dos portadores de varicocele podem ser férteis e que essa enfermidade pode ser tratada.

Contudo, nos parece que a fala “(...) *você vai ter dificuldade de engravidar a sua parceira.*” pode ter ocasionado um *trauma*, levando este colaborador a vivenciar essa situação como uma *crise*, já que, nas palavras de Melamed (2009) a infertilidade pode ser vivenciada como uma situação potencialmente traumática de vida.

A nosso ver, o espermograma, exame citado pelo colaborador 5 ♂, “(...) *pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho*”, sugere ser um instrumento dúbio que pode fazer o homem tanto diminuir quanto aumentar a sua ansiedade quanto a ser fértil ou infértil. No caso de nosso colaborador, parece ter agido em favor de uma segurança de fertilidade “(...) *E tudo normal.*”.

[...] Porque até no momento eu não sabia que com essa varicose. É, eu tinha dificuldade para engravidar. Aí eu operei e depois o espermograma deu tudo normal e foi aí onde eu e ela também veio pensando, eu tenho problema? Não, ela tem. A gente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalha um pouco o psicológico (risos).

Parece-nos que, só após o prognóstico do quadro clínico da varicocele, o colaborador 5 ♂ foi compreender que a doença interferia na procriação “(...) *até no momento eu não sabia que com essa varicocele (...)*”, o que o levou a procurar o tratamento cirúrgico.

Porém, percebe-se que após a realização do tratamento, o colaborador 5 ♂ parece ainda buscar um *culpado* pela ausência da procriação do casal, assim como relatou o colaborador 1 ♂: “*Eu também quero vê se é eu o a muié que tá com dificuldade para engravidar*”. Essa necessidade de identificar onde está o *problema*, em outras palavras de quem é a culpa, pode ser uma maneira de tentar livrar-se de rótulos sociais, em especial no que se refere ao homem, que é geralmente considerado impotente quando não concebe.

Toda essa preocupação com a infertilidade “(...) *A gente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalhe um pouco o psicológico*” pode emergir antes mesmo dos casais chegarem aos serviços de RHA, ou após o início da investigação clínica e do tratamento. Isso pode acontecer devido à possibilidade de existirem muitos fatores que podem estar ocultos, sendo o desejo eminente do filho apenas a ponta do *iceberg*.

[...] E aí na hora que a gente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos já, aí foi na onde a gente veio procura tratamento, pra ver, porque a gente não engravidava.

Para Kusnetzoff (1997, p.20), a infertilidade, quase sempre, se define em termos temporais: “o fracasso de reproduzir-se logo ao longo de um ano”, o que é corroborado pela fala de nosso colaborador: “(...) *a gente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos...*”. Para o autor, por ser a infertilidade uma experiência involuntária, permissiva de desilusão, impossibilidade de escolha e sucessivos fracassos, alguns casais podem transitar “da esperança de engravidar a reconhecer a sua incapacidade para tal”, afirmação mais uma vez

corroborado pelo excerto do relato de nosso colaborador 5 ♂: “(...) a gente veio procura tratamento, pra ver, porque a gente não engravidava”.

Essa busca por uma resposta, conforme o discurso do colaborador 5 ♂, vai ao encontro dos resultados dos estudos de Jacob (2006) que mostram que, muitas vezes, os casais procuram saber o que está acontecendo de *errado*, por meio de uma ajuda médica, para livrarem-se de suas angústias.

Colaboradora 5 ♀

Ah, foi assim, inesperável (infertilidade). Ele falou assim, que era eu. Falei não, o problema tá com você. Aí fico esse empurra, empurra[...]

Por emergir de maneira inesperada, conforme atesta a fala desta colaboradora: “(...) foi assim, inesperável.”, a infertilidade pode ser considerada, segundo Kusnetzoff (1997), uma crise que pode estreitar a união do casal, ou, quando não administrada, chegar a provocar a separação

O medo de ser infértil, expressado pela colaboradora: “Ele falou ... que era eu. Falei não, o problema tá com você (...)”, mais uma vez explicita a necessidade dos pares de encontrar um culpado, conforme apontado por Olmos (2003).

Aí fica na nossa cabeça (desejo de engravidar) e aí não vem a criança. Foi aonde que a gente optou pelo tratamento pra gente poder engravidar.

Para a colaboradora 5 ♀, o desejo de engravidar “(...) fica na nossa cabeça... e aí não vem a criança.”, parecendo ter se tornado uma ideia fixa, que deve ser realizado a qualquer custo durante a sua existência. Kusnetzoff (1997) nos auxilia a entender o que pode levar um indivíduo a tornar a busca pelo filho biológico uma obsessão. Para o autor, o filho é um acontecimento relevante para toda a família, podendo trazer modificações no relacionamento entre os seus membros. Entre essas mudanças, Kusnetzoff (1997, p. 20) cita: “... reparação de problemas passados, rancores que amenizam velhas disputas solucionadas com emocionantes reconciliações...”.

O tratamento é uma forma encontrada por muitos casais inférteis para tentar realizar este desejo, segundo Melamed (2006), podendo levar o casal a chegar às clínicas de RHA apresentando certo grau de comprometimento emocional.

[...] Aí a minha mãe falou: faz um tratamento. Aí eu falei pra ele: vamos ter que fazer um tratamento porque ou pode ser psicológico também. Da gente. Porque quer, quer, quer então nunca vem [...]

A fala da colaboradora 5 ♀: “(...) *a minha mãe falou: faz um tratamento*” nos levou a refletir o quanto o tratamento com as modernas técnicas de RHA, com o auxílio da mídia, passou a ser visto de maneira distorcida pela população, como um recurso simples, rápido e fácil. Olmos (2003), em suas análises sob este mesmo prisma, percebe que muitos casais chegam ao consultório médico querendo resolver tudo rapidamente com métodos sofisticados. O autor, também, acredita na influência dos diversos meios de comunicação e, ainda, defende a necessidade da calma para a realização cuidadosa dos exames diagnósticos, para que o casal não se submeta a tratamentos desnecessários.

Hoje, tá assim, mar de maravilhas. Por que agora nós tá seguindo direitinho, só esse pequeno atraso que teve lá. E tá ótimo.

Quando o casal infértil é assistido por uma equipe multidisciplinar, a sua integridade é preservada e os aspectos biopsicossociais são considerados e preservados, possibilitando que o casal venha a vivenciar de forma tranquila a trajetória do tratamento da infertilidade. Este excerto do relato da colaboradora: “(...) *agora nós tá seguindo direitinho* (...)”, parece indicar que, de fato, essa assistência é essencial.

Fernández (2009) considera ser necessário que as equipes promovam módulos de aconselhamento com o objetivo de promover informação e apoio aos casais que buscam o tratamento para sua enfermidade.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 5 ♂

[...] minha mãe falou assim, que pode ser que por causa que ela tomou remédio bastante tempo, então pode ser que o útero dela não tá totalmente aceito.

Conforme o discurso do colaborador 5 ♂, podemos perceber como é comum a sociedade ainda atribuir à mulher a dificuldade de conseguir engravidar “(...) *o útero dela não tá totalmente aceito*”, ou seja, atribuir unicamente a ela a responsabilidade pela concepção do filho. Essa é mais uma herança de uma visão comum da sociedade patriarcal, em que o homem – o pênis – era considerado forte, viril e potente (LINS; BRAGA, 2005).

[...] ela tem algum problema, foi onde ela procurou fazer um tratamento lá com o doutor.

No discurso do colaborador 5 ♂, fica patente que antes mesmo da confirmação do diagnóstico clínico da infertilidade conjugal, a mulher pode acabar sendo rotulada, estigmatizada, como a portadora de um *defeito* – infertilidade “(...) *ela tem algum problema* (...)”.

Neste momento, nos apropriamos das reflexões realizadas por Goffman (1980) para entendermos o quanto os rótulos podem influenciar negativamente na vivência afetivo-sexual de casais inférteis. O autor discorre sobre o estigma em relação a um atributo profundamente depreciativo – criamos normas para determinar o que cada indivíduo deveria ser e não vemos o que ele realmente é, podendo, no cenário da procriação humana, nos parecer que o natural seja: casar e ter filhos biológicos.

Colaboradora 5 ♀

Nossas análises do discurso da colaboradora 5 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 5 ♂

[...] quando tinha uns quatro anos de namoro já, ela veio querer engravidar. Então, a gente tentou entrar num acordo.

Percebemos que o planejamento pelo casal quanto ao melhor momento para engravidarem tem se tornado uma realidade cada vez mais presente na contemporaneidade. Assim, o filho começa a fazer parte de um roteiro: namorar, casar, estabilidade profissional, organização financeira e, por fim, o filho. Aos olhos de Labrador (2002) e Farinati (2009), o filho faz parte de um projeto de vida para a maioria dos homens e das mulheres.

[...] ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio, aí não engravidava. não engravidava.

A decisão do casal por engravidar, na fala do colaborador 5 ♂, pode ter ocorrido por meio da interação de vários fatores, descritos por Maldonado (2002) como motivos conscientes e inconscientes – “(...) *ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio (...)*”. Ribeiro (2006) vê o desejo de ter um filho como uma possibilidade de ver o seu amado e a si mesmo no outro e de se tornar imortal. Desse modo, deparar-se com a impossibilidade de conceber pode fazer com que os casais sintam-se estáticos à espera do filho desejado, sendo possível, no entanto, levá-los à elaboração dessa dificuldade por meio de estratégias psicológicas. Essa intervenção pode se tornar necessária uma vez que ao perceberem que a procriação de um descendente poderá não acontecer naturalmente, os casais podem vivenciar essa situação como havendo uma ruptura na cadeia de gerações, gerando no casal, possivelmente, um intenso sofrimento.

Colaboradora 5 ♀

Foi assim, quando a gente começou a namorar, eu já queria engravidar. Mas ele falou não, você é muito nova, vai estragar a sua vida. A gente não sabe mais a vida mais pra frente. Aí foi, passou, passou.

O discurso da colaboradora 5 ♀ nos desvela uma característica que se torna cada vez mais comum nas relações afetivas da contemporaneidade: são as metas individuais dos pares “(...) *quando a gente começou a namorar, eu já queria engravidar*”. Nos apropriando dos estudos realizados por Lins (1997) sobre as mudanças afetivas e sexuais no casamento, ao longo de nossa trajetória sócio-histórica, percebemos que a mulher *inteira* de nossa sociedade tem as suas metas, objetivos e desejos, assim como os homens, podendo surgir conflitos ao tentar harmonizar as aspirações de individuação.

Quando o assunto é o querer e não querer ter filhos em um determinado estágio da vida dos indivíduos, Maldonado e Canella (2003) apontam que os casais podem acabar entrando em conflito quanto à decisão do melhor momento. Quando decidem postergar a vinda do filho, a decisão passa a ser de quem vai fazer a anticoncepção. Os autores percebem essa responsabilidade sendo comumente tomada pela mulher, tanto pela diversidade dos métodos disponíveis para a anticoncepção feminina quanto por seu papel social. No entanto, os autores nos revelam outro dado importante que é o crescimento significativo do número de homens que compartilham com suas companheiras essa responsabilidade, utilizando métodos comportamentais, como por exemplo, o uso dos preservativos. Maldonado e Canella percebem que essa participação no planejamento familiar pode ter motivações diferentes,

desde o desejo de companheirismo até o desejo de controlar a fidelidade feminina. Apesar de não ficar claro na fala da colaboradora que intenção o parceiro, o colaborador 5 ♂, poderia ter tido para desencorajá-la a engravidar naquele momento além do motivo de ser ela muito nova, podemos perceber que há, de alguma forma, este ‘jogo de poder’ e controle entre os pares, já que ele próprio é apenas dois anos mais novo do que ela. O que percebemos, é que, na verdade, apesar de a mulher ter mais meios de evitar, ou não evitar, a gravidez e de ser responsabilizada pela ausência de concepção do casal, ela está quase sempre ainda submetida à vontade do parceiro de procriar ou não e do momento de fazê-lo, conforme se pode atestar no excerto abaixo.

[...] Aí quando nós morou junto que ele falou. Eu não queria (engravidar). Mas só que ele, ele queria. Aí eu falei: Ah, então, sentou e conversou e entrou num acordo. Então vamos ter? Vamos. Aí eu parei de tomar o remédio. Aí, tá aí há três anos.

Os estudos de Maluf (2008) levam-nos a refletir sobre a importância de se decidir por engravidar ou não. Segundo a autora, decidir pode provocar medo devido à responsabilidade de escolha, já que toda escolha significa perda, ou seja, ela cita que não se pode ter tudo e que, quando escolhemos algo, acabamos perdendo o que não foi escolhido. Sendo assim, fazer escolhas guiadas pelo desejo requer, para Maluf, maturidade e implica responsabilidade por nós mesmos.

[...] Quando eu parei de tomar o remédio, aí ele falou nós vamos ter filho. Vai ter a dificuldade, tem que guardar dinheiro, comprar as coisa, tal, porque criança nunca se sabe. Sempre tem que alguma coisa pra gasta, remédio, essas coisa que criança novinha sempre tá doente. A gente sentou, conversou tudo isso falou: então tá bom. Vamos vê? Vamos vê. Aí foi que a gente tá aqui, pra poder fazer o tratamento pra gente poder engravidar.

Para Maldonado (2002), a gravidez é um momento de transição que faz parte do desenvolvimento, que pode envolver a necessidade de reestruturação e reajustamento em diversas dimensões da vida dos pares e do casal. As mudanças provocadas pela vinda do bebê são complexas e não se restringem apenas às alterações psicológicas e bioquímicas, mas também aos fatores socioeconômicos. A autora pontua que grande parte das mulheres inseridas numa sociedade urbana, costumeiramente trabalha fora, auxilia no orçamento familiar e possui interesses individuais. Sendo assim, ter um filho poderá acarretar mudanças significativas e privações reais, podendo aumentar a tensão e a ambivalência, conforme vemos refletido no excerto de relato acima.

Não vejo a hora de ter uma criança ali pra juntar ainda mais a gente.

O desejo de ter um filho para melhorar a qualidade da relação conjugal é considerado por Maluf (2008) como um dos piores erros que o casal pode cometer. Souza (2009), por sua vez, percebe que muitos casais procuram o tratamento para ter um filho com o intuito de resolver conflitos conjugais e fortalecer o relacionamento conjugal. O que parece ser intuito deste casal – mais de *consagração da relação* do que de resolução de conflito.

A experiência profissional de Maluf (2008) na área de RHA nos mostra que se o casal se encontra em conflito e parte para um tratamento de infertilidade, com o estresse vivenciado em todas as etapas, existe a possibilidade de essa relação vir a piorar. A autora conclui que os casais que desejam buscar as técnicas de RHA devem reunir companheirismo, intimidade e cumplicidade.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Nossas análises dos discursos dos colaboradores 5 ♂ e 5 ♀ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

4.2.8 Casal 6

O colaborador 6 ♂ tem 30 anos, é católico, possui o ensino fundamental e trabalha no campo (zona rural). Relatou não fumar e nem utilizar drogas ilícitas, apenas beber socialmente. Não tem histórico familiar de infertilidade. Não recebeu orientação sexual e iniciou sua vida sexual aos 18 anos. Relata manter, em média, 02 relações sexuais semanais, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados. Não apresenta queixa de disfunção sexual e/ou de ejaculação precoce.

A colaboradora 6 ♀ tem 26 anos, possui o ensino fundamental incompleto e trabalha cuidando do próprio lar. Relatou não fumar, não beber e não utilizar drogas ilícitas. Não tem histórico de infertilidade na família. Relatou ter recebido orientação sexual da professora na escola. Iniciou a sua vida sexual aos 17 anos e relatou manter, em média, 03 relações sexuais por semana. Segundo a colaboradora, o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados.

Os colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, de nível socioeconômico C², namoraram durante 07 meses, estão casados há 09 anos e estão tentando engravidar há 07 anos. Iniciaram a investigação médica em um Posto de Saúde, realizando alguns exames clínicos. Hipótese diagnóstica de infertilidade primária por fator feminino: síndrome do ovário policístico.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 6 ♂

Ah, de namoro eu era rapaz solteiro, mais na farra.

Desde sua infância a sociedade incute no homem determinados tipos de comportamento para comprovar a sua masculinidade, como este do qual se vangloria o colaborador na fala acima. Segundo Lins (1997), o homem, durante toda a sua vida, deve estar atento e mostrar que é *homem*, devendo ter atitudes, comportamentos e desejos masculinos, ou seja, para a autora, a virilidade do homem é fabricada.

Sendo assim, desde a infância, a sexualidade masculina é posta à prova, devendo o homem iniciar a sua vida sexual o mais cedo possível, muitas vezes, pressionado por amigos e pelo próprio pai (LINS, 1997).

Colaboradora 6 ♀

[...] a gente se conheceu na escola e aí a gente ficava na escola. Namorou um mês escondido, depois ele pediu para os meus pais, aí a gente saía, ia pra praça e divertido. Aí, tinha as briguinhas, de vez em quando, ciúme e só.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos sugere haver resquícios de comportamentos impostos às mulheres por uma sociedade baseada no poder patriarcal. Nessa sociedade patriarcal, era dever do pai controlar o comportamento da filha, que geralmente acabava sendo confinada no seu próprio lar ou enviada a um convento, como uma forma de proteção contra as pulsões eróticas (LINS, 1997).

A liberdade de sair de casa, estudar, namorar e exercer a sua sexualidade são direitos que as mulheres foram adquirindo por meio de lutas ao longo dos séculos. Entretanto, há indícios de que esta liberdade não é exercida em sua plenitude, como podemos observar em alguns desses relatos.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 6 ♂

No casamento tem mais carinho, mais amor. Pra mim, do relacionamento do casamento, pra mim foi melhor.

O amor continua sendo um dos apoios utilizados na construção do alicerce das relações entre os pares; acrescentando-se na atualidade a amizade, considerada um elemento nutridor que auxilia na manutenção do relacionamento (BADINTER, 1986).

Aí ela tava meia tímida (relação sexual). Aí ela foi conhecendo, ela foi se sortando mais e foi miorando mais. Agora, quando nós vai ter relacionamento, num tem vergonha do outro. Melhorou bastante.

A satisfação psicológica na relação sexual do casal dependerá de um constante movimento de se conhecer e conhecer o outro para que ambos se adaptem e consigam, como em uma dança, movimentarem-se no mesmo ritmo, conforme podemos perceber serem os passos do colaborador 6 ♂, que guiam a sua parceira, a colaboradora 6 ♀.

Do ponto de vista psicológico, a satisfação sexual dependerá da satisfação pessoal ou adequação sexual de cada indivíduo. Ainda referente a esse ponto de vista, nos dizem Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006, p. 02, grifo do autor) “... se o indivíduo está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o de seu parceiro, ele é uma pessoa sexualmente *normal* ou adequada”.

Colaboradora 6 ♀

[...] no começo a gente ficava querendo toda hora (risos), namorava toda hora (relação sexual). Ai, começo do casamento é moleza.

Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006) trazem que Rosemary Basson divide o desejo sexual em responsivo e espontâneo, considerando esta pesquisadora que no início do relacionamento o desejo é sempre espontâneo. Já os autores acreditam que essa divisão é arbitrária pelo fato da apetência sexual ser sempre responsiva.

A motivação sexual, ainda conforme esses mesmos autores (CAVALCANTI, R. e CAVALCANTI, M. (2006, p. 55), “(...) *depende de um conjunto de variáveis e só se*

manifesta em resposta a essas variáveis”. Os autores ainda enfatizam que entre esses fatores estão os aspectos biológicos e a história de vida individual.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 6 ♂

Aí, fico assim, mais tentativa. Agora que nós tenta mais, pra ver se dá mais certo (risos). Nós tá trabalhando pra ver se dá certo.

Revela-se, no discurso do colaborador 6 ♂, com nitidez, a associação entre sexo e procriação, sugerindo para nós sua desvinculação entre prazer e sexo nesta etapa de sua vida “Nós tá trabalhando pra ver se dá certo”. Os estudos de Kusnetzoff (1997, p. 25) nos mostram que o propósito da sexualidade deve transcender a motivação reprodutiva “(...) *nós tenta mais pra ver se dá mais certo.*”, sendo a função biológica “a base onde se assentam todos os níveis de desenvolvimento da sexualidade”.

Colaboradora 6 ♀

Em nossas análises do discurso da colaboradora 6 ♀, não identificamos unidades de significados que possibilitassem a construção desta categoria.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 6 ♂

Aí, ela procurou o médico, e aí ela achou o problema de hormônio, essas coisa, ela tá fazendo tratamento.

O discurso do colaborador 6 ♂ leva-nos a pensar sobre a possibilidade da colaboradora 6 ♀ ter se tornado a protagonista da vivência da infertilidade, enquanto ele preferiu abster-se e ficar nos bastidores “(...) *ela procurou o médico... ela achou o problema... ela tá fazendo o tratamento*”.

A iniciativa da procura por uma ajuda médica, na grande maioria das vezes, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005), acaba sendo das mulheres, pelo fato da simbologia do

pênis proporcionar a associação de potência sexual com capacidade reprodutiva e, assim, poder levar o homem ao constrangimento, conforme dizem Cavalcanti, R. e Cavalcanti, M. (2006).

Entretanto, após esse primeiro contato da mulher com a equipe, é necessário que o homem se torne participativo no processo, pois, conforme defende Olmos (2003) – o tratamento é realizado com o casal.

Ah, no começo ela ficô meio preocupada. Aí eu também, a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado. Aí, todos os exame deu tudo certo. Aí eu fiquei mais aliviado. E ela tá pelejando (exames) mais tá animada (risos). Ela tá correndo atrás até hoje, não tá desistindo não (risos).

Para Kusnetzoff (1997), o homem costuma vivenciar a infertilidade diferentemente da mulher “(...) a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado... deu tudo certo... eu fiquei mais aliviado.” Para o autor, os homens acabam sendo menos afetados, sendo o seu comprometimento com o pesar e a dor de sua companheira “(...) ela tá pelejando (...)”, já que culturalmente o *homem* deve ser forte e manter-se firme para auxiliar a sua esposa “(...) Ela tá correndo atrás até hoje (...)”.

Colaboradora 6 ♀

Aí depois, acho que deu mais uns dois anos que eu comecei a ir no médico. Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame, não resolvia nada. Então, agora que eu tô vindo aqui.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos permite a reflexão sobre os ideais e expectativas que cada paciente direciona à equipe e ao tratamento e, ainda, os sentimentos que os acompanham nessa trajetória. Gasparini e Terzis (2007) percebem que o tratamento da infertilidade pode desencadear diversas reações emocionais, podendo levar os casais a distorcerem as informações médicas recebidas “(...) Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame (...)” e, ainda, aumentar a dificuldade do processo que, por si só, já é bastante complexo “(...) não resolvia nada.”.

Ah, um monte de exame é ruim fazer. Mas aí ele fez quatro exames. Acho que deu certo.

O discurso da colaboradora 6 ♀ nos oferece uma ideia da quantidade de exames e procedimentos médicos aos quais a mulher tem que se submeter – biópsias, exames de

sangue, exames invasivos, inseminações, cirurgias, medicamentos – essa rotina pode provocar uma avalanche de sentimentos, tais como humilhação, raiva, depressão, ansiedade e medo, sendo praticamente impossível não se sentir mobilizada pelo assunto. Percebemos que o tratamento invade a vida da mulher e defendemos a importância de, nesse momento, ela conseguir ver a vida com alguma perspectiva, para não se esquecer dos outros papéis que desempenha, segundo expõe Weiss (2006).

Ah, tá no começo. Foi a primeira tentativa, porque com esse remédio. Ah, espero que da próxima vez dê certo.

Para Melamed (2006), torna-se necessário esclarecer aos casais as limitações dos procedimentos “(...) Foi a primeira tentativa... espero que da próxima vez dê certo.” Assim, certamente, poderemos reduzir o grau de ansiedade que todos esses procedimentos geram no paciente, conforme podemos atestar no lamento desta colaboradora.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Em nossas análises dos discursos dos colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como ocorreu nas análises dos discursos dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂ e 4 ♀.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 6 ♂

Aí ela decidiu (engravidar) e nós não conseguia.

Segundo os estudos de Badinter (1985), a imagem de mãe com o seu respectivo valor natural e social começou a ser construída no final do século XVIII, desvelando que este comportamento não era inato a toda mulher, como até então a sociedade defendia. A atual imagem da mãe, seu papel e sua importância, para Lins (1997), foram *fabricados*, possibilitando uma revolução das mentalidades. Essa construção durante a nossa trajetória histórica possibilitou que o filho deixasse de ser visto como um empecilho para a mãe na vida

conjugal, social e sexual, passando a tornar-se um objeto de desejo “(...) *Aí ela decidiu e nós não conseguia.*”.

Colaboradora 6 ♀

Então, no começo quando nós casou a gente não pensava em engravidar não. Por que a minha menstruação já não era certa, eu nem pensava nisso. Aí depois de dois anos de casado que eu comecei a querer. Aí nós ficava tentando dia a dia e nada.

O discurso da colaboradora 6 ♀ leva-nos a pensar sobre o seu verdadeiro desejo de ter um filho, despertado dois anos após o casamento. Essa nossa indagação vai ao encontro das reflexões de Mansur (2003, p. 60) relativas a querer ter um filho e não ser capaz de tê-lo e não querer ter um filho “(...) *quando nós casou a gente não pensava em engravidar... a minha menstruação já não era certa (...)*”. Para a autora, quando a limitação da infertilidade é considerada apenas um problema do ponto de vista físico e a capacidade da mulher de amar é avaliada como estando preservada, a enfermidade acaba carregando a “noção pejorativa de que ela é vazia, seca e sem vida por dentro, colocando em cheque seu valor pessoal e sua feminilidade, por meio da avaliação de sua fecundidade”.

Segundo a autora, a ausência de filhos pode levar a mulher a enfrentar os seus próprios sentimentos e o olhar dos outros, carregando com ela um mistério que não é revelado em seu interior. Ao tornar-se mãe, a mulher pode revelar-se completa e também garantir a sua inserção no mundo feminino, cumprindo com as expectativas sociais.

Ah, ele acho que não ligava tanto. Eu que ficava mais ansiosa, nervosa, querendo e não vinha.

Maluf (2008) pode observar, por meio da sua experiência profissional com casais inférteis, que a espera pelo filho pode se tornar insuportável para um ou ambos os pares, independente do diagnóstico ou com quem esteja o problema, pois o que se torna relevante nesse momento são os questionamentos de uma vida inteira.

Entretanto, para Melamed (2006), mesmo que a ansiedade possa surgir em ambos os cônjuges ao longo do processo de RHA, a infertilidade parece que acaba sendo mais sentida pela mulher “*Eu ficava mais ansiosa, nervosa, querendo e não vinha.*”, mesmo que o fator seja masculino. Talvez, a influência cultural que associa feminilidade com maternidade, segundo Badinter (1986), possa vir a despertar diversos sentimentos negativos naquelas que ainda definem a sua identidade de mulher através da maternidade.

Já Seger (2009 a, p. 83) cita, em seus estudos, que o homem também sente as influências da infertilidade, porém, geralmente a expressa de maneira diferente. Para a autora, muitos tentam passar a “segurança e estoicismo” que podem acabar sendo confundidos “pelas parceiras, como tranquilidade ou menor angústia frente às dificuldades, o que não significa que eles não sintam, mas que acabam se colocando no papel de provedor emocional e temem que, o demonstrarem seus receios, piorem ou acentuem a dor da parceira”.

Meus parente tudo tendo fio, crescido e eu ficava assim, nervosa, agora eu acho que acalmei um pouco.

Ao perceber que todos os seus familiares estavam dando continuidade à família, herança genética, a colaboradora 6 ♀ diz ter ficado nervosa, talvez por ter se deparado com a possibilidade de finitude de sua herança genética por não conseguir engravidar. A imortalidade, segundo Ribeiro (2006), acaba sendo relativa, já que o filho biológico traz consigo parte da herança genética de cada um dos pais. A infertilidade também pode modificar a conduta dos indivíduos, que, ao se sentirem diferentes dos demais, acabam se isolando dos amigos e familiares, conforme achou Souza (2009) em seus estudos.

Ah... eu queria que tivesse dado certo já. Queria tanto ter um filho.

Os reais desejos de ter um filho biológico podem variar, segundo Kusnetzoff (1997), e nem sempre são manifestados de maneira consciente. A vivência da infertilidade, conforme Maluf (2008), pode provocar a sensação de impotência para todos os envolvidos: a mulher, o homem, o médico, a equipe de profissionais, os amigos e parentes. Essa sensação pode surgir já que a infertilidade acaba sendo uma situação cujos resultados dificilmente se pode controlar, dificultando saber quando a gravidez acontecerá. Essa incerteza é considerada, para a autora, uma vivência difícil para as mulheres, que pode despertar um sofrimento forte e real.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Na análise compreensiva dos discursos dos colaboradores 6 ♂ e 6 ♀, pudemos perceber que a temática da sexualidade não foi abordada.

4.2.7 CASAL 7

O colaborador 7 ♂ tem 22 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como ajudante ferramenteiro. Relatou não fumar e nem utilizar drogas ilícitas e beber apenas socialmente. Não tem histórico de infertilidade na família. Relatou ter recebido orientação sexual na escola, sendo realizada pela professora. Teve a primeira relação sexual aos 09 anos e mantém, em média, 03 relações sexuais semanais. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados e não apresentou queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 7 ♀ tem 22 anos, é católica, possui o ensino médio e trabalha no campo (zona rural). Relatou não fumar, não beber e nem utilizar drogas ilícitas. Não tem histórico familiar de infertilidade. Relatou ter recebido orientação sexual da professora, na escola e em sua casa, das primas. Relatou ter recebido orientação sexual também na igreja, mas não informou de quem. Teve sua primeira relação sexual aos 15 anos e diz manter uma média de 04 relações sexuais por semana. Relatou que possui o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 7 ♂ e 7 ♀, de nível socioeconômico C¹, namoraram durante 03 anos, estão casados há 03 anos e relataram utilizar métodos contraceptivos durante 02 anos. Estão tentando engravidar há 02 anos. Iniciaram o acompanhamento médico em um Posto de Saúde, onde foram solicitados e realizados alguns exames clínicos. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária por fator masculino: varicocele.

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 7 ♂

Ah, quando nós namorava saia, voltava pra casa, tinha relações sexuais tanto na minha casa, quando nós saia. Ia pra casa, tudo, nós fazia. Mas geralmente nós fazia na minha casa. Só meu pai e minha mãe sempre soube, nunca nós escondeu deles, a mãe dela sabia, mas o pai dela não (risos). Sempre foi meio sigiloso por causa do pai dela. Foi boa nossa relação.

A iniciação sexual antes do casamento assume sentidos diferentes para homens e mulheres. Segundo Lins e Braga (2005), para os homens, a iniciação sexual antes do casamento simboliza a condição de macho; já para as mulheres, iniciar a vida sexual antes do casamento, mesmo com a liberdade sexual adquirida a partir da revolução sexual, não é tão

simples assim. Para os autores, durante a puberdade os sentimentos de medo e vergonha se mesclam com o desejo sexual.

A iniciação sexual durante o namoro, uma realidade desde a década de 1920 (de maneira implícita), levava os adolescentes, segundo Lins e Braga (2005), a começarem a descobrir a sua sexualidade com o(a) namorado(a) em lugares discretos, como por exemplo, no automóvel. Apenas na década de 1950 foi que a sexualidade veio a ser vivenciada de maneira mais explícita pelos adolescentes.

Conforme aponta a fala do colaborador, embora os tempos sejam outros, ainda há certas limitações para o exercício da sexualidade pelos jovens antes do casamento.

Então, quando nós era solteiro, nós não gostava muito de usar camisinha. Era muito difícil nós usar. E nós nunca evitou. Sabe? E nunca conseguimos.

O preservativo de látex, um dos métodos de prevenção da AIDS e de gravidez indesejada, segundo Straub (2005), é indicado, por meio de programas educacionais e campanhas de mídia, para ser utilizado durante o sexo vaginal, anal ou oral. Entretanto, percebemos, pelo discurso do colaborador 7 ♂, que nem toda a população está conscientizada da importância de sua utilização.

Com a disseminação da AIDS a partir da década de 1980 e com o seu aumento significativo em 2001, a Organização Mundial de Saúde alertou os profissionais da área de saúde sobre a ascensão da doença. Foi por meio dos programas educacionais que diversas intervenções psicossociais foram implantadas na tentativa de conscientizar o uso do preservativo, contando com o psicólogo da saúde para realizar essas intervenções (STRAUB, 2005).

No entanto, mesmo com a ausência do preservativo “(...) não gostava... usar camisinha.”, o colaborador 7 ♂ diz não ter conseguido engravidar por vias naturais: “(...) nunca conseguimos”.

Dentro de três anos que a gente namoro, não conseguimos (engravidar).

Nesse momento do discurso do colaborador 7 ♂, fica implícito que a ausência de métodos anticoncepcionais não levava à gravidez. E embora, para Maluf (2008, p. 53), não reproduzir assumo mais do que um aspecto individual de uma frustração, mas “carrega simbólica e metaforicamente um medo universal: o medo de que sem reprodução não haja vida”, este casal não parece ter se dado conta disso na época de namoro, quando,

aparentemente, o foco não era a procriação e o fato de não engravidarem era visto como benefício e ‘liberdade’ de não terem que usar métodos contraceptivos.

Colaboradora 7 ♀

[...] quando a gente namora não tem ninguém, tem preocupação de colocar o alimento dentro de casa, a gente chega em casa tem o pai a mãe, a casa tá limpa, a gente veio de família humilde, nunca teve empregada nem nada. Então a gente tinha mais tempo assim um pro outro. Sempre foi boa a nossa relação. Desde o namoro até hoje.

Retornamos ao século XVII para entendermos o funcionamento de famílias que ainda apresentam características do patriarcado. Para Chauí (1984, p. 140), “na fórmula civil-legal, o marido assume o compromisso de responsabilizar-se pela mulher e pelos filhos, protegê-los e sustentá-los, enquanto a esposa assume o compromisso de respeitar a autoridade do marido, cuidar dele e dos filhos e prover os serviços necessários à manutenção da casa”. É o que vemos na fala “(...) *não tem preocupação de colocar alimento dentro de casa... tem o pai a mãe (...)*”. Badinter (1985) traz a figura do homem como o de Pai-Marido-Senhor todo poderoso, que comandava os demais membros da família, por assumir as responsabilidades políticas e econômicas.

[...] Só que no namoro a gente tinha mais paciência um com o outro, ninguém sabia que um tinha alguma coisa de errado.

Segundo este excerto do discurso da colaboradora 7 ♀, não saber da existência da dificuldade para engravidar “(...) *ninguém sabia que tinha alguma coisa errado*” durante o período do namoro sugere ter sido esta uma fase mais tranquila para o casal. A descoberta da infertilidade, segundo as nossas reflexões, pode ter feito com que o casal começasse a vivenciar de outro modo a relação afetivo-sexual. A fala: “(...) *tinha mais paciência um com o outro (...)*”, leva-nos a pensar detidamente sobre a possibilidade de essa enfermidade despertar diferentes sentimentos negativos que acabam influenciando a convivência conjugal.

Para Melamed (2006), esses sentimentos negativos que acabam emergindo é uma consequência da interrupção do projeto de vida. Ainda segundo a autora (p. 73), “*ter filhos e formar uma família são metas a serem atingidas em determinado momento de sua evolução pessoal ou do casal*” – conforme corroborado no discurso da colaboradora, que atesta a tranquilidade da fase do namoro, quando a ausência de gravidez não representava um problema, mas, pelo contrário, uma liberdade.

CATEGORIA II: A arte do convívio a dois

Colaborador 7 ♂

Faz dois anos que a gente tamos casado e também não conseguimos ainda. Tamos aí na luta ainda.

A dificuldade de engravidar, segundo Melamed (2009), coloca o indivíduo diante de dois sofrimentos: ausência do filho desejado e sentimento de fracasso. Outro fator que interfere na vivência desses casais é a expectativa social da construção de uma família com filhos biológicos, que fertiliza o desejo dos casais engravidarem, fazendo com que vivam, segundo a autora, sob forte pressão – expressa nesta fala do colaborador como ‘luta’.

Colaboradora 7 ♀

A gente raramente, a gente briga. A gente não briga ainda hoje, a gente não fica sem se falar, se acontece alguma coisa a gente discute, grita, mais resolve naquela hora. Então, eu falo assim que nós temos uma relação, de 0 a 10, 9 e meio. Pra não falar que tem 10 porque ainda tem suas coisinhas ainda porque todo casal não é perfeito. Mas é ótima nossa relação. Eu classifico como ótima. Não tem nenhum problema assim de olha, nossa, eles vivem brigando, ninguém ouve ninguém não. Pelo contrário, a gente vive, sempre resolveu nossos problemas de uma forma de muito diálogo, apesar de ele não falar muito, mas eu acabo forçando ele a falar, porque sem falar a gente não resolve nada. E assim a gente vem vindo, acho que juntos já fazem 6 anos.

[...] afetivo a gente continua carinhoso um com o outro, cuidando um do outro, dentro do possível, mas o que está desgastando é isso (infertilidade).

O discurso da colaboradora 7 ♀ nos sugere que ela cobra a reciprocidade do seu parceiro “(...) eu acabo forçando ele a falar (...)” no relacionamento. O diálogo para ela é essencial para uma união baseada em trocas – “(...) a gente sempre resolveu nossos problemas... muito diálogo”, corroborando o que pensam Lins e Braga (2005) sobre a importância do diálogo como alicerce de relacionamentos.

Badinter (1986) acredita ser necessário existir a reciprocidade no amor conjugal, sendo conquistado por meio do respeito, diálogo e ternura um pelo outro.

[...] a gente casou no civil, no religioso, compramos nossos próprios móveis, não dependemos de ninguém, fizemos a nossa reuniãozinha simples, singela, mas saímos do casamento sem dever um centavo pra ninguém. Isso a gente considerou muito importante pra começar uma vida junto, sem dívidas.

Neste excerto, chama a nossa atenção o fato de os colaboradores prezarem e exultarem o laço matrimonial civil e religioso, indicando ter havido os ritos de passagem, que balizam as várias fases da vida. Apropriamos-nos, mais uma vez, dos estudos de Badinter (1986, p. 90), que mostram que os ritos do casamento foram instituídos durante o patriarcado para assegurar “a repartição das mulheres entre os homens, para disciplinar em torno delas a competição masculina, para socializar a procriação”. No entanto, esta colaboradora parece ver tais ritos muito mais pelo aspecto da independência e do início de uma nova fase de maturidade e união.

[...] então as brigas é depois que a gente começou a tratar aqui, porque realmente é desgastante não tem como você falar não você leva tudo rindo.

Dentro do possível, dessas dificuldades, a gente consegue se dar bem. Acho que mais bem que qualquer outro casal que eu conheço, que passa por essas dificuldades assim.

[...] Hoje eu falo assim que a gente tá muito sensível, muito.

Conforme podemos acompanhar ao longo do relato da colaboradora, estar infértil é uma realidade que pode despertar nos casais diversos sentimentos, entre eles, segundo Modelli e Levy (2006), a ansiedade. Para os autores, essa dificuldade pode vir a colocar a relação afetiva em suspenso, caso o casal não consiga estabelecer limites em sua busca desenfreada por exercer a sua função parental.

Segundo Melamed (2006), existe um consenso de que a vida do casal pode ser afetada pela infertilidade e trazer diversos tipos de prejuízos. Ainda, para Ribeiro (2006), essa experiência, considerada desestruturante, pode chegar a levar alguns casais à separação. É o que se percebe já neste excerto abaixo:

Então, a nossa vida de casado, deu assim, vamos dizer assim, uma abalada depois que a gente começou a vim fazer o tratamento em função de muito nervosismo e de muita ansiedade, muita cobrança da família.

Outro fator que pode influenciar no equilíbrio conjugal é a cobrança da família por um filho biológico “(...) muita cobrança da família.”. Para Kusnetzoff (1997, p. 20), “o parentesco biológico hereditário é o fundamento mais forte da lealdade familiar. A continuidade emocional e biológica de geração em geração forma, com a identidade familiar, o legado e os mitos familiares”.

[...] ele gosta muito e eu gosto muito, então quando a gente gosta muito pra ver o outro feliz, contente, a gente se submete a muita coisa. Acho que por isso que eu me submeto a tudo isso (RHA).

Segundo Maluf (2008), o desejo de engravidar apresentado pelos casais que buscam a RHA deve ser muito bem avaliado pelos profissionais. Conforme a experiência clínica da autora, entender a natureza do desejo de procriar pode ser libertador e até auxiliar o casal a suportar as etapas do tratamento.

A decisão de engravidar com o auxílio das modernas técnicas de RHA, conforme Podgaec, Abrão e Aldrighi (2005), exigem dos casais a disposição para realizar diversos exames, com o objetivo de tentar identificar o que está causando o problema, e a disponibilidade para realizar o tratamento proposto, o que atesta o excerto acima. A colaboradora expressa encontrar forças para submeter-se ao tratamento e a todo que ele abarca no amor que sente pelo parceiro.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Colaborador 7 ♂

No começo foi mais difícil (relação sexual). Demorou mais pra cair a ficha, ficamos um pouco abalado por causa disso, mas depois voltou tudo ao normal.

A dificuldade encontrada na relação sexual logo após a descoberta da infertilidade, segundo o colaborador 7 ♂, nos sugere uma disfunção sexual passageira: “(...) depois voltou tudo ao normal”, que pode acontecer com o diagnóstico da enfermidade, conforme os estudos de Poziomczyk (1986). Por ser a revelação da infertilidade vivenciada para alguns casais como um choque ou trauma, Lopes e Vale (2010 b) percebem que algumas pessoas podem se ver diante de um bloqueio e acabar desenvolvendo interrupções em uma das três fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) – como parece ser o caso deste casal.

Colaboradora 7 ♀

Olha, se eu te falar que aí que a gente praticava mais, sabe?

O aumento da prática sexual, referido pela colaboradora 7 ♀, pode vir a acontecer pelo fato de, muitas vezes, o ato sexual tornar-se mecânico, segundo Poziomczyk (1986). Melamed

e Seger (2009) referem-se a essa mudança no comportamento sexual como *sexo trabalho*: “(...) *aí que a gente praticava mais (...)*” – quando, conforme expressa a colaboradora, há um aumento no número de relações mantidas pelo casal. Embora, como expressado abaixo, o ato sexual não perca sua qualidade:

[...]Pra ver se, que a gente não acreditava muito naquele médico. Falava: Aí, esse médico tá louco, esse exame pode estar errado. E aí a gente tentava mais. E mais, e mais e mais até hoje. A nossa relação, assim, sexual nunca abalou. Nunca. Sempre, quando tem que fazer algum exame fala: ó, tem que ficar tantos dias de abstinência. Um já olha pra cara do outro e já fala: Nossa de novo? Então, a gente nunca teve problema. Com relação sexual não. Desde, eu falo que desde o namoro até hoje só melhorou. A relação sexual não mudou nada. Não caiu, de jeito nenhum. A gente só tenta pra quem sabe? Né? Nunca é impossível pra Deus.

Para a colaboradora 7 ♀, a relação sexual nunca foi um problema para o casal continuou *normal* mesmo após o diagnóstico da infertilidade “A nossa relação assim, sexual, nunca abalou”. Segundo a colaboradora, pelo contrário, aumentar o numero de relações não é o problema, e sim absterem-se por certos períodos, quando indicados pelo tratamento.

Categoria IV: A busca por uma ajuda especializada

Colaborador 7 ♂

[...] hoje eu tô mais tranquilo. Por causa da cirurgia (varicocele) aqui. O médico falou que pode até ter uma certa chance de voltar. Ele falou assim que é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num conseguem ter filhos. Eu até fiquei mais animado.

De acordo com Pompeo, Errico e Martello (2003), a varicocele é uma enfermidade tratável e muito comum ser diagnosticada na infertilidade masculina. Essa enfermidade também foi o caso do colaborador 5 ♂ e esclarecemos, na análise daquele casal, à luz desses autores, que boa parte dos portadores da varicocele podem ser férteis. Para os autores, aqueles que apresentam a varicocele clinicamente detectável, com alterações seminais e queixa de infertilidade, é indicada a correção cirúrgica, que no caso do deste colaborador trouxe renovadas esperanças: “(...) *é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num consegue ter filhos.*”

Após as orientações e procedimentos médicos, o colaborador 7 ♂ ganhou novo ânimo quanto a poder ter um filho biológico. O diálogo realizado entre equipe médica e de assistência e o paciente é sugerido por Seger (2009 a) na forma de constante aconselhamento

durante o tratamento de infertilidade. O resultado pode ser falas como a do colaborador 7 ♂
“(...) eu tô mais tranquilo”.

Colaboradora 7 ♀

Aí a gente resolveu. Eu falei pra ele: ó colaborador 7 ♂, a gente tem que procurar alguém que, por que não tá normal.

Nesse trecho do discurso da colaboradora 7 ♀, nos parece que ela *convoca* o parceiro para iniciar o tratamento: “*Eu falei pra ele: ó, a gente tem que procurar alguém (...)*”.

Entretanto, é aconselhável que a decisão de engravidar seja do casal, pois segundo Gasparini (2007, p. 79) “o projeto de ter filhos, construir a própria família, constitui um momento existencial muito importante tanto para o homem como para mulher”.

Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico, ele vem com muita facilidade. Agora ele vai passar por uma cirurgia. Ele tá assim, calmo. [...] O médico falou pra ele que ele tinha esse problema, ele encarou numa boa. A única coisa que ele perguntou pro médico: ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa? A gente vai conseguir ter um filho? A única coisa que ele se preocupa.

Segundo o discurso da colaboradora 7 ♀, desde o início, o companheiro participou ativamente do tratamento para engravidar: “*Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico... ele vai passar por uma cirurgia.*”.

Percebemos em diversos estudos, inclusive no de Poziomczyk (1986), que essa participação ativa do homem, por si mesmo, parece ser mais difícil uma vez que envolve uma simbologia cultural quanto à mulher ser a única responsável pela concepção e geralmente culpada pela infertilidade do casal. É o que aparece expressado na preocupação do colaborador: “*Ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa?*”, ou seja, resolvido este problema, ele não mais poderá ser responsabilizado pela ausência de gravidez. Também, fica aí implícito a insegurança deste colaborador quanto a não conseguir cumprir sua função de homem, macho reprodutor, conforme as normas e as cobranças da sociedade. No entanto, a colaboradora 7 ♀, percebe a posição do parceiro como calma: “*Ele tá assim, calmo.*”

A única coisa que de vez em quando nos descontrola, é cansativo você vir pra (nome da cidade), a gente perde o dia, chefe não entende. Fica te importunando. Você se sente ameaçada no trabalho. Ele fala aí, qualquer dia ele vai me mandar embora porque esse mês mesmo já foi

duas vezes que a gente veio, você vai falar ele ti olha de cara feia. É a única coisa que incomoda.

[...] Até esses dias eu falei pra ele: Não sei se vou querer continua porque é muito, assim, muito cansativo.

Desde que a mulher começou a participar ativamente do mercado de trabalho, o significado do *trabalho feminino* passou, e ainda passa, por importantes transformações. Entre essas modificações, Badinter (1986) mostra os dois lados de uma mesma história: mulheres que trabalham por motivação econômica – ajudar no sustento do lar, e mulheres que consideram que exercer uma profissão lhe traz uma condição de autonomia e de desabrochar pessoal.

Entretanto, conciliar o exercício de uma profissão e o tratamento de infertilidade parece-nos uma tarefa árdua, para casais como este: “(...) *é cansativo... a gente perde o dia... você se sente ameaçada no trabalho*”. Eles têm que procurar harmonizar a sua vida particular e o tratamento para engravidar com o trabalho. Para Kusnetzoff (1997), essa experiência clínica é muito mais invasiva para as mulheres, conforme atesta a última fala da colaboradora transcrita acima.

De vez em quando, a gente volta estressada daqui porque chega aqui um médico fala pra você: ó, é possível. Aí você vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava [...]

Segundo Seger-Jacob (2006 a, p. 123), as investigações diagnósticas e etapas do tratamento, podem vir a se tornar produtores de estresse “(...) *a gente volta estressada daqui (...)*”, levando a infertilidade a significar “*uma crise crônica quando não há perspectiva ou solução identificável*” – na fala da colaboradora: “(...) *um médico fala pra você: ó, é possível... vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava (...)*”.

O discurso da colaboradora 7 ♀ mobiliza-nos a pensar sobre a importância de um psicólogo como interlocutor profissional e a advogar em prol de sua existência, como faz Weiss (2006), que advoga a necessidade deste profissional para acolher e ajudar os casais a elaborarem, quando necessário, os sentimentos que os invadem.

Então, não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite, você procura em outro lugar, é uma coisa séria. Você volta preocupada, volta triste [...]

O discurso da colaboradora 7 ♀ vai ao encontro da indagação que se fazem Maldonado e Canella (p. 183): “temos o direito de lidar com a vida como se ela fosse uma mercadoria de consumo?”, ou seja, fazer um tratamento para engravidar, “(...) *não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite, você procura em outro lugar (...)*”, conforme atesta a fala da colaboradora. Dessa maneira, compreendemos que alguns sentimentos e comportamentos emergem a partir do processo diagnóstico e acabam desencadeando sentimentos negativos: “(...) *preocupada... triste (...)*”.

Segunda-feira tem que voltar aqui pra fazer aquele exame, não sei das quantas lá (histerossalpingografia). Que já faz meses que eu fui lá e o homem falou, não sei que caramba daquele homem falou tudo errado ou eu tava muito nervosa e entendi errado e também não vou julgar, e eu achei que era pra eu vim fazer menstruada e no primeiro dia tô esperando pra minha menstruação cair num dia, antes das 10 horas, aí eu vim hoje que deu certo e ainda deu certo que bateu certo com o dia da psicologia, e eu não vou precisar perder dois dias. Chego lá a moça: Não, tem que marcar, você tem que estar no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então, segunda-feira eu tenho que vir de novo.

A histerossalpingografia é um exame radiografia com contraste visível ao raio-x. Segundo Olmos (2003, p. 101), é natural que as mulheres tenham medo de fazer o exame, pois se trata de “um exame invasivo, desconfortável e um pouco doloroso que, além do mais envolve radiação”. O autor pontua ainda que, para evitar uma falsa interpretação dos resultados, o exame não deve ser feito em um momento próximo à ovulação, conforme atesta a fala da colaboradora sobre o que instrui a atendente “(...) *você tem que estar aqui no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então, segunda-feira eu tenho que vir de novo.*”. Isto porque “o líquido usado para o contraste banha tecidos que, perto da ovulação, podem se contrair com o menor estímulo”, explica o autor.

As constantes idas da colaboradora 7 ♀ ao hospital-escola é um retrato do quanto disponível e motivada a mulher tem que estar para realizar o tratamento de infertilidade. Durante todas as nossas reflexões, fica claro que o tratamento é realizado com o casal, entretanto Modelli e Levy (2006) percebem que as atenções voltam-se para a mulher, com uma grande demanda de exames e o seu corpo sendo o mais manuseado.

Tem hora que eu não posso, meu chefe vai me mandar embora. Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir manter, a gente por si só já sofre dificuldade. Agora você imagine desempregada?

Com a sua entrada no mercado de trabalho, as mulheres passaram a transcender o lugar das mães e, como apontam Braga e Amazonas (2005), diferenciando-se da mulher da

sociedade patriarcal, muitas acabaram assumindo a posição do lugar de cabeça da família, conforme atesta a reflexão da colaboradora: “*Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir manter (...)*”.

Mas porque eu tinha, a gente tá um pouco sensível, ele com essa cirurgia, eu com esses exames complexos que eu tenho que fazer, que cada um fala uma coisa. Um fala que dói só na hora de fazer que a gente vai sentir o que vai acontecer. Então, fica com medo, né? O outro tem medo.

A investigação médica, segundo Leite, Makuch e Petta (2004), é realizada em várias etapas, com constante retorno ao médico, coleta de material, exames e intervenções cirúrgicas, como ecoam as queixas da colaboradora transcritas acima.

Esse processo, segundo Straube (2009, p. 112), e a comprovação da infertilidade, podem fazer emergir sentimentos de “vergonha, culpa, impotência, frustração, autoestima rebaixada, indícios de uma trajetória, muitas vezes, longa e conflituosa, geradora de intensos sentimentos ambivalentes”, que podem explicar o estado de sensibilidade do qual fala a colaboradora 7 ♀.

[...] Procuo outro trabalho, mas eu não vou desistir do tratamento. Mesmo porque eu sou objetiva. Eu entrei, eu vou acabar. Até o médico falar assim: Não tem mais nada pra fazer ou eu sair daqui com o pré-natal na mão. Um dos dois.

Para Weiss (2006, p. 105), a infertilidade pode mobilizar a mulher de tal maneira que o assunto pode vir a dominar a sua mente, levando algumas a deixarem o seu emprego para se dedicarem integralmente ao tratamento – corroborado pelo discurso da colaboradora 7 ♀, que, se dizendo objetiva, afirma não desistir do tratamento enquanto o médico não ateste que não há solução, ou, no caso afirmativo, que ela saia ‘com o pré-natal na mão’, ou seja, uma forma de dizer ‘estar grávida’.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 7 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 7 ♂ indicam a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como ocorreu no caso dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂ e 6 ♀.

Colaboradora 7 ♀

Não que eu coloque que ele tenha um problema, só falo que ele não tem um problema, a gente tem um problema. Não é porque ele tem um problema que eu vou me separar dele. De forma alguma.

Para a colaboradora 7 ♀, a infertilidade é um problema do casal: “(...) *a gente tem um problema.*”, indo ao encontro da perspectiva Seger (2009), que acrescenta que, mesmo sendo o impedimento físico de apenas uma das partes, a dificuldade de gerar acaba sendo vivida pelo casal.

Para Gasparini e Terzis (2007), o diagnóstico e os diversos tratamentos para a infertilidade podem provocar uma desestruturação no vínculo conjugal. Os efeitos do tratamento reprodutivo podem ser intensificados quando observado um comprometimento individual, assim, a afirmação da colaboradora: “*Não é porque ele tem um problema que eu vou me separar dele*”, parece dar a este casal certa vantagem.

[...] ele tem medo de ser visto com outros olhos. Ele tem medo que as pessoas, porque as pessoas são realmente ignorantes, e em vez de... do certo, vão achar que ele é impotente, vão achar que ele é isso, que ele é aquilo, que ele não tá dando conta, não sei que.

A colaboradora 7 ♀ aparenta entender a insegurança quanto ao rótulo imposto ao casal pela sociedade, especialmente ao marido: “(...) *ele tem medo de ser visto com outros olhos.*”. De fato, para Poziomczyk (1986), a infertilidade masculina acaba sendo equiparada à impotência sexual e à falta de virilidade, exatamente como expressa a colaboradora: “(...) *vão achar que ele é impotente... não tá dando conta (...)*”.

Aí a gente decidiu contar só pra família, os mais íntimos.

A decisão de não compartilhar a dificuldade de engravidar com todas as pessoas da convivência do casal leva-nos a pensar que, novamente, esta colaboradora está segura de sua decisão e conhece as dificuldades que ambos enfrentarão nesta jornada. Justificando o que sente a colaboradora, explicita Maluf (2008) que o rótulo da infertilidade pode fazer com que muitos casais decidam não contar nada aos amigos, para evitar aumentar a ansiedade da espera e, assim, elejam apenas alguns familiares para compartilhar a decisão.

A gente encara isso como um problema do casal. Não como um problema dele. Eu não vou olhar pra ele e falar assim: ó, você é inútil, você não me dá o que eu quero.

As vezes a gente até sente vontade, mas se controla porque eu sou ser humano também e uma hora quero explodir. Mas eu me controlo. Eu choro quietinha aí comigo, e depois eu, ergo a cabeça porque quando descobriram que ele tinha alguma coisa todo mundo me, tipo assim, me falava tipo assim: ó você tem que ser forte com ele porque e não sei que, e faziam eu olhar ele como se fosse um cristal que ele não podia ser relado que ele ia ser quebrado. E ninguém olhava pra mim e falava: nossa, você tá bem? Você não tá se sentindo bem? Como é que você tá? Como é que você tá levando isso? Só de falar você para de chorar. E esse eu acho que foi o pior pedaço que eu passei. Porque todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que num podia cobrar dele, e que num sei quê, num sei quê. Eu sabia que eu não podia cobrar dele. Só que ninguém se preocupava de perguntar pra mim: ó, como você tá levando isso? Você tá levando bem? Como que tá sendo com você? Ninguém queria saber disso. Então eu sofria. Acho que essa parte assim 3 meses assim, eu chegava em casa, eu não queria nem, eu não queria conversar com ninguém. Era chega, deitar, dormir pra não lembrar de tudo que me falavam e me falavam muito. A minha sogra assim, ela não, ela não aceita que o filho dela tenha alguma coisa. Ela sempre fala: a, mas você tá fazendo os exames certinhos? Você tem certeza que não tem nada. Tipo assim, aí, eu preferia que fosse você. Não queria que fosse meu filho. É uma coisa assim, ninguém queria que fosse ele. Ninguém queria que fosse ninguém. Mais, eu vou fazer o quê? Não posso fazer nada. E ela fica, me cobrando, fica falando, falando. E a gente mora perto, sabe? E isso as vezes me incomoda.

Além da necessidade de a infertilidade ser considerada uma enfermidade conjugal e ser necessário ambos os pares para a realização do tratamento, conforme já mencionado por Olmos (2003), é importante que nesse momento de crise o casal se una para tentar passar da melhor maneira possível por essa tempestade, como podemos atestar ser compreendido pela colaboradora “A gente encara isso como um problema do casal”.

É interessante notar no discurso da colaboradora 7 ♀ que, para ela, as pessoas começaram a ter uma atenção especial com relação ao seu par no momento que foi diagnosticado que o problema era com ele “(...) todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que eu não podia cobrar dele (...)”, despertando nela sentimentos negativos que se assemelham à inveja e ciúmes, ou seja, e quanto a ela, não importa para as pessoas como *ela* se sente? Nesse momento, nos remetemos aos estudos de Maluf (2008) a fim de entender os conflitos de sentimentos que podem emergir entre os pares. Para a autora, devido ao desejo estar inserido no campo psíquico, ele acaba ficando carregado de significações conscientes e inconscientes, transcendendo a dor física, pois o que determinará como o casal vivenciará essa enfermidade são os aspectos sociais, culturais e emocionais: “(...) eu chegava em casa, eu não queria nem, eu não queria conversar com ninguém... deitar, dormir pra não lembrar (...)”, expressa a colaboradora corroborando esta visão.

Ainda explicitando as causas de muitas das queixas da colaboradora 7 ♀, Maluf (2008, p. 02-03) explicita que as dificuldades psicológicas dos pacientes inférteis podem ser muito complexas e influenciadas por fatores, como: “diferença de gênero; causas e duração da

infertilidade; estado específico da investigação clínica; procedimento aos quais os pacientes são submetidos; estratégias de compensação para lidar com o problema da infertilidade”.

[...] É a única coisa que eu falo assim que me incomoda. É a cobrança. Nem minha. É as dos outros. Sai na rua e todo mundo te pergunta: Ah, mais você não vai engravidar? Você não vai ter filhos? Ah, mas faz tanto tempo que vocês estão casados. Ficando velho, esse monte de coisas. Ah, eu to ficando velha agora.

Para Moreira, Tomaz e Azevedo (2005, p. 23), o estigma imposto ao casal infértil faz parte de um modelo social que valoriza um casal com filhos, levando aqueles que vivenciam a infertilidade a se sentirem “desvalorizados, anormais, diferentes, inúteis e incapazes de terem um família completa”, conforme fica claramente atestado na fala acima da colaboradora 7 ♀.

Para Weiss (2006), outro aspecto importante a ser considerado na vida da mulher infértil é a dificuldade de lidar com o seu grupo social, no qual as conversas e perguntas sobre bebês parecem ser constantes.

[...] E aí a gente não quer falar pra ninguém, aí você poda assim, fala assim: não. A gente acha que ainda tá cedo ainda. Tem tempo. Por dentro, eu quero matar as pessoas. O meu Deus! Se você soubesse o que eu estou passando! Num ficaria me perguntando. Às vezes eu falo: É melhor falar logo pra todo mundo que pelo menos todo mundo para de perguntar pra gente. Mas ele não quer. Então, eu respeito ele. Uma decisão dele, né? Eu não posso ir contra. Por que eu tenho que falar que eu não tô me sentindo bem.

A colaboradora 7 ♀ relata que o casal preferiu manter o sigilo da infertilidade “(...) a gente não quer falar para ninguém, aí você poda assim, fala assim: não. A gente acha que ainda tá cedo ainda.”, como forma de velar sua incapacidade de engravidar, já que assumir essa dificuldade socialmente, segundo Moreira, Tomaz e Azevedo (2005), pode dar margem a alguns tipos de brincadeiras, piadas ou conselhos não solicitados dos amigos e/ou familiares. No entanto, fica implícito em sua fala o sofrimento duplo que ela enfrenta – ao mesmo tempo em que assume esta postura com seu parceiro e o protege dessas situações, ela sofre internamente um drama individual de ‘acobertar’ um problema que não é dela, de querer externar a sua dor pelo estado do casal, de querer bradar para todos a condição em que se encontram – e, assim, evitar as constantes cobranças –, ela não poder fazer isso sem ir contra este parceiro, ou seja, sem expor uma condição que é dele sem a sua autorização.

[...] ele começou a se sentir inferior e tal. Porque a pessoa se sente inferior. Tanto que eu falava que queria um bebê e chega na hora e ele num... num pode. Acho que por isso ele aceita qualquer coisa.

Como pudemos perceber em diversas literaturas utilizadas, o homem vivencia a infertilidade diferentemente da mulher. Segundo Kusnetzoff (1997), o homem acaba não explicitando os seus sentimentos, tornando-se muito difícil inteirar-se dos afetos envolvidos, podendo até mesmo, fazer com que algumas mulheres assumam a responsabilidade do problema para proteger o marido. Ainda, conforme os estudos do autor, uma porcentagem de homens acaba vivenciando sentimentos que deslizam para a humilhação, vergonha, dor e outros sentimentos negativos, levando-os ao isolamento. Conforme podemos atestar na fala da colaboradora 7 ♀, esta situação pode se tornar um fardo extra para a mulher, que além de ter que lidar com a frustração de não poder engravidar, tem ainda que se solidarizar com o parceiro, mesmo tendo ela outra percepção do problema.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 7 ♂

E ela, até teve uma época que ela teve preconceito. Que eu falei pra ela se nós não conseguirmos ter filho nós ia adotar e ela falou que não, que não sei que. Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança. Eu falei pra ela que se não tivesse jeito depois da cirurgia, após a cirurgia, que nós podia até adotar. Acho que pra ela, é difícil aceitar isso. Eu aceito numa boa. O problema é ela. Ela que não tá conseguindo aceitar.

O discurso do colaborador 7 ♂ nos revela que o desejo de realizar o projeto de parentalidade pode apresentar significados diferentes para homens e mulheres “(...) eu falei para ela se nós não conseguirmos ter filho nós ia adotar e ela falou que não (...)”. Souza (2009) aponta que dar à luz uma criança ainda tem sua importância associada a necessidades culturais, pode carregar expressões e influências históricas e sociais de determinado período. Conforme temos discutido em nosso estudo, o fenômeno da maternidade e da paternidade tem passado por diversas transformações, sendo influenciado pelo desenvolvimento científico, pela tecnologia biomédica e pelo avanço da RHA, alterando o processo de nascimento e contribuindo para as novas construções familiares, apontadas nos estudos de Roudinesco (2003). Entretanto, quando os casais inférteis não conseguem realizar o desejo de ter um filho com o auxílio das técnicas de RHA, eles podem recorrer ainda à adoção para construir uma família – as famílias adotivas.

Porém, a adoção ainda é uma temática delicada e controversa, que segundo Kahhale e Souza (2007), carrega em si o estigma social, podendo despertar a sensação no casal de estar

assumindo o fracasso na tarefa reprodutiva: “Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança”.

Colaboradora 7 ♀

Depois que a gente descobriu (infertilidade). Por que quando a gente casou ele falava assim, que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mas ele num queria, ele queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria, assim por que a gente nunca, também falou assim, se a gente usou camisinha, desde o namoro. Nunca usamos camisinha, aí eu parei de tomar a pílula, os métodos lá tudo então tinha chances de sobra pra engravidar. Não engravidava.

A colaboradora 7 ♀ nos desvela uma realidade citada por Badinter (1986), que emerge com o fim da sociedade patriarcal: a inversão do poder da procriação que era controlado pelo homem: “quando a gente casou ele falava assim, que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mas queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria... eu parei de tomar a pílula (...)”. Com os múltiplos recursos contraceptivos disponíveis no mercado na atualidade, o poder de decisão, segundo a autora, passou do homem para a mulher, possibilitando a elas decidirem sobre a sua paternidade.

[...] ele falou que foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo, que faltava algo nele, onde ele resolveu. Ele falou assim: não, a gente tem que procurar (tratamento) porque tá faltando alguma coisa.

O desejo de exercer a paternidade, para Farinati (2009), faz parte de um importante passo para alcançar a maturidade e o desenvolvimento pessoal, possibilitando que o indivíduo cumpra um importante papel social, o que parece fez aflorar no colaborador o desejo de ter filhos a partir daquele momento: “(...) foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo (...)”. Porém, a infertilidade leva esses indivíduos a se depararem com o temor da não realização do desejo de paternidade, levando-os, segundo a autora, a um possível sofrimento emocional e social.

[...] quando o médico falou talvez não há, não haveria chance, da gente engravidar, ele falou assim: Vamos adotar? Por que eu não quero. E ele encara numa boa, também você não quer então tudo bem. Não tem problema, eu quero te ver contente e feliz.

Muitas pessoas ainda veem como um importante objetivo de vida a constituição do núcleo familiar “composto pelo casal e sua prole genética” (QUAYLE, 2006, p. 12), o que move esses casais aqui investigados a procurarem tratamento para a infertilidade, pode

interferir neste projeto de construção da família nuclear, sendo considerada por Seger-Jacob (2006 a) como um “momento crucial, mesclado de angústia e necessidade de vencer a impotência”. Nesse momento, para a autora, torna-se difícil a aceitação de uma vida serena sem filhos ou recorrer a uma adoção.

Eu sugeri pra ele então, chegar uma etapa que não, não tem mais como, não tem mais o que fazer, é só de as pessoas procurar ou um banco de esperma que é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo.

As novas tecnologias da RHA, segundo Weiss (2006, p. 105), mostram uma realidade presente na contemporaneidade, que possibilita “gerarem bebês em laboratórios sem a necessidade de o casal ter relações sexuais para procriar”. Para a autora, hoje há mais facilidade de acesso a essas tecnologias pelos casais inférteis; porém, a RHA ainda traz consigo questões que podem deixar as pessoas muito desorganizadas, como por exemplo: “questionar o seu lugar no mundo, seu desejo, seus medos e refletir sobre o próprio corpo”, como expressado pela colaboradora quando diz: “(...) é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo”.

Esses sentimentos podem emergir pelo fato de que na RHA, conforme aponta Ribeiro (2006, p. 95), pode-se encontrar o luto na elaboração da perda do filho biológico. Essas modernas técnicas laboratoriais possibilitam aos casais que o filho biológico seja alcançado de maneira parcial, ou seja, “com a herança genética de apenas um membro do casal, ou ainda, por meio da adoção de gametas e embriões”, possibilitando que a realização de gestar um bebê esteja presente, porém, não aquele sonhado filho biológico.

A única coisa que falta é o bebê, que do resto tá tudo certo.

Braga e Amazonas (2005) apontam, acerca do que expressa a colaboradora, que o modelo prevalente de família é a nuclear. E a maternidade, segundo Montagnine (2007), é algo central para a identidade de algumas mulheres, independente da camada social.

[...] você volta baqueada porque é um desejo grande, é um sonho.

Ao trazer o desejo de ter um filho como um sonho a ser realizado, a colaboradora 7 ♀ nos faz refletir sobre as motivações envolvidas nesse seu querer. Para Ribeiro (2006), existem diversos motivos para engravidar, como poder ver no filho uma parte de si e do outro e garantir a imortalidade. A autora percebe que o casal quando se depara com a infertilidade e

sente a impossibilidade de ter o filho biológico fica paralisado à espera desse filho tão sonhado, que pode nunca vir.

Engordo um pouco e parece que é uma coisa, é só você engordar 5 gramas todo mundo olha pra você e fala: você tá grávida? E não sei que, e aí você já fica furo da vida porque você não engravida. Você, e eu quero muito aquilo, acho que minha ansiedade também me atrapalha um pouco, mas a gente se dá bem.

Para Maldonado (2002), as mudanças no corpo e no comportamento das mulheres, como aquelas descritas pela colaboradora 7 ♀, são possíveis de ser vivenciadas na mulher que está realizando tratamento para engravidar pelo fato de o desejo de engravidar poder provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada e as múltiplas medicações utilizadas no tratamento da infertilidade deixarem a mulher bastante inchada e com a sensibilidade mais apurada – estado já apontado pela colaboradora.

A não realização do desejo de engravidar e a constante expectativa que acompanha a colaboradora 7 ♀, cujo o objetivo é ter um filho biológico, pode despertar diferentes sentimentos nos diversos momentos do tratamento da infertilidade, como por exemplo, a raiva: “(...) aí você já fica furo da vida porque você não engravida”. O sentimento de raiva, conforme Kübler-Ross (2008), é considerado como um dos mecanismos acionados pelos pacientes para melhor enfrentarem a situação, que pode acabar sendo direcionada para as pessoas próximas de quem está passando pela dificuldade, incluindo os profissionais de saúde.

Por esta razão, é que Kahhale e Souza (2007) consideram que esses indivíduos estão envolvidos pelo binômio saúde-doença e descrevem que devemos contemplar, simultaneamente, os fatores físicos, psíquicos e sociais durante o tratamento da infertilidade.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso

Colaborador 7 ♂

Teve uma vez que ela achou que tava, mas não foi. Atrasou pra ela, tudo normal. Mas depois veio e sempre tentando, tentando e nunca conseguimos.

Para Maldonado (2000, p. 50), a percepção de uma gravidez é “muito sutil” e mesclada de “dúvida” e o atraso da menstruação acaba sendo interpretado como um sinal de

gravidez. Quando, então, a menstruação acontece diversos sentimentos podem emergir, como os de “alívio, frustração, alegria ou decepção”.

Colaboradora 7 ♀

Às vezes atrasa meio dia pra mim, parece que eu já sinto a criança dentro de mim.

O atraso na menstruação e a sensação de estar grávida, expressados pela colaboradora 7 ♀, são fenômenos possíveis de acontecer, segundo Maldonado (2000, p. 49-50) – existem mulheres que “sentem que estão grávidas não apenas pelo atraso da menstruação, mas também porque percebem discretas modificações no corpo, sobretudo, barriga e seios, ou porque têm intuições, sonhos ou maneiras diferentes de sentir e reagir a determinadas situações”. Entretanto, quando o desejo de engravidar é tão intenso, “qualquer pequeno atraso da menstruação ou as menores modificações são interpretadas como sinal de gravidez”, como atesta a fala de nossa colaboradora.

4.2.9 Casal 8

O colaborador 8 ♂ tem 33 anos, é católico, possui o ensino médio e trabalha como policial militar. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Não apresenta o histórico de infertilidade na família. Recebeu orientação sexual em casa, dos pais. Teve a primeira relação aos 16 anos e diz manter, em média, 03 relações sexuais semanais. Relatou que o desejo, a excitação e o orgasmo estão preservados. Não apresenta queixa de dificuldade de ereção e/ou ejaculação precoce.

A colaboradora 8 ♀ tem 27 anos, é católica, possui o ensino superior incompleto e se dedica aos estudos. Relatou não beber, não fumar e não utilizar drogas ilícitas. Também não apresenta o histórico de infertilidade na família. Relatou que recebeu orientação sexual da professora, na escola e da mãe e da irmã, em casa. Teve a primeira relação sexual aos 15 anos. Relatou manter uma média de 04 relações sexuais por semana, estando o desejo, a excitação e o orgasmo preservados.

Os colaboradores 8 ♂ e 8 ♀, de nível socioeconômico D, namoraram durante 09 anos e estão casados há 03 anos. Utilizaram métodos contraceptivos durante 08 anos e estão tentando engravidar há 02 anos. Iniciaram o acompanhamento médico em uma clínica particular através de convênio. Tentaram engravidar através da técnica de indução de

ovulação, mas não tiveram sucesso. A hipótese diagnóstica é de infertilidade primária sem causa aparente (ISCA).

Categoria I: Lembranças do tempo de namoro

Colaborador 8 ♂

É, a gente namorou mais de nove, nove anos e pouco. Não chegou a dez anos. A gente sempre se deu bem, teve briguinhas de namoro, na época de namoro já tinha relação, tá? Só que a gente sempre foi tudo na sua hora, sabe? Quando a gente namorou, aí eu comprei casa, tudo, pra depois a gente casar.

Conforme ressaltamos nas análises dos significados dos discursos de outros colaboradores, percebemos como uma das mudanças no comportamento entre os jovens da contemporaneidade a prorrogação do matrimônio com a finalidade de alcançar primeiramente a estabilidade financeira “(...) namoro... nove anos e pouco (...) comprei casa, tudo, pra depois... casar”.

A menção à relação sexual no namoro, que emerge nos discursos também de outros colaboradores, foi passageira, sem focar a questão da fertilidade, ou mesmo do sexo por prazer ou com outro fim.

Colaboradora 8 ♀

Nós sempre nos demos muito bem, tanto em termos de respeito, amizade, sexualmente, sempre, uma vida bem ativa, bastante ativa. Nunca tive dificuldade de sentir prazer, sempre, nessa parte, sempre nos demos muito bem.

O respeito e a amizade apontados Lins e Braga (2005) como característico dos novos relacionamentos da contemporaneidade, também estão aqui expressados pela colaboradora. A relação sexual, que faz parte desses novos relacionamentos, tem iniciado entre as mulheres, segundo Abdo (2004), em torno dos 19 anos.

A liberdade sexual, uma das causas abraçada pelos movimentos feministas na década de 1960 e apoiada pela Revolução Sexual, que possibilitou às mulheres terem relações sexuais com foco no prazer e não na procriação, parece ser apreciada por esta colaboradora: “Nunca tive dificuldade de sentir prazer (...)”.

Categoria II: A arte do convívio a dois

Colaborador 8 ♂

A gente caso, aí eu sempre falava que queria logo ter filho. Ela falou assim: não, vamos aproveitar mais. Aí a gente foi... ela falou assim: Então vamos. Então deixamos mais pra frente.

De acordo com Badinter (1986), durante esses últimos cinquenta anos, podemos acompanhar grandes modificações nos relacionamentos entre homens e mulheres. O fim da divisão sexual do trabalho, os direitos à contracepção e ao aborto possibilitaram à mulher a retomada do controle da reprodução. A autora ainda acrescenta (BADINTER, 1986, p. 147) que a contracepção feminina acabou de derrubar a família patriarcal, não sendo mais o homem quem decide quando ter ou não ter filhos. Dessa forma, “*as mulheres adquirem o direito de não serem mais mães contra a vontade*” – conforme é atestado pela fala do colaborador: “(...) *Ela falou... não, vamos aproveitar mais*”, reduzindo o homem ao seu papel biológico de inseminador.

Ó, antes do casamento é paixão. Tá, é aquela coisa assim, depois que você casa, você não consegue ficar sem a pessoa. Aí muda, não tem aquele fogo todo, mas você não consegue se ver sem a pessoa. Mas num teve diferença grande entre, antes do casamento e agora. A gente mantém, sabe? A gente é igual, pouca coisa diferente.

A divisão dos sentimentos em diferentes fases: “(...) *antes do casamento é paixão... depois... não tem aquele fogo todo (...)*”, expressada na fala do colaborador 8 ♂, nos possibilita atestar as transformações que têm ocorrido nos relacionamentos entre os pares. Para Lins e Braga (2005), o amor romântico ainda existe nas mentalidades atuais e pode ser considerado uma ameaça à estabilidade do indivíduo e da sociedade, por não ser uma relação desse tipo construída com uma pessoa real, mas com a imagem que se faz dela. Entretanto, por meio do convívio, a verdadeira identidade do outro se desvela e o(a) parceiro(a) acaba enxergando a pessoa como ela é, correndo o risco do desencantamento.

Colaboradora 8 ♀

Então, ficamos um tempo casados e não pensamos em filho no primeiro momento. No primeiro instante.

A fala da colaboradora atesta que os contraceptivos, segundo Lins e Braga (2005), provocaram mudanças radicais na instituição do casamento, entre elas, a desvinculação do prazer sexual da reprodução e a liberdade de ser mãe apenas no momento desejado.

Categoria III: Desvendando a intimidade sexual

Conforme já apontamos nas análises dos colaboradores 2 ♂, 2 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂, 6 ♀, 7 ♂ e 7 ♀, a temática sexualidade também não emerge nos discursos dos colaboradores 8 ♂ e 8 ♀.

Categoria IV: A busca por ajuda especializada

Colaborador 8 ♂

[...] antes do namoro, ela descobriu que tinha endometriose. Aí ela procurou o tratamento, fez a vídeolaparoscopia. Tinha alguns focos e isso aí foi cauterizado. Aí ela continuou tomando o anticoncepcional contínuo [...]

A endometriose, segundo Olmos (2003), é uma das principais doenças que impedem a livre circulação dos gametas, considerada como uma causa obstrutiva da fertilidade feminina. Para o autor, a endometriose é considerada uma doença da modernidade, por estar relacionada ao grande número de ciclos menstruais da mulher moderna. Na ausência de tratamento, o prognóstico da doença é desfavorável, podendo esta evoluir para um quadro de infertilidade.

O exame diagnóstico dessa doença é laparoscópico e “exige a retirada de uma amostra do tecido externo ao útero para uma biópsia do material em laboratório”. O tratamento clínico da endometriose ocorre por meio da utilização de hormônios específicos e tem como objetivo controlar a doença (OLMOS, 2003, p. 107).

Aí quando eu fiz esse espermograma eu acho que, que ela viu que o médico, não tá normal tal, um pouco abaixo.

No entanto, a fala acima deixa implícito que não apenas a colaboradora 8 ♀ apresentou algum problema que pode interferir na fertilidade do casal, este colaborador também foi submetido a um espermograma que não foi considerado ‘normal’. O espermograma é um exame colhido em laboratório, por meio da masturbação do homem, que tem como objetivo coletar amostra de sêmen para avaliar a quantidade e a velocidade do

espermatozoide. Conforme as explicitações de Olmos (2003, p. 156), esse exame “também permite que se estude a morfologia dos gametas e a acidez do líquido espermático”.

Aí ela tomou alguns meses, ela tomou aquele remédio pra induzir a ovulação, e não estava dando certo, aí que a gente começou a procurar.

A indução de ovulação é considerada uma técnica de baixa complexidade que tem sido utilizada pelos ginecologistas como recurso terapêutico à infertilidade. Percebemos que, muitas vezes, essa técnica acaba sendo utilizada sem uma investigação clínica prévia, criando expectativas irreais sobre a possibilidade de gestação, o que pode ter sido o caso deste casal.

Colaboradora 8 ♀

O problema assim é, parte de mim porque eu tive endometriose, mas ele é muito, não me cobra nada.

Para Kusnetzoff (1997), a inabilidade para engravidar pode se tornar um verdadeiro drama para as mulheres quando vivenciada como uma falha no papel que a sociedade espera dela e a não realização do sonho de gerar um filho por vias naturais. A colaboradora 8 ♀, no entanto, expressa apenas a solidariedade do marido.

Categoria V: O estigma da infertilidade

Colaborador 8 ♂

A cabeça da mulher é mais difícil, porque ela põe na cabeça que a culpa é dela, tal.

O colaborador 8 ♂ tem percepção de que a vivência da infertilidade é diferente para homens e mulheres, ao dizer que a companheira interioriza a culpa como sendo dela, conforme já apontado por Weiss (2006). Desse modo, a experiência de não conseguir engravidar pode desencadear sentimentos negativos, a sensação de não ser capaz de engravidar e, ainda, sentir-se diferente dos outros, o que conota, para Jacob (2006, p. 45), “uma marca ou defeito que está fora de uma norma socialmente definida”, ou seja, um estigma.

Colaboradora 8 ♀

Nas nossas análises do discurso da colaboradora 8 ♀, percebemos a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento, assim como no caso dos colaboradores 2 ♂, 3 ♂, 3 ♀, 4 ♂, 4 ♀, 6 ♂, 6 ♀ e 7 ♂.

Categoria VI: O filho como projeto de vida

Colaborador 8 ♂

[...] a gente decidiu é, parar o anticoncepcional pra tentar engravidar. Aí ela parou, só que foi passando o tempo. Tá com mais de um ano, mais de um ano e meio já passado e ela não consegue.

[...] até a época de tratamento, o Dr. X falou assim: ó, aproveita a vida de vocês dois, viaja, tal pra depois arrumar neném. Ele fala neném. A gente fez tudo isso, aí decidimos nós vamos, vamos ter a criança? Vamos. Aí a gente veio tentando. Aí a gente tento alguns meses, não conseguiu, aí a gente procurou ajuda dele lá.

Perceber que a função reprodutora não pode ser controlada como outras áreas da sua vida, pode fazer com que os indivíduos fiquem “arrasados, sentido que perderam o controle da vida” (SEGER, 2009, p. 88). Não ter o controle exato do que vai acontecer, para Weiss (2006), obriga a pessoa a vivenciar a angústia de uma situação extrema. A autora percebe essa situação como sendo limite por envolver questões de base da própria vida, como por exemplo, o nascimento e a morte.

O casal, pelo que se pode depreender das falas do colaborador, parece ter se encontrado nesta situação de forma um tanto chocada, pois, segundo o que relata, fizeram tudo certinho, de forma pensada e programada e, agora, não conseguem realizar a próxima etapa do projeto de vida – gerar o filho.

E vai aí adoção e ela pergunta: Por que eu que posso dar carinho no caso não to conseguindo?

A raiva é um dos cinco mecanismos dos estudos de Kübler-Ross (2008), que pode ser acionado pelo paciente para melhor enfrentar uma situação difícil. Na infertilidade, Seger (2009) observa a expressão da raiva quando “somos confrontados com nossa falta de controle”. Para o colaborador 7 ♂, a sua companheira deixa emergir a sua raiva quando questiona-se sobre a sua impossibilidade de engravidar e a possibilidade de exercer a maternagem de maneira natural. Essa sensação da colaboradora 7 ♀ nos parece que se

assemelha à sensação descrita por Weiss (2006), como de estar sendo tratada pela vida de maneira cruel e não estar sendo abençoada.

Colaboradora 8 ♀

[...] há um ano e oito meses, de lá pra cá to tentando, mais especificamente acho que assim, uns oito meses, a naquela, aí tudo bem, quer engravidar, muito bem, muito bem vindo. Mas tinha parado o remédio e não evitava. Mais de um ano pra cá, desde dezembro do ano passado (2007). Há doze meses eu tô assim, bastante ansiosa, esperando, quero muito, nós dois, queremos muito.

Querer ter um filho é um processo que, geralmente, começa muito antes das tentativas de engravidar. Segundo Maldonado, Disckstein e Nahoum (2000, p. 15), o processo de imaginar-se tendo um filho faz com que o “filho da cabeça” exista antes do “filho da barriga”, possibilitando que o relacionamento entre pais e o bebê comece antes da fecundação e que o filho represente muitas coisas, sendo muito os motivos pelos quais queremos que ele venha – como atestado nas falas desta colaboradora, transcritas acima e abaixo.

[...] desde solteira né? Eu desde solteira eu já tive problema. Tinha detectado o problema e faltava um pouco antes de casar, e ele, inclusive joguei bem aberto, com ele. Olha, talvez possa ser que eu possa não te dar um filho. Tenha dificuldade. Ele falou: não, to casando com você. Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos.

A possibilidade de infertilidade detectada antes do casamento, conforme a fala da colaboradora 7 ♀, destrói a fantasia, descrita por Seger (2009), de uma vida perfeita com filhos, de um casal unido e com todos os problemas resolvidos. A vivência dessa enfermidade é tão angustiante que a habilidade de lidar com ela chega a ser comparada por Melamed (2006, p. 82) com o “lidar com a maioria das doenças médicas”. Não obstante, antes do casamento, a colaboradora relata ter sido franca com o parceiro quanto a deixá-lo à vontade para assumir o laço matrimonial, o que foi recebido com uma declaração de solidariedade: “Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos”.

Agora eu só estou na espera. Um pouquinho ansiosa mas (risos) tem que esperar com calma.

Com a infertilidade, o casal nunca saberá quando irá engravidar e se poderá engravidar. Para Seger (2009), essa vivência assemelha-se à montanha russa, com altos e baixos emocionais, após cada tentativa de procedimento.

Categoria VII: A menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento

Colaborador 8 ♂

Nossas análises do discurso do colaborador 8 ♂ indicaram a ausência de significados que nos possibilitassem conceber esta categoria neste momento.

Colaboradora 8 ♀

[...]toda menstruação que desce é aquela bomba. A gente se decepçiona bastante, eu choro, assim, dois dias eu fico como se diz, bem sensível, mas depois passa [...]

O discurso da colaboradora 8 ♀ atesta o que já discutimos aqui quanto à menstruação ser vivenciado de maneira negativa, como prova da não fertilidade. Esta vivência pode, no entanto, ser diferente entre os casais que passam por ela, sendo percebido por Melamed (2006, p. 82) da seguinte forma: “alguns casais mantêm o propósito de gerar filhos biológicos e lutam para torná-lo realidade, outros permanecem imobilizados diante da dor, fixados em suas lembranças e apresentam maior nível de angústia e estresse”. No caso deste casal, parece que a primeira opção é a verdadeira.

4.3 DESVELANDO A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS INFÉRTEIS

4.3.1 Casal 1

Na categoria das *lembranças do tempo de namoro*, as análises dos discursos do casal 1 nos revelaram divergências na narrativa dos pares. O colaborador 1 ♂ resgata, em suas lembranças da vivência do namoro que a sua vida sexual já era ativa e voltada para a função procriadora, emergindo a necessidade da comprovação da virilidade. Já no discurso da colaboradora 1 ♀, emerge apenas a possibilidade da escolha do cônjuge por amor, não tenda esta desvelando a intimidade vivida pelo casal.

O colaborador 1 ♂ não abordou a categoria *arte do convívio a dois*. A colaboradora 1 ♀, por sua vez, relata terem decidido morar juntos, deixando de lado as formalidades do casamento. A virgindade foi destacada em seu discurso como sendo relevante para ela.

Na categoria três, *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 1 ♂ desvelou a sua intimidade, relatando que sua relação sexual com a companheira é *normal*, e estabelecendo relação entre potência sexual e fertilidade. A ejaculação rápida durante o coito não é vista pelo colaborador como uma disfunção sexual, mas sim como um possível fator da dificuldade de procriar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 1 ♂ nos desvenda que ele e a companheira tentaram engravidar por vias naturais durante 05 anos e que o insucesso fez com que ele desejasse fazer exames clínicos para poder identificar um possível problema de infertilidade. Entretanto, pensar nessa possibilidade despertou nele diversos sentimentos negativos, levando-o a racionalizar sobre as chances de a companheira ter o problema, já que ele possui um corpo sadio e preferiu que ela realizasse primeiro a investigação clínica. O discurso da colaboradora 1 ♀ converge com o do parceiro no que se refere à necessidade de identificar quem é infértil para apontar um ‘culpado’ para a dificuldade de engravidar do casal, já que também teme ser portadora desta enfermidade.

Na categoria que desvela *o estigma da infertilidade*, o colaborador 1 ♂ manifesta a percepção de ser diferente dos demais membros da sua família por não conseguir engravidar, sentindo-se estigmatizado por não cumprir a ordem social estabelecida. Ele associa a fertilidade à potência sexual, e deseja ter sucesso no tratamento para corrigir esse ‘defeito’. No discurso da colaboradora 1 ♀, vemos que ela aborda seus sentimentos em relação ao estigma de infértil, mas dedica-se a discorrer sobre os rótulos que a sociedade atribui ao seu companheiro.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, apenas a colaboradora 1 ♀ expressa o seu desejo de ter um filho. Ela relata que o companheiro vê a possibilidade de adotar um filho para poder exercer a função parental; entretanto, para ela, a adoção desperta diversos fatores negativos, não sendo algo que ela contempla como possibilidade de exercer sua parentalidade.

Nas análises da categoria *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, o discurso do colaborador 1 ♂ nos desvela a associação do ciclo menstrual com a fertilidade, despertando nele sentimentos negativos quando este ocorre, já que a menstruação é sinônimo de ausência de gravidez. Dessa forma, ele tenta controlar a função procriadora do casal, encarregando-se de realizar o mapeamento do ciclo menstrual da companheira. Já a

colaboradora 1 ♀ não revelou em seu discurso significados que pudessem compor esta categoria.

4.3.2 Casal 2

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 2 ♂ busca em sua relação sexual com a companheira o prazer, enquanto a colaboradora 2 ♀ nos desvela que transgrediu as regras familiares para poder ter relações sexuais com o seu companheiro nesta fase do relacionamento.

Passando para as análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 2 ♂ nos esclarece que os pilares de sustentação do seu relacionamento conjugal são o diálogo e as decisões conjuntas com a companheira, possibilitando que ambos permaneçam íntegros e inteiros. Relata que o planejamento do momento para a vinda do filho foi realizado por meio da utilização da pílula anticoncepcional. A partir do momento que decidem engravidar, esta é suspensão e o foco da relação sexual passa a ser o de ter um filho, ou seja, o sexo passa a ter função procriadora. A convergência entre o discurso da colaboradora 2 ♀ e do discurso do seu companheiro mostra-se apenas na possibilidade de ela sentir-se inteira no seu relacionamento conjugal, vivenciando seus sentimentos e sexualidade como um todo.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 2 ♂ manifesta a vivência sexual a partir do momento que sente vontade de ter um filho. Em sua fala, ele relata que o foco da relação sexual mudou de sexo-prazer para sexo-reprodução, associando, assim, o sexo à função reprodutora.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 2 ♂ nos conta que a iniciativa de procurar o ginecologista para fazer exames com a finalidade de identificar uma possível infertilidade partiu da esposa. Ele nos relata que só depois dessa trajetória da companheira é que ele fez o espermograma e descobriu que era infértil. O discurso da colaboradora 2 ♀ diverge do discurso do seu companheiro quando ela nos revela que foi dele a iniciativa de fazer o exame. Em sua fala, a colaboradora 2 ♀ também nos revela que tem intenção de submeter-se ao tratamento de RHA de baixa complexidade e que caso tenha que contar com o tratamento de alta complexidade, prefere adotar uma criança.

Com relação ao *estigma da infertilidade*, identificamos significados apenas no relato da colaboradora 2 ♀, que desvelou acreditar ser ela a portadora do problema de infertilidade.

A descoberta da infertilidade masculina acabou despertando na colaboradora 2 ♀ sentimentos negativos, levando-a sentir constrangimento.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 2 ♂ relata que, caso não conseguisse ter um filho biológico, adotaria uma criança. O discurso da colaboradora 2 ♀ converge com o discurso do companheiro, revelando sua decisão de vivenciar o projeto da parentalidade por meio da adoção, caso não consiga engravidar. Ter um filho é um desejo que emergiu durante o namoro do casal, mas ela aguardava o casamento para poder realizar esse sonho. Assim como aconteceu com o casal 1, o foco da relação sexual deste casal passa a concepção do filho, transformando a relação sexual numa obrigação.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas a colaboradora 2 ♀ nos desvelou a sua vivência, relatando que sempre que a menstruação atrasava, tinha sensações corporais que a levavam a acreditar que estava grávida.

4.3.3 Casal 3

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 3 ♂ resgata que, após dois anos de namoro, decidiu morar junto com a namorada, sem realizarem os rituais formais do casamento. A satisfação na qualidade do relacionamento, apontada pela colaboradora 3 ♀, converge com o discurso do companheiro.

Passando para as análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 3 ♂ expressa que a sua relação conjugal é de igualdade nas trocas afetivas e no envolvimento emocional e considerada como boa. A manutenção do relacionamento é realizada por meio do respeito e da amizade, mesmo tendo uma *diferencinha* entre ele e a companheira. A fala da colaboradora 3 ♀ converge com o relato do companheiro, manifestando satisfação na qualidade do relacionamento afetivo, estabilidade financeira e tranquilidade.

Na categoria, *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 3 ♂ nos revelou que, a partir do momento que decidiu engravidar, começou a ter relações sexuais todos os dias, a exemplo dos colabores 1 ♂ e 2 ♂, associando potência sexual à procriação.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 3 ♂ nos esclarece que não é fácil realizar constantes viagens da cidade de origem até o hospital-escola para poder fazer o tratamento de infertilidade com uma equipe especializada em RHA e conviver com as constantes preocupações da investigação clínica. Diferentemente, a

colaboradora 3 ♀ revela em seu discurso o início da sua trajetória da infertilidade, relatando sobre o ultrassom que realizou, o qual apontou para a possibilidade de dificuldade de engravidar. Divergindo, portanto, daquilo que o companheiro comentou. Nesse momento, a colaboradora 3 ♀ relata terem emergido diversos sentimentos negativos; porém, relata que o tempo e o diálogo com o companheiro a ajudaram a elaborar esta dificuldade.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 3 ♂ nos revela que o casal deseja muito ter um filho biológico, que era um sonho que gostaria de ter realizado quando o seu pai era vivo, mas pela dificuldade de engravidar, ele busca o tratamento para tentar procriar enquanto a mãe ainda é viva. O discurso da colaboradora 3 ♀ converge com o discurso do seu companheiro quanto ao desejo que tem de ter um filho biológico. Entretanto, seu diverge da fala do colaborador 3 ♂ ao apontar que a decisão do momento certo de engravidar foi dela, mostrando planejamento da gravidez e nos revelando que o filho biológico ajudaria a prevenir possíveis conflitos familiares. Outra divergência encontrada foi a decisão de adotar uma criança caso o casal não consiga engravidar.

4.3.4 Casal 4

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 4 ♂ nos conta que o seu relacionamento sempre foi bom, com companheirismo e amizade. A colaboradora 4 ♀ relata que transgredia as normas familiares para ter relações sexuais no namoro.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 4 ♂ nos revela que houve um planejamento na vida do casal: casamento, estabilidade financeira, e depois um filho. Ele relata que mesmo com a dificuldade de engravidar, o relacionamento do casal está normal e que eles estão unidos nessa luta. A colaboradora 4 ♀ nos torna compreensível os seus sentimentos de tranquilidade emergidos com o casamento, já que, para ela, a relação sexual, durante o namoro, era vivenciada como uma transgressão social que a levava a sentir culpa.

Nos horizontes da busca por uma ajuda especializada, o colaborador 4 ♂ nos descreve o percurso realizado pelo casal até o momento em que foi entrevistado pelas pesquisadoras. O início dessa trajetória foi pela busca de um ginecologista na cidade de origem, que realizou alguns exames no casal e passou medicamento para tomarem, não resultando em uma gestação. Com o insucesso do tratamento, decidiram buscar outra ajuda especializada, indo para o hospital-escola onde as entrevistas deste estudo foram realizadas. A partir desse novo

acompanhamento, o casal foi informado sobre o que ocasionava a dificuldade de engravidar e iniciou um novo ciclo de tratamento, com medicação diferente. O discurso da colaboradora 4 ♀ converge com o relato do seu companheiro quando ela descreve todas as etapas de exames diagnósticos e de tratamento, realçando, ainda, que o casal é persistente.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 4 ♂ expressa que o casal acreditou ter o controle da sua função reprodutora e conseguiriam engravidar no momento em que assim desejassem. A colaboradora 4 ♀ também acreditou nessa possibilidade de planejamento da gravidez, sua fala convergindo com a do seu companheiro. Entretanto, ela nos revela que o desejo de engravidar sempre esteve presente desde a época do namoro.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas a colaboradora 4 ♀ expressou como é passar por essa vivência. Para ela, o atraso na menstruação levou-a a acreditar, por diversas vezes, que estava grávida, expectativa que se dissipava com a realização do teste de gravidez.

4.3.5 Casal 5

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 5 ♂ nos indica sua valorização pela mulher virgem. A colaboradora 5 ♀ nos revela a escolha do seu relacionamento por amor.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, os relatos de ambos os pares convergem com relação a ele ir morar com ela e a sogra após a separação desta para também ajudar nas despesas. A partir de então, eles intensificaram o desejo de morar juntos. O discurso da colaboradora 5 ♀ é mais detalhado relatando que ele começou posando na sua casa e o tempo da sua permanência foi aumentando até que ficou definitivamente. No entanto, ela relata um episódio de traição por parte dele e o rompimento dela. Relata detalhadamente como se deu o reatamento e depois a mudança dos dois para uma casa só deles e como é bom serem só os dois.

Na categoria, *desvendando a intimidade sexual*, apenas a colaboradora 5 ♀ desvela que a decisão de engravidar fez com que o casal começasse a ter relações sexuais vários intensificadas na tentativa de engravidar, tornando o sexo mecânico e visando apenas à procriação.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 5 ♂ nos revela que já fez tratamento cirúrgico para varicocele e que, na época, foi informado que poderia ter problemas para procriar. Após a cirurgia, realizou o espermograma e o resultado não apresentou alterações, porém a orientação médica deixou-o inseguro quanto à possibilidade de ser infértil. Ele nos revela que, várias vezes, questionou quem era infértil, ele ou ela, mas passaram-se dois anos para que buscassem ajuda especializada. Divergindo do discurso do companheiro, a colaboradora 5 ♀ relata que a dificuldade de engravidar foi inesperada, levando ela e o companheiro a vivenciarem o conflito de tentarem achar um culpado para o problema. Porém, a persistência do desejo de engravidar, a sugestão de sua mãe de que procurasse ajuda e suspeita de que poderia ser um problema psicológico os levaram a buscar o tratamento para engravidar.

Na categoria em que desvelamos o *estigma da infertilidade*, apenas o colaborador 5 ♂ relata que a dificuldade de engravidar foi atribuída a sua companheira por ele e por sua mãe, devido ao uso prolongado de anticoncepcional, e não por um diagnóstico clínico.

Na amplitude do *discurso do filho como projeto de vida*, o colaborador 5 ♂ nos esclarece que, após quatro anos de namoro, a sua companheira queria engravidar, levando-os a realizar um planejamento quanto ao melhor momento de procriar. Ele relata que desde a sua tomada de decisão sobre ter um filho, a companheira parou de tomar o anticoncepcional e que esperavam, então, engravidar. A colaboradora 5 ♀ nos descreve que no início do namoro ela queria ter engravidado. O discurso dos colaboradores converge quanto realizarem um planejamento para terem o filho. Ela relata que quando decidiram morar juntos, o companheiro decidiu querer ter um filho, mas ela já não queria – foi preciso sentarem e conversarem para tomarem a decisão, resolvendo que ela pararia de tomar o anticoncepcional.

O casal não abordou a temática *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*.

4.3.6 CASAL 6

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 6 ♂ nos revela que gostava mais de farra, demonstrando um comportamento machista, enquanto o relato da colaboradora 6 ♀ diverge do seu por esta relatar que o companheiro teve que pedir aos seus pais para namorá-la, seguindo algumas normas familiares.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 6 ♂ nos relata que a relação afetiva do casal melhorou com o casamento por ter mais carinho e amor entre os dois. Para ele, a relação sexual melhorou com o aumento da intimidade entre eles. Os discursos dos colaboradores convergem quando a colaboradora 6 ♀ aponta para a relação sexual deles, mas divergem quando ela expõe que, no início do casamento, queria ter relação sexual toda hora, não parecendo existir timidez, conforme ele relatou.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, apenas o colaborador 6 ♂ expõe como foi a vivência sexual do casal a partir do momento que decidiram ter um filho. Ele nos relata que começou a ter mais relações sexuais e assumiu o sexo como sendo uma obrigação, para aumentar a chances de engravidar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 6 ♂ narra a trajetória vivida pela companheira a partir do momento que foi diagnosticada uma alteração hormonal. Ele nos conta que só ficou preocupado quando pediram que ele realizasse alguns exames, mas depois, não tendo apresentado alterações, ficou tranquilo, e que quem está na luta é a companheira. O discurso da colaboradora 6 ♀ nos informa que eles começara a acompanhados por um profissional, mas o tratamento não deu certo e nos conta que, então, procurou o hospital-escola e, a partir daí, realizou diversos exames diagnósticos e está sendo submetida às tecnologias de RHA.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 6 ♂ elucida que quem decidiu engravidar foi a companheira. A colaboradora 6 ♀ nos conta que quando se casaram não pensavam em engravidar, já que a sua menstruação era desregulada. Ela nos relata que após dois anos de casamento começou a querer ter um filho biológico, para isso, tentavam todos os dias; porém, sem sucesso. Ela também nos conta que ver os familiares tendo filhos a deixou angustiada, entretanto, agora, está mais calma e o desejo de ter o filho persiste.

4.3.7 Casal 7

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 7 ♂ desvela que começou a ter relações sexuais durante o namoro, na sua casa, com o consentimento de seus pais e que nunca utilizaram qualquer método contraceptivo; mesmo assim, nunca

engravidaram. O discurso da colaboradora 7 ♀ converge com o do parceiro quanto ao desconhecimento da infertilidade do casal – não sabia que tinham dificuldade de engravidar.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 7 ♂ relata que está há dois anos casado e que até o momento não conseguiu engravidar. A colaboradora 7 ♀ desvela a intimidade do relacionamento do casal, relatando quando o casal começou a fazer tratamento para a infertilidade, começaram a brigar, por conta de tanto nervosismo, ansiedade e cobrança da família. Ela percebe que o tratamento é muito desgastante, mas que gostando dele ela se submete a qualquer coisa, inclusive às técnicas de RHA.

Na categoria *desvendando a intimidade sexual*, o colaborador 7 ♂ expressa que, quando ele e a companheira descobriram que tinham dificuldade para engravidar, o problema acabou influenciando na relação sexual, mas depois normalizou. O discurso da colaboradora 7 ♀ diverge do relato do seu companheiro quando ela narra que, do namoro até hoje, a relação sexual melhorou, aumentando a frequência do coito após o diagnóstico da infertilidade.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 7 ♂ esclarece que a possibilidade de realizar um tratamento cirúrgico para a varicocele deixou-o mais animado pelo aumento das chances de engravidar. A colaboradora 7 ♀, por sua vez, relata as dificuldades vividas com viagem até o hospital-escola, a realização dos exames clínicos e as constantes faltas no trabalho, que acabam desencadeando estresse, insegurança e medo.

Nessa categoria em que desvelamos *o estigma da infertilidade*, apenas a colaboradora 7 ♀ nos conta a vivência do casal. Mesmo o problema sendo do marido, ela considera a infertilidade como um problema do casal. Relata que o casal decidiu contar apenas para a família e para as pessoas mais íntimas que estavam fazendo um tratamento para infertilidade, pelo fato do companheiro ter medo de ser rotulado como impotente perante a sociedade. Para ela, o tratamento, a cobrança da família e da sociedade, e o sigilo estão sendo difíceis de suportar.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 7 ♂ manifesta o desejo de adotar um filho caso o casal não consiga engravidar. Entretanto, ele acredita que para a companheira é difícil aceitar a adoção já que ela manifesta preconceito. O discurso dos colaboradores converge quando a colaboradora 7 ♀ relata que o companheiro cogita adotar um filho caso não consigam engravidar, mas ela rejeita a ideia. Já o discurso dos colaboradores diverge quando a colaboradora 7 ♀ narra que, quando eles casaram, o seu companheiro não queria que elas engravidasse, preferindo aproveitar mais o casamento. Ela declara que começou a tentar engravidar por conta própria e parou o anticoncepcional e que o desejo do companheiro só emergiu ao participar de uma reunião em que os amigos levaram os

filhos; a partir daí decidiu fazer um tratamento para engravidar. A colaboradora 7 ♀ relata ainda que deseja construir uma família com filhos biológicos e que o desejo é tão grande que, às vezes, percebe alterações no corpo e no comportamento que a levam a acreditar que está grávida.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, o colaborador 7 ♂ revela que o atraso da menstruação acaba sendo interpretado pela companheira como um sinal de gravidez. O discurso da colaboradora 7 ♀ converge com o do companheiro quando ela nos fala que o atraso na menstruação faz com que acredite que está grávida.

4.3.8 Casal 8

No panorama das *lembranças do tempo de namoro*, o colaborador 8 ♂ nos conta que já mantinha relação sexual com a companheira e que foi tudo programado antes para poderem casar. A colaboradora 8 ♀ discorre sobre a relação sexual no namoro e as novas tendências das uniões conjugais: respeito e amizade.

Nas análises da *arte do convívio a dois*, o colaborador 8 ♂ revela que ao casar percebeu mudança no seu sentimento pela companheira, revelando que a paixão tornou-se amor, e que, no início do casamento, já queria ter um filho. A colaboradora 8 ♀, no entanto, preferiu que aproveitassem mais o casamento antes de procriarem.

Nos horizontes da *busca por uma ajuda especializada*, o colaborador 8 ♂ nos revela que a companheira recebeu o diagnóstico e realizou tratamento da endometriose na época do namoro. Ele relata que fez o espermograma, não teve alterações no resultado e, posteriormente, o casal começou a tomar a medicação para induzir a ovulação na tentativa de engravidar por meio do coito programado. O discurso da colaboradora 8 ♀ converge a busca de um culpado, quando ela resgata o problema de endometriose que teve anteriormente ao casamento e se culpa pela infertilidade do casal.

Nessa categoria que desvela o *estigma da infertilidade*, o colaborador 8 ♂ manifesta que a companheira vivencia de modo diferente o problema da infertilidade, culpando-se pela dificuldade de engravidar.

Na amplitude do discurso do *filho como projeto de vida*, o colaborador 8 ♂ expressa que o casal decidiu parar de utilizar o anticoncepcional para tentar engravidar por vias

naturais, porém o tempo passou e não conseguiu procriar. Ele conta que o casal buscou ajuda profissional e foi orientado a passear e aproveitar a vida para depois pensar em ter filho. Quando retomaram o objetivo de ter o filho, o casal foi surpreendido pela dificuldade em engravidar e resolveu buscar uma ajuda especializada. Para ele, a companheira vivencia a enfermidade com raiva, quando relata não entender porque não consegue engravidar, já que ela pode dar carinho. O discurso da colaboradora 8 ♀ converge com o do parceiro com relação ao controle da função procriadora, quando ela descreve que, ao decidirem ter um filho, o casal parou de tomar o anticoncepcional e começou a tentar engravidar por vias naturais. A colaboradora 8 ♀ relata ainda que informou ao companheiro sobre a enfermidade diagnosticada, antes de casarem, a qual poderia interferir na fertilidade.

Nas análises da *menstruação como marcador de (in)sucesso do tratamento*, apenas o discurso da colaboradora 8 ♀ desvela que a menstruação é vivenciada como confirmação do insucesso do tratamento para engravidar, despertando diversos sentimentos negativos.

***CAPÍTULO 5 – COMPREENDENDO O FENÔMENO DA INFERTILIDADE NO
CENÁRIO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA***

CAPÍTULO 5 - COMPREENDENDO O FENÔMENO DA INFERTILIDADE NO CENÁRIO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Valendo-nos da trajetória que esta pesquisa nos permitiu percorrer acerca da vivência afetivo-sexual de casais inférteis, buscamos a compreensão do fenômeno sob várias perspectivas. Desde a pré-história até a atualidade, inúmeras modificações influenciaram diretamente na construção dos papéis sexuais quando se trata de procriar ou não, refletindo na organização de novas construções familiares, possibilitadas pelas novas tecnologias de Reprodução Humana Assistida e dos aspectos biológicos envolvidos na infertilidade.

Para que fosse possível melhor entender os temas que sempre estiveram presentes na história da humanidade, como o processo de procriação, a fertilidade e a infertilidade, abordamos a tecnologia utilizada na reprodução assistida e, também, os aspectos psicológicos e emocionais vividos por homens e mulheres quando cientes do diagnóstico clínico.

Não podemos entender a construção dos papéis sexuais, na questão procriar, ou não, e nem tampouco esse novo núcleo familiar da modernidade sem que compreendamos os fatores socioculturais que influenciaram nos papéis desempenhados individualmente por esses sujeitos.

Segundo Badinter (1986), no período pré-histórico a paternidade era vista sob o ângulo coletivo, ou melhor, o homem era o pai da comunidade, que alimentava e protegia a todos; a mulher só procriava. Já na Idade Antiga, o homem começa a controlar a sexualidade da mulher ao descobrir que participa do processo reprodutivo. Então, a mulher passa a ser objeto perante a figura masculina, ou seja, o pai a vende ao marido, se ela não reproduzir, será devolvida, tendo início o patriarcado.

Na Idade Moderna, novas transformações na estrutura familiar devido às mudanças sociais e a fatores econômicos passam a influenciar no comportamento da mãe com o bebê, levando-os ao distanciamento, já que o mesmo era visto como estorvo por interferir na vida social e sexual do casal.

Ainda conforme o autor, no final do século XVIII, por intervenção da classe médica e religiosa, essa relação de indiferença com o filho modificou-se até desabrochar no mito do amor materno.

É necessário esclarecermos que, apesar das modificações proporcionadas pelo avanço tecnológico, pela revolução sexual e pelas técnicas de reprodução assistida, ainda não se alteraram, na atualidade, alguns papéis sociais, ou melhor, as referências de gênero na cultura,

estabelecidas pela maternidade e pela paternidade, permanecem. Entretanto, a não fertilidade (a prova da potência masculina – sua virilidade), desencadeia significativos danos no referencial de feminino e de masculino.

Segundo Moreira et. al. (2005), a dificuldade de engravidar é uma experiência devastadora para o casal por não fazer parte de papéis preestabelecidos pelo grupo em que este está inserido, podendo levar o indivíduo a conviver com rótulos ou estigma social.

Bortolot e Tindade (2001) afirmam que para as mulheres o sofrimento é muito maior por lhe atribuírem a responsabilidade da infertilidade, tal fato podendo levá-las à solidão e fazer emergirem emoções negativas, que podem interferir em sua vida familiar, social e profissional. Daí a importância, segundo Jacob (2009), do trabalho da equipe interdisciplinar, visto que, quando os casais buscam profissionais especializados, já passaram por outros tantos, receberam inúmeras informações sobre o que, possivelmente, está ocorrendo – o que gera dúvidas, aumenta a ansiedade, evidenciando a necessidade do aconselhamento e apoio durante o tratamento. Ferrari e Luchina (1980) defendem a interconsulta, ou seja, o atendimento médico e psicológico conjunto.

Sabemos que falar sobre a sexualidade do casal inclui o relato do ato sexual para terceiros, sendo, segundo Olmos (2003), aconselhável a presença de um especialista na área da sexualidade na equipe para discutir problemas psicológicos e físicos que podem desencadear disfunções sexuais que afetam o casal, facilitando, assim, o acesso da equipe às informações de forma adequada e segura.

De acordo com Straub (2005), a psicologia da saúde é um subgrupo da psicologia que busca cuidar do bem-estar do indivíduo, cujo objetivo é aumentar a adesão dos pacientes na investigação clínica e no tratamento médico. Para Moreira, Maia e Tomaz (2002), a figura do psicólogo deve ser associada ao processo do diagnóstico clínico da infertilidade por ser ele o profissional que cuidará de todos os aspectos psicológicos do paciente que possam interferir no tratamento. Jacob (2009) defende ainda que o psicólogo deve ter conhecimentos específicos na área médica em que se propõe atuar.

Vivemos na era da diversidade de técnicas laboratoriais de RHA, que possibilitam aos casais aumentarem as chances de procriação. É preciso acolher o fato de que essas mesmas técnicas podem tornar possível que mulheres sem parceiros ou mesmo casais homossexuais também realizem o sonho de exercer a parentalidade, criando novos núcleos familiares. No entanto, Quayle (2006) acredita que esse acontecimento pode desencadear conflitos sobre o conceito de maternidade, paternidade e família. Já Leite (2004) observa que esse novo arranjo familiar desencadeou um aumento na procura pelas técnicas de RHA, como também pelos

bancos de espermatozoides, como o desejo por um filho se transformasse assemelhando-se ao desejo por um bem de consumo.

Nas análises aqui realizadas, observamos uma mudança de comportamento afetivo e sexual entre os pares no namoro, a partir da liberdade sexual, adquirida pelas mulheres após a revolução sexual.

Outro aspecto verificado foi a possibilidade dos pares se unirem sem a necessidade de formalizar a união por meio dos ritos religiosos e contratos civis. Percebemos, ainda, uma nova tendência nos relacionamentos, qual seja os pares procuram um outro inteiro e não mais a sua cara-metade, sendo a base do relacionamento construída na amizade, no companheirismo e na solidariedade, diferenciando-se da base alicerçada no amor romântico.

Identificamos, também, o desejo dos casais de se voltarem para a construção de uma família biológica por múltiplos fatores, sendo o mais forte deles escapar do estigma social.

A impossibilidade de procriar faz com que esses casais busquem ajuda médica, sendo encaminhados para instituições que oferecem serviço especializado em RHA, o que não é trajetória fácil visto que pode despertar diversos sentimentos negativos, que provavelmente influenciem no comportamento afetivo-sexual do casal.

Observamos, ainda, que a busca pela procriação pode tornar o sexo mecânico e voltado apenas para o objetivo de gerar o tão sonhado filho biológico.

Outro fator negativo que os casais inférteis têm que enfrentar é o insucesso do tratamento, marcado pela vinda da menstruação.

5.1 A INFERTILIDADE E SEUS HORIZONTES

Com o nascimento do primeiro bebê de proveta em 1978, possibilitado pela técnica de fertilização in vitro (FIV), desenvolvida por Robert Edwards e Patrick Steptoe e ganhadora do Prêmio Nobel de Medicina em 2010. Surge, a partir desta técnica, uma secundária, chamada ICSI – injeção intracitoplasmática de espermatozóide, modernizando os tratamentos laboratoriais de RHA.

Como é sabido, essas técnicas permitem ao casal realizar o desejo de gerar um filho com a herança biológica de apenas um dos genitores, podendo ser este gestado no ventre da mãe ou em uma barriga de aluguel – o que tem instituindo modelos diversos de família na contemporaneidade. Outra grande mudança são os bancos de espermatozoides, que permitem

casais heterossexuais inférteis e homossexuais a realização do desejo de ter um filho, e até uma produção independente – um avanço sem dúvida, mas que vem desencadeando, conforme apontou Quayle (2006), conflitos relacionados ao conceito de parentalidade.

Essas mudanças nos levam a refletir sobre a identidade dos filhos nascidos dessas novas tecnologias, e sobre a forma como os pais enfrentarão essas novas situações. Acreditamos ser necessário que o psicólogo faça parte deste processo, para que os indivíduos envolvidos possam refletir sobre aspectos que delas podem resultar, como insegurança, medos, frustrações, desapontamento, ansiedade, enfim, emoções e sentimentos característicos de novas ‘empreitadas’, e, assim, possam vivenciar tantos estes aspectos negativos quanto os positivos que virão em consequência.

Importa ressaltar que muitos desses recursos tecnológicos são acessíveis apenas para uma fatia da população – além de serem tecnologias caras, é preciso dispor também de tempo e de muita disposição.

É necessário também que a sociedade saiba utilizar estas tecnologias de forma ética – afinal, um filho não pode ser visto como mercadoria a ser adquirida. É necessário que se estabeleçam limites.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Aspectos classificatórios diagnósticos e terapêuticos dos transtornos da sexualidade. In: _____. (Org.). **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000 a. p. 31-52.

_____; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v. 33, n. 3, p. 162-167, março 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a06v33n3.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2010.

_____. Sexualidade feminina: aspectos gerais. In: _____. (Org.). **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000 b. p. 53-59.

_____. **Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa)**. 2. ed. São Paulo: Vizoo, 2008.

_____. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ÁLVAREZ-DÍAZ, J. A. Sexualidade en parejas con problemas de fertilidad. **Gaceta Médica de México**, México, v. 143, n. 1, p. 65-71, 2007.

AMATUZZI, M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p. 17-25.

AMAZONAS, M. C. L. A.; BRAGA, M. G. R. Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. **Ágora**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 177-191, jul./dez. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-IV-TR. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARAÚJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicologia Ciencia Profissão**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 70-77, jun. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2010.

ARAÚJO, M. L. M. A construção histórica da sexualidade. In: RIBEIRO, M. (Org.). **O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1999. p. 13-35.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. **Um é o outro**. Tradução de Carlota Gomes. São Paulo: Círculo do Livro, 1986.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Tradução de Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru: EDUSC, 2006.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de Psicologia**, Vitória, v. 9, p. 63-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22382.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2009.

BRAGA, M. G. R.; AMAZONAS, M. C. L. A. Família: maternidade e procriação assistida. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-18, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Média complexidade reprodução humana assistida**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de geografia e estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1278&%20id_pagina=1>. Acesso em: 06 setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série F: Comunicação e educação em saúde).

BRUNS, M. A. T.; TRINDADE, E. Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M. A. T.; TRINDADE, E.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p. 77-92.

CARRARA, H. H. A.; DUARTE, G.; PHILBERT, P. M. P. Semiologia ginecológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 80-87, jan./mar. 1996.

CARVALHO, C. A. P., SANTOS, J. R., CRESSONI-GOMES, R., MAZZOTTI, T. Estresse na reprodução assistida. **Arquivos H.Ellis**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 3-5, abr./jun. 2006.

CARVALHO, C. A. P. Psicólogo e a reprodução. **Revista da SBRASH – Artigos Científicos**, São Paulo, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.sbrh.med.br/noticias.php?codigo=12&sbrh=5dfca38977f244976d4ec2e904d2b69f>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

CARVALHO, F. T.; PECCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 13, n. 6, p. 1889-1998, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000600024&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 abr. 2010.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 31-47, jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CAVAGNA, F. Tratamento da infertilidade: reprodução assistida. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 8-15.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.

CHAUÍ, M. **Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CORLETA, H. V. E.; PASSOS, E. P. Infertilidade. In: CORLETA, H. V. E.; CAPP, E. **Ginecologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 289-299. (Série no consultório).

DAMIÃO, E. B. C., ROSSATO, L. M., FABRI, L. R. O., DIAS, V. C. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1199-1203, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a09v43s2.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

DELGADO, M. J. C. **O desejo de ter um filho... as vivências do casal infértil**. 2007. 212 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

DONADIO, N.; DONADIO, N. F. Reprodução humana assistida laboratorialmente. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 1727-1744. v. 3.

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

FARINATI, D. As causas multideterminadas da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; BORGES JÚNIOR, E. **Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 45-59.

FERNÁNDEZ, D. Módulo de *Counseling* para tratamento de reprodução assistida de alta complexidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2009. p. 93-98.

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

FERREIRA, J. S. A. B. N.; RÖRHMANN, K. As famílias pluriparentais ou mosaicos. **Revista do Direito Privado da UEL**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 1-20, jan./abr. 2008. Disponível em:
<<http://www2.uel.br/revistas/direitoprivado/artigos/FamíliasPluriparentaisouMosaicosJussaraFerreira.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

FINOTTI, M. C. C. F. Infertilidade sem causa aparente. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.) **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 609-614. v. 1.

FLEURY, H. As novas abordagens e teorias sobre a resposta sexual feminina. **Arquivos H.Ellis: Saúde Sexual e Reprodutiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./set. 2004. Disponível em:
<http://www.arquivoshellis.com.br/revista/01_010704/01_arquivoshellis_0704.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2010.

FREITAS, G. C.; DZIK, A.; CAVAGNA, M. Casal infértil: uma visão geral. **Boletim da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. I-II, 2007.
FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

GASPARINI, E. V. R.; TERZIS, A. Experiências com casais inférteis que utilizam a medicina reprodutiva: um estudo psicológico. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, ano 22, n. 2, p. 79-84, 2007.

GIORGI, T. R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.

GLINA, S. Resposta sexual masculina. **Prisma – Reflexões sobre a saúde masculina**. Bauru: UNIMAGEM, p. 3-4, SD.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GÓIS JÚNIOR, E. “Movimento higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 1, p. 47-52, 2002. Disponível em: < <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/170/157>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L et. al. Aspectos fisiológicos e disfuncionais da sexualidade feminina. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 61-65, 2006. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/RevistaCientifica/2006/2006_26_2.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2010.

HENTSCHEL, H. **Função sexual em mulheres de casais inférteis e em mulheres que desejam esterilização cirúrgica**. 2006. 75 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

HOLANDA, A. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodologia. In: HOLANDA, A.; BRUNS, M. A. T. (Org.). **Psicologia e fenomenologia**: reflexão e perspectivas. Campinas: Guanabara, 2007. p. 41-64.

IZZO, V. M.; IZZO, C. R. Reprodução humana: propedêutica básica. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca. 2000. p. 1825-1829. v. 3.

JACOB, L. S. Interdisciplinariedade e ética na reprodução assistida. In: MELAMED, R. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 35-48.

JACOB-SEGER, L. **Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida**. 2000. 180 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

KAHHALE, E. M. S. P.; SOUZA, S. L. Infertilidade. In: TEDESCO, J. J. A.; CURY, A. F. **Ginecologia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 123–129.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KUSNETZOFF, J. C. Aspectos emocionais do casal infértil. In: BADALOTTI, M; PETRACCO, A. Aspectos gerais da infertilidade conjugal. Rio de Janeiro: MEDS, 1997. cap. 3.

LABRADOR, I. G. La infertilidad, el maternaje frustrado. **Revista Cubana de Medicina Integral**, Cuba, v. 18, mar. 2002. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi14302.htm>. Acesso em: 2 nov. 2004.
LEITE, R. C.; MAKUCH, M. Y.; PETTA, C. A. A comunicação médico-paciente em consulta por infertilidade conjugal. **Femina**, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 2004.

LINS, R. N. **A cama na varanda**: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

LINS, R. N.; BRAGA, F. **O livro de ouro do sexo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do *stress*. In: _____. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003. p. 17-21.

LOPES, G. **Sexualidade humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

LOPES, G.; MELAMED, R. M.; MARTUCCI, R. C. Aspectos emocionais da infertilidade. In: WROCLAWSKI, E. R.; BORGES JUNIOR, E. (Coord.). II Consenso Brasileiro Infertilidade Masculina – Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). São Paulo, 2003.

LOPES, G.; VALE, F. **Disfunções sexuais femininas**: o diagnóstico. São Paulo: Herbarium, 2010 a. Fascículo 2.

LOPES, G.; VALE, F. **Sexualidade feminina**: resposta sexual feminina e conceitos básicos. São Paulo: Herbarium, 2010 b. Fascículo 1.

LOPES, J. R. C.; LOPES, M. D. M.; BRANDI, M. C. A. C. Inseminação artificial. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.). **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 578-584. v. 1.

LOPES, R. C. S.; MENEZES, C.; SANTOS, G. P.; PICCININI, C. A. Ritual do casamento e o planejamento do primeiro filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a07.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-899, jul./ago. 2003.

MAKUCH, M. Y. Gênero e reprodução assistida: novas fases e velhas questões. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 21-33.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: situações especiais e de crise na família. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. v. 2.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatorios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. p. 175-183.

MALDONADO, T. M.; DISCKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALUF, V. M. D.; VASCONCELLOS, E. G. “Coping” e crenças em mulheres no tratamento de reprodução assistida. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 22, p. 68-73, abr./jun. 2007.

MALUF, V. M. D.; VASCONCELLOS, E. G. **Fertilidade e maternidade**: o desejo de um filho. São Paulo: Atheneu, 2008.

MANSUR, L. H. B. **Sem filhos**: a mulher singular no plural. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A conduta sexual humana**. Tradução de Dante Costa. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

MELAMED, R. M. M. Alterações emocionais como causas da infertilidade. In: MELAMED, R. M. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 41-50.

MELAMED, R. M. M. Infertilidade: sentimentos que decorrem. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.

MELAMED, R. M. M.; SEGER, L. Infertilidade e sexualidade. In: MELAMED, R. M. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 60-64.

MODELLI, A.; LEVY, R. H. C. Esterilidade sem causa aparente: possibilidade de intervenção. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. **Psicologia e reprodução humana assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 49-69.

MOLINSKI, H. Aspectos psicológicos de la esterilidad. In: KAISER, R.; SCHUMACHER, G. F. B. **Reproducción humana**: fertilidad, esterilidad y contracepción. Barcelona: Salvat, 1986. p. 305-313.

MONTAGNINE, H. M. L. Aspectos psicológicos de casais submetidos à fertilização in vitro. **Boletim da SBRH: Artigos Científicos**, São Paulo, n. 2, p. 1-2, 2007.

MONTEIRO, A. M.; MERENGUÉ, D.; BRITO, V. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, R. L. B. D. **Medicina e sexualidade:** clínicas e farmacomodulação do prazer sexual. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

MOREIRA, S. N. T.; LIMA, J. G.; SOUSA, M. B. C.; AZEVEDO, G. D. Estresse e função reprodutiva feminina. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 5, p. 119-125, jan./mar. 2005.

MOREIRA, S. N. T.; MAIA, E. M. C., TOMAZ, G. Aspectos psicológicos no tratamento de infertilidade. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 77-80, 2002.

MOREIRA S. N. T.; TOMAZ, G.; AZEVEDO, G. D. Aspectos psicológicos da infertilidade conjugal. **Femina**, João Pessoa, v. 33, n. 1, p. 19-24, jan. 2005.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira:** corpo e classe social no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Record; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

OLMOS, P. E. **Quando a cegonha não vem:** os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho Editorial, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PALÁCIOS, E.; JADRESIC, E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatria, Chile**, v. 38, n. 2, p. 94-103, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttex>. Acesso em: 21 agosto 2010.

PARSEVAL, G. D. **A parte do pai.** Tradução de Theresa Cristina Stummer. Porto Alegre: L&PM, 1986.

PASQUALOTTO, E. B.; FERREIRA, R. V.; FONSECA, G. P.; ZAGO, B. E., GARBIN JÚNIOR, C.; PASQUALOTTO, F. F. A análise seminal deve ser requisitada para homens com histórico de fertilidade prévia? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 11, p. 652-657, 2006.

PERISSINI, A. L. M; PINTO, M. J. C. **Sexualidade do casal infértil:** ansiedade e auto-estima. 2005. 52 f. Monografia. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, Serviço de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2005.

PETRACCO, A.; BADALOTTI, M.; MORETTO, M. Indução de ovulação. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. (Coord.). **Tratado de ginecologia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 483-491. v. 1.

PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S.; ALDRIGHI, J. M. Aspectos emocionais da infertilidade. In: ALDRIGHI, J. (Ed.) **Endocrinologia ginecológica: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 217-219.

POLI, M. E. H. Sexo e sexualidade humana. **Femina**, Rio Grande do Sul, v. 92, n. 1, p. 91-93, mar. 2001.

POMPEO, A. C. L.; ERRICO, G.; MARTELLO, R. Varicocele. In: WROCLAWSKI, E. R.; BORGES JÚNIOR, E. **II Consenso Brasileiro Infertilidade Masculina**. São Paulo: Fotolitos, 2003. p. 45-53.

PORCU-BUISSON, G. Stérilité du couple: conduite de la première consultation. **La Revue du Praticien**, Marseille, v. 57, p. 313-320, févr. 2007.

POZIOMCZYK, R. S. Aspectos emocionais na infertilidade masculina. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 25-35, abr. 1986.

QUAYLE, J. Uma nova família? Desafios para a psicologia em RA na contemporaneidade. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 11-20.

READ, J. Sexual problems associated whit infertility, pregnancy, and ageing. **ABC of Sexual Health**, v. 329, p. 559-561, Sep. 2004.

REZENDE, A. M. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990. 97 p. (Coleção polêmicas do nosso tempo: 38).

RIBEIRO, M. Articulação entre narcisismo e reprodução assistida. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 91-103.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANTOS, C. **A parentalidade em famílias homossexuais com filhos: um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas**. 2004. 458 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SANTOS, D. F. **A interconsulta e a consulta conjunta**: estratégias facilitadoras do processo de adesão. HUPE/UERJ, SD. 13 transparências: color. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BA07528E1-7FB7-4CC7-97AD-B7CB17C9CA85%7D/%7BE24235FF-53C3-4783-899D4AF79D3ECE7F%7D/GT%20Adesao%20Interconsulta%20e%20Consulta%20Conjunta%20debora.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

SCHETTINI, S. S. M.; AMAZONAS, M. C. L. A.; DIAS, C. M. S. B. Famílias adotivas: identidade e diferença. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 285-293. maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

SEBASTIANI, R. W. Psicologia da saúde: uma especialidade dedicada ao cuidado humana. In: BORTOLETTI, F. F. ; MORON, A. F.; BORLOTTI FILHO, J.; NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M. **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007. p. 1-20.

SEBASTIANI, R. W.; SEGER, L. J. Formas de abordagens (Individual/Grupo). In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 90-92.

SEGER, L. J. Avaliação emocional do paciente de reprodução humana assistida (RHA). In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 81-89.

SEGER-JACOB, L. Estresse na gênese e no tratamento da infertilidade. In: MELAMED, R. M. M; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 121-153.

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

SILVA, M. C. A. A história da terapia sexual. In: RODRIGUES JÚNIOR, O. M. (Org.). **Aprimorando a saúde sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. São Paulo: Summus, 2001. p. 19-73.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

SOUZA, L. S. Alterações emocionais como causas da infertilidade. In: MELAMED, R. M.; SEGER, L.; JUNIOR, E. B. **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos, 2009. p. 51-59.

SOUZA, M. C. B. Epidemiologia da infertilidade. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 481-482. v. 1. STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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

SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2008.

SZAPIRO, A. M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construção do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, p. 179-188, 2002.

TEIXEIRA, L. C.; PARENTE, F. S.; BORIS, G. D. B. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 24-31, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2848/4138>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

TOGNOTTI, E. Infertilidade conjugal: conceitos e roteiro terapêutico. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 1684-1693. v. 3.

TOGNOTTI, E. Roteiro básico de investigação. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 609-614. v. 1.

TORT, M. **O desejo frio**: procriação artificial e crese dos referenciais simbólicos. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Tradução de Graciela Rodriguez. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

VITIELLO, N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 55, nov. 1998. Edição Especial. Disponível em: <http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html>. Acesso em: 7 maio 2010.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Tradução de Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEISS, T.K. O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 105-119.

ZACHÉ, J.; TARANTINO, M. **Artesanato da vida: o médico Paulo Olmos fala dos acertos e das dificuldades nos tratamentos para ter filhos e critica os exageros da fertilização em laboratório**. 2009. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1611/1611vermelhas_2.htm>. Acesso em: 28 nov. 2009.

ZIBINI, M. V.; VASCONCELLOS, M. C. B. Infertilidade e adoção: algumas reflexões. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 243-259.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Ana Larissa Marques Perissini**, sou psicóloga e terapeuta sexual, mestranda em Psicologia na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como orientadora a **Prof^a. Dr^a. Maria Alves de Toledo Bruns** com o título “**Sexualidade do Casal Infértil**”, para compreender como casais como vocês vivenciam a sexualidade no período de investigação clínica da infertilidade e gostaria de convidá-los para participar do estudo. Sua participação será responder a uma entrevista que poderá ser feita em mais de um encontro e só terá continuidade se você estiver se sentindo bem e concordar em continuar. A duração e o horário da entrevista será definida por você, sendo o local de entrevista pré-determinados pela pesquisadora. Durante a entrevista falaremos da sua vida em geral e também sobre sua vida sexual durante o processo de investigação clínica da infertilidade e suas respostas serão gravadas para que eu possa examiná-las posteriormente. **Você não é obrigado (a) a participar desta pesquisa e sua recusa em nada afetará o seu tratamento na Unidade de Medicina Reprodutiva da FAMERP.**

Comprometo-me a reservar a identidade (ninguém saberá o seu nome), e suas informações serão apresentadas de tal forma que, o que você me disser, não poderá ser associado à você quando escrever sobre os nossos encontros. Seu nome jamais será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além de mim. Sua entrevista será arquivada, mas, seu nome não será incluído.

Esclareço que você não receberá nenhum benefício direto por sua colaboração, mas, os resultados desta pesquisa poderão ajudar a conhecer melhor as necessidades e problemas que casais como vocês possuem, o que pode melhorar o atendimento que profissionais como eu prestam aos casais inférteis.

Caso você aceite participar desta pesquisa, preciso que você assine este termo para documentar a sua decisão, mas, **se no decorrer da entrevista, você resolver interromper ou deixar de responder a alguma questão isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer punição**, não sendo necessário nem mesmo dizer o motivo da desistência, caso você não queira.

Para responder questões relacionadas a esta pesquisa, seus direitos como participante, você poderá falar diretamente comigo ou pelo telefone (17) 3012.7270.

Caso no decorrer ou no final da entrevista você sinta necessidade de um atendimento psicológico, comprometo-me a prestá-lo à você de forma gratuita.

Certificado de Consentimento

Eu, _____,
RG _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas a respeito do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob a responsabilidade da psicóloga Ana Larissa Marques Perissini, conforme os critérios apresentados no termo de consentimento, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que o risco desta pesquisa é mínimo. Autorizo a divulgação dos dados por mim fornecidos entendendo que eles poderão ser associados a mim. Entendo que receberei uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora
Psicóloga Ana Larissa Marques Perissini
CRP 06/71000

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

Colaborador 1 ♂

Ah... no primeiro namoro meu na primeira muié, eu era direto né? Todo dia, 3 direto, sabe? O dia inteiro sabe? E, nunca... nunca ela engravidou. Fiquei esse tempo todo e ela... mas eu pensei que era uma vez só que... eu briguei com ela, e ela desceu, o sangue de repente assim... não era... o tempo de descer pra ela. Desceu um sangue rápido. Aí eu achei que era... que ela tinha perdido. Aí daquele tempo pra Ca nós separo, aí as outra num... né? que eu coisei eu não consegui também, e essa que... agora eu to que eu to vendo que não ta e eu não sei se é eu ou se e ela. Né? Que as outra é operada, a outra de idade operada também, num criava, mas essa que num é não ta engravidando já quase 5 anos. É que eu to achando que... o eu devo te algum problema né? Ou pode se que ... eu num... num... até agora, nada ainda. E nós faz normal. Tem... eu acho que eu devo ta com problema também. Ta difícil ta... eu preciso, faze um exame pra sabe se... né? Minha... meu esperma ta... vivo, se tem, se não tem, né? Porque até agora ninguém me explico. Isso que eu tive, a vivência, só essas duas também que eu... agora que eu to vendo que ta... que eu devo ta com problema. Se tendo um exame que eu fiz lá, acho que o... o doutor não entendeu, né? O... jeito que ta, o... ele não explico direito. Que ele disse que ta normal mas, até agora né? Eu também quero vê se é eu o a muié que ta com dificuldade para engravida. É só.

Na relação, nós é normal sabe? É... A relação normal, tranqüila. Ela também... ela não tem... com ela também não tem problema, só tem intimidade mas... já to tirando isso dela, é normal, é... as vezes é... até penso que ta normal de mais, porque... né? É... uma duas vezes por dia, que to em casa, normal, a relação... Então eu acho que... que o eu... eu acho, que eu também to com esse problema. Eu to achando to... que eu... to tendo algum probleminha nessa parte. Na minha família não tem, só eu que to né? Ainda essas duas muié aí não consegui. A primeira falo pra mim, que você não consegue faze filho, eu falei, como que eu não consigo? E... ela foi... é... ele amigo com outro e conseguiu. E eu falei, agora fiz o exame e... o doutor disse que ta normal, isso que eu não to... entendendo bem. Mas eu acho que eu devo ta com algum problema sim né? Ah... algum probleminha eu devo te. É... agora eu já deve ta normal, eu acho que num... numa relação né? Bem afetiva, normal, não sei si... talvez, num... tem vez qui seja muito rápido, também atinge né? A relação né? Tem vez que é muito rápido que... que as vezes agente ta né? apressado, entaum eu acho que também atinge. Pode ser isso. Eu ponho também na cabeça que pode ser essas coisas, mas o resto eu acho que é normal a minha vida com ela sabe? A minha relação com ela eu acho que é isso. É igual muita gente que... né? Eu acho que... eu acho, eu vejo minhas irmãs, tudo isso né? Teve uma irmã que faleceu, que num chego casa. A irmã mais velha. Nunca caso. Ela eu não posso falá que... ela era doente. Mas agora eu... sadio... e não consegui... eu devo ta com algum probleminha. Eu acho que... que eu também tenho, alguma dificuldade. Não é só a menina. Eu queria faze um exame pra sabe, né? Que... que tipo de, que agente possa é... acerta, faze... né? Porque ta sendo difícil. Ixi... ta... ta sendo pra mim defeito,

Ah, é difícil é que até agora num engravida. Eu, falo difícil de... de eu não consegui de ta... eu fico pensativo por que que eu não to conseguindo? Né? Então eu queria saber se muié tinha o problema, pra dispois eu sabe se ela não tive, então ta comigo. Eu fico sempre pensando, na hora que eu vejo que ela desce pra ela, todo mês. Na hora que ela fala... desceu pra mim. Então... eu... to com problema porque... se ela ta vindo normal, aí até agora não ta acontecendo nada, eu devo ta né? Aquilo já me da um choque. Puxa vida, será que eu vo ta com esse problema?

Pode ser psicólogo também isso, pode ser um... problema meu da cabeça. Mas eu com ela é normal... ixi... é a... com amor, carinho... ixi, normalzinho. Eu só fico assim na hora que ela fala, ó, veio pra mim. Então chega aquele dia... Eu até fico marcando assim, pra saber certinho qualquer coisa, ela falo os dia que veio pra ela? Não? Então, ela marco lá então se leva, que é pra mostra na... não sei qual doutor pediu pra ela traze. Ela marco os dia que veio, pra traze, não sei se ela trouxe. E... é isso daí mesmo. Eu acho que... a minha relação.

Colaboradora 1 ♀

Ah... eu e meu marido nós véve muito bem sabe? As vezes assim... as vezes fala ai dete eu devia ter largado de ocê... Não sei o que. Eu falo, você que sabe. Se você quiser largar de mim você larga... se você quisé arrumá outra muié você ruma. Entendeu? Eu volto pra minha cidade que eu nasci no Matogrosso, Mirassol lá, Né? Eu convivo com minhas irmãs lá e boa. Mas nós véve bem. Entendeu? Porque o marido as vezes fala ah... dete, teu marido ele trabalha do que? Ele trabalha de pedreiro. Eles pergunta... na tua casa falta as coisa? Eu falei não. Lá em casa nunca faltou nada. Porque tem muitas pessoas que falta o arroz, o feijão, uma verdura, uma mistura, mas La em casa não falta nada. Oia que minha casa não é chique não heim. Minha casa tem 3 cômodu, tem agora um quarto lá fora que é uma cozinha, uma área e um banheiro. Aí tem um quarto, a sala, uma salinha pequena, o quarto aumento agora né? Que era ... mas então é limpinho, minha casa é de taubua, minhas vizinhas fala... ah Dete, você tem que... mora numa casa que paga aluguel, mas eu não tenho condições de paga um aluguel fixo. Não adianta eu morá numa casa chique, sendo que eu não vo consegui pagar aluguel. Aí complica a situação.

Eu namorei com o Jorge dois meses, entendeu? Nós vivíamos bem, assim... eu namorei outras pessoas antes de namorar o Jorge, porque nós largo entendeu? Aí eu fui namorar o Jorge. Depois que nós se conheceu mais ou menos assim, entendeu? Aí eu fui morar com ele. Assim, eu conheci ele... entendeu? Nós começou a namorar... né? Depois eu perdi minha mãe... aí depois que eu vim morar com ele eu perdi é... meu irmão, depois eu perdi meu pai. Agora só mora eu e ele na casa. Entendeu? Então assim as coisas é desse jeito. Vai vivendo né? Igual Deus qué?

É, quando nós foi mora junto foi bom entendeu? Mesmo que eu era moça, que eu era virgem, né? Minhas colega, aí... quando você foi morar com o Jorge você era virgem? Eu falei eu era... vixe... né? Tem moça que não é virgem, mas eu era virgem. Porque tem gente que falou aí... você foi casar muito tarde, não sei o que. Eu falei não, 24 anos não é velha. Né? Aí agente ta até hoje eu e meu marido.

Faz quase dois anos que nós estamos tentando engravidar e nós não consegue engravidar. Ele fala que eu que tenho problema, eu falo que ele que tem problema, porque ele foi operado da hérnia... não tem nada haver né? Outros falam que tem. Aí eu falei pra ele, olha Jorge, nós temos que fazer exame ou tirar sangue pra vê se é eu ou você que ta com esse problema. Ainda eu conversei com minha cunhada, minha cunhada falou, aí dete eu gostaria tanto de participar. Se era... ixi eu ia gosta heim. Porque o Jorge ele é teimoso. Todo mundo fala que ele não faz filho entendeu? Ele disse que faz e que faz então... a coisa é assim.

É... as vezes é assim sabe? Bom... entendeu? As vezes ele me fala aí... Dete, se agente não consegui te filho vo adota uma criança. Mas é difícil você adota criança grande. Que depois cresce né? Fala que agente não é mãe, não é pai, não é nada. Que fala as vezes né? Tem muita criança precisando de uma família... entendeu? Eu tinha vontade de pegá uma criança, mas é difícil.

Foi bom né? As vezes nós ta... nós... eu e o Jorge veve muito bem, entendeu? Vêve muito bem mesmo. Fora nossas briga né? Vêve bem.

Colaborador 2 ♂

Ah... foi boa. No começo foi meio... é... como se diz? Teve uma pequena turbulência né? Que ela era bem mais nova do que eu, ela tinha 14 anos e eu tinha 18 e... agente se conheceu i... passado um tempo agente começou a ter relação né? I... foi bom desde o começo. ótimo.

Agente sempre se deu muito bem e uma vez ou outra é claro qui tem o desentendimento né? Mas acho que todo casal tem né? Mas a nossa relação é muito boa. Agente conversa muito e sempre decidimos as coisas juntos, nunca nem eu e nem ela. Então da tudo na mesma.

Passado um tempo que agente casou e aí agente já resolveu ela parar de tomar o remédio né? I... aí agente começou né? A tenta. Aí ela já procurou a ginecologista i... aí começou a fazer os exames, com ela tava tudo normal. Não engravidava... aí foi fazer comigo né? Aí fez o espermograma e já viu que era baixo. Aí que agente começou todo o processo né? Pra tenta.

Não mudou nada. Assim, sabe? Agente encaro bem. De uma maneira tranqüila. Entendeu? Se não dé, se na gente não consegui agente pensa em adota uma criança. Não vamo para por aí né? Então, se der certo (risos). Mas enquanto a... não mudou nada não. Entre nós dois não.

Hoje? Ta da mesma maneira (risos). Normal. Parece que agora... antes quando não sabia agente todo mês tinha uma expectativa né? Então hoje não parece que não espera tanto sabe? Se vim... claro que vai ser bom né? Mas... parece que já agente não espera tanto igual esperava antes de saber que não podia né? Se não... não tinha como.

Acho que não. Agente só procurou fazer mais vezes na semana. É bem difícil. Eu trabalho um dia de dia, um dia a noite e ela trabalha de dia. Então... agente acaba... não se vê... tando todo dia junto assim... a noite.

Ta... agente procura fazer sempre né? Só que não da certo... não é todo dia que podi... não dá certo.

Colaboradora 2 ♀

Bom, nu começo... foi um pouco... como, como se diz? Eu era muito nova, tinha 14 anos, tinha é... um acompanhamento pela minha mãe, só que eu acho que ela esperava que eu fosse demora mais né? Pra me aprofunda, ter uma relação sexual com o meu ma... hoje marido, mas antes namorado, i... ela... eu eu tinha assim, eu tinha instrução só que eu acha qui né? Ia adapta tudo bem. Daí, só que agente se encontrava, foi até que a minha mãe descobriu, minha, no começo ela... se sentiu um pouco revoltada, mas depois ela me deu apoio ela que me trouxe pra Ca, eu fiz acompanhamento aqui, e eu sempre... nu começo, como se diz? É... diferente né? O namoro do... do casamento mas eu e meu marido agente se dava muito bem, sei lá.

Aí... como eu posso falar... muda um pouco, porque já havia 7 anos que nós estávamos juntos né? E praticamente assim, agente convivia, se via todo o dia, mas eu acho que muda, é uma coisa, é uma consequência, um pouco do tempo, mas não que que mudou para pior, entendeu? Só mudou eu acho que agente amadureceu mais, antes era festa né? Como se diz? Era mais curtidão. Hoje já mais, um já entende mais o outro, as vezes, o ta cansado,

(risada) a, mais sei lá... eu amo meu marido, sempre, gostei muito dele, foi meu primeiro namorado, meu primeiro homem em tudo, então... pra mim ele é único, sabe? Eu assim, me sinto muito feliz ao lado dele, me faz muito bem.

Olha... nós, agente sempre falava de gravidez, de engravidar. Até mesmo quando agente namorava. Sabe? Mas por motivos... como se diz? Assim... achar o que os outros vão pensar, agente sempre se previniu, segurava, então... agente, assim que... que casasse agente... já ia arruma. Nossa. O sonho nosso era, te um filho, sabe? E aí foi onde nós começamos a tenta. Mas... foi passando o tempo, e nada acontecia, eu cheguei até... te até atrasado né? Te... a... acha, que tivesse grávida, te até os sintomas assim, e nada acontecia. Daí num... num... foi onde agente descobriu que tinha alguma coisa errada né? Aí, depois de um ano, ele, ele mesmo disse se não desse certo no próximo Mês, ele que ia toma a atitude de faze o espermograma. E foi o que aconteceu. Daí agente fico sabendo a respeito né? Da dificuldade.

No começo foi um pouco constrangedor, sabe? Porque... é... acho que tinha uma certa cobrança da da gente não... que eu percebi qui eu percebi principalmente pelo meu marido, sabe? No começo, as vezes eu, no começo eu achava que era por mim, né? Porque geralmente a mulher acha que eu que eu que tenho o problema, né? E depois que agente ficou sabendo que era ele, eu... é... deu assim, sabe? Um, um baixo astral. Mas aí agente... como se diz, agente... encarou de frente, e... é igual, igual agente ta agora, agente vai tenta, só que se agente não consegui, nós não vamos deixa de... cria uma criança, entendeu? A nossa intenção assim... se agente não consegui, se for motivo para fazer a fertilização que eu sei que é muito difícil, eu já vo desistir, e vo partir para a adoção. Deixá de ser mãe e pai, e ele também, nenhum dos dois, abre mão sabe? Não importa que não tenha o sangue nas... correndo nas veias mas... agente quer passar por essa experiência.

Hoje ta bem. Ta muito bem, um ta dando é.... apoiando o outro, as vezes um desanima, o outro fala não nós vamos consegui, e aí assim, agente ta esperançoso que de tudo certo. Só que agora, Antes era mais aquela coisa sabe? De querer engravidar, de querer conseguir, sabe? De quem sabe aconteceria. Agora, já não ta tendo mais. A única coisa que acontece agente ta bem, agente já ta se preocupando com outras coisas, e deixando isso um pouco de lado, também. Por que quem sabe agente não consegue também né? Sei lá.

Não teve modificação na sexualidade. Continua a mesma, continua igual.

Colaborador 3 ♂

Até hoje ta ótimo né? Não tem queixa de nada. Assim... nós não briga, nós não discuti por nada. Assim, tem uma diferencinha igual pequena aí, nada que afete alguma coisa né?

Era bom, igual hoje. Ta igual hoje. Ta bem, o nosso relacionamento nosso ta bom. Namoramos 2 anos.

Melhorou muito mais do que tava antes no namoro. Porque estabiliza né? O casamento. Né?... Assim a... é... a... assim as responsabilidades essas coisas muda muito né? Porque aí as responsabilidade maior né? Então... eu achei até melhor no caso que ficar namorando. Quem namora muito tem que vê... tem umas pessoas que namora um... 10 anos casa e não vira nada, eu pelo menos já de dois anos pra ca ta ótimo.

Bom, assim a... a minha convivência é quanto aos dois. Nós dois queria. Nós qué. Nós queria não, nós que ainda né? Eu principalmente tenho 34 anos e no caso que eu tenho um pai que é falecido. Né? Meu sonho era meu pai ter conhecido pelo menos meu filho. Né? Não teve a possibilidade né? Agora vou atrás da minha mãe. Minha

mãe é viva e... eu quero te filho, de qualquer jeito eu quero tê. Demore o quanto demorá, agente não pode ficá com raiva né? Sobre isso... ta bom, ta é o que agente mais qué.

Ó, a vivência... assim... é preocupante um pouquinho. Porque... no caso agente nunca sabe o que que é. Até agente passar pelos médicos, essas coisas. Assim... tamo com bastante esperança. I... vamo tentá, vamo indo, vamo fazê o que tem que fazer. Vamo no médico agora, pq não para deixar pra mais tarde. Quanto mais tarde deixa pior fica. Então é onde nós ta aqui hoje. Né? Então nós vem e de lá pra Ca nós vem pra vim em médico... vai daqui, vai daqui e vai um pra lá e vai outro prá cá e vai embora. Até agora vai indo do jeito que ta. Ta bom também.

Ah é... ta bom assim agente tem assim... é que nem eu te falei... a relação é durante todo dia né? A não ser o intervalo daí... é uma situação que não tem nem como né? Porque... de manter relação. Agora, após o intervalo que tem, normal, agente se dá bem pra caramba, agente se preocupa um com o outro normal, duas pessoas normal, e ... eu acho que pra mim ta ótimo. Eu não sei outros casal, se pode ter casal diferente, muito mais diferente que eu né? Que o estresse meu do serviço que tem, que sabe que tem. Não adianta, meu serviço você sabe que é um serviço pesado, né? Então mas mesmo assim não muda nada. Entendeu? O que é do serviço eu deixo lá e o que de casa eu deixo em casa. Eu não misturo assim a... a bronca uma da outra. Se eu discuto lá na firma fica lá por lá e eu em casa é outra coisa. Não tem nada haver. Então... ta ótimo, também pra mim... entre o serviço e casa ta uma maravilha. Um casamento né?

Agente ta bem. Graças a DEUS ta bem. Por tudo que agente ta passando agente ta bem. Era melhor se tivesse um filho aí melhorava muito. Que um filho muda né? Realmente muda a vida de qualquer um. Pode ser... pode ser o que for. Pode ta nervoso, estressado, muda. O filho muda. Eu acho que muda. No meu caso... o dia que eu tiver meu filho vai ser uma maravilha. Até tem um funcionário lá na firma lá que eu to lá que tem uma menininha é coisa de doido e eu to querendo antes dos 40 né? (risos). pra embalá né? Nós tamo lutando aí pra consegui. Vai consegui.

A experiência minha não tem né? é pouca né? Tinha pra falá é pouca experiência assim que agente tem.

Colaboradora 3 ♀

Quando que conheci ele né? Ele tinha 17 anos né? Eu já tinha 27 ele era 10 anos mais novo que eu, e agente sempre se deu bem, nunca brigou, né? Nunca largo. A vida sexual agente sempre teve né? Certinho, assim... nunca teve problema... i... depois quando agente, eu decidi te filho né? Que agente já tava ha dois anos juntos né? Agente fico 2 namorando, i... 5 já casado né? I... quando eu decidi mesmo porque... uma que já tava na hora, eu já tinha né? Sempre tive contato com muita criança dentro de casa i... aí depois quando... quando fiz um ultrassom, o último ultrassom que eu fiz aí a moça já falou pra mim que eu não ovulava. Então eu já... eu já preparando Dalí né? Que eu já ia te problema. Mas do resto... aí quando minha irmã fico grávida também né? Deu uma certa... como posso falar? Preocupação sabe? Que ela teve problema na gravidez... depois minha sobrinha também nasceu com problema... aí como era tudo novo para todo mundo na minha casa, foi meio difícil né? I... quando minha sobrinha nasceu ela quase morreu também por causa das complicação que ela tinha no coração, ela opero tudo, mas... essa fase assim foi meio... né? Meio difícil que era tudo novo. Mas depois teve a fase né? Que a... ela ficou com a traqueostomia, também foi bem difícil porque tinha todo um cuidado né?

Assim, no comecinho eu fiquei com medo de acontecer a mesma coisa comigo, essas coisas né? Mas aí fui percebendo que não era tão assim coisado. Pra minha família foi... uma surpresa né? Mas do resto ta tudo normal. Agente nunca brigo... nunca se largo... a minha família se dá bem com ele... ta normal.

Com a minha irmã eu vi o sofrimento dela né? O que ela passou, o marido dela também num... não era muito, sabe, assim.... num dava muito as coisas, então sempre dependeu muito da minha família, de mim, do meu namorado, assim, sabe? Quando agente tinha, eu e meu namorado agente ajudava... aí, foi assim, a minha mãe sofreu demais também, né? Porque falava que o neném podia nascer sem nariz... que ela podia ter um calo no pescoço. Mas quando nasceu não tinha né? E quando minha irmã foi ter nenê, agente esperava assim né? Que ela teria algum problema visível né? Mas depois não tinha, mas... foi um choque assim foi, sabe? Na minha família nunca tinha tido um caso... né? Desse jeito. A família inteirinha. Não só eu lá de dentro da minha casa, foi uma surpresa né? Porque todos bebês nasceu normalzinho. Mas, do resto é normal, porque ela... né? Ela... assim, tem um, ela ta atrasada em certas coisas, ela não engatinha e ainda não anda. Ela não engatinha, não senta, tem refluxo, é abaixo do peso... mas sempre, o leite dela, essas coiserada, sempre tem um certo cuidado. Mas do resto ta normal. Hoje tem que bastante né? Tem que ter um certo cuidado por um bom tempo, medo de acontecer de novo, mas do resto não. Bem coisadinho, certinho. Acho que o susto maior já passou.

Eu já sabia né? Desde aquele tempo né? Que eu poderia ter problema né? A mulher falou pra mim. Então Dalí eu e ele já vinha conversando... tão já se dependesse, se tudo desse certo agente já queria entrar numa fila pra adoção... essas coisa sabe? Aí eu quase que já adotei um filho de uma amiga minha que não tinha condição, aí o pai dele veio e pego pra criá né? Mas se não eu já tinha tido adotado ele já. Mas... assim já. Porque hoje fala pra mim ó você não tem jeito, acho que era um sofrimento é tanto né? Fosse naquela época. Assim que eu realmente tava coisada sabe? Que aí quando a médica falou pra mim fiquei meio balançada né? Assim, triste...medo que eu podia não ter. Aí como já faz um tempo eu já venho pensando, agente já veio conversando... mas é porque se eu não tive jeito de ficar grávida vamo adota uma criança também. Mas assim, mas que eu gostaria ter di mim, meu mesmo, eu gostaria. Mas acho que hoje eu não sofria tanto. Né? Porque minha intenção, minha mãe conversa comigo, minha irmã, não seria um... né? Porque ele já tem 33 anos, então agente já ta... ele ta até mais maduro do que eu, né? Nessa parte.

Agente tem uma vida tranqüila. A situação financeira ta normal, não tem... não ta enforcado nem nada, a relação dele com a minha mãe que eu acho que é importante né? Normal. E do resto ta tudo tranqüilo. Agente não tem problema nenhum... acho que o importante pra mim era a convivência, que é uma questão de convivência que tem com a minha mãe, com a minha família assim... normal né? I... pra mim é importante. O dia que eu tive meu filho... não teve aquele conflito... minha irmã quando ela tava grávida teve esse conflito sabe? Que agente nunca se deu com o marido dela, essas coisa... morava dentro da casa da minha mãe... então eu não queria passa pelas mesmas coisas que a minha irmã passou. Ne? Que todo esse nervoso dela quase fez ela perder minha sobrinha... essas coisas né? Então eu não queria passá pela mesma coisa. Aí graças a DEUS nunca teve esse problema. Mas do resto ta tudo normal... Todo mundo se dá bem... agora minha sobrinha talvez vai descer pro quarto, então já anima bastante todo mundo lá em casa, mas do resto normal.

Ah, norma... A, sei lá, agente sempre.... desde o namoro foi tudo normal. Sempre combinando bem, se dando bem.

Praticamente normal também. Agente... foi e casamos. E depois fomos acertando as nossas coisas, pra depois... é... fala, ter filho tal né? Nós também... assim... tinha uma família ali, tudo certo. Não tem nada o que reclamar não. Então, ela achou que ia ser fácil né... Assim, agente penso que na hora que fosse pra, pra querer ia dar certo. Aí nós, começamos, passamos os meses e aí não dava certo. Aí agente procurou um ginecologista lá i... fazendo os exames, tomando o medicamento. Mas nada de desespero assim, de que porque não deu certo e... se não deu certo nós vamos tentar. O que tiver que fazer vai fazer mas... nós estamos fazendo.

Na relação sexual – normal também. Normal.

Ah, então... agente não sabia o que que era, o que tava acontecendo... que não dava certo, aí... agente procurou um médico lá i... foi fazendo todos os exames i... fez com ela, fez comigo. Aí... deu esses policisto aí, depois né? Num... começamos a tomar o remédio, tal. Aí acostumo, não deu certo. Aí... foi isso.

Ah, hoje agente estou na luta aí. Querendo que dê certo né? mais... estou lutando pra isso aí agora. Vamos vê né... mais entre agente assim... normalzão. Não tem nada di... sabe, nem eu com raiva, nem ela nada. Agente estou seguindo junto aí pra ver se consegue né? Não tem desentendimento comigo não.

Também tudo certo. Normal assim

Processo de indução de ovulação:

Normal. Mas agente tá na expectativa que dê tudo certo. Na outra vez num... num foi esses remédio, não respondeu, agora esse parece que tá respondendo né? Pelo jeito então, estamos na esperança que dê certo. Que dê certo aí agora nessa aí.

A pessoa que tá que nem agente, já tá tudo querendo. Quem tem realmente vontade... acho que tem que ir mesmo atrás e ver se consegue. Porque já faz tempo já que agente tá tentando aí. Mas agente quer mesmo.

Colaboradora 4 ♀

Acho que foi normal. Igual.... começa todos os namorados. Ah, faz mais doída né? Vai pro lugar... Ah... nem sei o que falar. Ah, parece que quando é mais jovem vai pro motel, vai tudo escondido de todo mundo... só falta encapuzar a cabeça para fazer viu.

É que antes também, ele... viajava mais né? Ficava mais tempo fora. E quando chegava assim tava doído para um vê o outro. E também, agente assim, vivia com a família dele. A mãe dele é uma pessoa muito ciumenta. Sempre criou os filhos sempre debaixo das asas dela. Aí ela ficava difamando pra gente separar. E quanto mais ela armava, mais agente se grudava. E a minha irmã já queria que eu namorasse outro cara. Mas depois... ela viu que não era do jeito que ela queria também. E aí acabei brigando com a minha irmã por causa dele. E ele brigou com a mãe dele por causa de mim. Só que hoje eles também respeita agente. Graças a Deus nem deu nada.

Ah, quando caso assim, parece que foi um alívio. Quer dizer, parece que melhorou né? Porque antes assim, agente vivia mais separado do que junto. Depois que caso parece que aliviou. Parece que Deus ajudou. Parece que... tinha um peso nas costas. Pelo menos na minha tinha. Não via a hora de casar para se libertar daquilo. Ficou livre. Que pra mim agente tava fazendo coisa errada. Aí depois que caso parece que... também o meu pai era um

homem muito violento. Assim..., de bate, não de violência... aí depois que eu casei foi pra mim como ter nascido de novo.

Ah, pra mim assim que ficar fazendo, tendo relação antes do casamento. Então, eu não achava certo, na minha cabeça. Só que ao mesmo tempo fazia... e me sentia culpada. Só que o homem parece que sempre domina a cabeça da mulher pra fazer a coisa errada.

Eu só acho que melhora depois que caso. Pelo menos pra nós melhora. Hoje nós vivi bem, não tem falta de nada, não precisa mais ficar assim sofrendo, porque agente não podia fazer nada e... não tinha pra onde ir pra ficar junto. Porque depois que agente construiu a casa, agente caso. Porque aí também, depois que você constrói a casa pra morar junto já... já tira aquele peso de... ter que gastar dinheiro com aluguel, essas coisas. Aí já alivia.

Assim, partiu de nós dois, assim na hora que nós planeja quer engravidar. Eu já vinha antes na minha cabeça, só que na dele ele demora pra cair a ficha. Aí depois nós já planeja, só que não deu certo na hora que agente queria. Só que nós também é persistente, que tinha que fazer nós foi atrás de fazer, se nós tivesse corta, fura, ia. E ele é a mesma coisa se tiver que fazer cirurgia eu também vou. Aí nós foi correndo atrás, e melhora.

A relação sexual ficou normal. A mesma coisa. Não mudou nada não.

A... um pouco assim foi... que nós acho que já ia engravidar assim, parou já queria, na achou que no outro mês já ia ficar grávida i... faz exame e o duro que a menstruação atrasava, tinha vez que atrasava doze, quinze dias. Eu achava que tava grávida, ia fazer exame negativo. Sempre negativo. Aí nós foi já... já prevendo a lidar com os negativos, só que eu espero o positivo ainda.

A... eu acho que... tem... continua a mesma coisa, nós sempre se deu bem. Mas nunca... nós sempre foi assim muito unido, muito unido. Porque nós dois sempre foi muito um pelo outro. Porque tudo que tinha que conta ele sempre contava pra mim e eu pra ele. Era tipo assim, o melhor amigo. Ele, ele não é de ficar contando coisa pra amigo, pra parente, pro outros. Eu sou... mais aberta eu falo. Assim, pra minha irmã, pra minha cunhada. Ele já não é de conta pra ninguém. Ele conta pra mim as coisas dele. Aí nós é assim mais junto. Ele é mais fechadão.

Fico a mesma coisa. Mesma coisa, não mudou nada não. Ele sempre falo se não consegui, não engravida... faz o que é vontade de Deus. Não vamos contrariar. Porque o que nós pode fazer nós fez. Nós correu atrás. Em momento algum nós desistiu do que nós queria. Do objetivo nosso. O que a medicina teve pronta pra ajuda, nós vai tá correndo.

No comecinho assim foi... agente acho que ia demorar muito, né? Demora coisa de dois anos, três anos. Porque tem gente que fala que demora muito tempo. Só que aí eu cheguei só que já tava mais adiantada. Aí Foi mais rápido. Aí na primeira indução eu já achei que não ia dar certo por causa do medicamento que eu já tomei muito tempo. Por isso que... achei que não ia. Dessa vez eu já.. que é outro tipo de medicamento. Um medicamento mais forte, mais caro também. Eu já imaginei que podia fazer efeito. Agora eu espero que faça... (risos).

Colaborador 5 ♂

Ah então... agente começou a namora ela, novinha né? Ela era virgem. E... agente começou a namora e quando tinha uns quatro anos de namoro já ela veio quer engravidar né? Então agente tento entrar num acordo e aí tive uma hérnia. Aí eu peguei na ultrassom e vi que tinha varicocele. Aí o médico falou pra mim: Ó tá com a varicocele você vai ter dificuldade para engravidar sua parceira. Aí eu falei pra ele então... aí eu operei né? Aí foi

quando ele pediu o primeiro espermograma e deu tudo certinho. Aí a médica daqui pediu outro também. Leva o outro que deu. Né, i... como eu vou responder agora? i... tudo normal, tudo bom assim pra mim. É... a única dificuldade é essa.

Porque até no momento eu não sabia que... com essa varicose né? É... eu tinha dificuldade para engravidar né? Aí eu operei e depois o espermograma deu tudo normal e foi na aonde eu e ela também veio pensando eu tenho problema. Não, ela tem. Agente veio colocando isso na cabeça, aí então talvez atrapalha um pouco o psicológico (risos). É isso aí.

Nós foi... por parte dela né? Também ela... que agente tava com uns três anos mais ou menos e ela queria junta. Aí foi aonde eu fui mora com a minha sogra e ... o pai dela foi embora de casa né? Então eu fui mora com eles lá pra poder ajudar nas despesas em casa. Que só minha sogra não dava conta. A partir desse momento aí agente sempre teve... interesse de morar junto sabe? De... junta. Mas é... isso aí. Não tem como te explicar certinho.

Foi só é... como se diz, é... ela querendo, eu querendo, ela parou de tomar o remédio, aí não engravidava, não engravidava, aí minha mãe falo assim que pode ser que por causa que ela tomo remédio bastante tempo, então pode ser que o útero dela não tá... totalmente aceito né? E aí na hora que agente viu que já tinha passado um ano e meio, dois anos já, aí foi na onde agente veio procura tratamento, pra vê, porque agente não engravidava.

Continuou normal. Normal. Igual era antes, normal. Não teve diferença nenhuma. Agente só procuro conversar mais né? Fala, não é assim... agente tem que tirar isso da cabeça. É que nem as vezes ela fala assim, eu tenho problema e não vou conseguir engravidar. É que nem, eu também já pensei muitas vezes nisso aí. Só que eu fiz os espermogramas todos, mas eu já tirei isso da minha cabeça né? Agora ela fica com isso aí na cabeça, que ela não consegue engravidar... ela tem algum problema, foi onde ela procuro fazer um tratamento lá com o doutor. É isso aí.

Ah, tá bem. Tá bem. Bom, pelo menos pra mim acho que tá bem (risos).

Colaboradora 5 ♀

Agente se conheceu, ele tava indo pra escola e eu tava indo com a minha irmã... porque a minha irmã ia jogar vôlei. Aí nós fico conversando no ônibus né? Ele ia ficar com uma menina e eu fiz de tudo pra não ficar com ela, porque sempre que ele ia ficar ela... sempre dava uma desculpa que a mãe não deixava, não deixava sair. Aí nós fico conversando... minha irmã... ele estudava na classe da minha irmã. Aí agente... minha irmã e ele... ficou conversando com a minha irmã que eu ia... que ele ia... que ela ia ser sempre a cunhada né? Dele. Aí ele ficou conversando com a minha irmã, aí quando foi... a hora que nós chego em casa, ele pediu para ficar comigo. Aí ele pediu para a minha irmã se esconder, aí ele falo que minha irmã tinha ido na frente, aí falo que... falo, a... ela foi embora e deixou nós aqui. Quer que eu te leve embora? Aí falei: Ah, quero né. Eu vou sozinha? Aí nós fomos. Foi conversando, aí rolo. Se eu tava ficando com alguém? Eu falei que não. Ele falo assim: Você quer ficar comigo? Aí fiquei pensando... aí falei: Ah, quero. Aí fiquei na esquina da minha casa com ele. Aí foi assim que começou, aí depois não largou mais do meu pé né? Eu tinha acabado de terminar um relacionamento faz... tinha feito pouco tempo, né? Mas aí... depois de duas semanas nós começo a namorar. Aí ficamos até hoje. Fora as briguinhas, as intrigas que o povo faz né? Nós fico até hoje numa boa. Mas... tá sempre passando de tudo. Os obstáculos. Tem gente que não queria né? Ninguém gostava de mim, um pouco não gostava dele... e assim foi

indo. I... tamos aí. Aí eu comecei... ele começou a posar em casa. Casa da minha mãe né? Aí a minha mãe separo do meu pai. Ele começou a ir em casa, e fico só nós três. Eu, minha mãe e ele. Aí depois... nós separo porque ele teve uma traição né? Por parte dele. Aí, ele fico no meu pé que me amava. Que gostava de mim i... e eu falava: Não, deixa eu pensar um pouco não deu nem um mês pra mim pensar direito pra mim voltar com ele. I... ele ficou atrás de mim, ficou atrás de mim. Aí, nós separo na segunda-feira, e quando foi na sexta-feira nós volto. Fico um pouquinho de tempo, mas... nesse tempo, ele trabalha de mototaxista então ele não ia nem trabalha. Ficava só no meu pé. Ficava no pé, ligava, mandava mensagem, fico assim até eu volta com ele. Aí nós volto e estamos aí até hoje né? Graças a Deus numa boa. Lá tem as suas briguinhas, né? Mas... tamos bem. Graças a Deus.

Acho que não deu nem um ano. Ele começou posando né? Aí depois minha mãe separo... aí ele foi ficando. Fico um tempo em casa. Aí depois nós conseguimos essa casa. Só que ele fez isso aí ele procuro depressa né? Que queria fica comigo né? Numa casa. Aí nós alugo uma casa, la no centro da cidade, foi aonde nós começo a morar junto. Aí depois que o meu sogro separo da mulher dele, aí ele pediu pra morar com ele, porque ele... é caminhoneiro, então ele viaja bastante, ele vai pro Belém, vai pra esse lado aí e fica bastante tempo fora. Então a casa ia fica sozinha. Aí eu falei vamo mora com ele né? Não da trabalho nenhum pra gente. Super gente boa. E tamos nós três aí.

Foi muito boa. A experiência foi ótima. Tem gente que fala que... num preta né? Que sempre dá algum rolo essas coisas... mas, com nós... nós queria o nosso cantinho. Né? Nosso cantinho. Num tinha briga, num tinha nada. Ele tava trabalhando e aí eu falei pra ele que eu não queria que ele trabalhasse mais de moto taxi. Que ele fosse numa firma. E foi aonde que... foi se ajustando.. aí agente começou a começa a confiar de novo. Foi aí até que a firma foi embora pra outra cidade. Acho que foi pra Votuporanga, aí eu não queria ir né? Aí ele voltou pro moto taxi. Comprou outra moto. Que ele tinha uma. Aí vendeu. Aí pra compra um carro né? Aí vendeu o carro e nós fico com o carro e a moto. Mas aí não deu certo... aí vendeu o carro e fico só com a moto. Aí começo no moto taxi de novo, e a convivência nossa ta muito boa. Uma experiência assim... acho que tinha que acontece de largar e volta pra melhora do que... né? Num tava bom, na outra época. Muito bom.

Foi assim, quando agente começo a namora, eu já queria né? Engravidar. Mas ele falo não, você é muito nova, vai estraga a sua vida. Agente não sabe mais a vida mais pra frente né? Aí foi passo, passo. Aí quando nós moro junto que ele falo. Eu não queria né? Mas só que ele... ele queria. Aí eu falei: Ah, então sento e converso e entro num acordo né? Então... vamo te? Vamo. Aí eu parei de tomar o remédio. Aí ta aí há três anos. Quando eu parei de tomar o remédio aí ele falo nós vamo te filho. Vai ter a dificuldade, tem que guardar dinheiro, comprar as coisa, tal, porque criança nunca se sabe né? Sempre tem que alguma coisa pra gasta, remédio, essas coisa que criança novinha sempre ta doente né? Agente sento, converso tudo isso, falo então ta bom. Vamo vê? Vamo vê. Aí foi que agente ta aqui, pra pode fazer o tratamento pra gente poder engravidar.

Ah, foi assim... inesperável. Ele falou assim, que era eu. Falei não. O problema ta com você. Aí fico esse empurra, empurra né? Aí... a minha mãe falo: Faz um tratamento né? Aí eu falei pra ele, vamo te que faze um tratamento porque ou pode ser psicológico também né? Da gente. Porque qué, qué, qué então nunca vem né? Aí fica na nossa cabeça i... aí não vem a criança. Ai foi aonde que agente optou pra pelo tratamento pra gente poder engravidar.

Hoje, ta assim, mar de maravilhas né? Porque agora nós ta seguindo direitinho só esse pequeno atraso que teve lá. Num deu pra conversar. E ta ótimo. Não vejo a hora de ter uma criança ali pra juntar ainda mais agente.

Agente discuti um pouquinho ainda né? Porque... sempre tem seus atritos mais... ta naquela esperança nossa, de vir logo, de como que vai ser o quartinho, como vai ser as roupinhas. Queria que fosse homem, pra parece com a carinha dele sabe? Acho tão bonitinho. E ta muito bom. Hoje ta uma maravilha. Mas não vejo a hora de te. A sexualidade ta boa também. Não tenho nada a reclamar e eu acho que ele também não nessa parte. Acho que não tem problema não. Agente tenta faze vários dias pra ver se consegue né? Mas, por enquanto... ainda não ta dando certo.

Casal 6 ♂

Ah, de namoro eu era rapaz solteiro, mais na farra né? No casamento tem mais carinho, mais amor né? Pra mim do.... relacionamento do casamento pra mim foi melhor.

Aí ela tava meia tímida né? Aí ela foi conhecendo, ela foi se sortando mais e foi miorando mais. Agora quando nós vai te relacionamento num tem vergonha do outro né? Melhor bastante.

Ah, ta sendo a mesma. Aí ela decidiu e nós não conseguia né? Aí ela procuro o médico, e aí ela acho o problema de hormônio essas coisa, ela ta fazendo tratamento mas a nossa relação ta sendo as mesma. Mesma coisa.

Mesma coisa. Fico a mesma coisa. Nós tenta junto mas pra frente nós te o filho né? Mas o nosso relacionamento não mudo nada. Por causa disso. Ta a mesma coisa.

Ah, no começo ela fico meio preocupada né? Aí eu também, a doutora pediu os exame meu, fiquei meio preocupado. Aí todos os exame deu tudo certo né? Aí eu fiquei mais aliviado. E ela ta pelejando mais ta animada (risos). Ela ta correndo atrás até hoje, não ta desistindo não (risos).

Ela ta animada. Ela ta desanimada nada. Ta pensando positivo, memo (risos).

Não, nosso relacionamento por enquanto não tem nada, eu do começo ta sendo tudo beleza.

Aí, fico assim, mais... mais tentativa né? Agora que nós tenta mais, pra ver se da mais certo né? (risos). Nós ta trabalhando pra ver se da certo.

Nós tamu bem também. Não pode queixar nada não. Mais... nosso relacionamento ta bom né? Nossa convivência ta... rotina normal. Um apoiando o outro né? Tem dia que ela chega meio desanimada, eu cultivo ela né? Pra continuá né? Não pode desanimá né?

Colaboradora 6 ♀

Então, quando eu fui pra lá... aí, agente se conheceu na escola e aí agente ficava na escola, namorou um mês, escondido, depois ele pediu para os meus pais, aí agente saia, ia pra praça, i... divertido. Aí... tinha as briguinha, de vez em quando, ciúme, é... só.

Ai, assim, no começo agente ficava querendo toda hora (risos), namorava toda hora. Ai, começo do casamento é moleza né? Não que agora ta ruim né?

Então, no começo quando nós caso agente não pensava em engravidar não. Porque a minha menstruação já não era certa, eu nem pensava nisso. Aí depois de dois anos de casado que eu comecei a querer. Aí nós ficava tentando dia a dia e nada. Aí depois, acho que deu mais uns dois anos que eu comecei a ir no médico. Aí eu ia no médico e só tomava remédio, não passava nenhum exame... aí, não resolvia nada. Então agora que eu to vindo aqui.

Ah, ele... ele acho que não ligava tanto. Eu que ficava mais... ansiosa, nervosa, querendo e não vinha, meus parente tudo tendo fio, crescido.... e eu ficava assim, nervosa, agora eu acho que acalmei um pouco.

Parte sexual: Acho que ficou do mesmo jeito. Não mudou nada.

Ai, pra mim ta normal. Do mesmo jeito.

Ah, um monte de exame é ruim né? Faze... mas aí ele fez quatro exames né? Acho que deu certo. E agora é ele mesmo. E agora... faltou aprovação.

Ah... eu queria que tivesse dado certo já né? Queria tanto ter um filho. Ta normal.

Ah ta.... no começo né? Foi a primeira tentativa, porque... com esse remédio. Ah, espero que da próxima vez de certo.

Colaborador 7 ♂

Ah, quando nós namorava... saia, voltava pra casa, tinha relações sexuais tanto na minha casa, quando nós saia né? Ia pra casa, tudo, nós fazia. Mas geralmente nós fazia na minha casa. Só... meu pai e minha mãe sempre soube, nunca nós escondeu deles, a mãe dela sabia mas o pai dela não (risos). Sempre foi meio sigiloso por causa do pai dela. Foi boa nossa relação.

Ah, continuou normal. Do jeito que era antes até hoje sempre do mesmo jeito. Não mudou nada. A gente se gosta do mesmo jeito. A nossa relação tanto quando era solteiro quanto era casado era igual não tem diferença não.

Então, quando nós era solteiro, nós não gostava muito de usar camisinha. Era muito difícil nós usar. E... nós nunca evito. Sabe? E... nunca conseguimos sabe? Teve uma vez que ela achou que tava, mas não foi. Atrasou pra ela, tudo normal. Mas depois veio e sempre tentando, tentando e nunca conseguimos. Dentro de três anos que agente namoro, não conseguimos. Faz dois anos que agente tamo casado e também não conseguimos ainda. Tamo aí na luta ainda.

Bom, no começo foi difícil. Foi mais difícil né? Mas acho que... tanto pra mim quanto pra ela porque ela sempre gostou de criança. Eu também sempre gostei mas... depois que nós teve assim... impacto né? Que nós não podíamos ter, foi difícil. Teve uma época que deu uma caída né? A família que... mais aí depois agente conversou... conversou bastante eu e ela... e nós vimu que... sei lá né? Tem que erguer a cabeça e seguir em frente. E ela, até teve uma época que ela teve preconceito né? Que eu falei pra ela se nós não conseguimos ter filho nós ia adotá e ela falou que não, que não sei que. Até hoje ela tem esse preconceito de não querer adotar uma criança. Eu falei pra ela que se não tivesse jeito depois da cirurgia, após a cirurgia, que... nós podia até adota. Acho que pra ela é difícil aceitar isso. Eu aceito numa boa né? O problema é ela. Ela que não ta conseguindo aceitar.

Ah, foi normal. Sempre ... No começo foi mais difícil. Demoro mais pra cair a ficha, ficamos um pouco abalado, por causa disso, mais, depois voltou tudo ao normal.

Ah, hoje eu to mais tranqüilo né? Por causa da cirurgia aqui. O médico falou que pode até ter uma certa chance de voltar. Ele falou assim que é muito difícil aquelas pessoas que faz a cirurgia e num conseguem né? Ter filhos. Eu até fiquei mais animado. Agente, outro dia ela entrou na internet, quando ela trabalhava em outro serviço, entrou na internet, e viu lá que muita gente não conseguia, tinha gente que conseguia, tinha vez até de voltar a

varicoceles, então... sei lá, agente fica num beco sem saída né? Sem saber o que faz, o que pensa, mas eu tenho bastante fé que agente vai conseguir. Que depois dessa cirurgia agente vai conseguir ter filho sim.

Colaboradora 7 ♀

Olha, era assim diferente de hoje, né? Porque... quando agente namora não tem ninguém tem preocupação de colocar o alimento dentro de casa, agente chega em casa tem o pai a mãe pra... a casa tá limpa, agente veio de família humilde, nunca teve empregada nem nada... Então agente tinha mais tempo assim um pro outro. Sempre foi boa a nossa relação. Desde o namoro até hoje. Só que no namoro agente tinha mais paciência um com o outro, ninguém sabia que um tinha alguma coisa de errado, né? Não que eu coloque que ele tenha um problema, só falo que ele não tem um problema, agente tem um problema. Não é porque ele tem um problema que eu vou... né? Me separar dele né? de forma alguma. Mas a nossa relação sempre foi muito boa. Desde o namoro até hoje. Agente... raramente agente briga, agente não briga ainda hoje, agente não fica sem se falar, se acontece alguma coisa agente discute, grita, mais resolve naquela hora. Então eu falo assim que nós temos uma relação de 0 a 10, 9 e meio. Pra não falar que tem 10 porque ainda tem suas coisinhas ainda porque todo casal não é perfeito. Mas é ótima nossa relação. Eu classifico como ótima. Não tem nenhum problema assim di... olha, nossa, eles vivem brigando... ninguém ouve ninguém... não. Pelo contrário, agente vive, sempre resolveu nossos problemas de uma forma de muito diálogo, apesar de ele não falar muito mais, eu acabo forçando ele a falar, porque tem sem falar agente não resolve nada. E assim agente vem vindo, acho que juntos já fazem 6 anos. Desde o namoro até agora no casamento. Depois que agente descobriu que, né? Porque quando agente casou ele falava assim que não queria ter filho assim de imediato. Que ele queria ser pai mais ele não queria... ele queria curtir um pouco o casamento. Aí eu vim tentando por conta própria, assim... porque... agente nunca, também falou assim... se agente usou camisinha, desde o namoro. Nunca usamos camisinha... aí eu parei de tomar a pílula, os métodos lá tudo... então tinha chances de sobra pra engravidar. Não engravidava. Aí agente resolveu... eu falei pra ele: ó X, agente tem que procurar alguém que... porque não tá normal né? Já era pra ter acontecido alguma coisa, não atrasa, sempre vem certo. Aí ele não quis também. Aí do nada ele falou que foi numa reunião de amigos ele chegou lá tava todo mundo com seus filhos e ele se sensibilizou com aquilo, que faltava algo nele, onde ele resolveu a... ele falou assim: não, agente tem que procurar porque tá faltando alguma coisa. Aí nós fomos. Ele se submeteu aos exames, nunca nego vim ao médico, ele vem com muita facilidade, agora ele vai passar por uma cirurgia, ele tá assim... calmo. O médico falou pra ele que ele tinha esse problema, ele encarou numa boa... a única coisa que ele perguntou pro médico: ó, eu vou conseguir engravidar a minha esposa? Agente vai conseguir ter um filho? A única coisa que ele se preocupa. É... quando o médico falou talvez não há, não haveria chance, da gente engravidar, ele falou assim: Vamo adotá? Porque eu não quero. E ele encara numa boa, também você não quer então tudo bem. Não tem problema, eu quero te ver contente e feliz. Eu sugeri pra ele então chegar uma etapa que não, não tem mais como, não tem mais o que fazer, é... só de as pessoas procurar ou um banco de esperma que é uma coisa que eu falo que se fosse ele eu não aceitaria. Ele aceita, tranquilo, ele sabe? Ele é muito compreensivo, eu sou muito ansiosa, ele é paciente, então eu falo que agente é o Ying e o Yang. Agente se dá super bem. Pra mim... sabe? A única coisa que falta é o bebê, que do resto tá tudo certo.

Olha, todo mundo que casa fala que sente falta de pai e mãe, chora, sente vontade de voltar. Agente nunca chorou, nem eu e nem ele. Nunca sentiu vontade, porque quando agente decidiu casar, isso porque eu acho que era a hora mesmo, de casa. Agente se gostava muito, era a hora mesmo. Foi muito bem, agente caso, agente caso no civil, no religioso, compramos nossos próprios móveis, não dependemos de ninguém, fizemos a nossa reuniãozinha simples, singela, mas saímos do casamento sem dever um centavo pra ninguém. Isso agente considerou muito importante pra começar uma vida junto, sem dívidas. Até hoje agente se preocupa muito com as dividas. Não faz dividas de longo prazo, pensa muito no amanhã, então, assim, quem ouve falava assim: Aí, tipo de casamento não existe, vocês são muito, muito certinhos, muito perfeitos. Mas só quem vive perto da gente sabe que é assim mesmo. A única coisa que de vez em quando nos descontrola é... é cansativo você vir pra Rio Preto, agente perde o dia, chefe não entende, sabe? Fica te importunando. Você se sente ameaçada no trabalho. Eles fala aí, qualquer dia ele vai me mandar embora porque esse mês mesmo já foi duas vezes que agente veio, você vai falar ele ti olha di cara feia. É a única coisa que incomoda. Mais desde quando agente caso agente vive muito bem, raramente as brigas, agente só briga quando é alguma coisa que satura mesmo, que você ta engolindo, engolindo, engolindo. De vez em quando agente volta estressada daqui porque chega aqui um médico fala pra você: ó, é possível. Aí você vem ver um outro exame já fala: ó, é mais complicado do que o outro médico imaginava, você volta baquiada porque... é um desejo grande, é um sonho. Então não é como se fosse fazer um supermercado e não tivesse leite. Você procura em outro lugar, é... uma coisa séria né? Você volta preocupada, volta triste, daí você fica nervoso, os outros não pode olhar pra você que você já briga. Eles são... as nossas brigas quando agente briga é em relação a isso. Ao nervosismo, ao estresse, ao desgaste que agente vem tendo com isso e... agente não fala pra ninguém sabe? Agente procurou não, não... não compartilhar com todo mundo o que agente tava passando. Porque ele tem medo de ser visto com outros olhos, sabe? Ele tem medo que as pessoas... porque as pessoas são realmente ignorantes, e em vez de... do certo, vão achar que ele é impotente, vão achar que ele é isso, que ele é aquilo, que ele não ta dando conta, não sei que, não sei que. Aí agente decidiu contar só pra família, os mais íntimos. Aí de vez em quando um deixa escapar pro outro, aí ele fica nervoso, tal... e então as brigas é depois que agente começou a tratar aqui, porque realmente é desgastante não tem como você falar não você leva tudo rindo né? Tem dia que não da, você ta cansada. Você acorda as 4h da manhã vem pra Ca, vai embora dez horas da noite, chega na tua casa cansada. No outro dia eu acordo as 5h todo dia pra mim trabalhar, então chega uma hora que desgasta. Até esses dias eu falei pra ele: Não sei se vou querer continuar. Porque é muito assim... muito cansativo. Não por mim, porque tem que ta pedindo pra chefe pra sair, i... eu to assim, recente no trabalho, né? Faz 2 meses, eu to em experiência ainda, i... ti olham de cara feia. E te fazem mil e uma pergunta. E... ninguém quer saber da tua vida. Ninguém quer saber se é um sonho seu, se você pode ir hoje ou se você pode deixar pra daqui dois meses. Eles querem saber do teu rendimento no trabalho. É a única coisa que eles querem saber. Então, a nossa vida de casado deu assim, vamos dizer assim, uma abalada depois que agente começou a vim fazer o tratamento em função de muito nervosismo e de muita ansiedade, muita cobrança da família. A mãe dele cobra muito um neto, é... eu acho que é isso. Da nossa parte agente consegue controlar bem, mas é mais a família dele que cobra. Eu cobro também. Eu cobro muito. Eu falo que se eu não tiver um filho, não sei... sabe? Não consigo... Eu sou tão psicopata que eu falo que chega a ser maníaca porque eu não consigo é... ver mulher grávida, me sinto mal, eu não consigo visitar um recém nascido, que eu conheça, eu me sinto mal. Sabe? As vezes é... atrasa meio dia pra mim, parece que eu já sinto a criança dentro de mim. Então eu sou meio assim paranóica com essas coisas, nesses últimos dias que eu venho tentando

me libertar. Que eu falo que tenho que me libertar. Porque não é normal. Engordo um pouco e parece que é uma coisa, é só você engordar 5 gramas todo mundo olha pra você e fala: você ta grávida? E não sei que... i... aí você já... fica fulo da vida porque você não engravida, você, e eu quero muito aquilo, acho que minha ansiedade também mi atrapalha um pouco, mas agente se dá bem. Dentro do possível, dessas dificuldades, agente consegue se da bem. Acho que mais bem que qualquer outro casal que eu conheço, que passa por essas dificuldades assim. Que eu conheci um casal qui num... que ele fala que a mulher não fica grávida, sabe? Agente encara isso como um problema do casal. Não como um problema dele. Eu não vou olhar pra ele e falar assim ó... você é inútil, você não me dá o que eu quero. As vezes agente até sente vontade, mas se controla. Porque eu sou ser humano também e uma hora quero explodir. Mas eu me controlo. Eu choro quetinha aí comigo, e depois eu, ergo a cabeça... porque quando descobriram que ele tinha alguma coisa todo mundo me... tipo assim, me falava tipo assim... ó você tem que ser forte com ele porque e não sei que, e faziam eu olhar ele como se fosse um cristal que ele não podia ser relado que ele ia ser quebrado. I ninguém olhava pra mim e falava: nossa, você ta bem? Você não ta se sentindo bem? Como é que você ta? Como é que você ta levando isso? Só de falar você para de chorar. E esse eu acho que foi o pior pedaço que eu passei. Porque todo mundo falava que eu tinha que cuidar dele, e que num podia cobrar dele, e que num sei que, num sei que. Eu sabia que eu não podia cobrar dele. Só que ninguém se preocupava de perguntar pra mim: ó, como você ta levando isso? Você ta levando bem? Como que ta sendo com você? Ninguém queria saber isso. Então eu sofria. Acho que essa parte assim 3 meses assim, eu chegava em casa assim, eu não queria nem... eu não queria conversar com ninguém. Era chega, deitar, dormir pra não lembrar de tudo que me falavam e me falavam muito. A minha sogra assim, ela não, ela não aceita que o filho dela tenha alguma coisa. Ela sempre fala: a, mas você ta fazendo os exames certinho? Você tem certeza que não tem nada. Tipo assim, ai, eu preferia que fosse você. Não queria que fosse meu filho. É uma coisa assim... ninguém queria que fosse ele. Ninguém queria que fosse ninguém. Mais, eu vo faze o que? Não posso fazer nada. E ela fica, me cobrando, fica falando, falando. E agente mora perto, sabe? E isso as vezes me incomoda. É a única coisa que eu falo assim que me incomoda. É a cobrança. Nem minha. É as dos outros. Sai na rua e todo mundo te pergunta: Ah, mais você não vai engravidar? Você não vai ter filhos? Ah, mas faz tanto tempo que vocês estão casados. Ficando velho, esse monte de coisas. Ah... eu to ficando velha agora. E aí agente não quer falar pra ninguém, aí... aí você poda assim, fala assim: não. Agente acha que ainda ta cedo ainda. Tem tempo... Por dentro eu quero matar as pessoas. O meu Deus. Se você soubesse o que eu estou passando. Num ficaria me perguntando. As vezes eu falo: É melhor falar logo pra todo mundo que pelo menos todo mundo para de perguntar pra gente. Mas ele não quer. Então, eu respeito ele. Uma... uma decisão dele né? Eu não posso ir contra. Porque eu tenho que falar que eu não to me sentindo bem. Então eu acabo ficando quieta. Mas o casamento depois... antes disso, era assim... mil por cento. Depois disso, agente começou a se sentir mais. Tanto porque ele começou a se sentir inferior e tal. Porque a pessoa se sente inferior. Tanto que eu falava que queria um bebê e chega na hora e ele num... num pode. Acho que por isso ele aceita qualquer coisa. Qualquer ó... você quer ir lá... ele... acho que ele aceita, porque ele gosta muito e eu gosto muito, então quando agente gosta muito pra ver o outro feliz, contente, agente se submete a muita coisa. Acho que por isso que eu me submeto a tudo isso. Porque já chegou amigo meu, que hoje eu não classifico como amigo, porque amigo não fala isso pra mim... ah, larga dele. Ele não pode te dar o que você que, você separa. É simples. Você é nova. Mas eu não quero ter um filho com outra pessoa. Eu quero ter um filho com o homem que eu amo. Que eu casei, que eu decidi viver o resto da minha vida, é... com ele que eu quero constituir a minha família. Não é com outro. Se

fosse com outro eu não tinha casado com ele. Então... se não for pra ser, eu não vou ter com ele. Se for pra ter eu vou ter com ele. E ponto. Faço isso numa boa. E vem magoando. Vem magoando. E ele... é fechado. As vezes ele não fala. As vezes ele ta sofrendo também e.... ele não compartilha, e eu que tenho que ficar pressionando... olha, vamos conversar sobre essa cirurgia? Vamos entrar na internet? Vamos procurar pra ver o que que é? Pra você ficar mais relaxado. Não, pra mim ta tudo bem. Mas agente sabe como que é. Você vai passar por uma cirurgia e ta tudo bem? Não. Não ta tudo bem. Você ta com algum receio. Você ta com medo. Você... não ta tudo bem. Mas ele... ele não fala, nada. E é na barriga. Eu não vou falar nada. Porque a médica já falou: olha, ela vai me perguntar e eu vou responder e tal... e ele é fechado mesmo. Não adianta eu querer rançar dele que ele não fala. Ele ´so faz assim... ahã, nãnnã... e vai... ele vai enrolando agente com esse ahã dele. E ele vai enrolando... e ele é assim. Eu consigo arrancar dele porque agente é íntimo, se sabe como é que é... se pega... é complicado. Ele é fechadão.

Olha, se eu te falar que aí que agente praticava mais, sabe? Pra ver se... que agente não acreditava muito naquele médico. Falava: Aí, esse médico ta louco, esse exame pode estar errado, né? E aí agente tentava mais. E mais, e mais e mais até hoje. A nossa relação assim sexual nunca abalou. Nunca. Sempre, quando tem que fazer algum exame fala: ó, tem que ficar tantos dias de abstinência. Um já olha pra cara do outro e já fala: Nossa... di novo? Então agente nunca teve problema. Com relação sexual não. Desde... eu falo que desde o namoro até hoje só melhorou. A relação sexual não mudou nada. Não caiu, de jeito nenhum. Agente só... tenta pra quem sabe? Né? Nunca é possível pra Deus. Eu sou muito religiosa, eu me considero muito religiosa, creio muito, então eu falo pra ele que nunca é impossível pra Deus. Deus fez o cego enxergar. Então quem sabe ele não faz né? Não faz um milagre. E assim agente vem, não tem... não baquiou nada, a relação sexual continua a mesma.

Hoje eu falo assim que agente ta muito sensível, muito... segunda-feira tem que voltar aqui pra fazer aquele exame não sei das quantas lá (histerossalpingografia). Que já faz meses que eu fui lá e o homem falou... não sei que caramba daquele homem falou tudo errado ou eu tava muito nervosa e entendi errado e também não vou julgar, i... eu achei que era pra eu vim fazer menstruada e no primeiro dia to esperando pra minha menstruação cair num dia, antes das 10 horas, aí eu vim hoje que deu certo e ainda deu certo que bateu certo com o dia da psicologia, e eu não vou precisar perder dois dias. Chego lá a moça: Não, tem que marcar, você tem que estar no primeiro dia da menstruação pra marcar, pra adiantar. Então segunda-feira eu tenho que vir de novo. Então agente, com esse negócio de trabalho, agente acaba ficando... sabe? Tem hora que eu não posso, meu chefe vai me mandar embora. Não adianta eu querer engravidar desempregada porque depois eu não vou conseguir, né? Manter, agente por si só já sofre dificuldade. Agora você imagine desempregada? Mas porque eu tinha a... agente ta um pouco sensível, ele com essa cirurgia, eu com esses exames complexos que eu tenho que fazer, que cada um fala uma coisa. Um fala que dói só na hora de fazer que agente vai sentir o que vai acontecer. Então fica com medo né? O outro tem medo. Ele falou assim: ah... eu não vou poder vir. Aí ele olha pra mim assim... a, mas eu não vou vir, vai ficar sozinha... então fica aquela coisa assim ... num sei o que falar, não sei o que fazer, não sei onde por a mão, porque... é... ta complicando, ta cada dia mais vem complicando, vem complicando e agente não tem condições de vir por conta própria pra ir embora que nem... hoje era 3 horas (tarde) né? Se agente tivesse algo pra vir, condições pra bancar a vinda, era mais fácil. Trabalhava até meio dia, vinha aí depois do almoço.. mas não é possível. Tem que acordar 4 horas da manhã, esperar a vontade do SUS pra te buscar, pra te levar, pra te trazer e isso vai deixando agente desgastado. E afetivo agente continua carinhoso um com o outro, cuidando um do outro, dentro do possível, mas o que está desgastando é isso. É longe, é... chefe que te cobra, é o

outro que talvez não pode vir aí um... eu não tenho coragem de deixar ele vir sozinho mesmo, ele não tem coragem de me deixar vir sozinha porque o bebê vai ser dos dois. Não é... não tem um porque, de vim sozinho, sabe? Eu sempre falo, eu não tem o por que ? Esses dias ele foi na Urologia o cara colocou pra mim como acompanhante, eu perdi o dia, eu falei... meu chefe falou assim... Você não vai ganhar seu dia. Você colocou como acompanhante. Acompanhante de um homem de 22 anos? Não tem como. Vai perder seu dia. Eu posso perder o dia mais eu não vou deixar de acompanhar meu marido, porque é complicado pra ele e pra mim, porque ele é calado, nervoso, como ele vai chegar pra mim e falar assim? O que que o médico falou? Ele vai chegar em casa na vai poder falar nada e é uma coisa, que só ta se submentendo a isso porque... né? Eu, quero muito ter um bebê e ele também, mas não tanto quanto eu. Eu não acho certo ele vim sozinho e nem ele acha certo eu vim sozinha. E assim vai os dois perdendo dia de trabalho, perdendo, perdendo... falei pra ele que uma hora alguém vai ser mandado embora (risos). Falei pra ele... eu vou ser mandada embora e vo ficá quieta. Procuro outro trabalho mas eu não vou desistir do tratamento. Mesmo porque eu sou objetiva. Eu entrei, eu vou acaba. Até o médico falar assim: Não tem mais nada pra fazer ou eu sair daqui com o pré natal na mão. Um dos dois. E do resto... se sobrou algum resto (risos) ta tudo bem.

Colaborador 8 ♂

É... agente namorou mais de nove.... nove anos e pouco. Não chegou a dez anos. Agente sempre se deu bem... teve briguinhas de namoro, na época de namoro já tinha relação, ta? Só que agente sempre foi tudo... na sua hora, sabe? Quando agente namoro, aí eu comprei casa, tudo, pra depois agente casa. Agente caso, aí eu sempre falava que queria logo te filho. Ela falou assim: não, vamos aproveitar mais. Aí agente foi... ela falou assim: Então vamos. Então deixamos mais pra frente. Aí, antes do namoro, ela descobriu que tinha endometriose. Aí ela procurou o tratamento, fez a... vídeo laparoscopia, né? Tinha alguns focos e isso aí foi cauterizado. Aí ela continuou tomando o anticoncepcional contínuo, aí agente decidiu é... parar o anticoncepcional pra tentar engravidar. Aí ela parou, só que foi passando o tempo. Ta com mais de um ano, mais de um ano e meio já passado e ela não consegue. A cabeça da mulher é mais difícil, porque... ela põe na cabeça que a culpa é dela, tal. Aí quando eu fiz esse... espermograma eu acho que.... que ela viu que o médico, não ta normal tal, um pouco abaixo. Aí ela coloca mais na cabeça ainda, ela chora bastante... aí eu sempre falo pra ela: não, tem que ter calma, que vai chegar a hora e não vai ter problema. E ta indo assim. Agente se dá muito bem, eu e ela.

Ó... antes do casamento é paixão. Ta, é aquela coisa assim. Depois que você casa, você não consegue ficar sem a pessoa. Aí muda, não tem aquele fogo todo mais você não consegue si ver sem a pessoa. Mas num teve diferença grande entre, antes.... do casamento e agora. Agente mantém, sabe? Agente é igual, pouca coisa diferente.

Não, porque agente... até a época de tratamento o Dr. X falou assim: ó, aproveita a vida de vocês dois... viaja, tal... pra depois arrumar neném. Ele fala neném. Agente fez tudo isso, aí decidimos nós vamu, vamos ter a criança? Vamos. Aí agente veio tentando. Aí agente tento alguns meses, não conseguiu, aí agente procurou ajuda dele lá. Aí ela tomo... alguns meses ela tomou aquele remédio pra induzir a ovulação, e... não estava dando certo, aí que agente começou a procurar. Mas não teve assim... só... abala o emocional mais dela. Não sei se.... no meu trabalho, tal, sou um pouco mais frio. Então sempre dou forças pra ela mais... ta bem, na medida do possível.

Eu sou bastante calmo. Ta? Agora, ela não. Ela entrou em choro, ela ficou muito emotiva, se ela vê uma mulher grávida é perigoso ela querer chorar... sabe? Ela conta: Ai, que tal fulana tem... ta grávida, tal fulana... agente vê aí tantas mães que cabe... só sabe colocar o filho no mundo, né? E vai aí adoção... e ela pergunta: Por que eu que posso dar carinho no caso não to conseguindo? É desse jeito. Não, ta... ta normal. Ta normal.

Bem... ela ta um pouco... bem assim, não é sentida. O emocional dela ta abalado. Mas eu sou meio calmo, então num ... eu tive algumas percas... meu pai, minha irmã tudo, são todos novos que faleceram, então eu sei mais ou menos diferenciar alguma coisa que vai ... agredir muito agente e outras que dá pra gente ir levando e deixar pra sentir na hora. Antes não adiantar ficar... sofrendo.

Colaboradora 8 ♀

Muito boa. Nós sempre nos demos muito bem, tanto em termos de respeito, amizade, sexualmente, sempre, uma vida bem ativa, bastante ativa. Nunca tive dificuldade de sentir prazer, sempre... nessa parte... sempre nos demos muito bem.

Continuo, a mesma coisa né? Então ficamos um tempo casados e não pensamos em filho no primeiro momento. No primeiro instante. Mas... como diz há um ano e oito meses, de lá pra Ca, to tentando, mais especificamente a... acho que assim, uns oito meses, a naquela, aí tudo bem, quer engravidar, muito bem, muito bem vindo, né? Mais tinha parado o remédio e não evitava. Mais di um ano pra Ca, desde dezembro do ano passado (2007), né? A doze meses eu to assim, bastante ansiosa, esperando... quero muito, nós dois, queremos muito.

Ele é muito meu companheiro, né? O problema assim é, parte de mim porque eu tive endometriose, mas ele... é muito... não me cobra nada. Meu companheiro, conversa bastante comigo, porque todo tipo né? toda menstruação que desce é aquela bomba né? Agente se decepciona bastante, eu choro, assim... dois dias eu fico... como se diz, bem sensível, mas depois passa, eu puis nas mãos de Deus... e da medicina.

Sexualidade nessa fase? Boa. Não tenho o que queixar.

Bem... bem. Muito boa. Eu, como se diz? Não me arrependo de ter casado nenhum momento e é a pessoa certa. A infertilidade não influenciou Porque... desde solteiro né? Eu... desde solteiro eu já tive problema né? Tinha detectado o problema i... faltava um pouco antes de casar, i ele... inclusive joguei bem aberto, com ele... olha, talvez possa ser que eu possa não ti dar um filho né? Tenha dificuldade. Ele falou: não, to casando com você. Não to casando com o filho no momento, é com você. Nós vamos lutar juntos. Ele é muito meu companheiro, eu não tenho o que reclamar.

Agora eu só estou na espera. Um pouquinho ansiosa mas (risos) tem que esperar com calma né?