

# Sobre a Infertilidade e as Novas Tecnologias de Reprodução

ISABEL MATOS (\*)

Gravidez, maternidade e paternidade, são importantes aspectos sociais em todas as culturas. Apesar da documentação existente acerca de um número substancial de casais que têm dificuldades em conceber uma criança, é difícil saber exactamente quantos casais são afectados por este problema. As estatísticas oficiais acerca deste assunto têm sido baseadas no número de mulheres que, tendo já ultrapassado a idade de procriar, não tiveram filhos. Deste método decorrem obviamente alguns erros, pois nessas estatísticas incluem-se não só as mulheres com problemas de infertilidade, mas também aquelas que decidiram não ter filhos por razões sociais e pessoais. Por outro lado, os homens são excluídos à partida, como se a infertilidade fosse um problema que apenas diz respeito às mulheres. No entanto, para podermos obter uma ideia mais aproximada da incidência deste problema, consideremos alguns números: em 1972, estimava-se que cerca de 19% da população era afectado por algum tipo de infertilidade (Karahanasoglu, Barglow & Growe, 1972); cerca de uma década mais tarde, Houghton (1984) afirmava que um em sete casais eram afectados por este problema, e Menning (1984) referia que um em cada dez casais passavam involuntariamente pela experiência de não ter filhos. Hull et al. (1985), investigaram uma população constituída por casais com uma

história de infertilidade de aproximadamente dois anos e meio, e verificaram que apenas um em cada seis destes casais procuravam assistência médica para este problema. Este estudo parece indicar que embora algumas pessoas sejam encorajadas pelos avanços científicos e por atitudes sociais no sentido da procura de ajuda médica para a infertilidade, outras não seguem por este caminho.

A infertilidade tem sido considerada como sendo um problema médico, com soluções médicas, e conseqüentemente, as investigações acerca deste problema têm incidido sobretudo nas causas anatómicas, fisiológicas e patológicas. No entanto, tem-se tornado cada vez mais evidente que nem todos os casos de infertilidade podem ser explicados como sendo originados por causas orgânicas, e o interesse nos factores psicológicos e no seu papel causal nestes casos tem vindo a aumentar ao longo do tempo. Assim, diversos autores têm vindo a considerar os aspectos não médicos da infertilidade, enfatizando sobretudo os problemas psicosociais experienciados pelos indivíduos afectados por este problema.

As primeiras investigações dirigidas aos aspectos emocionais da infertilidade, efectuadas nos anos 50, incidiam sobretudo no elemento feminino do casal e no seu perfil psicológico, e sugeriam que as mulheres inférteis tinham medos ligados ao nascimento e ao parto, estavam em conflito com a sua femininidade, e demonstravam várias dificuldades psicosexuais (Rommer & Rommer, 1958). No entanto, os estudos desta

---

(\*) Psicóloga Clínica. Bolseira da JNICT.

época, produziam por vezes conclusões conflituais e contraditórias, demonstrando uma fraca metodologia e procedimentos científicos pouco adequados (Shaw, 1991). Estudos subsequentes, tentando ainda estabelecer um perfil ou uma imagem tipo da mulher infértil, concluíram acerca da evidência de altos níveis de ansiedade, neuroticismo e dependência nas mulheres com diagnóstico de infertilidade (Karahanasoglu et al., 1972; Harrison et al., 1984). No entanto, num estudo comparativo entre mulheres férteis e mulheres inférteis, Mai, Munday e Rump (1972) não encontraram diferenças significativas no que respeita a essas mesmas características, mas concluíram que as mulheres inférteis tinham mais perturbações ao nível da identidade e tinham atitudes muito mais ambivalentes relativamente a ter filhos. Em suma, as mulheres inférteis durante os anos 60 e 70 foram descritas como sendo emocionalmente imaturas, demonstrando distúrbios de personalidade e características que poderiam sugerir uma imagem de grave perturbação psicológica.

À medida que crescia o interesse pela infertilidade que não podia ser explicada em termos médicos (infertilidade de causa desconhecida), foram surgindo estudos que procuravam sobretudo determinar as causas psicológicas da infertilidade e examinar as respostas psicossociais a esta situação. Clínicos e investigadores debatiam a existência de situações de infertilidade que não pudessem de facto ser explicadas e classificadas medicamente. Assim, e relativamente à infertilidade de causa desconhecida como categoria diagnóstica, era considerada por uns como uma indicação sobre os limites ainda existentes no desenvolvimento médico e científico, ou seja, nesta perspectiva, as causas seriam orgânicas mas não haveria ainda meios para as identificar e estudar, enquanto que para outros tratar-se-ia de uma resposta psicossomática em indivíduos que encaravam o facto de ter filhos e de cuidar deles como particularmente stressante (Jeker et al., 1988). Uma breve revisão aos estudos que tentaram estimar a incidência da infertilidade de causa desconhecida mostra bem a dificuldade em ficarmos com uma imagem clara acerca deste assunto, uma vez que os valores referidos nos diversos trabalhos variam entre 6 e 60% (Templeton & Penney, 1982).

As estimativas acerca da infertilidade devida a

causas psicológicas eram também bastante variáveis, mas reduziram-se para cerca de 18% como resultado do avanço dos conhecimentos na área da endocrinologia (Edelman & Golombok, 1989).

Uma revisão de um grande número de estudos acerca da infertilidade efectuada por Edelman e Connolly (1986), com o objectivo de clarificar uma perspectiva até então bastante confusa acerca das características dos indivíduos inférteis, permitiu-lhes concluir o seguinte: por um lado, que os indivíduos com infertilidade de causa desconhecida tinham níveis de stress mais elevados do que as pessoas férteis, por outro lado, que as comparações entre indivíduos com infertilidade de causa desconhecida e indivíduos com infertilidade de causa orgânica identificada não apresentavam diferenças substanciais de personalidade, embora houvesse indícios de que os primeiros tinham maiores níveis de ansiedade do que os segundos. Estas investigações mostraram claramente que os indivíduos inférteis não podem ser descritos como um grupo de indivíduos psicologicamente perturbados.

As investigações retrospectivas acerca das relações entre psicopatologia e infertilidade tendem, em geral, a ignorar ou pelo menos a diminuir a importância da pressão emocional e do *stress* que os indivíduos associam à sua infertilidade e às investigações e tratamentos a que se submetem (Seibel & Taymor, 1982). Isto torna-se mais claro se analisarmos dados de entrevistas e explicações nas quais estes indivíduos descrevem a infertilidade como uma crise importante que desorganiza completamente os seus planos de vida e as suas perspectivas futuras (Shaw, 1991). Para alguns, o desejo de ter filhos pode tornar-se na sua maior preocupação estabelecendo-se assim um estado de espera e incerteza constantes que os impede de funcionar normalmente. Por outro lado, as intervenções médicas a que muitos se submetem tendem a perturbar a relação íntima do casal, com a intrusão de elementos estranhos, o médico e os outros técnicos de saúde, com quem têm de partilhar os seus problemas pessoais. As consultas médicas frequentes, podem obrigar a consideráveis ausências do local de trabalho e originar questões que exigem explicações.

A infertilidade traz consigo não só substanciais dilemas pessoais e sociais, mas constitui ainda um problema que tem um impacto nas vi-

das destes indivíduos por um período frequentemente longo de investigações e tratamentos.

Apesar das abordagens actuais considerarem o problema da infertilidade como um problema do casal, frequentemente o membro do sexo feminino suporta todo o peso da atenção médica, mesmo quando é o membro masculino do casal que tem um diagnóstico de infertilidade. Algumas mulheres sentem-se apesar disso ainda responsáveis, continuando a ver-se a si próprias como a causa da infertilidade, uma crença que é encorajada por um enorme desconhecimento acerca do seu próprio sistema reprodutivo e do seu funcionamento corporal (Pfeffer e Woollett, 1983). Não é pois surpreendente observar a ausência de investigações acerca da relação entre infertilidade masculina e causas ou explicações psicológicas.

A sociedade espera que os casais tenham filhos. A parentalidade é vista como um importante objectivo dos indivíduos adultos, objectivo este que, não podendo ser atingido devido a uma situação de infertilidade, terá sérias consequências na vida futura desses indivíduos (Menning, 1977). O desejo de ter um filho e/ou de uma gravidez pode, na realidade, ser o foco principal no relacionamento de um casal. Para muitas mulheres, tornarem-se mães está fortemente associado às origens da sua identidade, e a maternidade representa uma expressão pública do seu papel de mulher (Pfeffer & Woollett, 1983). A impossibilidade de demonstrarem a sua identidade numa relação mãe-filho, pode originar nestas mulheres o sentimento de terem falhado, fazendo com que se sintam isoladas de todos aqueles que não partilham a mesma experiência. Uma vez que são as mulheres que habitualmente assumem a maior parte das tarefas e das responsabilidades de cuidar das crianças, são, por esse motivo mais frequentemente do que os homens alvo dos inevitáveis comentários acerca de não terem ainda filhos, por parte da família, amigos colegas de trabalho, etc. o que, em caso de infertilidade se torna por vezes numa pressão difícil de suportar. As gravidezes de outras mulheres podem ainda ser fonte de desagradáveis sentimentos de inveja que vão impedir um bom relacionamento social e aumentar o seu sentimento de isolamento.

A visão tradicional da infertilidade como sendo um problema das mulheres, teve e tem ainda

uma enorme influência sobre o papel do homem relativamente à experiência da infertilidade, bem como na forma como ele participa na investigação e no tratamento deste problema. Tal como já referimos os homens não são o principal foco da atenção médica, mesmo quando existe um problema masculino. Para além disso, têm muito menos probabilidade de serem sujeitos ao mesmo grau de pressão que as mulheres, no que diz respeito a não terem filhos, por parte dos seus colegas de trabalho ou outros contactos sociais. No entanto, a associação que habitualmente é feita entre potência masculina e paternidade, cria a crença de que um filho é a evidência da virilidade do homem, e da sua capacidade ou bom desempenho sexual.

Os casais inférteis, ao abordarem a sua experiência de infertilidade, referem-se invariavelmente às modificações que ocorrem no seu relacionamento marital e no seu funcionamento sexual (Shaw, 1991). Os esforços no sentido de conseguirem que ocorra uma concepção fazem com que o sexo passe a ser descrito como mecânico, não espontâneo e inibido. São raros os casais que não referem alguma quebra no desejo sexual ou na capacidade de atingir o orgasmo durante a fase das investigações. Ocorrem também frequentemente períodos de impotência, independentemente do membro da casal diagnosticado, e por vezes os indivíduos referem sentir que não merecem ter prazer na sua actividade sexual se não conseguem conceber uma criança. A partir do momento em que a infertilidade é identificada como um problema de um casal, torna-se inevitável que o foco da sexualidade mude da gratificação com a intimidade para uma preocupação com os aspectos reprodutivos do sexo, envolvendo o planeamento da actividade sexual o que traz consigo as tensões associadas a passar ou falhar num teste (Seibel & Taymor, 1982).

A literatura acerca da infertilidade a partir dos anos 70, tem feito referência a um estado eufórico associado à possibilidade de gravidez, ao qual se seguem sentimentos de desânimo e de grande abatimento quando esta não acontece. A um nível interpessoal, a infertilidade pode afectar negativamente o relacionamento com a própria família, amigos e colegas de trabalho. O medo de revelar o problema a outros pode levar a escondê-lo de toda a gente, incluindo daqueles

que poderiam ser de algum modo fontes de apoio, ou, por outro lado, a revelações compulsivas feitas por vezes a pessoas pouco receptivas ao problema. Quando os casais inférteis mais necessitam de apoio é precisamente no momento em que referem sentir-se mais distantes dos outros que eles acreditam que não podem entender a sua dor (Rosenfeld & Mitchell, 1979). Os sentimentos de raiva e inveja que por vezes lhes suscitam aqueles outros que têm filhos, pode provocar sentimentos fortes e violentos face aos outros o que por sua vez lhes causa um sentimento de desgosto consigo próprios e subsequentemente, como que uma desistência dos contactos sociais. Segue-se a culpa, o sentimento de que se falhou, e a vergonha, que são referidos pelos indivíduos inférteis ao descreverem-se muitas vezes a si próprios como diferentes, defeituosos, sem valor, e ao referirem sentimentos de frustração, desespero e solidão.

O desenvolvimento das novas tecnologias de reprodução, nomeadamente a Fertilização *in vitro* e Transferência de Embriões (FIV-ET) e a Fecundação Intra-Tubária de Gâmetas (GIFT), trouxeram uma nova esperança para os casais inférteis, mas introduziram também complexas questões psicossociais. Quer a FIV quer a GIFT, oferecem a alguns casais inférteis a possibilidade de produzirem em conjunto uma criança, filha biológica de ambos, muitas vezes após um longo período de investigações e tratamentos emocionalmente esgotantes. Estas técnicas, inicialmente desenvolvidas como um tratamento da infertilidade causada por um bloqueio das trompas de Falópio, foi posteriormente aplicada a outros tipos de problema, nomeadamente infertilidade masculina, disfunções ováricas e anomalias uterinas, e ainda a infertilidade de causa desconhecida.

Para que os casais possam ser submetidos a essas técnicas, são submetidos a um processo de selecção cujos critérios podem variar, mas são inevitáveis numerosas consultas médicas e entrevistas com outros técnicos de saúde. Iniciado o processo, é necessária a hospitalização para efectuar a colheita dos óvulos, seguindo-se a fertilização com o esperma em condições laboratoriais, e seguidamente a transferência dos embriões para o útero. Qualquer uma destas fases cruciais iniciais pode falhar, e ainda que todas elas sejam bem sucedidas, resta esperar que os

embriões, pelo menos um deles, se desenvolvam e a gravidez prossiga normalmente. Todos estes procedimentos constituem uma experiência altamente stressante para os casais que a eles se submetem. Muitos casais desistem após uma ou duas tentativas (Shaw, 1991). Para além destas dificuldades, os casais que se submetem a estes tratamentos têm ainda de enfrentar as relativamente baixas taxas de sucesso destas técnicas. Soules (1985) estimava cerca de 13% de sucesso numa única tentativa de FIV, taxa esta que aumentava para cerca de 37% segundo Guzick, Wilkes e Jones (1986), se fossem efectuados três ciclos de tratamento FIV.

Outra técnica utilizada na resolução do problema da infertilidade é a Inseminação Artificial (IA). Tal como a FIV e a GIFT, esta técnica ajuda à concepção nos casos de infertilidade masculina. Esta técnica é frequentemente utilizada com recurso a esperma de um dador estranho ao casal, que é introduzido no útero da mulher a fim de fecundar o óvulo desta. A IAD (Inseminação Artificial com recurso a Dador), é uma técnica bastante simples e tem uma taxa de sucesso de aproximadamente 75% (Snowden e Snowden, 1984). Apesar disso, os casais e os técnicos envolvidos no processo são confrontados com aspectos morais e psicológicos bastante complexos, particularmente no que diz respeito à decisão de se submeterem ao tratamento. Os critérios de selecção para a aplicação desta técnica são variáveis mas quase todos incluem evidências de uma relação forte e estável entre os membros do casal, que estes não tenham história de doença psiquiátrica e que se trate de indivíduos com um bom relacionamento social.

Para além dos aspectos já referidos, os tratamentos de IAD trazem ainda questões acerca da reposta do membro masculino do casal ao seu problema de infertilidade, bem como acerca do ajustamento do casal após a aplicação e o sucesso desta técnica. Ao ser utilizado este processo, apenas a identidade biológica da mãe é conhecida o que pode criar conflitos dentro da relação triangular que se estabelece entre a mãe, o pai e a criança (Edelman, 1989). Outros aspectos importantes para os casais que se submetem a esta ou a outras técnicas com recurso a dador, prendem-se com o facto de informarem ou não a criança acerca das suas origens, e ainda quando e como fazê-lo.

## BIBLIOGRAFIA

- Edelman, R.J., & Connolly, K.J. (1986). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 209-219.
- Edelman, R.J., & Golombok, S. (1989). Stress and reproductive failure. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7, 79-89.
- Edelman, R.J. (1989). Psychological aspects of artificial insemination by donar. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 10, 3-13.
- Guzick, D., Wilkes, C., & Jones, H. (1986). Cumulative pregnancy notes for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 46, 663-667.
- Harrison, R., O'Moore, R.R., & Robb, D. (1984). Stress in infertile couples. *Proceedings of the XIth World Congress of Fertility and Sterility*.
- Houghton, P. (1984). Infertility: The consumer's outlook. *British Journal of Sexual Medicine*, 11, 185-187.
- Hull, M.G.R., Glazener, C.M.A., Kelly, N.J., et al. (1985). Population Study of census, treatment and outcome of infertility. *British Medical Journal*, 291, 1693.
- Jeker, L., Micioni, G., Ruopa, M., et al. (1988). Wish for a child and infertility: Study of 116 couples. *International Journal of Fertility*, 33, 411-420.
- Karahanoglu, A., Barglow, P., & Grove, G. (1972). Psychological aspects of infertility. *Journal of Reproductive Medicine*, 9, 241-247.
- Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, VIII(4), 365-366.
- Mai, F.M., Munday, R.M., & Rump, E.E. (1972). Psychiatric interview comparisons between fertile and infertile couples. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 34, 431-440.
- Menning, B.E. (1984). The Psychology of Infertility. In J. Aiman (Ed.), *Infertility, diagnosis and management*. New York: Springer-Verlag.
- Pfeffer, N., & Woollett, A. (1983). *The experience of infertility*. Virago Press: London.
- Pires, L.C. (1990). Novas Tecnologias do Nascimento: Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (T.R.M.A.). *Análise Psicológica*, VIII(4), 425-428.
- Rommer, J.J., & Rommer, C.J. (1958). Sexual tones in the marriage of the sterile and the once sterile female. *Fertility and Sterility*, 9, 309.
- Rosenfeld, D.L., & Mitchell, E. (1979). Treating the emotional aspects of infertility: Counselling services in an infertility clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 177-180.
- Seibel, M.M., & Taymor, M.L. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37, 175-182.
- Shaw, P.D., Johnston, M., & Shaw, R. (1988). Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 171-180.
- Shaw, P. (1991). Infertility Counselling. In H. Davis & I. Fallowfield (Ed.), *Counselling and Communication in Health Care*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Snowden, R., & Snowden, E. (1984). *The gift of a child*. London: Allen and Unwin.
- Soules, M. (1985). The in-vitro fertilization pregnancy note: Let's be honest with each other. *Fertility and Sterility*, 43, 511-513.
- Templeton, A.A., & Penney, G.L. (1982). The incidence, characteristics and prognosis of patients whose infertility is unexplained. *Fertility and Sterility*, 37, 175-182.

## RESUMO

Neste artigo tentamos fazer uma breve revisão de alguns estudos acerca da Infertilidade e analisar alguns aspectos relacionados com as novas tecnologias utilizadas na reprodução medicamente assistida.

## ABSTRACT

In this article, we try to make a revision of some of the studies in the area of infertility and to analyze some issues related with the new technologies used in assisted medical reproduction.