

2023

VOLUME 1



MANEJO MULTIPROFISSIONAL DA INFERTILIDADE MASCULINA

ORGANIZADORES

DR. PAULO TAITSON

HELENA PRADO

FLÁVIA GIACON

2023

VOLUME 1



MANEJO MULTIPROFISSIONAL DA INFERTILIDADE MASCULINA

ORGANIZADORES

DR. PAULO TAITSON

HELENA PRADO

FLÁVIA GIACON

© 2023 Associação Brasileira de Reprodução Assistida.
SBRA. Todos os direitos reservados

É permitida a reprodução parcial desta obra desde que citada a fonte.

SCES Trecho 3, Conjunto 6, Sala 309 | presidenciasbra@gmail.com
Associação Médica de Brasília (61) 98419-0385
Asa Sul, Brasília-DF (61) 3225-0019
CEP 70200-003

ISBN:978-65-00-78350-6

Organizadores

Dr. Paulo Taitson, Helena Prado e Flávia Giacon

Autores

Ana Beatriz Machado de Andrade Freitas, Bruna Karen Oliveira Nogueira, Paulo Franco Taitson, João Paulo Greco Cardoso, Daniel Suslik Zylbersztejn, André Marantes Masciarelli Pinto, Fernanda Souza Peruzzato, Natália de Lima Prates, Eduardo Yoneyama Mourthé, Aryane Moreira dos Santos, Fernanda Kunrath Robin, Rosana Bueno de Moraes Hernandez, Cássia Avelar, Lígia Polistchuck, Ms. Patrícia Marinho Gramacho, Flávia Giacon, Helena Prado Lopes, Nicolau Brasil Bina Machado, Dra. Ana Claudia Brandão de Barros Correia, Dr. Luiz Claudio Rios Pimentel, Juliana Roberto dos Santos, Valéria de Macêdo Teixeira Batista, Renata viola Vives, Rose Marie Massaro Melamed, Luciana Leis, Bruna Maria Schiavinatto, Kátia Maria Straube, Anna Paula Uziel, Mônica Fortuna Pontes, Simone Perelson, Aureliano Lopes da Silva Junior e Roberta Gomes Nunes

Capa, projeto gráfico e diagramação

Wagner Castro

Revisão ortográfica e gramatical

Amanda Vasconcelos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manejo multiprofissional da infertilidade masculina [livro eletrônico] : volume 1 / organizadores Paulo Taitson, Helena Prado, Flávia Giacon. -- Belo Horizonte, MG : Ed. dos Autores, 2023.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-78350-6

1. Infertilidade masculina 2. Medicina e saúde
3. Reprodução humana assistida I. Taitson, Paulo.
II. Prado, Helena. III. Giacon, Flávia.

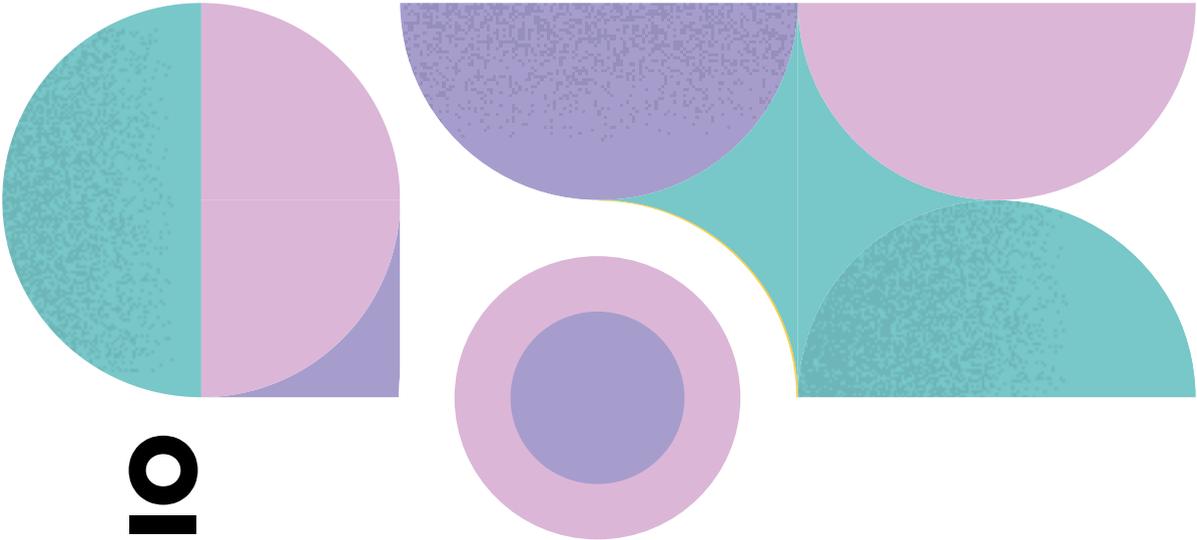
23-169540

CDD-616.692
NLM-WJ-709

Índices para catálogo sistemático:

1. Infertilidade masculina : Urologia : Medicina
616.692

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253



PREFÁCIO

Com o seu 27º Congresso, a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) comemora um marco na evolução do campo da ciência especificamente dedicado à infertilidade masculina. Avanços tremendos são identificados na literatura atual na compreensão de cada componente do sistema reprodutor masculino, como estes componentes se comunicam entre si e como surgem as condições patológicas. Também observamos avanços significativos no desenvolvimento de terapias eficazes para disfunções, abordagens psicológicas e atuação por parte dos enfermeiros.

Ao reunir especialistas de renome nacional na maioria das facetas da Andrologia para a criação deste livro **“Manejo Multiprofissional da Infertilidade Masculina”**, o nosso Congresso em Aracajú procurou fornecer conhecimento introdutório e atualizado dos aspectos fundamentais e clínicos da função reprodutiva masculina. De fato, uma das marcas dos Congressos Brasileiros da SBRA é a comunicação efetiva que ocorre entre cientistas dedicados a entender a

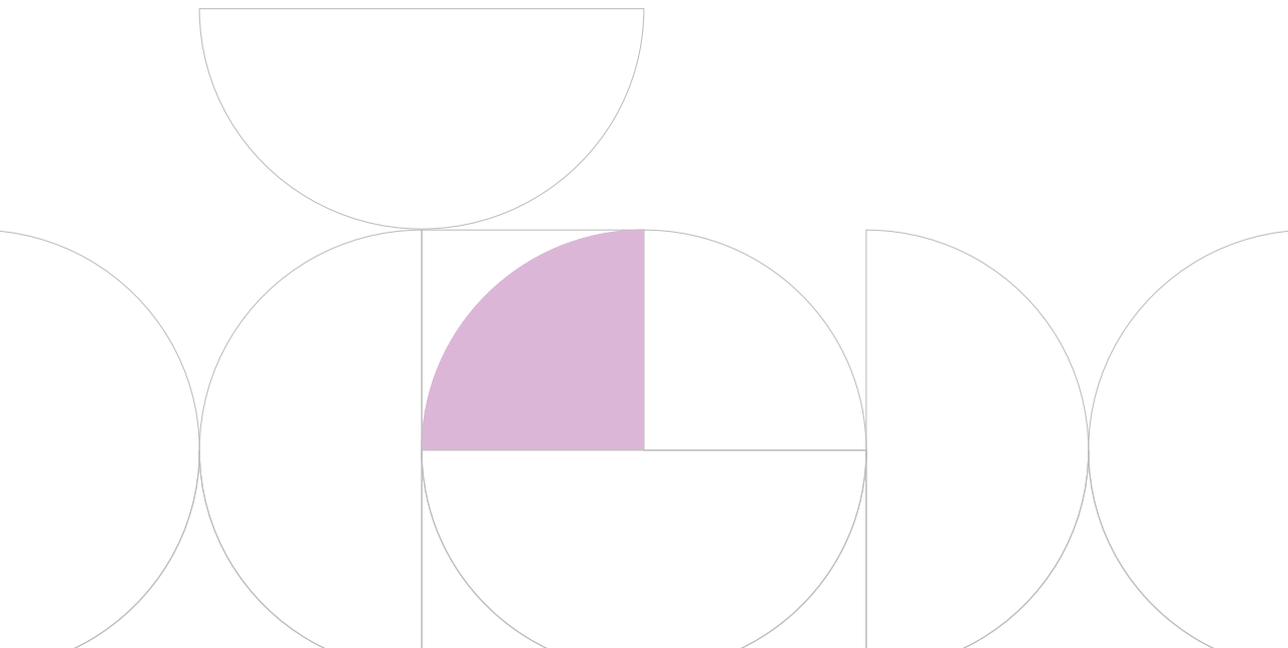
reprodução masculina e tratar condições patológicas que impedem uma procriação natural.

O material abordado é voltado para profissionais e estudantes de Medicina, Biologia, Biomedicina, Farmácia, Psicologia, Enfermagem, e, espera-se, servirá como um auxílio didático útil. Um objetivo contínuo de nossa sociedade tem sido a educação, especialmente para profissionais iniciantes em Andrologia. O *e-book* é claramente uma alternativa a este complexo e excitante campo de pesquisa. O 27º Congresso que agora se inicia agradece à SBRA por gentilmente fornecer apoio para a preparação e a publicação deste livro.

Dr. George Caldas

Presidente do 27º Congresso da SBRA

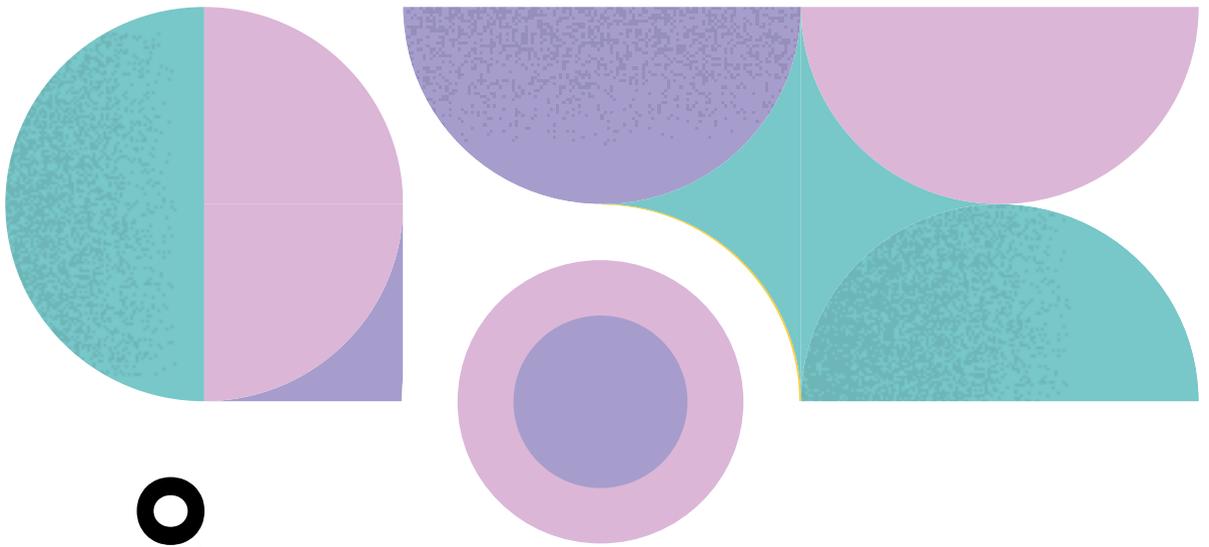
Aracajú, agosto de 2023





SUMÁRIO

Apresentação	1
Organizadores	5
Currículos	5
1. Anatomia do sistema genital masculino.....	21
2. Investigação da infertilidade masculina	30
3. Fertilidade masculina: o que vem acontecendo ao longo das gerações e o papel do laboratório de Andrologia	46
4. Disfunção sexual masculina.....	57
5. Atuação da Enfermagem no atendimento ao público masculino	69
6. Estudos e pesquisas em RHA com foco no homem.....	83
7. (In)visibilidade do homem nos tratamentos reprodutivos.....	102
8. A experiência masculina da infertilidade e suas repercussões emocionais	112
9. Sobre o doador de semên e o anonimato.....	128
10. Recepção de sêmen de doador – recorte da clínica psicológica	140
11. O sofrimento do homem diante da ausência do herdeiro	152
12. Monoparentalidade masculina por escolha: um desafio contemporâneo....	166
13. Homopaternidades e gestação de substituição: quem são as mulheres?	177
14. Doação de sêmen na inseminação caseira	189



APRESENTAÇÃO

Os progressivos avanços biotecnológicos da Reprodução Humana Assistida demandam dos profissionais atuantes na área posicionamento crítico como alicerce para uma conduta ética. Esta obra é resultado da somatória de esforços de especialistas comprometidos com esta conduta de atuação e que, prontamente, se empenharam na escrita sobre o Manejo Multiprofissional da Infertilidade Masculina, nesta edição especial de lançamento deste *e-book*. Cada qual, com sua *expertise*, pôde contribuir significativamente com o projeto, discorrendo sobre temas importantíssimos relacionados especificamente ao cuidado dispensado ao homem infértil enquanto paciente da Medicina Reprodutiva.

O primeiro capítulo discorre sobre a Anatomia do Sistema Genital Masculino, apontando para a importância de melhor conhecer sua morfologia testicular, normalidade, variações e intercorrências.

O segundo capítulo, *Investigação da Infertilidade Masculina*, ressalta a importância da avaliação completa da saúde do homem, pois várias doenças estão associadas à infertilidade (por exemplo: oncológicas, cardiovasculares, autoimunes, genéticas e até mesmo hábitos de vida).

A Embriologia traz um questionamento no terceiro capítulo – *Fertilidade Masculina*: o que vem acontecendo ao longo das gerações e o papel do laboratório de Andrologia. A fertilidade masculina tem enfrentado desafios significativos ao longo das gerações, o que demanda uma abordagem que envolva tanto a análise laboratorial quanto a colaboração entre profissionais da área, no sentido de maior compreensão sobre esse declínio da fertilidade masculina, buscando melhorar os resultados dos tratamentos de infertilidade.

Após o “boom” farmacológico para o tratamento da *Disfunção Sexual Masculina*, principalmente da disfunção erétil, os autores do quarto capítulo evidenciam o aumento da importância do suporte psicológico, a maior acessibilidade ao tratamento intracavernoso e a qualidade das próteses penianas.

No quinto capítulo, a respeito da *Atuação da Enfermagem no Atendimento ao Público Masculino*, as autoras enfatizam a importância de um cuidadoso olhar para o homem que busca os tratamentos a fim de concretizar o sonho de se tornar pai.

O sexto capítulo, *Estudos e Pesquisas em RHA com Foco no Homem*, traz um retrospecto histórico acerca da (in)fertilidade masculina e seus subtemas adjacentes, com dados que nos ajudam a compreender a escassez de serviços voltados à demanda masculina.

O sétimo capítulo, *(In)visibilidade do Homem nos Tratamentos Reprodutivos*, ressalta a importância de se construir espaços para que, inclusive os profissionais de saúde, compreendam as demandas “invisíveis”

de maneira menos óbvia e que também não participem da negação do sofrimento ou do pedido de escuta por parte dos homens.

Sobre A Experiência Masculina da Infertilidade e Suas Repercussões Emocionais, os autores abordam, no oitavo capítulo, os impactos do modelo de masculinidade hegemônica no homem atravessados por mitos e estereótipos, ressaltando seu sofrimento diante da demanda social às vezes mais do que o desejo de ser pai. Enfatizam a necessidade de se atentar para a questão da infertilidade e suas reverberações no homem contemporâneo. O fato é que os homens se sentem sozinhos, angustiados, ansiosos e, na verdade, muitos precisam do espaço de fala, mas poucos têm. Então, perguntamos: no contexto da Reprodução Humana Assistida, onde estão as redes de apoio emocional para os homens? O nono capítulo, Sobre o Doador de Sêmen e o Anonimato, traz questionamentos importantíssimos e aponta alguns problemas que podem surgir nesta situação anunciada no título, e como o direito brasileiro e estrangeiro os têm solucionado.

Em Recepção de Sêmen de Doador – Recorte da Clínica Psicológica, o texto do décimo capítulo traz um olhar diferenciado para o homem/pai, olhar este de suma importância para a equipe multidisciplinar considerar.

O Sofrimento do Homem Diante da Ausência do Herdeiro ganha relevo das autoras no 11º capítulo, as quais consideram que, nos casos em que há aceitação do tratamento com recepção de sêmen, é imprescindível auxiliar o homem a sustentar seu desejo de ser pai para além da descendência biológica, ajudando-o a pensar o processo de transmissão de pai para filho para além da genética, por meio de sua afetividade, cultura, valores, ensinamentos, entre outros.

Monoparentalidade Masculina por Escolha: um desafio contemporâneo, entre outros pontos, apresenta, no 12º capítulo, uma pesquisa, realizada com 60 psicólogos atuantes na área, para compreender a atual demanda de

homens pretendentes à paternidade solo por meio da Reprodução Assistida que passaram pelo atendimento psicológico com esse objetivo.

No 13º capítulo, intitulado “Homopaternidades e Gestação de Substituição: quem são as mulheres?”, as autoras destacam a multiplicidade de lugares que a gestante de substituição e a doadora de óvulos podem ocupar nas homopaternidades, pensando no que essas famílias aportam de novo.

No último capítulo, sobre o Doação de Sêmen na Inseminação Caseira, os autores trazem problematizações em torno da inseminação caseira como uma tecnologia fora do ambiente biomédico.

Enfim, cabe ressaltar que, por meio dos temas reportados nos capítulos, os autores trouxeram valiosas contribuições de seus campos específicos de atuação. Especialistas em Direito, Psicologia, Enfermagem e Embriologia, áreas que fazem interface com a Medicina Reprodutiva, compartilham seus conhecimentos, ao passo que apontam para a necessidade de mais engajamento nas pesquisas com foco na população infértil masculina e também para a necessidade da inclusão do profissional de saúde mental na equipe multidisciplinar. O leitor atento terá acesso a um compilado de informações no que se refere à assistência e ao cuidado do homem infértil.

Antecipadamente, anunciamos UM SEGUNDO LIVRO, previsto para o ano de 2024, que abordará o Manejo Multiprofissional da Infertilidade Feminina.

Boa leitura!

Dr. Paulo Taitson
Helena Prado Lopes
Flávia Giacon
Organizadores

ORGANIZADORES



**Paulo Franco
Taitson**

Professor de Anatomia Humana e Reprodução Humana na PUC Minas. Ph.D. e pós-doutor em Reprodução Humana pela UFRJ. Membro da Panamerican Association of Anatomy. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA).

A cada dia que passa, se faz necessário rever e aprender a anatomia do trato reprodutor masculino. Precisamos conhecer melhor a morfologia testicular – sua normalidade, variações e intercorrências.



**Helena Prado
Lopes**

Psicóloga clínica. Psicóloga colaboradora do Instituto de Ginecologia da UFRJ, Setor de Reprodução Humana no Hospital Moncorvo Filho. Psicóloga da PRÓ-FÉRTIL Medicina Reprodutiva. Membro do Comitê de Psicologia da SBRH. Membro da SBRA. Diplomada em Psicologia da Reprodução Humana sob os auspícios da SAMER.

“Ao calar-se diante da problemática de infertilidade, o homem não recebe apoio, e esse silêncio provoca uma grande carga emocional que acaba, muitas vezes, sendo transferida à relação conjugal. O fato de não conseguir expressar seus sentimentos pode, até mesmo, provocar a sensação de descaso ou de que não está tão envolvido no projeto parental”



Flávia Giacon

Especialista em Psicologia da Reprodução Humana pelo Instituto Suassuna/GO. Membro do Comitê de Psicologia da SBRH. Membro da SBRA. Membro Advisory Board da Revista EVOLUTION. Possui Título de Capacitação em Reprodução Assistida pela SBRA e Título de Especialista em Psicologia Clínica expedido pelo CFP. Psicóloga da Mater Prime – Clínica de Reprodução Humana.

“O fato é que os homens se sentem sozinhos, angustiados, ansiosos e, na verdade, muitos precisam do espaço de fala, mas poucos têm. Então, perguntamos: no contexto da Reprodução Humana Assistida, onde estão as redes de apoio emocional para os homens?”

CURRÍCULOS



Ana Beatriz Machado de Andrade Freitas

Bióloga pela PUC Minas. Acadêmica de Fisioterapia e monitora da disciplina de Anatomia Humana na PUC Minas.

“A cada dia que passa, se faz necessário rever e aprender a anatomia do trato reprodutor masculino. Precisamos conhecer melhor a morfologia testicular. Sua normalidade, variações e intercorrências.”



Ana Claudia Brandão Barros Correia

Doutora pela UFPE, com estágio doutoral na Queen Mary University of London. Pós-doutora pela Universidade de Salamanca. Juíza de Direito do TJPE.

“Sobre o doador de sêmen: a origem genética importa?”



André Marantes Masciarelli Pinto

Residência em Urologia e *fellowship* em Medicina Sexual e Reprodutiva do Homem pela FMABC. Médico assistente do Grupo de Medicina Sexual e do Grupo de Infertilidade do Departamento de Urologia da mesma instituição.

“O manejo da infertilidade conjugal deve obrigatoriamente envolver uma avaliação completa do potencial reprodutivo masculino. Relegar a segundo plano a avaliação do homem é ignorar a importância que o espermatozoide tem no desenvolvimento embrionário e reduzir as chances de sucesso do casal na conquista da sua prole.”



Anna Paula Uziel

Professora associada da UERJ. Doutora em Ciências Sociais, pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos e integrante da Red Latina de Investigadores em Biotecnologia e do Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras (GEPsid/UERJ).

“O artigo destaca a multiplicidade de lugares que a gestante de substituição e a doadora de óvulos podem ocupar nas homopaternidades, pensando no que essas famílias aportam de novo.”



Aryane Moreira dos Santos

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein e membro do Comitê de Enfermagem da SBRH.

“Centralizar o olhar da Enfermagem no público masculino que busca os tratamentos em RHA.”



Aureliano Lopes da Silva Junior

Professor do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras (GEPSID) e membro da Rede Latina de Pesquisadores em Biotecnologias Reprodutivas (REDLIBRE).

“Problematizações em torno da inseminação caseira como uma tecnologia de reprodução fora do ambiente biomédico.”



Bruna Karen Oliveira Nogueira

Acadêmica de Biologia e monitora da disciplina de Anatomia Humana na PUC Minas.

“A cada dia que passa, se faz necessário rever e aprender a anatomia do trato reprodutor masculino. Precisamos conhecer melhor a morfologia testicular. Sua normalidade, variações e intercorrências.”



Bruna Maria Schiavinatto

Psicóloga especialista em Psicologia da Reprodução Humana pelo Instituto Suassuna de Goiânia. Diplomada em Psicologia da Reprodução Humana com a Ph.D. Letícia Urdapilleta, credenciada à REDLARA na Argentina. Membro da SBRH e da SBRA.

“Há um movimento maior do homem contemporâneo no sentido de adentrar à vida privada e assumir um papel parental mais ativo. Isso nos convida a expandir o olhar sobre essa configuração familiar considerando que há a ausência de um modelo paternocêntrico que possa orientar os homens nessa busca.”



Cássia Cañado Avelar

Psicóloga na Clínica Huntington/Pró-Criar desde 1999; Título de Capacitação em Psicologia em Reprodução Assistida pela SBRA; Coordenadora do 1º Comitê de Psicologia da SBRH, biênio 2017/2018; Professora dos cursos de pós graduação de Psicologia em Reprodução Assistida, Instituto Suassuna; Sexualidade, InPaSex; Reprodução Assistida Lato Sensu PEC Online, RedeLara; Especialista em Psicologia Médica pela UFMG; Especialista em Avaliação Psicológica pela Puc Brasília; Doutoranda em Psicologia pela Usal, Argentina.

“Quando se tem um diagnóstico de infertilidade masculina, o sonho de ser pai precisa se retrair para dar lugar à realidade de estar infértil - condição considerada inesperada, indesejada e angustiante. Ao psicólogo, cabe abrir um espaço de reencontro do sujeito consigo mesmo, para que possa dar um sentido novo à sua vida, se sentido seguro para ampliar seus objetivos e seguir seu trajeto para ter o filho desejado.”



Daniel Suslik Zylbersztejn

Urologista pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS. Especialista em Medicina Reprodutiva e doutor em Ciências pela UNIFESP. Médico coordenador do Fleury Fertilidade – Centro de Reprodução Humana. Diretor-médico da DSZ Medicina Reprodutiva.

“O manejo da infertilidade conjugal deve obrigatoriamente envolver uma avaliação completa do potencial reprodutivo masculino. Relegar a segundo plano a avaliação do homem é ignorar a importância que o espermatozoide tem no desenvolvimento embrionário e reduzir as chances de sucesso do casal na conquista da sua prole.”



Eduardo Yoneyama Mourthé

Urologista e andrologista na Clínica Huntington – Pró-Criar de Medicina Reprodutiva. *Fellowship* em Andrologia pela UNIFESP.

“Após o grande “boom” farmacológico da década de 1990 com os inibidores da fosfodiesterase, o tratamento das disfunções sexuais em geral, principalmente da disfunção erétil, passa por um período “menos inovador”, com o aumento da importância do suporte psicológico, a maior acessibilidade ao tratamento intracavernoso e qualidade das próteses penianas.”



Fernanda Kunrath Robin

Gerente executiva das unidades Nilo Frantz de Medicina Reprodutiva. Enfermeira pela UFRGS. Mestre em Enfermagem e doutoranda em Psicologia pela Unisinos. Especialista em MBA em Gestão Empresarial pelo SETREM. Capacitada em RHA pela SBRA.

“Centralizar o olhar da Enfermagem no público masculino que busca os tratamentos em RHA.”



Fernanda Souza Peruzzato

Biomédica formada pela UFRGS habilitada em Genética e Reprodução Humana. Sócia e diretora de Laboratório da Clínica Fecondare/SC. Embriologista sênior com certificação internacional pela ESHRE. Mestre em Biologia Celular e do Desenvolvimento pela UFSC. Fundadora da Mundoinvitro® Consultoria.

“Uma abordagem sobre o declínio da qualidade seminal ao longo das gerações pela visão de duas embriologistas, bem como uma revisão da importância do laboratório no manejo da infertilidade masculina.”



Flávia Giacon

Especialista em Psicologia da Reprodução Humana pelo Instituto Suassuna/GO. Membro do Comitê de Psicologia da SBRH. Membro da SBRA. Membro *Advisory Board* da Revista EVOLUTION. Possui Título de Capacitação em Reprodução Assistida pela SBRA e Título de Especialista em Psicologia Clínica expedido pelo CFP. Psicóloga da Mater Prime – Clínica de Reprodução Humana.

“O fato é que os homens se sentem sozinhos, angustiados, ansiosos e, na verdade, muitos precisam do espaço de fala, mas poucos têm. Então, perguntamos: no contexto da Reprodução Humana Assistida, onde estão as redes de apoio emocional para os homens?”



Helena Prado Lopes

Psicóloga clínica. Psicóloga colaboradora do Instituto de Ginecologia da UFRJ, Setor de Reprodução Humana no Hospital Moncorvo Filho. Psicóloga da PRÓ-FÉRTIL Medicina Reprodutiva. Membro do Comitê de Psicologia da SBRH. Membro da SBRA. Autora de livros infantis sobre Reprodução Humana Assistida. Diplomada em Psicologia da Reprodução Humana sob os auspícios da SAMER, Argentina.

“Ao calar-se diante da problemática de infertilidade, o homem não recebe apoio, e esse silêncio provoca uma grande carga emocional que acaba, muitas vezes, sendo transferida à relação conjugal. O fato de não conseguir expressar seus sentimentos pode, até mesmo, provocar a sensação de descaço ou de que não está tão envolvido no projeto parental”



João Paulo Greco Cardoso

Mestre em Urologia pela FMUSP. Título de Especialista em Urologia pela TISBU. Médico colaborador HCFMUSP – Divisão de Andrologia e Infertilidade Masculina. Urologista na Originare Medicina Reprodutiva.

“O manejo da infertilidade conjugal deve obrigatoriamente envolver uma avaliação completa do potencial reprodutivo masculino. Relegar a segundo plano a avaliação do homem é ignorar a importância que o espermatozoide tem no desenvolvimento embrionário e reduzir as chances de sucesso do casal na conquista da sua prole.”



Juliana Roberto dos Santos

Psicóloga clínica. Psicóloga do Instituto Ideia Fértil de Saúde Reprodutiva e da Clínica Neo Vita. Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC/São Paulo. Membro do Grupo do 1º Consenso de Psicologia da SBRA. Membro do Comitê de Psicologia da SBRH.

“O texto traz um olhar diferenciado para o homem/pai, olhar de suma importância para a equipe multidisciplinar considerar.”



Kátia Maria Straube

Psicóloga clínica, mestre em Sociologia da Saúde, diplomada em Psicologia de la Reproducción Humana, sob auspícios da Almer, certificada pela SBRA, coordenadora do Curso de Especialização em Reprodução Humana e Atenção Psicossocial na Infertilidade, psicóloga da Felicità Instituto de Fertilidade e Androlab, em Curitiba.

“Há um movimento maior do homem contemporâneo no sentido de adentrar à vida privada e assumir um papel parental mais ativo. Isso nos convida a expandir o olhar sobre essa configuração familiar considerando que há a ausência de um modelo paterno centrado que possa orientar os homens nessa busca.”



Lígia Polistchuck

Psicóloga e mestre pela USP, psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae, coordenadora do Grupo de Estudos Psicanálise e Gênero e do Projeto Quereres (atendimento psicanalítico à população LGBTQIAPN+).

“Se, no esforço de pensar espaços possíveis de parentalidade, for possível alcançar que a função possa ser exercida por qualquer um, deslocamos a questão do naturalmente maternante, delegado quase que exclusivamente a mulheres ou pessoas com útero, para a questão de investimento psíquico, o que ultrapassa qualquer corporeidade ou biologia.”



Luciana Leis

Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Psicóloga do Projeto Alfa/Beta (Medicina Reprodutiva). Coordenadora do Comitê de Psicologia da SBRH (2021/2023). Coordenadora da Jornada Paulista de Psicologia em Reprodução Assistida desde 2014. Coordenadora e professora do curso “Infertilidade e Reprodução Assistida – Temas Contemporâneos”, do Instituto Sedes Sapientiae. Professora do curso de pós-graduação em Psicologia em Reprodução Assistida do Instituto Suassuna.

“Tanto quanto a mulher, o homem, também sente e sofre com a impossibilidade da chegada de um herdeiro. Colocados à margem dos tratamentos de reprodução assistida sem poder expressar seus sentimentos, tornam-se parentes pobres de seus filhos, mesmo, muitas vezes, estando presentes fisicamente. Portanto, é preciso dar espaço ao homem para que a potência de seu desejo de ser pai possa garantir sua participação, desde os momentos iniciais, no processo de formação de seu rebento.”



Luiz Claudio Rios Pimentel

Advogado, especialista em Direito Médico, EPD/São Paulo. Consultor jurídico em Reprodução Humana Medicamente Assistida. Membro da Comissão da Saúde da OAB/GO.

“Sobre o doador de sêmen: a origem genética importa?”



Mônica Fortuna Pontes

Mestre e doutora em Psicologia (Doutorado Sanduíche na Université Paris 8). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras (GEPsID/UERJ). Integrante da Red Latina de Investigadores en Biotecnologías Reproductivas (REDLIBRE). Especialista em Psicologia Clínica.

“O artigo destaca a multiplicidade de lugares que a gestante de substituição e a doadora de óvulos podem ocupar nas homopaternidades, pensando no que essas famílias aportam de novo.”



Natália de Lima Prates

Bióloga pela Universidade Santa Úrsula/Rio de Janeiro. Embriologista sênior. Consultora laboratorial. Mestre em Embriologia Clínica pela Universidade de Leeds (Inglaterra).

“Uma abordagem sobre o declínio da qualidade seminal ao longo das gerações pela visão de duas embriologistas, bem como uma revisão da importância do laboratório no manejo da infertilidade masculina.”



Nicolau Brasil Bina Machado

Psicólogo clínico pela Universidade Santa Úrsula. Formação em Terapia de Família e Casal no CEFAC e na Núcleo Pesquisas. Faz parte da equipe do Laboratório do CEFAI.

“Nessa hora, eles olham para sua caixa de ferramentas e, desolados, não encontram nenhuma que possa ajudá-los a consertar o que foi quebrado.”



Patrícia Marinho Gramacho

Psicóloga e mestre pela PUC-GO. Psicanalista (Dimensão-Sedes). Especialista em Psicologia Hospitalar e Reprodução Assistida. Capacitação em RHA pela SBRA. Integrante do Grupo de Pesquisa em Psicanálise com Crianças (BILOQUÊ – NR CEREDA Brasil).

“Se, no esforço de pensar espaços possíveis de parentalidade, for possível alcançar que a função possa ser exercida por qualquer um, deslocamos a questão do naturalmente maternante, delegado quase que exclusivamente a mulheres ou pessoas com útero, para a questão de investimento psíquico, o que ultrapassa qualquer corporeidade ou biologia.”



Paulo Franco Taitson

Professor de Anatomia Humana e Reprodução Humana na PUC Minas. Ph.D. e pós-doutor em Reprodução Humana pela UFRJ. Membro da Panamerican Association of Anatomy. Ex-presidente da SBRA.

“Após o grande “boom” farmacológico da década de 1990 com os inibidores da fosfodiesterase, o tratamento das disfunções sexuais em geral, principalmente da disfunção erétil, passa por um período “menos inovador”, com o aumento da importância do suporte psicológico, a maior acessibilidade ao tratamento intracavernoso e qualidade das próteses penianas.”



Renata Viola Vives

Psicóloga, psicanalista de crianças, adolescentes e adultos. Membro titular da SBPdePA, membro do Comitê de Mulheres e Psicanálise da IPA. Estuda a temática da Reprodução Assistida há 15 anos.

“O texto traz um olhar diferenciado para o homem/pai, olhar de suma importância para a equipe multidisciplinar considerar.”



Roberta Gomes Nunes

Doutoranda em Psicologia Social na UERJ. Psicóloga do TJRJ. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras (GEPSID) e professora da Escola de Administração Judiciária do Tribunal de Justiça do Estado Rio de Janeiro (ESAJ).

“Problematizações em torno da inseminação caseira como uma tecnologia de reprodução fora do ambiente biomédico.”



Rosana Bueno de Moraes Hernandes

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela UFPR, com capacitação em Reprodução Assistida pela SBRA e REDLARA. Pós-graduada em Enfermagem em Reprodução Assistida pelo Instituto Sapientiae/SP. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Uniandrade/PR. Especialista em Acupuntura pela PUC-PR. Exercício como RT em Enfermagem no Centro de Reprodução Humana Assistida ANDROLAB, em Curitiba-PR.

“Centralizar o olhar da Enfermagem no público masculino que busca os tratamentos em RHA.”



Rose Melamed

Psicologia clínica da saúde e hospitalar. Possui capacitação em Reprodução Humana Assistida pela SBRA. Psicóloga na Fertility – Medical Group. Membro fundador da Associação Instituto Sapientiae. Professora de Psicologia da pós-graduação do Instituto Sapientiae – Instituto Suassuna – PEC on-line REDLARA 2023. Membro do Comitê Saúde Mental da SBRH e do Comitê de Psicologia da SBRA. Membro Advisory Board da Revista Evolution.

“Tanto quanto a mulher, o homem, também sente e sofre com a impossibilidade da chegada de um herdeiro. Colocados à margem dos tratamentos de reprodução assistida sem poder expressar seus sentimentos, tornam-se parentes pobres de seus filhos, mesmo, muitas vezes, estando presentes fisicamente. Portanto, é preciso dar espaço ao homem para que a potência de seu desejo de ser pai possa garantir sua participação, desde os momentos iniciais, no processo de formação de seu rebento.”



Simone Perelson

Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (Université Paris 7). Professora da UFRJ (Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica e Escola de Comunicação). Membro do Comitê de Psicologia da SBRH, da SBRA e do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos.

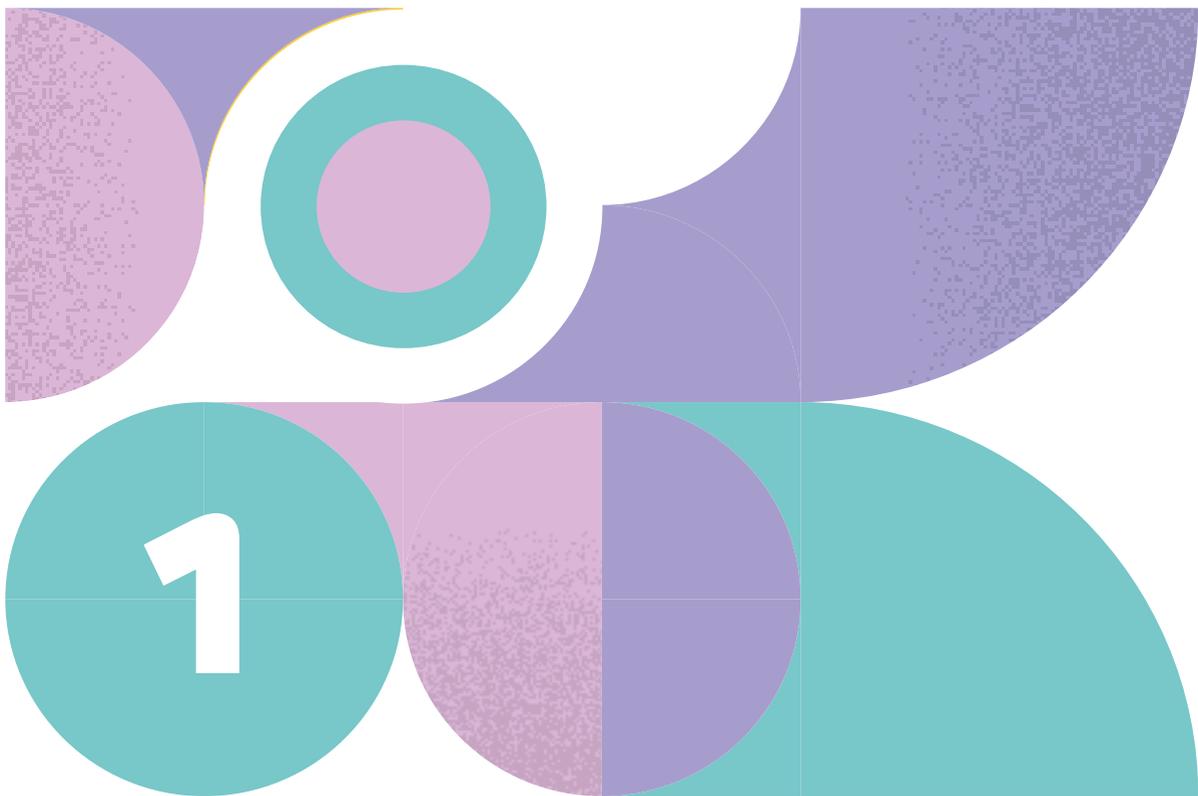
“O artigo destaca a multiplicidade de lugares que a gestante de substituição e a doadora de óvulos podem ocupar nas homopaternidades, pensando no que essas famílias aportam de novo.”



Valéria de Macêdo Teixeira Batista

Psicóloga e psicanalista. Formação em Psicologia e Psicanálise em Reprodução Humana pela SAMeR/ Buenos Aires. Membro do Comitê da Sociedade Brasileira de Psicologia em Reprodução Humana. Membro *Advisory Board* da Revista Evolution. Psicóloga responsável pela Clínica Perfeito de Reprodução Humana em Goiânia/GO.

“O texto traz um olhar diferenciado para o homem/pai, olhar de suma importância para a equipe multidisciplinar considerar.”



ANATOMIA DO SISTEMA GENITAL MASCULINO

ANA BEATRIZ MACHADO DE ANDRADE FREITAS

BRUNA KAREN OLIVEIRA NOGUEIRA

PAULO FRANCO TAITSON

1. Introdução

A pelve masculina é composta por órgãos do sistema urinário, digestório e genital. As gônadas são órgãos produtores de gameta, sendo, no homem, o testículo. Além de fazer espermatogênese, este órgão é produtor de hormônios sexuais masculinos que são fundamentais para o desenvolvimento de espermatozoides. Porém, após a produção dos espermatozoides no testículo, estes ainda são imaturos e pouco funcionais, sendo apenas após a passagem pelo epidídimo que adquirem características que os tornam capazes de fertilizar o óvulo.

Logo após a produção e a maturação dos espermatozoides, eles são transportados por meio do ducto deferente, que tem função transportadora. Os gametas percorrem este tubo até chegarem às glândulas sexuais acessórias que irão produzir componentes que possibilitam a definição do conjunto do sêmen, com vistas a uma fertilização viável. Uma destas glândulas é a vesícula seminal, a qual produz um líquido que, entre outros nutrientes, tem a presença de frutose, que confere energia aos espermatozoides. A confluência entre o ducto excretor da vesícula seminal e o ducto deferente permite a formação do ducto ejaculatório que penetra a próstata, glândula responsável pela produção de uma secreção clara e fluida. Após passar pela próstata, o sêmen é ejetado por meio da uretra, passando, por fim, pelo órgão copulador denominado pênis, que tem forma cilíndrica.

Na sequência, apresentamos o relato das estruturas do sistema genital masculino de forma isolada e didática.

2. Testículo

O testículo é um órgão par (direito e esquerdo), situado em uma bolsa músculo-cutânea, denominada escroto, a qual está apensa à região anterior do períneo, posteriormente ao pênis. Cada testículo tem forma ovoide, com o grande eixo quase vertical, e ligeiramente achatado no sentido lateromedial, do que decorre apresentar duas faces, duas bordas e duas extremidades. As faces são lateral e medial, as bordas anterior e posterior, e as extremidades superior e inferior. A borda posterior é ocupada de cima a baixo por uma formação cilíndrica, mais dilatada para cima, o epidídimo. A metade superior da borda posterior do testículo representa propriamente o seu hilo, recebendo a denominação especial de mediastino do testículo.¹

É por meio do mediastino que o testículo se comunica propriamente com o epidídimo. O testículo é envolto por uma cápsula de natureza conjuntiva, branco-nacarada, que se chama túnica albugínea. A túnica albugínea envia para o interior do testículo delgado septos conhecidos como septos testiculares, os quais se subdividem em lóbulos.

Nos lóbulos dos testículos, encontramos grande quantidade de finos, longos e sinuosos ductos, de calibre quase capilar, denominados túbulos seminíferos contorcidos. Estes convergem para o mediastino dos testículos e vão se anastomosando, constituindo túbulos seminíferos retos, os quais se entrecruzam formando uma verdadeira rede no nível do mediastino. No mediastino, os túbulos seminíferos retos desembocam em dez a 15 ductos eferentes, que do testículo vão à cabeça do epidídimo.²

3. Epidídimo

O epidídimo é um órgão reprodutor fundamental para a maturação, o armazenamento e a proteção dos espermatozoides. Nele, os espermatozoides testiculares imaturos adquirem a motilidade e a capacidade de serem fertilizados durante o caminho, por meio de mudanças maturacionais e morfológicas para estarem aptos a interagir com o ovócito. O transporte do espermatozoide do testículo para o ducto deferente é realizado pelo epidídimo, por meio de contrações rítmicas das camadas musculares lisas ao redor do epidídimo, e o tempo de trânsito total é entre dez a 15 dias.³

O epidídimo estende-se longitudinalmente na borda posterior do testículo. Ele apresenta uma dilatação superior que ultrapassa o polo superior do testículo (a cabeça), um seguimento intermediário (o corpo), e, inferiormente, uma porção mais estreitada (a cauda do epidídimo). Na cabeça do epidídimo, os ductos eferentes dos testículos continuam por ductos também muito tortuosos que, em seguida, vão se anastomosando sucessivamente para constituir um único tubo – o ducto do epidídimo, tão sinuoso que ocupa um espaço de aproximadamente 2 centímetros de comprimento, quando na realidade tem 6 metros de extensão.⁴

Inferiormente, a cauda do epidídimo, tendo no interior o ducto do epidídimo, encurva-se em ângulo agudo póstero-superiormente, dando seguimento ao ducto deferente. É justamente nessa curva constituída pela cauda do epidídimo e início do ducto deferente que ficam armazenados os espermatozoides até o momento do ato sexual, quando são levados para o exterior. A primeira porção do ducto deferente é mais ou menos sinuosa e ascende imediatamente por trás do epidídimo. Tanto o testículo quanto o epidídimo e a primeira porção do ducto deferente são diretamente envoltos

por uma membrana serosa – a túnica vaginal. Assim como a pleura ou o pericárdio, a túnica vaginal apresenta um folheto que envolve diretamente aqueles órgãos, denominado lâmina visceral.

Posteriormente aos órgãos citados, a lâmina visceral da túnica vaginal se reflete de cada lado, para continuar como a lâmina parietal. Entre a lâmina visceral e a lâmina parietal da túnica vaginal permanece um espaço virtual denominado cavidade vaginal, a qual contém uma pequena quantidade de líquido que facilita o deslizamento entre as duas lâminas.

4. Ducto deferente

O ducto deferente é um longo e fino tubo par, de paredes espessas, facilmente identificável pela palpação por se apresentar como um cordão uniforme, o que o distingue dos elementos que o cercam, de consistência variável. Próximo à sua terminação, o ducto deferente apresenta uma dilatação que recebe o nome de ampola do ducto deferente. É um fino tubo que penetra pela face posterior da próstata, atravessando seu parênquima para ir se abrir, por um pequeno orifício, no colículo seminal da uretra prostática, ao lado do forame do utrículo prostático.

A união do canal da ampola do ducto deferente com o ducto excretor da vesícula seminal forma o ducto ejaculatório. Estruturalmente, o ducto ejaculatório e a vesícula seminal têm a mesma constituição do ducto deferente, apresentando três túnicas concêntricas: adventícia, muscular e mucosa.

5. Vesículas seminais

As vesículas seminais são dois compartimentos membranosos lobulados, colocados entre o fundo da bexiga e o reto, obliquamente acima da próstata, que elaboram um líquido para ser adicionado na secreção dos testículos. Têm cerca de 7,5 cm de comprimento. A face ventral está em contato com o fundo da bexiga, estendendo-se do ureter à base da próstata. As vesículas seminais secretam um líquido que contém frutose (açúcar monossacarídeo), prostaglandinas e proteínas de coagulação (vitamina C). O líquido secretado pelas vesículas seminais normalmente constitui 60% do volume de sêmen.

6. Próstata

A próstata é mais uma glândula cuja secreção é acrescentada ao líquido seminal. Sua localização é abaixo da bexiga urinária e na frente do reto. Ela envolve a uretra prostática, que é o canal para o fluxo de urina na bexiga, e normalmente pesa cerca de 15 g a 20 g. Sua base está encostada no colo da bexiga, e a primeira porção da uretra perfura-a longitudinalmente pelo seu centro, da base ao ápice. Sendo ligeiramente achatada no sentido anteroposterior, ela apresenta uma face anterior e outra posterior, e, de cada lado, faces ínfero-laterais.

Estruturalmente, a próstata é envolta por uma cápsula constituída por tecido conjuntivo e fibras musculares lisas, da qual partem finas trabéculas que se dirigem para a profundidade do parênquima. Participando de seu arcabouço, encontramos fibras musculares estriadas que parecem derivar do músculo esfíncter da uretra.⁵ O restante do parênquima é ocupado por células glandulares distribuídas em tubos ramificados, cuja secreção é drenada pelos

ductos prostáticos, os quais, em número que gira em torno de 20, se abrem na superfície posterior do interior da uretra, de cada lado do colículo seminal.^{6,7}

7. Glândulas bulbouretrais

As glândulas bulbouretrais são duas formações pequenas e arredondadas, de coloração amarela, do tamanho de uma ervilha. Estão envolvidas por fibras transversas do esfíncter uretral. Localizam-se inferiormente à próstata e drenam suas secreções (mucosa) para a parte esponjosa da uretra. Sua secreção, semelhante ao muco, entra na uretra durante a excitação sexual, constituindo 5% do líquido seminal. Durante a excitação sexual, as glândulas bulbouretrais secretam uma substância alcalina que protege os espermatozoides e também secretam muco, que lubrifica a extremidade do pênis e o revestimento da uretra, diminuindo a quantidade de espermatozoides danificados durante a ejaculação. Possuem ductos que se abrem na parte esponjosa da uretra, onde secretam substância alcalina, contribuindo para a diminuição da acidez na uretra causada pela urina.^{8,9}

8. Pênis

O pênis é o órgão erétil e copulador masculino.^{10,11} Ele é representado por uma formação cilindroide que se prende à região mais anterior do períneo, e cuja extremidade livre é arredondada. O pênis é formado por uma porção interna denominada raiz e porção externa dividida em corpo e glande na sua porção terminal. A porção final do pênis apresenta muitas terminações nervosas, sensíveis ao toque e responsáveis pelo prazer. O tecido, que tem a capacidade de se encher e se esvaziar de sangue, forma três cilindros, dos quais dois são pares (direito e esquerdo) e se situam paralelamente, dorsal-

mente (considerando-se o pênis em posição ereta); o terceiro é ímpar e mediano, e situa-se longitudinalmente e ventralmente em relação aos dois precedentes.

Os dois cilindros dorsais recebem o nome de corpos cavernosos do pênis, e o ventral de corpo esponjoso do pênis. Os corpos cavernosos apresentam tecido erétil e se enchem de sangue produzindo a ereção. O corpo esponjoso também possui tecido erétil, circunda a uretra peniana e forma a glândula do pênis.

Referências

1. Mourthé Filho A, Faria ARL, Melo UB, Taitson PF. Diferenciação testicular. *Rev Bras Med.* 1996;53:970-73.
2. Taitson PF, Assumpção EA, Berti SM, Almeida OJ, Taitson LM. *Bioética: vida e morte.* 3. ed. Belo Horizonte: PUC Minas; 2023.
3. Dong S, Chen C, Zhang J, Gao Y, Zeng X, Zhang X. Testicular aging, male fertility and beyond. *Front. Endocrinol.* 2022;13:1012119. doi: 10.3389/fendo.2022.
4. Barrachina F, Battistone MA, Castillo J, Mallofré C, Jodar M, Breton S, Oliva R. Sperm acquire epididymis-derived proteins through epididymosomes. *Hum Reprod.* 2022;37(4):651-68.
5. Cunha GR, Vezina CM, Isaacson D, Ricke WA, Timms BG, Cao M, Franco O, Baskin LS. Development of the human prostate. *Differentiation*, 103: 24-45, 2018.
6. Ramm SA. Seminal fluid and accessory male investment in sperm competition. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2020 Dec;375(1813):20200068.

7. Salgueiro LL, Nakagawa HM, Souza MCB, Taitson PF. Interfaces: Reprodução Humana e Covid-19. Brasília: SBRA; 2020.
8. Taitson PF, Amorim Filho O. Distribuição Geográfica da Infertilidade Masculina no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Nino; 2006.
9. Sharma A, Minhas S, Dhillo WS, Jayasena CN. Male infertility due to testicular disorders. J Clin Endocrinol Metab. 2021;106(2):e442-59.
10. Taitson PF, Mourthé Filho A. Anatomia do Trato Genital Feminino. In: Viana LC, Geber S, Martins M, organizators. Tratado de Ginecologia. 3. ed. Rio de Janeiro: MED BOOK; 2012. p. 9-14.
11. Taitson PF, Lima LSS. Fertilidade Masculina. In: Giacon F, organizator. Contribuições Interdisciplinares no Contexto da Reprodução Humana. Brasília: Viva+ Editora; 2022. p. 140-158.



INVESTIGAÇÃO DA INFERTILIDADE MASCULINA

DANIEL SUSLIK ZYLBERSZTEJN
ANDRÉ MARANTES MASCIARELLI PINTO
JOÃO PAULO GRECO CARDOSO

1. Introdução

A cada seis casais em idade reprodutiva tentando engravidar, um necessitará de ajuda médica para a conquista da prole. Este número impressiona pela alta prevalência de infertilidade conjugal e, ao olharmos com mais atenção para as causas de infertilidade, também pela alta incidência de fator masculino. O fator masculino exclusivo de infertilidade está presente em cerca de 20% dos casos, contribuindo ainda com 30% a 40% em casos associados a fatores femininos.¹ A preocupação sobre o potencial de fertilidade masculino aumenta consideravelmente ao lermos o artigo publicado pelo grupo da pesquisadora Shanna Swan. O estudo afirma que o declínio da produção de espermatozoides móveis pela presença de contaminantes por disruptores endócrinos está acelerado, com mais de 50% dos homens apresentando parâmetros seminais ruins e pouco compatíveis com gravidez natural até a próxima década de 40.²

Importante ressaltar que a investigação do fator masculino é uma chance única de realizar uma avaliação completa da saúde masculina, pois várias doenças estão associadas à infertilidade, entre elas: doenças oncológicas, cardiovasculares, autoimunes, síndrome metabólica, genéticas e até mesmo hábitos de vida.³

O objetivo deste capítulo é, de uma forma bastante objetiva, apresentar os tópicos mais importantes da abordagem inicial da infertilidade masculina, as principais doenças relacionadas ao prejuízo da espermatogênese e os tratamentos clínicos, cirúrgicos e laboratoriais que existem para melhorar a qualidade do espermatozoide.

2. Avaliação do potencial fértil masculino

Quadro 1. Objetivos da avaliação do homem infértil

- Identificar condições potencialmente corrigíveis;
 - Identificar condições irreversíveis que são passíveis do uso de técnicas de reprodução assistida na captação de espermatozoides;
 - Identificar condições irreversíveis não passíveis de fertilização com o sêmen do parceiro, e nas quais a inseminação com sêmen de doador ou a adoção podem ser consideradas;
 - Identificar doenças sistêmicas que cursam com infertilidade e necessitam de tratamento;
 - Identificar anormalidades genéticas que podem afetar os descendentes.
-

Fonte: Schlegel, Sigman, Collura, et al.¹ (2020).

Quadro 2. Etapas da avaliação do homem infértil

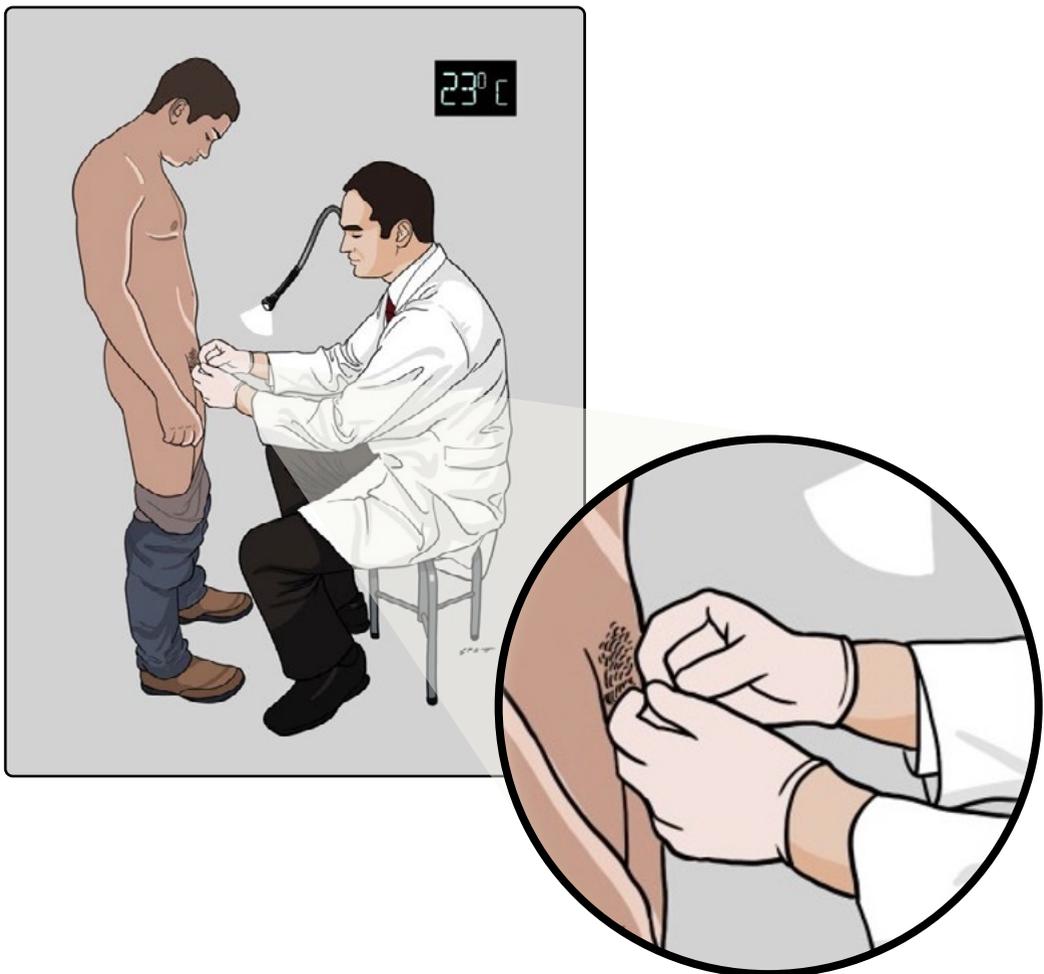
Anamnese

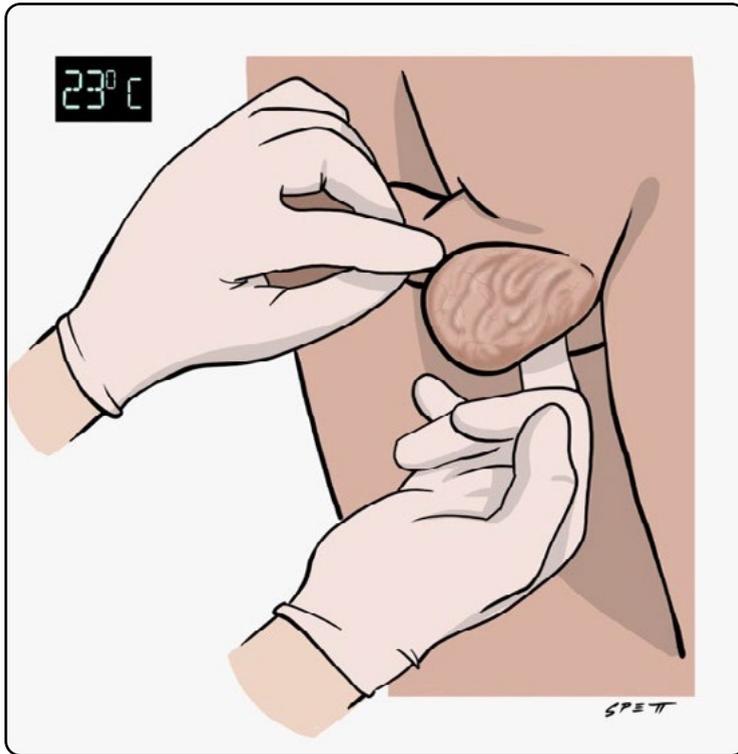
- Duração da infertilidade conjugal;
 - Frequência das relações sexuais;
 - História pregressa: criptorquidia; cirurgias na infância e idade adulta (principalmente genitais, pélvicas e de retroperitônio); doenças crônicas (obesidade, hipertensão, diabetes); tratamentos gonadotóxicos prévios (radioterapia, quimioterapia); medicações com potencial de alteração da fertilidade (anabolizantes e testosterona exógena, medicações gonadotóxicas); traumas prévios (traumatismo sistema nervoso central/periférico, traumas pélvicos ou genitais);
 - Uso de drogas (tabagismo, cigarros eletrônicos, álcool, maconha e outras);
 - Exposição a fatores ambientais e ocupacionais (pesticidas, solventes, altas temperaturas, radiação ionizante);
 - Infecções prévias, como orquites virais (principalmente caxumba), doenças sexualmente transmissíveis e infecções do trato urinário que podem estar associadas a obstruções da via ejaculatória.
-

Exame físico

- Palpação dos testículos, mensuração do volume testicular e eixos testiculares; presença e consistência do ducto deferente e do epidídimo; avaliação e identificação das estruturas do cordão e presença de varicocele; avaliação do pênis e localização do meato uretral.

Fonte: Schlegel, Sigman, Collura, et al.¹ (2020).





2.1. Exames complementares

2.1.1. Análise seminal

Idealmente, duas amostras coletadas em dias distintos, preferencialmente no laboratório, mantidas em temperatura próxima à corpórea e analisadas em até 1 hora da coleta.

Os valores do percentil 5, presente na maioria dos laudos laboratoriais, devem ser interpretados com cautela. Eles não representam o limite de concentração normal/anormal ou valores mínimos necessários para gravidez espontânea, e não devem ser considerados pontos de corte entre pacientes

férteis e inférteis. Os percentis devem ser utilizados na localização do paciente dentro da distribuição populacional, para controle de tratamentos ou como referências para progressão de propedêutica.

Em relação à azoospermia, define-se por ausência de espermatozoides no ejaculado, mesmo após a centrifugação por 15 minutos a 3000G e a avaliação pormenorizada do *pellet*.⁴ Ausência de espermatozoide no ejaculado após centrifugação não necessariamente indica a ausência de produção espermática. Estes pacientes devem ser avaliados quanto a alterações de espermatogênese (falência testicular primária ou secundária) ou alterações no transporte dos espermatozoides (ejaculação retrógrada, agenesia de ductos deferentes ou outras causas de obstrução) na diferenciação entre azoospermia obstrutiva (40% dos casos) ou não obstrutiva (60% dos casos).¹

2.1.2. Fragmentação do DNA

Elevadas taxas de fragmentação do DNA espermático, a forma mais comum de lesão do DNA, são frequentemente encontradas em pacientes inférteis. Atualmente, as técnicas laboratoriais utilizam métodos diretos e indiretos, com valores de referência distintos e não intercambiáveis. A associação de fragmentação do DNA elevada com redução das chances de gestação natural, aumento da taxa de aborto e redução nas taxas de sucesso dos métodos de reprodução assistida motiva a solicitação.⁵

2.1.3. Avaliação por imagem do testículo e glândulas acessórias

- Ultrassonografia testicular com *doppler* colorido: exame físico difícil ou limitado e/ou achados suspeitos, principalmente massas testiculares e na documentação de varicocele para identificação de refluxo e diâmetro das veias varicosas;

- Ultrassonografia transretal/ressonância magnética de pelve: nas suspeitas de obstrução, pode identificar dilatação das vesículas seminais, dilatação de ducto ejaculatório ou presença cistos prostáticos medianos.

2.1.4. Avaliação endócrina (FSH, LH, testosterona)

Em pacientes com hipogonadismo diagnosticado ou suspeito ou concentração de espermatozoides menor que 10 milhões/ml.⁶ Amostras devem ser colhidas entre 8 e 10 horas da manhã.

Quadro 3. Alterações hormonais

Condição clínica	FSH	LH	Testosterona	Prolactina
Hipogonadismo primário (hipergonadotrófico)	Alto	Alto	Baixo/normal	Normal
Hipogonadismo secundário (hipogonadotrófico)	Baixo	Baixo	Baixo	Normal
Alterações da espermatogênese	Alto/normal	Normal	Normal	Normal
Secretores de prolactina	Normal/baixo	Normal/baixo	Baixa	Normal

Fonte: Schlegel, Sigman, Collura, et al.¹ (2020)

2.1.5. Avaliação genética

Avaliação genética com cariótipo e microdeleção do cromossomo Y é essencial em homens com azoospermia ou oligospermia (<5 milhões/ml).

- Cariótipo: a síndrome de Klinefelter é a mais comum, ocorre em dois terços das alterações de cariótipo;

- Microdeleção do cromossomo Y: pacientes com deleções da região AZFc são oligozoospermicos ou azoospermicos com chance de captação cirúrgica de espermatozoides. Microdeleções das regiões AZFb ou AZFa são, em geral, azoospermicos, devendo-se analisar a extensão das deleções, mas são baixíssimas as possibilidades de sucesso. Os casais com diagnóstico de microdeleção do cromossomo Y devem ser orientados quanto à transmissão para os descendentes do sexo masculino da mesma microdeleção ou outras mutações;¹
- 1. Mutação no gene da fibrose cística: forte associação com agenesia do ducto deferente. Cerca de 80% dos homens com agenesia bilateral de deferente apresentam mutação do gene CFTR.⁶

3. Causas de infertilidade masculina

De maneira didática, as causas de infertilidade masculina podem ser divididas em pré-testiculares, testiculares e pós-testiculares, embora possa haver uma correlação ou interposição destas causas.

Quadro 4. Principais causas de infertilidade masculina⁷

Pré-testiculares

Hipogonadismo hipogonadotrófico (congenito/adquirido): deficiência congênita de GnRH (síndrome de Kallmann); tumores do hipotálamo e hipófise (macroadenoma, craniofaringioma), desordens infiltrativas do hipotálamo e hipófise (sarcoidose, histiocitose, tuberculose, infecções fúngicas), inflamações do infundíbulo ou hipófise, causas vasculares (aneurisma e infarto hipófise); **causas hormonais** (hiperprolactinemia, excesso de andrógenos, estrogênio ou cortisol, drogas (andrógenos exógenos, opioides e drogas psicotrópicas, agonistas ou antagonistas do GnRH).

-
- Testiculares
-
- Genéticas: síndrome de Klinefelter (XXY), microdeleção do cromossomo Y, defeitos autossômicos e mutações, criptorquidia, distrofia miotônica, síndromes de insensibilidade androgênica, deficiência de 5-alfa-redutase, alterações de receptores androgênicos ou alterações na síntese, varicocele, infecções: orquites virais (caxumba, arboviroses), orquite granulomatosa (tuberculose), orquiepididimites (gonorreia, clamídia), drogas: quimioterapia e agentes alquilantes, álcool, maconha, antiandrogênicos, cetoconazol, espironolactona, radiação ionizante, toxinas ambientais: chumbo, mercúrio, cádmio, tabagismo, agentes estrogênicos ambientais, trauma, torção testicular, sistêmicas: insuficiência renal, cirrose hepática, câncer, anemia falciforme, amiloidose, vasculites, doença celíaca.
-
- Pós-testiculares
-
- Alterações do epidídimo: fibrose, obstrução, anormalidades do deferente (agenesia, síndrome de Young, fibrose, vasectomia), alterações da vesícula seminal, próstata ou ducto ejaculatório (cistos, agenesia, fibrose, obstrução, manipulação cirúrgica, síndrome de Zinner), disfunções ejaculatórias (neuropatias centrais e periféricas, trauma raquimedular, diabetes).
-

Fonte: Anawalt, Page⁷ (2018).

3.1. Varicocele

É a principal causa tratável de infertilidade masculina e tem destaque entre os diagnósticos. Possui caráter progressivo na disfunção testicular, sugerido pela presença em 40% dos pacientes com infertilidade primária em até 80% dos casos de infertilidade secundária.^{1,6}

O estresse oxidativo tem importância central no prejuízo da função testicular, com fisiopatologia multifatorial associada à hipertermia, à hipoperfusão e à hipóxia, refluxo de metabólitos tóxicos e alterações hormonais. Associa-se ainda a maiores taxas de fragmentação do DNA espermático.

O padrão ouro para diagnóstico de varicocele é o exame físico cuidadoso com o paciente em ortostatismo e manobra de valssalva. Recomenda-se confirmação por exame ultrassonográfico da bolsa testicular com *doppler* por médicos experientes no exame.

4. Tratamentos

4.1. Clínico

4.1.1. *Mudanças de estilo de vida*

As mudanças no estilo de vida, como perda de peso e prática de atividade física moderada, têm mostrado melhorias nos parâmetros seminais, no tratamento de hipogonadismo, bem como na saúde geral dos homens. Além disso, a interrupção do tabagismo e a redução do consumo de álcool também contribuem para a melhora da qualidade seminal.^{8,9}

4.1.2. *Uso de antioxidantes*

O uso de antioxidantes como tratamento tem sido proposto em casos de infertilidade e alta taxa de fragmentação de DNA espermático, subproduto do estresse oxidativo. Estudos recentes mostram que esse tratamento pode aumentar as taxas de gravidez e de nascidos vivos em casais subférteis, especialmente em casos de infertilidade idiopática.¹⁰

4.1.3. *Tratamento hormonal*

Os moduladores seletivos dos receptores de estrogênio (SERMs), como o clomifeno e o tamoxifeno, devido ao bloqueio de receptores de estrogênio no hipotálamo, aumentam a secreção pulsátil de GnRH, estimulando a espermatogênese. Estão indicados principalmente para homens oligozoospermicos

com níveis séricos normais ou baixos de gonadotrofinas. Os inibidores da aromatase (IA) também são usados para aumentar a produção de espermatozoides em casos de infertilidade masculina com baixa testosterona sérica e relação testosterona/estradiol alterada.¹¹

Nos casos de hipogonadismo secundário antes da puberdade, o tratamento envolve o uso combinado de gonadotrofina coriônica humana (hCG) e hormônio folículo estimulante recombinante (FSHr). Inicia-se com hCG, até que sejam obtidos níveis normais de testosterona sérica, para posterior introdução do FSHr. Já nos casos de hipogonadismo secundário após a puberdade, o tratamento é feito apenas com hCG, e o FSHr é utilizado somente em casos refratários. A melhora na espermatogênese usualmente ocorre com pelo menos três meses de terapêutica.

Em casos de infertilidade por uso abusivo de esteroides anabolizantes, o hCG pode ser recomendado como uma forma de estimular a produção endógena de testosterona e, conseqüentemente, melhorar a espermatogênese após a interrupção do uso dessas substâncias.¹²

4.2. Cirúrgico

4.2.1. Varicocelectomia

A varicocelectomia é um dos principais tratamentos realizados em homens com infertilidade. É indicada nos casos de varicocele clínica associada a comprometimento de volume testicular, baixa qualidade seminal ou elevada taxa de fragmentação de DNA espermático. A técnica microcirúrgica é considerada a melhor opção, com resultados positivos observados após três a seis meses da cirurgia.¹³

4.2.2. *Reversão de vasectomia*

Aproximadamente 5% dos homens que realizam vasectomia deseja reverter o procedimento. A técnica padrão ouro é a vasovasostomose microcirúrgica. Apresenta altas taxas de sucesso, chegando a até 90% de patência quando realizada até dez anos após a vasectomia. Nos casais em que a parceira tem uma boa reserva ovariana, a chance de gravidez após o procedimento é alta.¹⁴

4.2.3. *Ressecção de cisto de ducto ejaculatório*

A obstrução do ducto ejaculatório por cistos pode levar à azoospermia obstrutiva. Usualmente o tratamento tem como objetivo a desobstrução por meio da ressecção do cisto com alça de eletrocautério via endoscopia uretral, permitindo a passagem de espermatozoides em quantidade suficiente para gestação.

4.2.4. *Métodos cirúrgicos para recuperação de espermatozoides*

Para casos de azoospermia obstrutiva são indicadas as técnicas de aspiração percutânea de espermatozoides do epidídimo (PESA) e aspiração microcirúrgica de espermatozoides do epidídimo (MESA). A PESA consiste em uma punção com agulha fina no epidídimo. É realizado normalmente com anestesia local, em regime de hospital-dia. A MESA é um procedimento de maior complexidade, que tem como vantagem a obtenção de grande quantidade de espermatozoides, permitindo a realização de vários ciclos de fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), quando necessários.⁹

Já nos casos de azoospermia não obstrutiva, são indicadas técnicas de obtenção de espermatozoides testiculares. A aspiração de espermatozoides dos testículos (TESA) consiste na aspiração de parênquima testicular com

seringa e agulha de grosso calibre para obtenção de espermatozoides.⁹ A extração de espermatozoides dos testículos (TESE) é realizada por meio da obtenção de múltiplos fragmentos testiculares para busca de espermatozoides. Já a técnica de microdissecção testicular, também conhecida como micro-TESE, permite a avaliação microscópica do parênquima testicular em busca dos túbulos seminíferos mais dilatados, aumentando, assim, a chance de espermatozoides serem encontrados pelos embriologistas. Sua principal vantagem reside em encontrar espermatozoides em histologias desfavoráveis, como aplasia de células germinativas e parada de maturação.⁹

5. Seleção de espermatozoides no laboratório para técnicas de reprodução assistida

A técnica da ICSI (*intracytoplasmic sperm injection*) foi a segunda grande revolução observada na Medicina Reprodutiva. Por meio dela, homens com diagnóstico de oligoastenoteratozoospermia e azoospermia obtêm uma chance real de engravidar suas parceiras. Entretanto, os espermatozoides podem não ter a competência funcional para fertilizar os óvulos, obter embriões com qualidade e alcançar a gravidez. Desta forma, nos últimos anos surgiram uma variedade de técnicas avançadas para seleção dos melhores espermatozoides para se obter embriões de alta qualidade e com as maiores taxas de sucesso.¹⁵

Enquanto as técnicas convencionais de processamento seminal (*Swim-up* e Gradiente Descontínuo de Densidade) são baseadas na motilidade e na densidade do meio utilizado, os métodos avançados utilizam as características físicas e moleculares dos espermatozoides, como carga da superfície da membrana, morfologia, motilidade, integridade e marcadores proteicos da

membrana plasmática. Técnicas como IMSI (*intracytoplasmic morphologically selected sperm injection*), separação microfluídica, seleção com ácido hialurônico, MACS (*magnetic activated cell sorting*), entre outras, têm o objetivo de recuperar espermatozoides com a menor fragmentação de DNA e com ausência de marcadores de apoptose para que a ICSI possa realmente ser efetiva no tratamento de infertilidade.¹⁶

6. Conclusão

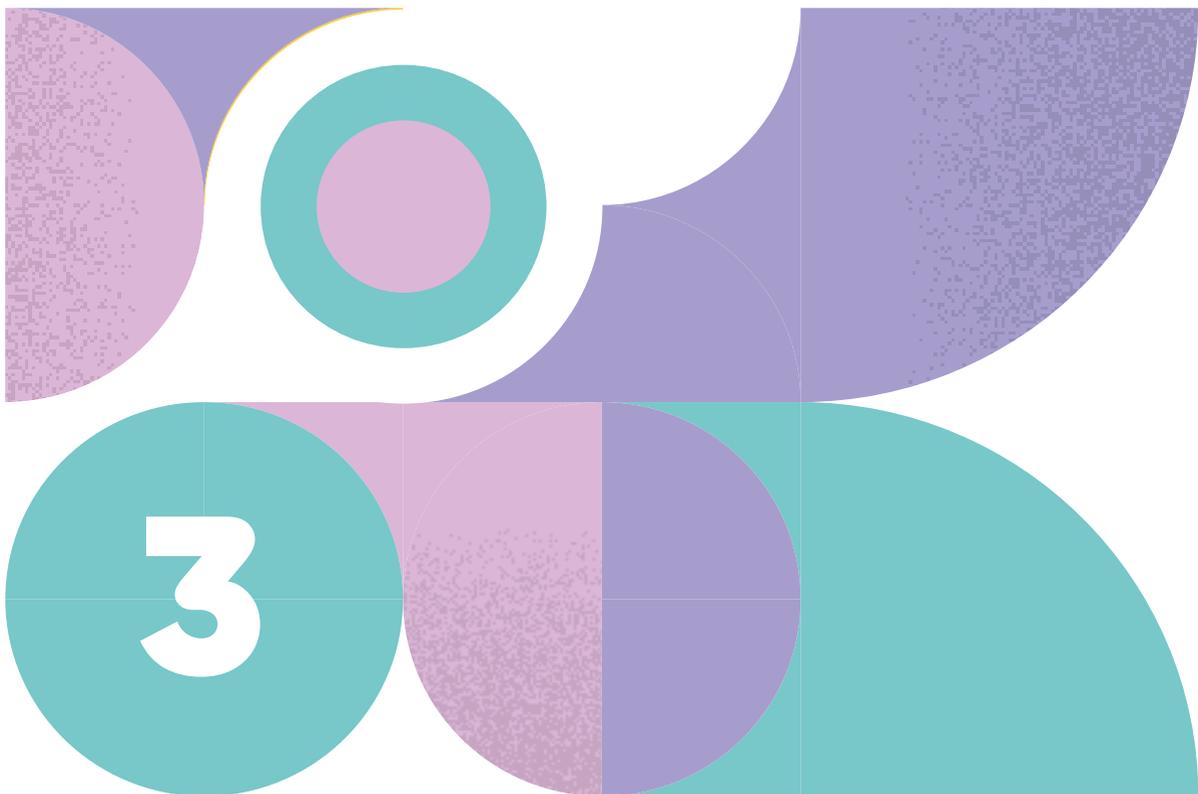
Precisamos mudar a prática corrente de que a avaliação masculina seja resumida apenas à solicitação de um espermograma convencional. Rastrear todos os fatores de agravo existentes, solicitar exames completos para avaliação da saúde e avaliar qualitativamente o sêmen com exames específicos são atitudes que proporcionam o melhor entendimento do potencial de fertilidade e a identificação de quais medidas podem ser propostas como tratamento. Sejam medidas clínicas, sejam cirúrgicas ou laboratoriais, exclusivas ou associadas, a obtenção de uma melhor espermatogênese pode facilitar uma gravidez natural ou, ainda, promover um tratamento de reprodução assistida com maiores chances de sucesso e menores riscos perinatais para a gestante e para o embrião em desenvolvimento.

7. Referências

1. Schlegel PN, Sigman M, Collura B, De Jonge CJ, Eisenberg ML, Lamb DJ, et al. Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline Part I. *J. Urol.* 2021 Jan;205(1):36-43. doi: 10.1097/JU.0000000000001521.
2. Levine H, Jørgensen N, Martino-Andrade A, Mendiola J, Weksler-Derri D, Jolles M, et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and

- meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries. *Hum Reprod Update*. 2023;29(2):157-76.
3. Choy JT, Eisenberg ML. Male infertility as a window to health. *Fertil Steril*. 2018;110(5):810-14.
 4. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human semen. Geneva: WHO; 2021. 276 p.
 5. Esteves SC, Zini A, Coward RM, Evenson DP, Gosálvez J, Lewis SEM, et al. Sperm DNA fragmentation testing: summary evidence and clinical practice recommendations. *Andrologia*. 2021;53(2):e13874.
 6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;103(3):e18-25.
 7. Anawalt BD, Page ST. Causes of Male Infertility. 2020 Sep 30. [cited 2023 Jul 26] In: UpToDate [Internet]. [place unknown]: UpToDate; 2018. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-male-infertility>.
 8. Håkonsen LB, Thulstrup AM, Aggerholm AS, Olsen J, Bonde JP, Andersen CY, et al. Does weight loss improve semen quality and reproductive hormones? Results from a cohort of severely obese men. *Reprod Health*. 2011 Aug 17;8:24. doi: 10.1186/1742-4755-8-24.
 9. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol*. 2021 Sep;80(3):333-357. doi: 10.1016/j.eururo.2021.06.007.
 10. Smits RM, Mackenzie-Proctor R, Yazdani A, Stankiewicz MT, Jordan V, Showell MG. Antioxidants for male subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD007411.

11. Cannarella R, Condorelli RA, Mongioì LM, Barbagallo F, Calogero AE, La Vignera S. Effects of the selective estrogen receptor modulators for the treatment of male infertility: a systematic review and meta-analysis. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(12):1517-25.
12. El Meliegy A, Motawi A, El Salam MAA. Systematic review of hormone replacement therapy in the infertile man. *Arab J Urol*. 2018;16(1):140-47.
13. Persad E, O'Loughlin CA, Kaur S, Wagner G, Matyas N, Hassler-Di Fratta MR, et al. Surgical or radiological treatment for varicoceles in subfertile men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;4(4):CD000479.
14. Silber SJ, Grotjan HE. Microscopic vasectomy reversal 30 years later: a summary of 4010 cases by the same surgeon. *J Androl*. 2004;25(6):845-59.
15. Baldini D, Ferri D, Baldini GM, Lot D, Catino A, Vizziello D, et al. Sperm Selection for ICSI: Do We Have a Winner? *Cells*. 2021 Dec;10(12):3566. doi: 10.3390/cells10123566.
16. Vaughan DA, Sakkas D. Sperm selection methods in the 21st century. *Biol Reprod*. 2019;101(6):1076-82.



FERTILIDADE MASCULINA: O QUE VEM ACONTECENDO AO LONGO DAS GERAÇÕES E O PAPEL DO LABORATÓRIO DE ANDROLOGIA

FERNANDA SOUZA PERUZZATO
NATÁLIA DE LIMA PRATES

1. Hábitos que impactam o declínio da fertilidade masculina

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infertilidade é uma doença do sistema reprodutor humano caracterizada pela incapacidade de conseguir uma gravidez clínica após pelo menos 12 meses de relações sexuais sem a utilização de método contraceptivo.¹ As questões de fertilidade afetam um em cada seis casais na maioria dos países desenvolvidos, e as causas podem igualmente estar relacionadas ao homem, à mulher ou a ambos os parceiros, enquanto em 15% dos casos as causas permanecem desconhecidas.²

A fertilidade masculina diz respeito à capacidade de um homem produzir espermatozoides com competência de fertilizar o gameta feminino e iniciar uma gravidez clínica. Embora essa definição seja simples, a avaliação da saúde masculina e seu potencial reprodutivo por parte da equipe clínica é mais complexa e envolve tanto a análise propriamente dita do gameta espermatozoide quanto dos aspectos hormonais e histórico de vida do paciente.

Já é bem conhecido o fato de que os seres humanos estão expostos a inúmeros agentes ambientais que podem ser prejudiciais à sua saúde e, principalmente, à sua capacidade reprodutiva. Ainda, o sistema reprodutor masculino é conhecido por ser muito sensível a uma grande variedade de compostos químicos gerados por atividades industriais e agrícolas.³ Embora alguns parâmetros seminais sejam semelhantes em comparação com outras espécies de mamíferos, homens possuem testículos de tamanho relativamente menor e menor taxa de produção de espermatozoides diária. Corroborando com isso, durante a espermatogênese, a maior parte de espermatozoides produzidos são classificados como morfológicamente anormais.⁴ Por isso, devido a esses

fatores, é sugerido que a espermatogênese nos homens seja particularmente vulnerável a fatores externos e que os humanos são mais propensos ao risco de agentes tóxicos.^{5,6}

Preocupações com a queda na qualidade do sêmen humano em geral e a contagem de espermatozoides iniciaram há muitos anos, e a problemática vem aumentando consideravelmente. Este tópico tem sido discutido ao redor do mundo, mas ainda permanece controverso. Um dos primeiros estudos demonstrando um declínio na qualidade seminal ao longo de um período de 50 anos foi publicado nos anos 1990. Nesta meta-análise, 61 estudos publicados entre 1938 e 1990, incluindo um total de 14.947 homens sem história prévia de infertilidade, foram avaliados. Os autores evidenciaram um significativo declínio na média da concentração de espermatozoides com valores variando de 113 milhões/mL, em 1940, para 66 milhões/mL, em 1990, o que representa uma redução de aproximadamente 1% ao ano.⁷ Anos mais tarde, em 2017, uma outra meta-análise relatou uma diminuição significativa contínua na concentração de espermatozoides no mundo ocidental nos últimos 20 anos.⁸ Por outro lado, um dos pontos mais criticados é a heterogeneidade da população de homens estudados, incluindo diferenças na idade, fertilidade e *status* socioeconômico, e, dessa forma, a investigação dos fatores que impactam a fertilidade masculina tem ganhado cada vez mais atenção.

A análise existente de dados históricos é importante para um entendimento do que vem acontecendo gradualmente, e os resultados indicam claramente tendências temporais adversas na qualidade seminal ou, de forma mais abrangente, na saúde reprodutiva masculina. O *Workshop* do Consenso de Cairo, em 2019, sugere que a associação entre o ano de nascimento e a mudança na qualidade do sêmen nos atenta a procurar razões entre os eventos pré-natais que afetam o desenvolvimento testicular, o que não exclui a importância de eventos pós-natais.⁹

Diversos fatores podem afetar a fertilidade dos homens, desde condições médicas específicas até o estilo de vida e os hábitos diários. Entre os fatores endógenos tem-se a idade, e, hoje, já é bem conhecido que, com o passar dos anos, a produção espermática diminui e a taxa de aneuploidias nos gametas formados é maior. Doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios hormonais e condições médicas, como varicocele, ou condições genéticas também podem afetar negativamente a fertilidade masculina.^{9,10}

Fatores externos incluem o estilo de vida e principalmente a exposição a produtos químicos tóxicos, pesticidas, metais pesados ou radiação. Uma hipótese atual para explicar o declínio observado na contagem espermática da população em geral é a implicação muito provável de disruptores endócrinos por produtos químicos. Estes, biologicamente ativos em doses baixas, podem imitar ou modificar as ações dos hormônios endógenos, agindo sobre seu receptor e, assim, perturbando o sistema endócrino.¹¹

O uso excessivo de álcool, cigarro e drogas são hábitos relacionados a impactos significativamente negativos na fertilidade masculina. O consumo de álcool em excesso pode reduzir a produção de testosterona e afetar a contagem de espermatozoides. O tabagismo está relacionado a uma diminuição na motilidade dos espermatozoides, bem como a anormalidades cromossômicas nos espermatozoides. O uso de maconha, por exemplo, também pode reduzir a contagem de espermatozoides e afetar a função do gameta.¹²

A obesidade e o sobrepeso são condições que merecem igualmente atenção e podem afetar a fertilidade masculina. O excesso de peso pode levar a alterações hormonais e alterar a função reprodutiva. Uma meta-análise que avaliou casais inférteis mostrou o aumento da prevalência de azoospermia ou oligozoospermia em homens com sobrepeso ou obesos.¹³

Os avanços na tecnologia de reprodução assistida têm desempenhado um papel importante na avaliação e no tratamento da infertilidade masculina. Por exemplo, a técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) aumentou as chances de sucesso de fertilização mesmo em caso de baixíssima quantidade de espermatozoides. Ainda, os métodos de criopreservação de espermatozoides estão cada vez mais aprimorados, permitindo a preservação da fertilidade masculina para uso futuro.¹⁴

2. O papel do laboratório de Andrologia

No contexto laboratorial, é fundamental que os embriologistas estejam cientes desse declínio na fertilidade masculina e adotem abordagens apropriadas para avaliar a fertilidade masculina. A análise do sêmen, incluindo a contagem espermática, a motilidade, a morfologia e outros parâmetros, desempenha um papel crucial na identificação de possíveis causas de infertilidade do homem. Ela ajuda a definir a gravidade do fator masculino, bem como orientar o restante da avaliação, incluindo se o paciente pode precisar de uma avaliação endócrina completa, estudos de imagem, testes seminais especializados ou triagem genética. Infelizmente, as análises convencionais de sêmen são relativamente inespecíficas para a identificação da etiologia da infertilidade.¹⁵

A interpretação adequada da análise seminal continua sendo um dos desafios mais complexos nos testes laboratoriais contemporâneos. Os valores de referência para a análise seminal foram anteriormente estabelecidos a partir de populações de referência mal definidas e de múltiplos laboratórios que adotavam metodologias potencialmente divergentes. Com isso, é preciso ter cautela ao interpretar a análise de sêmen com base nos valores de referência, uma vez que os homens podem ser inférteis mesmo com parâmetros

de sêmen “normais”, ou, alternativamente, ser férteis com perfis de sêmen marcadamente “anormais”.⁹ Os métodos atuais de exame do sêmen podem fornecer muitas respostas, mas há várias questões que requerem outras investigações. Para um paciente individual, a análise de sêmen nunca é prognóstica em relação à fertilidade, pois é o potencial de fertilidade do casal que os define como férteis ou subférteis.¹⁶ Porém, como a análise seminal muitas vezes é o teste inicial a partir do qual vários tratamentos de alto custo e invasivos são baseados, a importância de um laboratório de Andrologia confiável é indiscutível.⁹ Ela deve ser realizada em um laboratório de Andrologia equipado com profissionais bem treinados, controle de qualidade interno e externo, sistemas e processos validados e garantia de qualidade.¹⁷

Além da análise seminal usual, um aspecto crucial na avaliação da fertilidade masculina é a análise da fragmentação do DNA espermático. A fragmentação do DNA espermático é uma condição em que ocorre a quebra anormal das cadeias de DNA presentes nos espermatozoides e pode ser detectada por meio de exames como TUNEL, Cometa e Dispersão da Cromatina Espermática. Estudos científicos^{18,19} têm demonstrado que altos níveis de fragmentação do DNA espermático estão associados a uma redução significativa do potencial de fertilização e a um aumento da incidência de falhas de implantação e abortamentos espontâneos. Essa relação entre fragmentação do DNA espermático e infertilidade masculina levou à necessidade de incluir a avaliação desse parâmetro na rotina de investigação.

Nas edições anteriores do Manual da OMS, os testes de avaliação da função espermática eram rotulados como “testes de pesquisa”. No entanto, no Manual de 2021, estes testes (como os testes de fragmentação do DNA espermático e de aneuploidia espermática) são reconhecidos como potencialmente informativos em certas situações clínicas, dependendo da escolha do laboratório ou das solicitações específicas do médico. Exemplos

de situações em que tais testes podem fornecer informações clínicas relevantes para fins explicativos ou tomada de decisão clínica incluem casais com infertilidade inexplicada ou perdas gestacionais recorrentes após concepção natural, pacientes do sexo masculino com fatores de risco (como estilo de vida inadequado e exposição a agentes tóxicos), pacientes com varicocele clínica e parâmetros de análise seminal rotineira limítrofes ou dentro da faixa de referência e falha em inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* (FIV) ou ICSI.¹⁷

Essa mudança de perspectiva em relação aos testes de função espermática destaca a contínua evolução do papel do laboratório de Andrologia no diagnóstico e tratamento da infertilidade masculina. O avanço do conhecimento científico e tecnológico leva a busca por soluções inovadoras na área da Andrologia, impulsionando o campo e beneficiando o diagnóstico e o tratamento da infertilidade masculina. Investimentos em recursos adequados, como equipamentos modernos, profissionais especializados e rigorosos protocolos de qualidade, são fundamentais para garantir resultados confiáveis e precisos no laboratório de Andrologia.

Além disso, o laboratório de Andrologia desempenha um papel de extrema importância na seleção e na aplicação das técnicas de processamento para a obtenção de espermatozoides de alta qualidade utilizados nos procedimentos de reprodução assistida. Entre as técnicas mais comuns estão o método de *Swim-up*, o gradiente descontínuo de densidade e a microfluídica, as quais se tornaram essenciais para aprimorar a concentração e a motilidade espermática. Adicionalmente, o laboratório também realiza o preparo de amostras provenientes de ejaculação retrógrada, bem como de amostras obtidas diretamente do epidídimo e testículo. Essas abordagens permitem otimizar a qualidade dos espermatozoides utilizados nos procedimentos de

reprodução assistida, maximizando, assim, as chances de sucesso para casais que enfrentam desafios de infertilidade masculina.

Entretanto, uma das principais dificuldades em tentar comprovar que as estratégias de seleção de espermatozoides na reprodução assistida serão bem-sucedidas é que o sucesso será amplamente baseado em melhores taxas de nascidos vivos. A contribuição materna relativa para um nascimento vivo bem-sucedido supera em muito a contribuição paterna, o que complica a capacidade de comprovar que a seleção de espermatozoides pode ter uma melhora significativa. No entanto, não é impossível demonstrar, e já estamos vendo influências paternas ganhando mais notoriedade em seu impacto nas taxas de nascimentos vivos, tanto após a concepção natural quanto em FIV.²⁰

As qualidades espermáticas que garantem o sucesso da FIV permanecem desconhecidas, apesar dos extensos esforços de pesquisa. Idealmente, um método de seleção de espermatozoides que fornecesse a cada óvulo uma população de espermatozoides ou um único espermatozoide mais bem selecionado para o potencial reprodutivo melhoraria os resultados de nascimentos vivos. Esse objetivo simples na FIV é necessário, uma vez que muitas das metodologias naturais de seleção de espermatozoides que a evolução colocou em prática são contornadas.²⁰

3. Conclusão

Diante desse cenário desafiador e contando com a heterogeneidade do planeta, uma investigação em diferentes populações e em diferentes regiões geográficas é um ponto a se considerar, avaliando aspectos tanto fisiológicos quanto ambientais que estejam impactando a saúde reprodutiva masculina e ampliando o conhecimento sobre o tema.

Em suma, a fertilidade masculina tem enfrentado desafios significativos ao longo das gerações, exigindo uma abordagem que envolva tanto a análise laboratorial quanto a colaboração entre profissionais da área. A identificação dos principais fatores contribuintes, aliada a avanços no campo da Andrologia e à aplicação de técnicas laboratoriais, é essencial para entender e abordar esse declínio da fertilidade masculina, buscando, assim, melhorar os resultados dos tratamentos de infertilidade e promover a saúde.

É crucial que os embriologistas atuem de forma integrada com os especialistas em infertilidade, compartilhando conhecimentos e desenvolvendo estratégias conjuntas para abordar o declínio da fertilidade masculina. Essa abordagem multidisciplinar pode envolver a implementação de medidas preventivas, educação sobre estilo de vida saudável, redução da exposição a fatores ambientais prejudiciais e o uso de tecnologias inovadoras para aprimorar os resultados dos tratamentos. Assim, um esforço de amplo espectro em saúde única pode ser alavancado, uma vez que a investigação da fertilidade masculina é fator-chave no planejamento familiar e na saúde reprodutiva, promovendo informação, conscientização e acesso a formas de prevenção e tratamentos personalizados e eficazes, alinhados com o avanço crescente da Medicina Reprodutiva.

4. Referências

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009*. *Fertility and Sterility* [Internet]. 2009 Nov [cited 2023 Jul 26];92(5):1520-24. Available from:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1

2. Nieschlag E, Behre HM, Nieschlag S. Male reproductive health and dysfunction. *Asian J. Andrology*. 2012;12(3):458.
3. Bonde JP, Giwercman A, Ernst E. Identifying environmental risk to male reproductive function by occupational sperm studies: logistics and design options. *Occup Environ Med* 1996;53:511-19.
4. Rahban R, Nef S. Regional difference in semen quality of young men: a review on the implication of environmental and lifestyle factors during fetal life and adulthood. *Basic Clin Androl* 2020;30:16.
5. Sharpe RM. Environmental/lifestyle effects on spermatogenesis. *Philos Trans R Soc Lond Ser B Biol Sci*. 2010;365:1697-712.
6. Bonde JP. Male reproductive organs are at risk from environmental hazards. *Asian J Androl*. 2010;12:152-56.
7. Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ*. 1992;305:609-13.
8. Levine H, Jørgensen N, Martino-Andrade A, Mendiola J, Weksler-Derri D, Mindlis I, et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Reprod Update*. 2017;23:646-59.
9. Cairo Consensus Workshop Group. The current status and future of andrology: a consensus report from the Cairo workshop group. *Andrology*. 2020;8(1):27-52.
10. Krausz C, Riera-Escamilla A. Genetics of male infertility. *Nat Rev Urol*. 2018;15:369-84.

11. Hampl R, Kubátová J, Sobotka V, Heráček J. Steroids in semen, their role in spermatogenesis, and the possible impact of endocrine disruptors. *Horm. Mol. Biol. Clin. Invest.* 2013;13(1):1-5.
12. Mann U, Shiff B, Patel P. Reasons for worldwide decline in male fertility. *Curr Opin Urol.* 2020 May;30(3):296-301.
13. Sermondade N, Faure C, Fezeu L, Shayeb AG, Bonde JP, Jensen TK, et al. BMI in relation to sperm count: an updated systematic review and collaborative meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2013;19:221-31.
14. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet.* 1992;340:17-18.
15. Snow-Lisy DC. What does the clinician need from an andrology laboratory. *Front Biosci (Elite Ed).* 2013;5(1):289-304.
16. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 6th ed. Geneva: WHO; 2020.
17. Esteves SC. Evolution of the World Health Organization semen analysis manual: where are we? *Nat Rev Urol.* 2022 Jul;19(7):439-46.
18. Borges E, Zanetti BF, Setti AS, Braga DP de AF, Provenza RR, Iaconelli A. Sperm DNA fragmentation is correlated with poor embryo development, lower implantation rate, and higher miscarriage rate in reproductive cycles of non-male factor infertility. *Fertil Steril.* 2019 Sep;112(3):483-490.
19. Esteves SC, Zini A, Coward RM, Evenson DP, Gosálvez J, Lewis SEM, et al. Sperm DNA fragmentation testing: summary evidence and clinical practice recommendations. *Andrologia.* 2021 Mar;53(2):e13874.
20. Vaughan DA, Sakkas D. Sperm selection methods in the 21st century. *Biol Reprod.* 2019 Dec 24;101(6):1076-82.



DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

EDUARDO YONEYAMA MOURTHÉ
PAULO FRANCO TAITSON

1. Introdução

Há grande interesse com relação ao estudo da função sexual do homem. O conhecimento mais detalhado da resposta sexual masculina e a utilização de meios auxiliares de diagnósticos mais especializados permitiram a caracterização, cada vez mais precisa, de uma grande variedade de disfunções sexuais. No contexto atual, ganha cada vez mais espaço o fator psicogênico/comportamental que compromete o bem-estar geral do homem e suas relações interpessoais afetivas. Após o grande “boom” farmacológico da década de 1990 com os inibidores da fosfodiesterase, o tratamento das disfunções sexuais em geral, principalmente da disfunção erétil, passa por um período “menos inovador”, com o aumento da importância do suporte psicológico, a maior acessibilidade ao tratamento intracavernoso e qualidade das próteses penianas. Neste capítulo, temos como objetivo principal fornecer ao fertilista uma visão geral sobre as disfunções sexuais masculinas e como abordá-las de maneira objetiva à luz da evidência científica e de observações práticas do consultório especializado.

2. Disfunções sexuais¹

Didaticamente, podem ser classificadas em:

- Disfunções eréteis (DE);
- Desejo sexual hipoativo;
- Distúrbios da ejaculação;
- Disfunções orgásmicas.

3. Resposta sexual masculina

É dividida em quatro fases distintas e sucessivas:

1. Excitação. É caracterizada no homem pela ereção do pênis ao estímulo visual ou tátil, além da lubrificação da via ejaculatória com secreções das glândulas bulbouretrais;
2. Excitação em meseta ou platô. Constitui um estado mais avançado da excitação, em que é máxima a resposta congestiva. Esta fase antecede o orgasmo;
3. Orgasmo. Considerada a fase de máximo prazer sexual. O pênis, em ereção completa, elimina o sêmen em três a sete ejaculações. Todo o acúmulo de tensão das fases anteriores alcança um máximo nesta fase, e se alivia com contrações dos órgãos internos, como as vesículas seminais, e com as contrações rítmicas da uretra, dos músculos da raiz do pênis e da musculatura perineal;
4. Fase de resolução. Corresponde à fase de relaxamento/detumescência peniana progressiva após o orgasmo, em que o estímulo excitatório já não obtém a mesma resposta sexual e a perda da rigidez ocorre de fato.

Está bem estabelecido que o processo da ereção compreende minuciosamente seis fases distintas: flacidez, latência, tumescência, ereção completa, ereção rígida e detumescência, cada uma delas com características próprias. Em uma pessoa hígida, do ponto de vista endócrino, as ereções resultam, basicamente, da interação de três fatores: aumento do fluxo arterial, da resistência venosa e da complacência dos sinusoides.

4. Anamnese

4.1. Generalidades

Uma boa anamnese é de inestimável valor na análise da disfunção sexual e no direcionamento da investigação clínica. Já em contato inicial com o paciente, um questionamento simples e objetivo poderá definir a área ou as áreas envolvidas. Lembrar que um paciente poderá apresentar disfunções mistas como, por exemplo, o que acontece com um ejaculador prematuro, simultaneamente portador de uma disfunção erétil. É interessante salientar um outro aspecto: não raramente o paciente fundamenta todas as suas queixas, às vezes apresentadas de maneira dramática, em único episódio de manifestação da disfunção, de modo especial, em se tratando de uma disfunção erétil.²

4.2. Desejo sexual hipoativo

É de grande importância a avaliação global do paciente. A libido é algo mais abstrato e variável do que outras condições aqui descritas. É sobretudo um marcador de bem-estar biopsicossocial e orgânico; de saúde geral, por assim dizer. Dificuldades cotidianas, interações com a parceira e estilo de vida não podem ganhar plano secundário na avaliação da libido. Etiologicamente, ainda poderão ser relacionados com os quadros de hipogonadismo, seja a insuficiência testicular primária, seja a insuficiência testicular secundária, de causa hipofisária ou hipotalâmica. Algumas doenças sistêmicas, como a insuficiência renal ou hepática crônica, as neoplasias e as infecções crônicas, podem explicar tal achado.

5. Disfunção erétil

Conceitualmente, a ereção envolve uma complexa interação entre fatores anatômicos, hormonais, neurológicos e psicológicos, resultando no completo enchimento dos corpos cavernosos, no estabelecimento de rigidez suficiente para penetração vaginal, e durando o tempo suficiente para serem alcançados ejaculação e orgasmo. Na avaliação do paciente com disfunção erétil, deve-se assegurar de que não se trata de um episódio isolado de insucesso em estabelecer e/ou manter uma ereção fisiológica.

- Ereções matinais: a presença constante de ereções matinais sinaliza boa saúde vascular e hormonal, e reforça causa psicogênica ou neurogênica;
- Dificuldade em manter ereções: esses têm, em geral, ligeira maior resposta ao tratamento medicamentoso, do ponto de vista prático, ao raciocínio de que a função erétil é pelo menos parcialmente presente;
- Masturba-se normalmente: forte indicador de componente psicogênico. É necessário abordar questões como desinteresse pela parceira, vícios masturbatórios e outras alterações da excitação. É interessante considerar referir para terapeuta sexual com boa experiência em terapia cognitiva comportamental.³

6. Ejaculação prematura (ou precoce)

É o distúrbio ejaculatório mais frequente, podendo coexistir com outras disfunções sexuais, como falência erétil. Sua precisa definição ainda é controversa entre muitos autores. A latência ejaculatória (IELT – *intravaginal ejaculation latency time*) geralmente varia de 1-3 minutos, em episódios

ocorrendo por mais de seis meses de duração e que trazem sofrimento ao acometido.

6.1. Classificação⁴

- Primária (*lifelong*): existe desde o início da prática sexual, geralmente durando cerca de 1 minuto, tendendo a necessitar de terapia farmacológica;
- Adquirida: iniciada a partir de determinado período, durando, em média, 3 minutos;
- Subjetiva: ligada à percepção. Notada, por exemplo, após troca de parceira quando a latência ejaculatória já não permite que a parceira se satisfaça;
- Variável: latência se apresenta variada, oscilando entre quadros satisfatórios e insatisfatórios;
- Situacional: refere-se a determinada condição, estado ou parceira específica.

7. Ejaculação retardada

Clinicamente um quadro infrequente. Deve ser bem reconhecido, evitando-se a confusão com outros distúrbios ejaculatórios: a história clínica é distinta e a disfunção é, provavelmente, psicogênica em sua origem. Habitualmente, o paciente tem muita dificuldade ou mesmo incapacidade de ejacular dentro da vagina, mas mantém a habilidade de fazê-lo extravaginalmente. É fundamental indagar ao paciente sobre o uso crônico de fármacos,

alguns dos quais, como as drogas antidepressivas, atuam retardando ou mesmo impedindo o processo ejaculatório.

Pode ser classificada como primária se o paciente, com ereções normais, nunca tiver experimentado um único episódio de ejaculação intravaginal. Uma variante pode existir se o paciente conseguir ejacular com o estímulo da parceira, por exemplo, manual ou oral. Há situações mais extremas em que o paciente, em nenhuma hipótese, consegue ejacular na presença da parceira, e outros ainda existem que só conhecem a ejaculação das poluções noturnas. É bom frisar que estes pacientes não têm problemas com as ereções, e de fato podem manter uma ereção durante um longo período, pois a incapacidade se refere à capacidade ejaculatória e a ter um orgasmo intravaginalmente.

8. Ejaculação retrógrada

Define-se como propulsão do sêmen da uretra posterior para o interior da bexiga, implicando que a emissão seminal tenha ocorrido. Passado de ressecção transuretral da próstata (RTU), uso de alfabloqueadores (ex.: doxazosina, tansulosina), diabetes mellitus, trauma raquimedular, linfadenectomias retroperitoneais e outras condições neurológicas são as principais causas.

9. Ejaculação dolorosa

É encontrada nas infecções ou inflamações das glândulas sexuais acessórias, em geral nas prostatites e vesiculites seminais. Em alguns pacientes com ejaculação dolorosa, o fator etiológico não poderá ser demonstrado, fato frustrante para médico e paciente. Em muitas situações, as queixas são tidas como psicossomáticas, mas o problema nunca deverá ser considerado sem solução.

10. Anorgasmia/anejaculação

Perguntar-se-á ao paciente sobre a presença e a intensidade dos orgasmos. Deve-se ter em mente que, embora ocorram simultaneamente, orgasmos e ejaculações são distintos: orgasmos se referem às sensações associadas ao alívio da tensão sexual, enquanto ejaculação se refere a um processo fisiológico específico. Esta distinção entre orgasmo e ejaculação é bem exemplificada nos casos de ejaculação retrógrada ou falência na emissão seminal, nos quais o orgasmo é preservado e a ejaculação desordenada. A distinção entre ejaculação e orgasmo não deve ser esquecida quando os pacientes experimentam um orgasmo seco, acompanhado de uma ejaculação também seca.

11. Exame físico

Como de costume, inicia-se o exame físico observando a fâcies do paciente, onde manifestações de depressão ou ansiedade são, às vezes, facilmente perceptíveis. Uma característica expressão facial, com movimentos pendulares da cabeça e extremidades, sugere a doença de Parkinson. Sinais físicos das doenças sistêmicas, tais como hepatopatias ou endocrinopatias, o mesmo acontecendo em relação aos caracteres sexuais secundários: distribuição dos pelos, conformação do esqueleto, timbre de voz, massa muscular, textura da pele, ginecomastia e distribuição da gordura subcutânea. Tem grande importância um cuidadoso exame periférico, com atenção especial para o estudo dos pulsos periféricos. Com o paciente em ortostatismo e realizando-se a manobra de Valsalva, apalpa-se o cordão espermático para a identificação de varicocele, às vezes associada às insuficiências venosas penianas.⁵

A seguir, um exame neurológico objetivo deve ser realizado, com atenção especial para a pesquisa do reflexo cremastérico (L1-L2) e do bulboavernoso

(S3-S4), além de avaliação da motricidade e da sensibilidade. A genitália externa é examinada, observando-se o tamanho dos testículos, a presença de placas fibrosas nos corpos cavernosos, sugerindo a doença de Peyronie, e a presença da fimose. Finalmente, realiza-se o toque retal para avaliar as características da próstata e o tônus do esfíncter anal.

12. Exames complementares^{6,7}

Deverão ser solicitados de maneira criteriosa levando em consideração as causas hipotéticas da disfunção, para que seus resultados afastem ou reforcem essas possibilidades. Por exemplo: paciente com queixas de “ejaculação seca”, posteriormente à ressecção endoscópica da próstata, o diagnóstico de ejaculação retrógrada fica praticamente estabelecido, restando confirmá-lo com a sedimentoscopia urinária pós-coito. A investigação endócrina compreende a análise do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com testosterona total, livre e gonadotrofinas, para a classificação primária/secundária, além da complementação baseada em suspeitas clínicas (ex.: SHBG, albumina, prolactina, TSH e T4 livre). Descartados hipogonadismo e a presença de doenças sistêmicas, uma diminuição da libido requer um estudo psicológico feito por profissional experiente na área.

13. Teste da Ereção Farmacoinduzida (TEF)

A injeção intracavernosa de drogas vasoativas (papaverina, prostaglandina E1, fentolamina) se constitui em um método simples, realizável em consultório, que muito poderá contribuir para a avaliação dos fatores vasculogênicos na disfunção erétil. Como se sabe, as chamadas drogas vasoativas intracavernosas são relaxantes da musculatura lisa e, por isso, vasodilatadoras.

Quando injetadas no corpo cavernoso, poderão induzir a uma ereção que, além de observada, poderá ser dimensionada relativamente à sua extensão, duração e rigidez.

14. Tratamento

14.1. Disfunção erétil

A principal meta é separar causas orgânicas de não orgânicas (psicogênicas) para uma abordagem mais assertiva. Após abordagem da causa tratável, o uso de medicações, sejam elas inibidores de fosfodiesterase, sejam injeções intracavernosas, são boas opções terapêuticas. Para casos mais severos, indicamos o uso de próteses penianas (infláveis ou semirrígidas). O tratamento da disfunção erétil é complexo e específico, e precisaria certamente de um capítulo à parte.

14.2. Desejo sexual hipoativo

A baixa libido pode ser algo bastante desafiador. A libido pode ser entendida como um marcador de bem-estar psicossocial, e, dessa maneira, pode sofrer alterações dos mais variados fatores, sendo eles orgânicos ou não. Após o afastamento de causas orgânicas (ex.: hipogonadismo, hipotireoidismo, hiperprolactinemia etc.), devemos referenciar ao terapeuta sexual para abordagem das questões mentais específicas da hipoatividade sexual, como a identificação de traumas e situações negativas em experiências passadas, além de medidas para tentativa de criar e amplificar a percepção do estímulo sexual no cotidiano.

14.3. Ejaculação precoce/retardada/anorgasmia

A ejaculação retardada pode se confundir com disfunção erétil quando o paciente não mantém a ereção durante longo período do intercurso sexual. A exposição a estímulos irrealísticos, como acontece na indústria pornográfica, e o vício masturbatório com alteração da sensibilidade peniana podem desempenhar importantes fatores de agravo à busca pelo orgasmo/ejaculação, condicionando-os a situações específicas e controladas no conforto de estar só, sem cobranças e anseios, e podendo submeter o pênis a um estímulo específico de pressão e velocidade dificilmente alcançáveis durante uma relação interpessoal, sendo pelo coito ou não. A anorgasmia se refere a uma condição mais avançada dessa situação, em que o orgasmo não é alcançado na relação ou fora dela.

A ejaculação precoce necessita de abordagem medicamentosa principalmente quando primária, em que os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) (ex.: paroxetina, dapoxetina) são a base do tratamento. Avaliação com terapeuta sexual, utilização de terapia cognitiva comportamental (TCC) com *start-stop*, exploração do conceito de “*sexual mindfulness*” para preparo e atenção devida ao estímulo sexual consciente podem conferir excelentes resultados durante o tratamento do controle ejaculatório e orgásmico.

15. Referências

1. Eardley I. The Incidence, Prevalence, and Natural History of Erectile Dysfunction. *Sex Med Rev.* 2013;1:3-16.
2. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile dysfunction: AUA guideline. *J Urol.* 2018;200(3):633-641.

3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994;151:54-61.
4. Waldinger, MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med*. 2008;5:1079-87.
5. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem: EAU; 2023.
6. Mourthé Filho A, Faria ARL, Melo UB, Taitson PF. Anatomia radiológica dos corpos cavernosos e sistema venoso peniano: abordagem em indivíduos impotentes. *J Bras Med*. 1999;76:20-8.
7. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi D, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 2010;57(5):804-14.



ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO MASCULINO

ARYANE MOREIRA DOS SANTOS
FERNANDA KUNRATH ROBIN
ROSANA BUENO DE MORAES HERNANDES

1. Introdução

As questões que permeiam a infertilidade acompanham o ser humano há muito tempo. Estudos recentes apontam cerca de 17,5% da população em idade reprodutiva afetada pela infertilidade, sendo que aproximadamente uma em cada seis pessoas em todo o mundo sofrem dessa enfermidade.¹ Segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), cerca de 35% dos casos de infertilidade são relacionados à mulher, 35% ao homem, 20% a ambos e 10% permanecem desconhecidos.²

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infertilidade masculina é mais comumente causada por problemas relacionados à ejeção do sêmen, à ausência ou a baixos níveis de espermatozoides, assim como à morfologia e à motilidade alteradas. Entre os principais fatores que levam às principais causas de infertilidade masculina, temos: obstrução do trato reprodutivo causando disfuncionalidades na ejeção do sêmen; distúrbios hormonais que levam a anormalidades nos hormônios produzidos pela glândula pituitária, hipotálamo e testículos; falha testicular em produzir espermatozoides; função e qualidade anormais dos espermatozoides; fatores ambientais.³

Na infertilidade masculina, a qualidade do sêmen ainda pode ser alterada por escolhas de hábitos de vida, como tabagismo, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo e uso de anabolizantes.⁴ Um estudo realizado em Lisboa avaliou o resultado do exame de espermograma de 327 homens que foram divididos em dois grupos (fumantes e não fumantes), e, posteriormente, subdivididos em grandes fumadores (se o consumo fosse igual ou superior a 20 cigarros/dia) e fumadores ligeiros (se o consumo fosse inferior a 20 cigarros/dia). A conclusão foi que o tabaco afeta a fertilidade masculina,

uma vez que foi verificado um aumento da incidência de oligo/azoospermia no grupo de fumantes e alterações do volume espermático no grupo dos grandes fumadores.⁵

A partir do conhecimento desses panoramas mundiais e dessas conceituações a respeito da infertilidade masculina, é possível traçar estratégias e sistematizar os cuidados de Enfermagem para os tratamentos de Reprodução Humana Assistida (RHA), considerando que, atualmente, os tratamentos são possíveis para qualquer indivíduo juridicamente capaz, independente do estado civil ou da opção sexual.⁶

2. Atuação da Enfermagem

Os tratamentos de RHA são frequentemente realizados nos seguintes perfis: homens inférteis; homossexuais; solteiros; celibatários; sorodiscordante para HIV; incluindo indivíduos para a busca da prole saudável; pela análise genética; assim como os com desejo sexual hipoativo ou transgêneros.⁷

Conforme Naves,⁸ passa-se de infertilidade funcional à infertilidade estrutural, sendo os tratamentos considerados também uma “alternativa de formação de novas estruturas familiares”. Necessitamos criar diálogos entre o paciente trans e o enfermeiro e, por meio disso, abrir oportunidade de um atendimento e um acolhimento dignos, que compreendam a sua complexidade e particularidade.⁹

É fundamental que o profissional de Enfermagem conheça a fisiopatologia da infertilidade masculina, assim como o perfil do paciente que será por ele atendido. Informações como idade, profissão, grau de escolaridade, tempo de infertilidade e religião são aspectos relevantes quando vai se desenvolver um plano de orientações e cuidados.¹⁰

De acordo com Agreli, Peduzzi e Silva,¹⁰ o grau de escolaridade, a idade e o tempo de infertilidade influenciam na busca de informação por parte dos pacientes. Além disso, a pesquisa aponta que o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem o profissional de saúde e que a qualidade da relação estará muito relacionada ao nível de interação e comunicação entre as partes. O empoderamento dos pacientes envolve torná-los conhecedores de seus corpos e condições patológicas, para que estejam aptos a tomarem decisões quanto à sua saúde, tornando-se responsáveis pelos seus tratamentos.¹⁰

A Enfermagem deve estar atenta à personalidade dos pacientes. A construção de vínculos e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais, com potencial de impacto na qualidade dos cuidados.¹⁰ Observando a comunicação não verbal, que acontece por meio de gestos, expressões faciais e corporais, tendo como importantes elementos os olhares, a entonação vocal e a postura, pode-se detectar necessidades, reconhecer experiências individuais e compreender o que realmente importa àquele paciente, podendo direcionar recursos e encaminhamentos apropriados.¹¹ Sendo assim, vale ressaltar a necessidade em reconhecer a singularidade de cada paciente e compreendê-lo como ser humano único e capaz de participar ativamente de todas as decisões relacionadas ao seu tratamento.

O plano de orientação para o paciente será construído por meio do tratamento escolhido de acordo com o seu diagnóstico. Desta forma, é necessário que o profissional tenha conhecimento sobre as formas de tratamento e como são classificados: a) tratamentos de baixa complexidade (coito programado e inseminação intraútero); b) tratamentos de alta complexidade (fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática).

A não ser nos tratamentos de coitos programados, os demais tratamentos relacionados à parte masculina necessitarão de que os espermatozoides sejam coletados, seja por masturbação, seja por meio de procedimento cirúrgico.

3. Coleta dos espermatozoides

Quando pensamos nas coletas de sêmen por masturbação, a Enfermagem deve estar atenta para:

- Os exames sorológicos deverão ser coletados com tempo máximo de 90 dias antes da coleta do sêmen, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 771/2022;¹²
- Ocorrendo a coleta no ambiente da clínica, orientar quanto ao frasco, preencher a ficha com os dados da coleta, assim como onde o material deve ser disponibilizado após a coleta;
- Para todos os casos acima, orientar quanto ao tempo de abstinência recomendado. O tempo de abstinência pode variar de acordo com o protocolo de cada clínica. Segundo dados da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia, recomenda-se tempo médio de abstinência sexual entre um e quatro dias.¹³ Pesquisas recentes indicam que menos tempo de abstinência seria mais recomendado.¹⁴ Ambos os estudos são unânimes ao levar em consideração os parâmetros seminais antes de definir o período de abstinência;
- Caso o paciente apresente febre no dia da coleta ou tenha feito uso de algum medicamento não comentado com o médico anteriormente, é importante que ele forneça esta informação para a equipe

de Enfermagem, que irá deixar documentado e entrará em contato com o médico assistente passando a informação;¹⁵

- Deve fazer parte do plano de orientações questões como:
 - » Já fizeste alguma coleta de sêmen fora do ambiente domiciliar?
 - » Houve alguma dificuldade para realizá-la?
 - » Caso nunca tenha coletado sêmen fora do ambiente domiciliar, o paciente deverá ser questionado se acredita que seja possível realizá-la na clínica ou se prefere coletar em outro ambiente;
 - » A partir destas respostas, decidir onde será realizada a coleta do sêmen e quais serão as orientações.

3.1. Coleta de sêmen domiciliar, hotel ou afins (fora do ambiente da clínica)

- a. Deverá ser fornecido material adequado para armazenamento do sêmen, como recipiente para colocação do sêmen, etiqueta, termo de consentimento e embalagem para entrega do material na clínica;
- b. O material só deverá ser recebido mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, específico para coletas fora do ambiente da clínica, atestando que aquele material que está sendo entregue é proveniente do homem pertencente àquele casal;
- c. O paciente deverá ser orientado quanto ao tempo de entrega do material após coletado, em geral, em até 1 hora após a coleta. Importante evitar que o material coletado fique exposto a temperaturas extremas (< 20°C e > 37°C);¹⁵

- d. Durante a coleta, não deve ser usado preservativo comum, cremes ou lubrificantes espermicidas;¹⁵
- e. O pênis deve ser higienizado antes da coleta;
- f. O recipiente destinado para coleta do sêmen deve ser claramente rotulado e a identificação correta deve ser confirmada pelo paciente.

3.2. Coleta de sêmen na clínica

- a. A equipe de Enfermagem deverá checar se a sala de coleta está higienizada, organizada e com o material da coleta à disposição;
- b. Deverá encaminhar o paciente para sala de coleta;
- c. O recipiente destinado para coleta do sêmen deve ser claramente rotulado e a identificação correta deve ser confirmada pelo paciente;
- d. O paciente deverá ser orientado onde disponibilizar ou para quem deve entregar o frasco com o material coletado.

O cuidado da Enfermagem abrange a elaboração de um protocolo operacional padrão para cada possibilidade, incluindo conduta, segurança, identificação e transporte da amostra. Em conjunto com os profissionais do laboratório, assumimos a responsabilidade pela implementação e execução destes protocolos.

Nos encaminhamentos dos pacientes aos ambientes de coleta, contamos com profissionalismo, amenizando o constrangimento que pode afetar os homens. Todos os membros da equipe devem estar orientados quanto à necessidade de zelo, discrição e respeito ao público masculino, adotando um cuidado permanente, para evitar ruídos próximos ao ambiente de coleta.

4. Tratamentos

Entre os tratamentos para restabelecimento ou melhora da capacidade reprodutiva se incluem a melhora em qualidade de vida, as terapias hormonais ou empíricas, as correções cirúrgicas (varicocelectomia,¹⁶ vasovasotomia, vasoepididimostomia¹⁷) ou então opções relacionadas à recuperação de espermatozoides associada ao procedimento de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):¹⁸

1. Aspiração percutânea de espermatozoides do epidídimo – *percutaneous epididymal sperm aspiration* (PESA);
2. Aspiração testicular de espermatozoides – *testicular sperm aspiration* (TESA);
3. Aspiração microcirúrgica de espermatozoides do epidídimo – *microsurgical epididymal sperm aspiration* (MESA);
4. Extração microcirúrgica de esperma testicular – *microdissection testicular sperm extraction* (micro-TESE).

5. Atribuições do enfermeiro

A equipe de Enfermagem adotará e se capacitará, conforme cabível em seu centro de atuação, sempre priorizando uma acolhida aberta, atenta e de qualidade, sem julgamentos nem preconceitos. Também cumprimos funções-chave, como controle de sinais vitais, verificação e registro de medidas antropométricas, certificação dos exames pré-procedimentos ou pré-operatórios, orientações pré-cirúrgicas, reforçando cuidados como jejum, higiene e tricotomia, providenciamos infusão medicamentosa, conforme prescrição

médica, cuidados na recuperação pós-anestésica, além da identificação dos fatores de riscos e possíveis sinais de alerta, como edema, dor ou febre, colaborando, assim, no suporte à equipe multidisciplinar. Nos cabe, também, a orientação dos cuidados em casa até o retorno.¹⁹

Quanto às técnicas cirúrgicas, salienta-se que cada centro tem suas particularidades em relação à atuação da Enfermagem em centro cirúrgico. Algumas práticas já são sustentadas com procedimentos operacionais padrões ou consensos assistenciais.

No transoperatório, adotamos condutas pré-estabelecidas, como as previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde com o objetivo de capacitar os serviços de saúde. Este programa tem como prioridade a segurança do paciente, organizando os conceitos e as definições sobre segurança e propondo medidas para reduzir os riscos e os eventos adversos.²⁰

Podemos também usufruir do guia “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”,²¹ da OMS, em que os cuidados de Enfermagem, nos procedimentos cirúrgicos, são divididos em três etapas:

- *Sign in* – acontece antes da indução anestésica, onde o paciente já está na sala cirúrgica;
- *Time out* – realizada antes da incisão cirúrgica;
- *Sign out* – antes do paciente sair da sala.

Etapas do cuidado da Enfermagem no procedimento cirúrgico

Sign in

Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada; confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos; confirmar o consentimento para cirurgia e anestesia; confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação; confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento; revisar verbalmente com o anestesiológico o risco de perda sanguínea do paciente, as dificuldades nas vias aéreas, o histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Time out

A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e pela função; a confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto; a revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia; a confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica; a confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

Sign out

A conclusão da contagem de compressas e instrumentais; a identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida; a revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas; a revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.²¹

6. Conclusão

Em toda a jornada do paciente, podemos contar com o diagnóstico de Enfermagem, em que identificamos e descrevemos o problema ou o risco, o sinal ou o sintoma, as causas ou os fatores, os fatores de risco e as condições associadas concentrando os diagnósticos-chave com base na

Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA),²² para a sistematização do atendimento da Enfermagem.

Enfim, unindo o conhecimento técnico-científico com a simplicidade e a eficácia, como enfermeiros, cumprimos um importante papel junto a uma clientela diversificada. No intuito de trazer o paciente masculino como protagonista, no cenário dos tratamentos propostos, temos a comunicação como importante ferramenta.

Conforme Oliveira et al.,²³ a comunicação terapêutica da Enfermagem seguirá princípios adquiridos na prática e na individualização do cuidado, sendo sempre um dos pilares do resultado da experiência do paciente. Precisamos manter a busca pelo entendimento, a transformação e o aprimoramento dos nossos conhecimentos, interagindo e compreendendo todas as dimensões nas jornadas dos tratamentos propostos, independentemente da complexidade e do nosso nível de atuação. Só assim ofertaremos um suporte completo e conduziremos a atmosfera do atendimento de forma positiva, centralizando o olhar da Enfermagem no público masculino que busca os tratamentos em RHA.

7. Referências

1. World Health Organization. Infertility prevalence estimates 1990-2021. Geneva: WHO; 2023.
2. Matos F. Infertilidade: como enfrentar o diagnóstico e buscar o tratamento adequado [Internet]. [Brasília]: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida; 2019 May 20 [cited 2023 Jun 23]. Available from: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-como-enfrentar-o-diagnostico-e-buscar-o-tratamento-adequado/>

3. World Health Organization. Infertility [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 May 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
4. Vontobel NN. Avaliação da sexualidade pública em homens atendidos em serviços de reprodução assistida [master's thesis]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2022 [cited 2023 Jun 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/255965>
5. Coelho C, Júlio C, Silva G, Neves A. Tabaco e infertilidade masculina: estudo retrospectivo em casais inférteis. *Acta Med Port.* 2009;22(6):753-58.
6. Mohamed RPS. Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana [master's thesis]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015 [cited 2023 May 31]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847212>
7. Silva EFG, Barreto C. Homens que vivenciam a infertilidade: clientes da "cegonha tecnológica". *Rev Abordagem Gestalt.* [internet] 2017 [cited 2023 May 31];23(1):10-21. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100003&lng=pt&nrm=iso
8. Naves BTO, Sá MFF. Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil. *Rev. de Bioética y Derecho* [Internet] 2015 [cited 2023 May 31];34:64-80. Available from: <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2015.34.12067>
9. Duarte D, Queluci G, Ferreira H, Chrizostimo M. A perspectiva do enfermeiro no cuidado diante da pessoa trans. *Research, Society and Development.* 2020;9(4):e61942845.

10. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016;20(59):905-16. doi: 10.1590/1807-57622015.0511.
11. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicación no verbal: reflexiones acerca del lenguaje corporal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2000 [cited 2023 Jun 2];8(4):52-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000400008>
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 771/2022. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências. Brasília: ANVISA; 2022.
13. Barratt CLR, Björndahl L, Menkveld R, Mortimer D. ESHRE special interest group for andrology basic semen analysis course: a continued focus on accuracy, quality, efficiency and clinical relevance. *Human Reproduction* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jun 2];26(12):3207-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21965314/>
14. Okada FK, Andretta RR, Spaine DM. One day is better than four days of ejaculatory abstinence for sperm function. *Reprod Fertil* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 17];1(1):1-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/346087667_One_day_is_better_than_four_days_of_ejaculatory_abstinence_for_sperm_function
15. European Society of Human Reproduction and Embryology. Revised guidelines for good practice in IVF laboratories (2015) [Internet]. Strombeek-Bever: ESHRE; 2015 [cited 2023 Jun 18]. Available from: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/IVF-lab/ESHRE_IVF_labs_guideline_15122015_FINAL.pdf

16. Marmar JL, Agarwal A, Prabakaran S, Agarwal R, Short RA, Benoff S, et al. Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta-analysis. *Fertil Steril* [Internet]. 2007 [cited 2023 Jun 4];88(3):639-48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17434508/>
17. Parekattil SJ, Kuang W, Kolettis PN, Pasqualotto FF, Teloken P, Teloken C, et al. Multi-institutional validation of vasectomy reversal predictor. *J Urol*. 2006;175:247-49.
18. Sandro C, Esteves, RM, Ashok A. Sperm retrieval techniques for assisted reproduction. *Bras J Urol*. 2011;37:570-83.
19. Zago MMF. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1993;27(1):67-71.
20. Santos KMG, Silva AC, Silva FTM, Santana GB, Martins MLL, Silva CC, et al. Assistência de enfermagem no transoperatório ao paciente cirúrgico. *REAS* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 24];13(10):e8878. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8878>
21. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – Cirurgias Seguras Salvam Vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: OPAS; MS; ANVISA; 2009 [cited 2023 Jun 25]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf
22. Herdman HT, editor. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions & classification 2018-2020*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
23. Oliveira PS, Nóbrega MML, Silva AT, Filha MOF. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev. Eletr. de Enf.* [Internet] 2005 [cited 2023 May 31];7(1):54-63. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/861/1035>



ESTUDOS E PESQUISAS EM RHA COM FOCO NO HOMEM

CÁSSIA CANÇADO AVELAR

*“Um homem também chora / Menina morena / Também deseja colo / Palavras amenas
Precisa de carinho / Precisa de ternura / Precisa de um abraço / Da própria candura
Guerreiros são pessoas / Tão fortes, tão frágeis / Guerreiros são meninos / No fundo do peito
Precisam de um descanso / Precisam de um remanso / Precisam de um sono que os tornem refeitos
É triste ver meu homem / Guerreiro menino / Com a barra de seu tempo / Por sobre seus ombros
Eu vejo que ele sangra / Eu vejo que ele berra / A dor que tem no peito / Pois ama e ama [...]”*
(Gonzaguinha, 1997)

Apesar de o lugar do homem se destacar no início na ordem da criação, sendo Adão aquele que dá início à humanidade,¹ nos primórdios da história e de suas civilizações, o símbolo da fertilidade foi frequentemente relacionado à mulher. Em uma retrospectiva histórica, observamos, no período Paleolítico e Neolítico, registro de pinturas rupestres e figuras femininas invocando a fertilidade. Para os hebreus (2.000 a.C.), a procriação e a maternidade eram entendidas como uma bênção divina. A infertilidade era considerada um castigo divino, sempre atribuída à mulher. E a infertilidade masculina não era reconhecida.²

Já na sociedade egípcia, se sabia que as causas da infertilidade não eram somente devidas à mulher, mas também ao homem. Os egípcios não consideravam a infertilidade como um castigo, e sim como uma enfermidade. Mas tinha, também, toda uma crença divina.³

Na Grécia, Hipócrates (460-377 a.C.) escreveu vários tratados de Medicina e era familiarizado com o problema da infertilidade – porém atribuído à mulher. Já Aristóteles (384-322 a.C.), alguns anos depois, elaborou um tratado de Embriologia, onde defendeu que só a semente masculina continha o princípio da vida. Em Roma, Galeno (129-199) observou a questão da fertilidade ao estudar animais. Para Avicena (980-1037), um polímata persa, a infertilidade podia ter uma origem masculina ou feminina, e problemas da alma, que invocam o interior do ser humano – o psiquismo.⁴

Na Idade Média, a fertilidade tinha grande valor, tinha um cunho de perpetuação hereditária e genética que garantia a sucessão. Entendiam que o problema afetava tanto a mulher quanto o homem. Os médicos utilizavam diversas técnicas para diagnosticar e tratar a infertilidade. Um exemplo para tratar a infertilidade masculina era a indicação de ingerir testículos de porco ou de cervo – misturava com vinho, para ter um sabor mais agradável. A médica Trotula di Ruggiero (do século XII – Escola de Medicina de Salerno), no seu livro sobre as doenças das mulheres antes, durante e depois do parto, afirmava que “a concepção é impedida tanto por culpa do homem quanto por culpa da mulher”, e que “um defeito na umidade do esperma ou testículos excessivamente frios e secos poderiam estar por trás do problema”.⁵

O Renascimento, a partir do século XVI, trouxe mudanças científicas consideráveis na área da fertilidade humana. O anatomista italiano Gabrielle Falloppio descobriu as trompas, hoje conhecidas como trompas de Falópio. E, em 1564, ele foi também o criador do preservativo masculino, que tinha como finalidade proteger o homem de doenças sexuais. Em 1651, o médico/anatomista inglês William Harvey apresentou sua teoria de que tudo provém do óvulo. Já o cientista holandês Antoine van Leuwenhoque, em 1677, visualizou espermatozoides em um microscópio e escreveu um artigo considerando que os espermatozoides continham uma vida formada.²

Quase um século depois, o italiano Lázaro Espalanzani (1729-1799) estabeleceu que, para que se desenvolvesse um embrião, era necessário o contato entre o óvulo e o espermatozoide, e realizou a primeira inseminação artificial em cachorros. Onze anos depois, em 1790, o cirurgião escocês John Hunter descreveu a primeira inseminação artificial humana como tratamento em um casal cujo marido apresentava *hipospádia* – disfunção peniana.²

O século XX trouxe intensos avanços e mudou completamente o cenário da fertilidade. A partir dos anos 1950, a inseminação artificial se converteu

em uma prática na Medicina Reprodutiva, aprimorando métodos, como o de congelamento de esperma. E, em 1978, com Steptoe e Edwards,⁶ nasce, na Inglaterra, o primeiro bebê concebido por meio da técnica de fertilização *in vitro* (FIV), Louise Brown. Esse foi o grande marco científico da Reprodução Assistida.

E o grande impulso para o tratamento da infertilidade masculina foi dado em 1992, com Gianpiero Palermo, na Bélgica, com o primeiro nascimento via realização da injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) – que consiste na injeção de um único espermatozoide no citoplasma de um ovócito. A partir daí, tudo mudou no que se refere à questão da infertilidade masculina, abrindo espaço para que homens, até então diagnosticados como estéreis, pudessem ser pais.⁷

Ao vermos a história da infertilidade, percebemos que o homem não foi deixado à parte, mas o investimento maior foi com a mulher, e ainda é assim nos dias de hoje. A investigação diante da dificuldade para engravidar geralmente se inicia com a mulher – por meio das consultas ginecológicas.

Ravitsky e Kimmins⁸ (2019) concordam que as mulheres continuam sendo foco de pesquisa e tratamento de infertilidade. Segundo os autores, apesar de os casos de infertilidade envolverem fatores masculinos, os homens têm sido amplamente negligenciados em termos de pesquisa, diagnóstico e tratamento.

Isso porque a saúde do homem está historicamente ancorada às questões de saúde do trabalhador, sendo relacionada à capacidade produtiva. Um homem saudável é a mola propulsora da engrenagem do mundo laboral. E o adoecimento significa um risco, que pode desacelerar o ritmo ou dificultar/ impedir a produção.⁹

Somente a partir da década de 1990, houve o reconhecimento de debates sobre a saúde do homem. Esses dados nos ajudam a compreender a escassez de serviços voltados à demanda masculina. Os homens acessam o sistema de saúde geralmente buscando mais hospitais de emergência do que postos de saúde e recorrem menos às consultas periódicas.⁹

Dentro desse contexto, a falta de atenção à fertilidade masculina significa que, muitas vezes, os homens não são educados a respeito de sua saúde reprodutiva e podem, de forma equivocada, tomá-la como garantida.

Muitas das patologias da infertilidade masculina são assintomáticas, e só identificadas quando começam as tentativas para engravidar e são solicitados exames avaliativos. Com isso, o diagnóstico masculino pode ser tardio, e geralmente é muito impactante, por não ser esperado.

Ainda hoje, culturalmente, a mulher acaba buscando primeiro a orientação médica. Alguns homens apresentam resistência em procurar ajuda médica e, inclusive, em compartilhar com os profissionais suas dúvidas e angústias. O homem enfrenta o problema de infertilidade algumas vezes com resistência, julgamentos, preconceitos, vergonha e medos.

Pesquisas apontam que o impacto do diagnóstico é maior para o casal quando a infertilidade é referida ao homem. Segundo Arruda e Lima¹⁰ (2012), os homens procuram não falar abertamente sobre a infertilidade, por considerarem um assunto privado, e acreditam que ninguém pode compreender a extensão do seu sofrimento. Esquecido nos contextos de assistência médica e psicológica, as autoras evidenciam que o diagnóstico da infertilidade acarreta ao homem sofrimento e dor.

Segundo a Organização Mundial da Saúde¹¹ (OMS), uma em cada seis pessoas sofre de problemas de infertilidade ao longo da vida, sendo que um

percentual considerável das dificuldades que um casal enfrenta para engravidar está relacionado à infertilidade masculina, mas nem todos os homens se dispõem a falar sobre o assunto. Pelo contrário, muitos preferem manter-se em silêncio. E o motivo, às vezes, é bem específico: o sentimento de que não estão cumprindo seu papel de homem. Muitas vezes, não conseguem engravidar a parceira põe à prova a sua identidade masculina. Além disso, a postura de manter segredo vem da dificuldade de compartilhar socialmente, muitas vezes devido a “brincadeiras de mau gosto” no universo masculino, do tipo: “Se você não der conta de fazer um filho, e quiser, eu te ensino...”, “É, você está frouxo hein. Quando que vai engravidar sua mulher?”.

A vergonha de permitir que alguém saiba sobre essa condição faz com que, algumas vezes, suas mulheres assumam socialmente para si a dificuldade de engravidar. Mas também existem situações em que a parceira precisa insistir para que o companheiro faça exames (por exemplo, o espermograma), porque, muitas vezes, ele prefere esquivar-se ao invés de considerar a possibilidade de ter algum problema.

Na nossa sociedade, muitos homens ainda crescem ouvindo que a responsabilidade de “provedor” é toda deles. Um dos mais fortes sinais de virilidade é justamente esse – ser um bom reprodutor. Então, desconstruir esse paradigma pode ser muito difícil, e diante de um diagnóstico de infertilidade, pode ser ainda mais desafiador.

Muitos homens sonham em ter um filho – sonho aqui é compreendido como plano, desejo, uma antecipação de algo que faz parte do sentido da vida. Esse poder de sonhar constitui a existência humana. Quando os homens falam do filho desejado, esse projeto reúne sua esperança e seu sonho de ser pai.

E quando esse projeto parental não se concretiza, significa um rompimento dos afetos colocados no filho desejado. A perda da fertilidade e de

uma criança que ainda não foi concebida não é um evento socialmente reconhecido na sociedade. Além disso, observamos que não existem rituais que legitimem a dor de um casal infértil pela criança que não foi concebida, o que acaba transformando a infertilidade em um luto silencioso e solitário. Algumas vezes, ao compartilhar essa angústia, escutam das pessoas: “Fazer tratamento, gastar tanto dinheiro assim para quê?”, “Que isso... A vida de vocês é tão boa sem filhos” ou “Não tem problema, vocês podem adotar; tem tanta criança para ser adotada”.

Quando se tem um diagnóstico de infertilidade, esse sonho de ser pai precisa se retrair para dar lugar à realidade de estar infértil, e essa é uma condição considerada inesperada, inquietante, indesejada. O fator masculino na infertilidade levanta ainda questões relacionadas à fragilidade e à imperfeição, normalmente de difícil elaboração pelos homens.

Essa condição se faz ver no vazio dos braços daqueles que vivenciam a infertilidade. Muitos casais expressam angústia quando veem outros casais com um bebê no colo – isso sela para eles a frustração de um desejo não realizado. A experiência de estar infértil pode ameaçar as expectativas daqueles que, por meio da procriação, vislumbravam o sonho da constituição familiar, da integração social e familiar. Existe aí o sentimento de estar à parte, fora do contexto do ciclo natural de vida de um casal.

Além de todas essas questões apresentadas com relação à infertilidade masculina, temos aqueles homens que recebem um diagnóstico de azoospermia – quando há ausência de espermatozoides no sêmen – não resolvida na punção do epidídimo nem na biópsia testicular. Nesse contexto, o homem ainda lida com a questão da perda da carga genética – remota a sentimentos de pertencimento a uma genealogia, continuidade hereditária –, história de uma família, ter um filho que teria algo dele e de sua família. É necessário a

elaboração desse luto – a busca por um filho biológico precisa ser desfeita para que se abra espaço para o surgimento de um novo projeto de parentalidade –, e esse processo de elaboração deve ser permeado por uma questão que é fundamental (o desejo de ter um filho). Nesse contexto, faz-se necessário repensar o desejo do filho.

Consideramos, ainda, dentro da paternidade, via técnicas reprodutivas, homens solo e casais homoafetivos masculinos, que buscam as clínicas reprodutivas e envolvem questões outras, como a recepção de ovócitos doados e a gestação de substituição.

O destino dessas famílias dependerá de como isso será significado nesse grupo familiar. A paternidade e a filiação não são aspectos somente biológicos, pois, mesmo antes de nascer, já trazemos a marca do simbólico. Independentemente de como será gerada a criança, é o desejo e o discurso dos pais que irá definir o lugar que o filho ocupará na família.

Segundo Makuch¹² (2019), “as pesquisas psicossociais na área de Reprodução Humana, na última década, se organizaram em torno da grande inquietação dos pesquisadores de procurar uma compreensão ampla e um aprofundamento de situações e vivências relacionadas à constituição familiar a partir da utilização das técnicas de Reprodução Humana”.

Pesquisas relacionadas com o homem infértil, pai solo e casal homoafetivo masculino ainda são incipientes. Trago aqui alguns achados científicos com esta temática, com o intuito de contextualizar as evidências e refletir sobre os resultados, lembrando se tratar majoritariamente de literatura internacional, que refletem contextos sociais diversos.

Hanna e Gough¹³ (2016) pontuam que relativamente poucas pesquisas sobre infertilidade se concentram exclusiva ou significativamente nas experiências

dos homens, particularmente em relação aos aspectos emocionais. Concluem que evidências que existem em torno da infertilidade masculina sugerem que é uma experiência angustiante para os homens, devido a estigma, ameaças à masculinidade e à necessidade percebida de suprimir emoções, e que homens e mulheres experimentam a infertilidade de forma diferente.

Reforçando este achado, em um trabalho nacional recente, Giacon¹⁴ (2020) abordou questões psicológicas da infertilidade masculina, por meio de uma breve revisão bibliográfica, e observou que os tratamentos médicos e psicológicos geralmente recaem sobre o universo feminino em detrimento do universo masculino. Ao mesmo tempo, pontua que há uma preocupação crescente, por parte dos profissionais, na integração e no acolhimento desse homem, que, por sua vez, vem assumindo uma postura mais proativa no tratamento.

Estudos registram que a ansiedade costuma ser maior no homem infértil, quando comparado com homens férteis.^{15,16} Com relação à qualidade de vida, em um estudo com homens japoneses, em tratamento de Reprodução Assistida, Asazawa et al.¹⁷ (2019) concluem que ter o diagnóstico de infertilidade masculina, menos suporte conjugal e mais tempo de infertilidade associaram-se à pior qualidade de vida dos homens em tratamento de infertilidade. Corroborando estes achados, Avelar et al.¹⁶ (2022), ao avaliarem a percepção do estresse e estratégias de enfrentamento utilizadas por homens durante um tratamento de FIV, acharam que os problemas de infertilidade mais estressantes foram a rejeição do estilo de vida sem filhos e a necessidade da paternidade, enquanto o estresse social da infertilidade foi o que gerou menos estresse. Com relação às estratégias de enfrentamento, as mais estressantes foram busca de apoio social, fuga/esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, sendo essas correlações significativas e

positivas, sendo que, quanto maior qualquer um desses indicadores, maior o estresse e vice-versa.

Em um estudo nacional, Avelar et al.¹⁶ (2022) encontraram que homens inférteis jovens tendem a ter maior nível de estresse, e os achados de Nordkap et al.¹⁸ (2020) ponderam que a percepção dos eventos estressantes, e não do evento estressante em si, é que afeta a função testicular de homens jovens. Já Bräuner et al.¹⁹ (2020) constataram que homens inférteis relataram um número maior de eventos de vida estressantes do que homens férteis, mas não relataram mais sintomas de estresse psicológico.

Alguns estudos evidenciaram a relação do desempenho sexual e distúrbios psicológicos com o tempo de infertilidade para homens inférteis,²⁰⁻²⁴ e que a prevalência de disfunção erétil costuma ser maior em homens com infertilidade secundária.²⁴ Ressaltam que a infertilidade afeta negativamente a sexualidade e a qualidade de vida de um casal infértil,²⁵ o que é comprovado por um alto percentual de disfunções sexuais entre os homens e sugerem que os casais podem se beneficiar da terapia sexual e do apoio durante o processo de tratamento da infertilidade.²⁶

Poucas pesquisas elucidam as questões da monoparentalidade masculina. Carone et al.²⁷ (2017) perguntaram: “Por que os homens decidem ter um filho como pais solteiros?”. As razões encontradas neste estudo incluíram: sentir que era o momento certo, ou seja, ter “trabalhado” preocupações sobre a monoparentalidade; estabilidade profissional e financeira; medo de envelhecer; não querer mais esperar pelo relacionamento “certo”; encorajamento externo, desejo de reprodução e medo de separação/divórcio. Em 2021, Carone et al.,²⁸ em um estudo com pais solo *gays* e heterossexuais italianos, evidenciam que os achados não apoiam a suposição comumente sustentada de que a combinação de concepção de gestação de substituição

e paternidade solteira é prejudicial para o ajustamento comportamental das crianças. Carone²⁹ (2022), em outro estudo, considera que os pais solo que experimentaram mais qualidade de coparentalidade em suas famílias de origem demonstraram menores níveis de coparentalidade conflituosa, que, por sua vez, foram associados à maior segurança no apego dos filhos.

Pereira³⁰ (2022), em uma revisão bibliográfica, mostra que todos os estudos revisados demonstram o bom ajustamento psicossocial de filhos de pais solteiros, e que este é tão propenso a florescer quanto as crianças nascidas em famílias tradicionais, mesmo que possam se ver expostas ao preconceito e ao estigma. Concluem que a paternidade solteira e a gestação de substituição não contribuem para quaisquer consequências adversas para o desenvolvimento psicossocial e ajustamento das crianças, e não há provas observadas de que os homens solteiros, independentemente da sua orientação sexual, não devam ser pais por meio da gestação de substituição. Já Tsfati e Segal-Engelchin³¹ (2022) exploram a experiência de ser um pai solo *gay* por escolha na sociedade israelense, que continua a ver a tradicional família heterossexual de dois pais como o ideal. Segundo os autores, a análise de 15 entrevistas semiestruturadas em profundidade com pais israelenses solo *gays* sugere que suas experiências são caracterizadas por uma tensão constante entre sua autopercepção de aceitação social e senso de pertencimento, por um lado, e seus encontros com discriminação e preconceito, por outro.

Grigoropoulos³² (2023) explora os desejos, as motivações e as experiências de pais *gays* de terem um filho. Os resultados analíticos identificaram três temas: motivos inatos para tensões parentais e papéis de gênero; estigma decretado (isto é, atos de rejeição devido à orientação sexual e papéis tradicionais de gênero) e rejeição social dos filhos devido à sexualidade de seus pais. Os achados deste estudo reforçam a influência de fatores contextuais

(estigma) e intrapessoais (preconceito *antigay* internalizado) na saúde e no bem-estar dos participantes.

Golombok et al.³³ (2018), em um estudo com famílias de pais *gays* e de mães lésbicas, ponderam que, independentemente do tipo de família, crianças cujos pais perceberam maior estigmatização e crianças que experimentaram níveis mais altos de parentalidade negativa apresentaram níveis mais altos de problemas externalizantes relatados pelos pais. Os achados contribuem para a compreensão teórica do papel da estrutura familiar e dos processos familiares no ajustamento infantil. Para Carone et al.³⁴ (2023), a capacidade de os pais *gays* mostrarem um estado mental internamente consistente, mas não emocionalmente sobrecarregado em relação às suas próprias experiências de apego, impactou o quanto seus filhos se sentiram seguros e legitimados em compartilhar sua curiosidade sobre sua concepção.

Sylvest et al.³⁵ (2018), ao explorarem as expectativas e experiências de homens em relação ao aconselhamento sobre fertilidade, pontuaram que os homens não estavam preocupados com sua fertilidade antes de ir ao aconselhamento. Acreditavam que seriam capazes de engravidar quando quisessem. Os participantes do estudo preferiram informações claras e concretas, e o conhecimento relevante no momento certo foi muito importante. Os homens sentiram-se empoderados após o aconselhamento de fertilidade, porque estavam equipados com informações concretas que poderiam informar seus planos e decisões de paternidade. Mesmo os homens que receberam más notícias inesperadas sentiram-se positivos em relação ao aconselhamento.

A infertilidade pode resultar no surgimento de depressão e raiva, na perda da identidade e no sentimento de culpa na pessoa infértil. Para Bardideh et al.³⁶ (2022), a terapia cognitivo-comportamental em grupo parece ser útil para homens inférteis, pois pode reduzir sua raiva e afeto negativo e aumentar seu

afeto positivo, implementando um conjunto de técnicas como regeneração cognitiva, assertividade, atividades diárias alegres, exercícios para relaxar os músculos, respiração diafragmática, identificação de vários preenchimentos e expressão emocional.

Stevenson et al.³⁷ (2021) ressaltam que a infertilidade masculina é um problema comum, mas estigmatizado, e os homens muitas vezes não recebem o apoio emocional e as informações de que precisam. Os homens sentem que a infertilidade masculina não é discutida pelo público tanto quanto a infertilidade feminina. As questões de estilo de vida que afetam a fertilidade masculina não são bem compreendidas, e os homens afetados pela infertilidade desejam mais apoio, inclusive *on-line*, de profissionais de saúde e por meio do apoio de pares. Segundo os autores, os profissionais de saúde poderiam oferecer programas baseados em evidências para reduzir o estigma e aumentar o conhecimento público sobre a infertilidade, bem como oferecer apoio emocional a homens com problemas de infertilidade.

Miner et al.³⁸ (2019), pesquisando homens que são atualmente inférteis e homens que são potencialmente inférteis (ou seja, homens com câncer), investigaram as consequências da masculinidade reprodutiva para a saúde mental, ou a suposição cultural de que os homens são viris e devem ser pais. Os achados sugerem que a maioria dos homens quer conversar com outras pessoas sobre fertilidade, o que indica que há necessidade de mais apoio social relacionado à fertilidade. Esta pesquisa desafia algumas concepções sobre masculinidade, uma vez que os homens revelaram interesse em acessar apoio social *on-line* relacionado à fecundidade.

Kasman et al.³⁹ (2020) afirmam que várias condições têm consequências para a infertilidade masculina, incluindo o estresse psicológico, e concluem que a fertilidade masculina requer conhecimento multidisciplinar para avaliação e aconselhamento.

A presença do psicólogo se faz necessária, enquanto profissional que possa acolher as demandas daqueles que procuram os serviços de Reprodução Assistida. Para Avelar e Farinati⁴⁰ (2018), “oferecer uma escuta clínica sistemática – seja individual, de casal ou grupal – é oportuna para questionar o aprisionamento diagnóstico e atentar para a dimensão de sentido da experiência singular de pessoas que estão vivenciando a infertilidade”.

No percurso de um tratamento de RA, o psicólogo tem o papel de promover um encontro de apoio emocional, no qual é possível falar de emoções sem medo, sem julgamentos ou críticas, por meio de uma escuta imparcial para que possa haver a elaboração das angústias e dos temores inerentes nesse percurso tão imprevisível.

O lugar do psicólogo é o da criação de um espaço de reencontro do sujeito consigo mesmo, para que possa dar um sentido novo à sua vida, para que possa ampliar seus objetivos e se sentir seguro para seguir seu tratamento.

Finalizo apontando a relevância de discutirmos e refletirmos com muito carinho e atenção sobre a complexa experiência de homens na condição da infertilidade, reforçando a importância de um acolhimento psicológico a essa demanda, diante da condição de angústia e desamparo, com a qual muitos se deparam.

Referências

1. Ramos FP. A família na Bíblia. Petrópolis: Vozes; 2004.
2. Mendiola J, Ten J, Vivero G, Roca M, Bernabeu R. Esterilidad y Reproducción Asistida: una perspectiva histórica. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana 2005;22(1):15-22.

3. Morice P, Josset P, Chapron C, Dubuisson JB. History of infertility. *Hum Reprod Update*. 1995 Sep;1(5):497-504. doi: 10.1093/humupd/1.5.497.
4. Pugliese M. *Mitologia greco-romana, arquétipo dos deuses e heróis*. Madras: São Paulo; 2003.
5. Moura WHC, Boggio VC. Da tradução como pagamento de uma dívida histórica: Trotula di Ruggiero, pesquisadora e médica medieval. *Rev. Estud. Fem.* 2021; 29(2):e72289.
6. Steptoe RC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet* 1978;2:336.
7. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoa into an oocyte. *Lancet* 1992;1:826.
8. Ravitsky V, Kimmins S. The forgotten men: rising rates of male infertility urgently require new approaches for its prevention, diagnosis and treatment. *Biol Reprod*. 2019;101(5):872-874. doi: 10.1093/biolre/ioz161.
9. Arilha M. *Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva*. Jundiaí: Editora in House; 2010.
10. Arruda C, Lima M. O fruto inatingível: uma análise simbólica da infertilidade masculina. *O Mundo da Saúde* 2012;36:284-90.
11. El País. Informe: la OMS alertó sobre un "importante problema de salud pública" que afecta a una de cada seis personas en el mundo. *La Nacion* [Internet], 2023 Apr 4 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/informe-la-oms-alerto-sobre-un-importante-problema-de-salud-publica-que-afecta-a-una-de-cada-seis-nid04042023/>

12. Makuch MY. Pesquisas em Psicologia da Reprodução Humana: algumas reflexões. In: Quayle J, Dornelles LMN, Farinati DM, organizators. *Psicologia em Reprodução Assistida*. São Paulo: Editora dos Editores; 2019. p. 461-83.
13. Hanna E, Gough B. Emoting infertility online: a qualitative analysis of men's forum posts. *Health (London)* 2016 Jul;20(4):363-82. doi: 10.1177/1363459316649765.
14. Giacon FAS. The place reserved for man in reproduction treatments (in) fertility and (in)male visibility. *JBRA Assist. Reprod.* 2020;24(4):525-50. doi: 10.5935/1518-0557.20200073.
15. Shahraki Z, Afshari M, Ghajarzadeh M, Tanha FD. How Different are Men with Infertility-Related Problems from Fertile Men in Prevalence of Depression, Anxiety and Quality of Life? *Maedica (Bucur)* 2019;14(1):26-29. doi: 10.26574/maedica.2019.14.1.26.
16. Avelar CC, Marinho RM, Matheus L, Caetano JPJ. How men who are referred for IVF cope with infertility stress. *JBRA Assist. Reprod.* 2022;26(1):165-96. doi: 10.5935/1518-0557.20210105.
17. Asazawa K, Jitsuzaki M, Mori A, Ichikawa T, Shinozaki K, Porter SE. Quality-of-life predictors for men undergoing infertility treatment in Japan. *Jpn J Nurs Sci.* 2019 Jul;16(3):329-341. doi: 10.1111/jjns.12248.
18. Nordkap L, Priskorn L, Bräuner EV, Marie ÅH, Kirstine AB, Holmboe SA, et al. Impact of psychological stress measured in three different scales on testis function: a cross-sectional study of 1362 young men. *Andrology.* 2020 Nov;8(6):1674-86. doi: 10.1111/andr.12835.
19. Bräuner EV, Nordkap L, Priskorn L, Hansen ÅM, Bang AK, Holmboe SA, et al. Psychological stress, stressful life events, male factor infertility,

- and testicular function: a cross-sectional study. *Fertil Steril*. 2020 Apr;113(4):865-875. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.12.013.
20. Cao HM, Wan Z, Gao Y, Zhang JL, Zhang Y, Xiao HP, et al. Psychological burden prediction based on demographic variables among infertile men with sexual dysfunction. *Asian J Androl*. 2019 Mar-Apr; 21(2):156-162. doi: 10.4103/aja.aja_86_18.
21. Hegyi BE, Kozinszky Z, Badó A, Dombi E, Németh G, Pásztor N. Anxiety and depression symptoms in infertile men during their first infertility evaluation visit. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019 Dec;40(4):311-317. doi: 10.1080/0167482X.2018.1515906.
22. Dong M, Wu S, Zhang X, Zhao N, Tao Y, Tan J. Impact of infertility duration on male sexual function and mental health. *J Assist Reprod Genet*. 2022 Aug; 39(8):1861-1872. doi: 10.1007/s10815-022-02550-9.
23. Jamil S, Shoaib M, Aziz W, Ather MH. Does male factor infertility impact on self-esteem and sexual relationship? *Andrologia*. 2020 Mar; 52(2):e13460. doi: 10.1111/and.13460.
24. Ma J, Zhang Y, Bao B, Chen W, Li H, Wang B. Prevalence and associated factors of erectile dysfunction, psychological disorders, and sexual performance in primary vs. secondary infertility men. *Reprod Biol Endocrinol*. 2021 Mar 9; 19(1):43. doi: 10.1186/s12958-021-00720-5.
25. Makara-Studzińska M, Limanin A, Anusiewicz A, Janczyk P, Raczkiewicz D, Wdowiak-Filip A, et al. Assessment of Quality of Life in Men Treated for Infertility in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 3;19(5):2950. doi: 10.3390/ijerph19052950.

26. Starc A, Trampuš M, Jukić DP, Rotim C, Jukić T, Mivšek AP. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. *Acta Clin Croat*. 2019 Sep;58(3):508-15. doi: 10.20471/acc.2019.58.03.15.
27. Carone N, Baiocco R, Lingiardi V. Single fathers by choice using surrogacy: why men decide to have a child as a single parent. *Hum Reprod*. 2017 Sep;32(9):1871-79. doi: 10.1093/humrep/dex245.
28. Carone N, Barone L, Lingiardi V, Baiocco R, Brodzinsky D. Factors associated with behavioral adjustment among school-age children of gay and heterosexual single fathers through surrogacy. *Dev Psychol*. 2021 Apr;57(4):535-547. doi: 10.1037/dev0001155.
29. Carone N. Family Alliance and Intergenerational Transmission of Coparenting in Gay and Heterosexual Single-Father Families through Surrogacy: Associations with Child Attachment Security. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 23;19(13):7713. doi: 10.3390/ijerph19137713.
30. Pereira H. Children of Single Fathers Created by Surrogacy: Psychosocial Adjustment Considerations and Implications for Research and Practice. *Children (Basel)*. 2022 Oct 28;9(11):1644. doi: 10.3390/children9111644.
31. Tsfati M, Segal-Engelchin D. The Social Experiences of Single Gay Fathers in Israel: An Intersectional Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 9;19(18):11356. doi: 10.3390/ijerph191811356.
32. Grigoropoulos I. Gay Fatherhood Experiences and Challenges Through the Lens of Minority Stress Theory. *J Homosex*. 2023 Jul 29;70(9):1867-1889. doi: 10.1080/00918369.2022.2043131.
33. Golombok S, Blake L, Slutsky J, Raffanella E, Roman GD, Ehrhardt A. Parenting and the Adjustment of Children Born to Gay Fathers Through Surrogacy. *Child Dev*. 2018 Jul;89(4):1223-1233. doi: 10.1111/cdev.12728.

34. Carone N, Manzi D, Barone L, Mirabella M, Speranza AM, Baiocco R, et al. Disclosure and child exploration of surrogacy origins in gay father families: Fathers' Adult Attachment Interview coherence of mind matters. *J Reprod Infant Psychol.* 2023 May 24;1-16. doi: 10.1080/02646838.2023.2214583.
35. Sylvest R, Koert E, Vittrup I, Petersen KB, Hvidman HW, Hald F, et al. Men's expectations and experiences of fertility awareness assessment and counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018 Dec;97(12):1471-1477. doi: 10.1111/aogs.13449.
36. Bardideh K, Jarareh J, Bardideh F, Bardideh A, Mofrad M. The effectiveness of cognitive-behavioural group therapy on infertile men, a randomised clinical trial. *J Reprod Infant Psychol.* 2022 Dec 28;1-14. doi: 10.1080/02646838.2022.2162024.
37. Stevenson EL, Ching-Yu C, Chia-Hao C, McEleny KR. Men's perception and understanding of male-factor infertility in the UK. *Br J Nurs.* 2021 May;30(9):8-16. doi: 10.12968/bjon.2021.30.9.S8.
38. Miner SA, Daumler D, Chan P, Gupta A, Lo K, Zelkowitz P. Masculinity, Mental Health, and Desire for Social Support Among Male Cancer and Infertility Patients. *Am J Mens Health.* 2019 Jan-Feb;13(1):1557988318820396. doi: 10.1177/1557988318820396.
39. Kasman AM, Del Giudice F, Eisenberg ML. New insights to guide patient care: the bidirectional relationship between male infertility and male health. *Fertil Steril.* 2020 Mar;113(3):469-77. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.01.002.
40. Avelar CC, Farinati DM. Inserção do profissional de psicologia nos serviços de reprodução assistida. In: Straube KM, Melamed RMM, organizators. *Reprodução Assistida - Guia de Recomendações de Atenção Psicossocial nos Centros de Reprodução Assistida.* São Paulo: Soul; 2018. p. 63-69.



(IN)VISIBILIDADE DO HOMEM NOS TRATAMENTOS REPRODUTIVOS

LÍCIA POLISTCHUCK

PATRÍCIA MARINHO GRAMACHO

*“O que é ser homem?
O que é ser homem?
Há tantos e tantos
E tantos e tantos e tantos
Possíveis homens”
(Masculinidade, Tiago Iorc)*

Visibilidade. Essa palavra tem aparecido muito nos dias de hoje. Em uma articulação possível, se discutimos a visibilidade, estamos dizendo do que não estamos vendo, ou do que não se faz visível. Por muitas vezes, tratamos do que não é visível como algo que não existe. Vírus são um ótimo exemplo da nossa falência completa de negar de fato aquilo que não é visível para nós. Adoecemos de algo que não nos é visível a olho nu. “Olho nu”. Que nudez é essa do olho que faz com que não vejamos determinadas coisas? Em um paralelo que nos interessa por aqui, de que tipo de microscópio precisamos para tornar visível a presença, o papel, as questões, o sofrimento dos homens e seus desejos nos tratamentos reprodutivos?

O homem está onde nunca esteve¹ e são muitas as discussões² sobre a atual crise da masculinidade, em como esse “novo homem” vem lidando com essa nova condição masculina, refletida também na sua saúde reprodutiva. Esse recente lugar que o retira da posição de único provedor, pela maior participação da mulher no campo de trabalho; o avanço da tecnologia no campo da sexualidade; a pluralidade de papéis e identidades sexuais levam esse homem a dialogar com forças plurais que o cercam e o questionam. Saberão esses homens como se expressar? Ou, ainda, construiremos lugares sociais nos quais todos possam se expressar?

Estamos falando de “masculinidades”,³ pois a forma pela qual cada um se expressa não é única e se constrói na “soma” de diversas variáveis, incluindo fatores socioeconômicos, culturais, de raça etc. Homens, que convivendo em novas práticas relacionais com outros homens e mulheres, têm se reconstruído socialmente, gerando múltiplas formas de masculinidade e solicitando

espaços, inclusive dentro de algumas clínicas de Reprodução Assistida para a experiência de uma monoparentalidade masculina, inaugurando a necessidade de uma escuta qualificada em um espaço na saúde sexual e reprodutiva, caracterizado também pelos homens que demandam escuta como um espaço destinado às mulheres.

Em uma pesquisa sobre “Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção”,⁴ constatou-se que muito da não procura por médicos da parte de homens foi atribuída a uma questão considerada normativa para alguns homens, a de que não seria lícito mostrar vulnerabilidade e fraqueza. Homens que aprenderam que seria errado ser sensível às demandas do próprio corpo e ao corpo do outro, e que o cuidado, como um todo, se refere a algo do feminino; portanto, algo a ser evitado ou repudiado frente ao que se entende dos roteiros de gênero.⁵

Sendo assim, falar da posição de homens no meio disso tudo significa “ênfatar que a masculinidade tem a ver com relações sociais, mas também se refere a corpos – uma vez que a nomeação ‘homens’ significa pessoas adultas com corpos masculinos”.⁶ Falamos, então, de relações e de corporeidade, ainda que os limites colocados para que algo seja estabelecido como masculino ou feminino esteja, já há tempos, em questão.

Em 2018, o Ministério da Saúde lançou como uma ação programática estratégica um material sobre “Saúde sexual e saúde reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidados”, na tentativa de promover o cuidado a partir do reconhecimento de que a sexualidade humana ultrapassa o cuidado com o corpo biológico e incide sobre valores e comportamentos, muitas vezes estereotipados, do que é ser homem e ser mulher na sociedade.⁷ Uma visão exclusivamente binária da sexualidade humana.

A binariedade, que marca a relação entre homens e mulheres, se apresenta como um ponto importante de como se articula um em relação ao outro. Quer dizer, a marcação do “ser homem” muitas vezes se associa ao “não ser mulher”, o que significa que alguns comportamentos ou modos de ser associados ao “ser mulher” precisariam ser evitados na tentativa de ser ou mostrar-se homem. Dessa maneira, comportamentos que se entendem como femininos, para além de serem compreendidos como “lócus do feminino”,⁸ precisariam ser evitados na tentativa de uma garantia da manutenção do lugar masculino. Essa articulação claramente não facilita que determinadas demandas de cuidado e sofrimento possam aparecer, mas no mínimo pode nos colocar, como profissionais de saúde, atentos ao que significa quanto ao não aparecimento de demandas desse tipo, ou mesmo se estamos sendo capazes de perceber tais demandas.

Para muitos, ter os afetos fora das trilhas definidas socialmente é sinal de que a heterossexualidade não vingou. Sendo assim, é necessário avançar para além dessa suposta nomeação “homem feminino”, para compreender que os esforços dos indivíduos estão dirigidos para a busca de legitimação de desejos e comportamentos até então socialmente atribuídos à mulher.

No que tange às questões reprodutivas, sejam elas de qualquer ordem, pensando em casais heterossexuais, é comum que as preocupações e responsabilidades sejam elegíveis às mulheres. Parece que se faz uma colagem do que se refere ao corpo, implicando a gravidez ao que se passa mais exclusivamente no corpo das mulheres (ou pessoas com útero), visto que os cuidados e efeitos diversos da gestação são no corpo da mulher, passando inclusive pela amamentação. Sendo assim, essa colagem é vivida e sentida quase como se fosse natural, imputando-se também às mulheres as responsabilidades frente a esta gestação.

Muitas das vezes, essa construção de representações sobre a mulher e o papel materno a ela associado conduz casais com dificuldade de engravidar

a postergarem a investigação do corpo dos homens para alguma questão que esteja inviabilizando ou dificultando uma gestação, ainda que os exames referentes aos homens sejam normalmente mais simples e menos invasivos. Uma hipótese que levantamos em relação a isso talvez se associe a uma questão relacionada a um outro significado comum a um roteiro de gênero masculino, que é o de associar virilidade à fertilidade, tornando a investigação ou a assunção de uma infertilidade masculina algo não tão simples dentro dessa perspectiva.⁹

E como participam, sentem ou sequer dizem sobre isso os homens?

Um paciente com mais de 45 anos que havia acabado de ter a segunda filha, sendo o primeiro filho de outro casamento, me disse certa vez: “Ah, até 1 ano e meio [do bebê] não tem muito o que eu fazer. É mais uma relação com a mãe mesmo”.

Obviamente que esse exemplo não nos permite generalizar absolutamente nada, nem seria essa nossa intenção. Mas nos faz constatar que, ainda hoje, mesmo com as discussões sobre os papéis parentais na criação de um filho, muito ainda se mantém desse lugar naturalizado de que as mulheres seriam responsáveis por esses primeiros momentos, incluindo a gestação.

Talvez a pergunta seria como são vistos e como os homens se enxergam nesses primeiros momentos, pois a invisibilidade da qual tratamos aqui diz dessa naturalização cultural desses papéis. Quase como se os homens não tivessem lugar de participação, sequer de sofrimento ou muito menos de expressarem o desejo de uma monoparentalidade masculina, sem necessariamente estarem associados à conjugalidade com um parceiro específico, seja homem, seja mulher ou qualquer outra possibilidade dentro dos enlaces contemporâneos. Um homem só, querendo ser pai. Haveria uma rede social receptiva à realização desse desejo?

Nossa tentativa aqui é a de contar que essas formas pelas quais homens e mulheres se expressam não vêm de lugar algum. Essa construção cultural, social e histórica posiciona homens e mulheres em uma dialética que parece cristalizada frente aos papéis de gênero. Parece é uma boa palavra, pois percebemos que não se trata de algo natural nem necessariamente cravado na pedra, já que assistimos a mudanças significativas que nos fazem perguntar de que figuras parentais estamos falando hoje e de como cada qual se implica nos processos que incluem a parentalidade ou questões sobre ela.

Parentalidade, inclusive, é uma palavra que nos ajuda, pois se entendemos hoje a parentalidade como uma função exercida pelos cuidadores que estão implicados no cuidado de uma criança, enquanto “função”, este cuidado se descola completamente do que pretensamente se entendia ou ainda se entende como natural, permitindo que possamos adentrar em espaços democráticos do que significa ter um filho.

Constatamos que “[...] a psicanálise localiza a transmissão, por aqueles que ocupam as funções parentais, das condições mínimas e necessárias para o estabelecimento de uma subjetividade ao lado do bebê”.¹⁰ Se, no esforço de pensar espaços possíveis de parentalidade, for possível alcançar que a função possa ser exercida por qualquer um, deslocamos a questão do naturalmente maternante, delegado quase que exclusivamente a mulheres ou pessoas com útero, para a questão de investimento psíquico, o que ultrapassa qualquer corporeidade ou biologia.

No que diz respeito à socialização das meninas, percebe-se desde cedo uma inter-relação tecida entre o corpo, a subjetividade e a maternidade. Para os meninos, na sua experiência de vida, esses aspectos guardam uma disjunção, ou seja, esse dado não está a serviço da socialização dos meninos. E surge a questão: por que a paternidade não está referida ao desejo de um homem ampliar suas fronteiras emocionais, revelando-se na concepção e no que nela há de invisibilidade?¹¹

Recentemente, também na escuta clínica, destacou-se como significativa a frase de um homem em sua jornada reprodutiva na busca do tão precioso filho: “Um dia vou escrever sobre o pai que eu não queria ser”. Abriu-se, nesse dia, mais uma oportunidade na escuta, para que ele pudesse falar sobre os seus receios diante de uma paternidade já tardia, marcada pelas incertezas de sua capacidade de exercer com sucesso uma parentalidade amorosa e segura. Quantos homens têm essa oportunidade?

Dessa maneira, uma pergunta que talvez nos importe é como cada um dos implicados em um processo de tentativa de reprodução entende que participa?

Sabemos que as políticas públicas referentes à paternidade são escassas, mostrando números inquietantes da pouca presença paterna na vida das crianças; que um terço dos homens não acompanhou o nascimento do filho; cerca da metade não tirou licença-paternidade; e quatro em cada cinco não participaram de qualquer palestra, conversa ou curso sobre cuidados com o bebê. Fica claro que os homens têm pouco espaço de construção para pensar sobre o ser pai, ainda que se sintam cobrados em sua capacidade de gerar um filho quando se deparam com essa dificuldade.¹²

Em uma pesquisa realizada sobre grupos de suporte *on-line* para homens inférteis, publicada no *American Journal of Men’s Health*,¹³ constatou-se que a principal necessidade apresentada nas conversações entre os homens foi o suporte avaliativo, ou seja, a possibilidade de trocarem com o grupo de iguais mais informações sobre os diferentes diagnósticos que acompanham um quadro de infertilidade, rompendo o comportamento de isolamento e ampliando os comportamentos ativos de busca de apoio.

Em um tempo em que se discute cada vez mais a igualdade de gênero e a construção de “novas masculinidades”, é importante abrir mais espaços de escuta para que esses homens possam falar de suas faltas, necessidades

e anseios, podendo levantar questões sobre os vários sentidos de ser pai em um ambiente preparado para isso.

Nesse ponto, temos uma questão difícil de transpor. Já que entendemos que os homens procuram menos os espaços de cuidado exatamente pelos motivos já colocados acima, é importante indagarmos como fazer com que a possibilidade de oferecimento de serviços de cuidado e acolhimento contem com a participação desses homens. Porque o efeito seria simples, visto que ainda que com essas questões, a procura por atendimentos de saúde é muito menor quando falamos dos homens.¹⁴ No papel de profissionais de saúde poderíamos encurtar as distâncias entre o oferecer um serviço para que a parte interessada de fato possa usufruir deste serviço, possibilitando também que ocorram alterações qualitativas no atendimento e no cotidiano que venham a transformar essa representação social de pai, ressaltando o quanto a paternidade pode vir a ser uma satisfação emocional e uma experiência socialmente valorizada também para os homens.

No atendimento clínico de primeira consulta a casais em Reprodução Assistida, homens ainda reclamam que não são vistos pelo médico especialista. O “ver” aqui não inclui só uma contagem de esperma, mas sim como se sentem escutados ou não quanto ao desejo e às questões relacionadas à paternidade.

Faz-se urgente que nos façamos atentos. Se nos serviços de saúde os profissionais que tratam de questões como as que estamos discutindo também repetirem os padrões culturais e sociais que se estabelecem e inviabilizarem o acolhimento e a escuta dos homens, temos uma questão. Como fazemos para não repetir “ao final” e desafiar algo que se apresenta tão aparentemente “normal”?

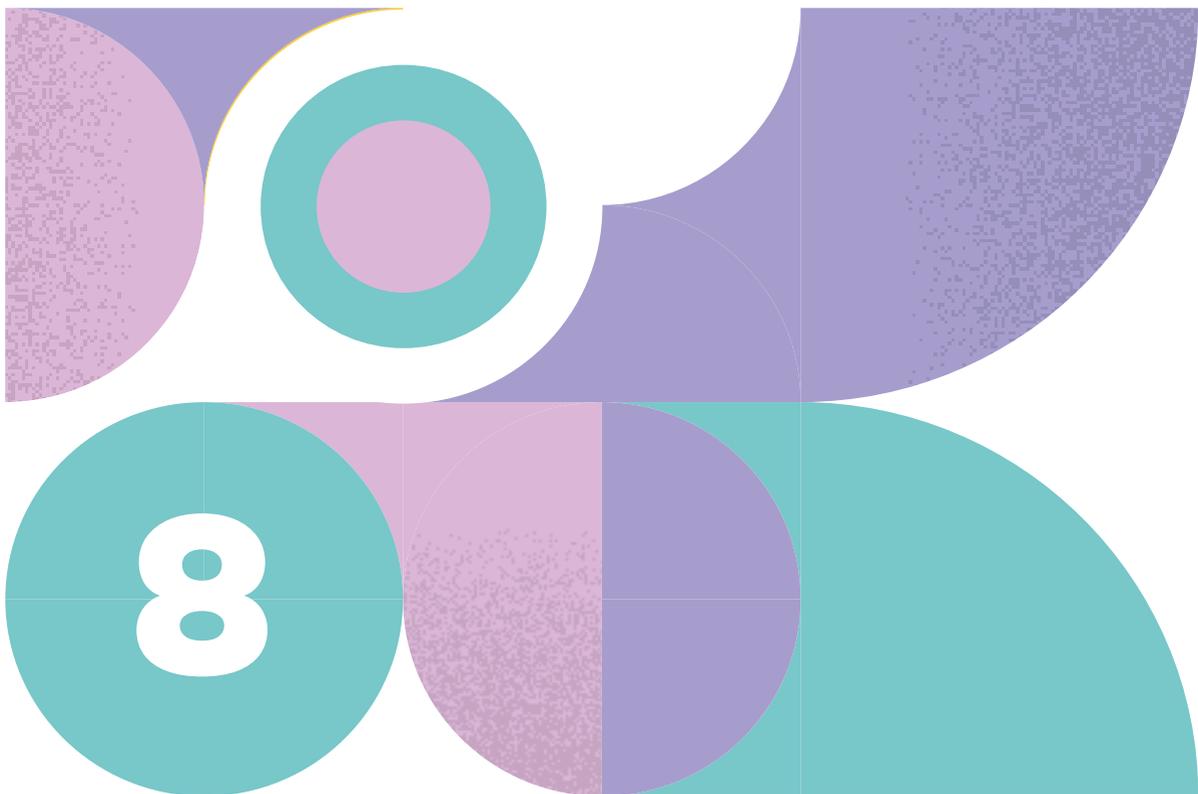
A resposta ainda se faz na oscilação, no “talvez exatamente assim”, discutindo as pretensas normalidades, pensando no que entendemos como funções parentais e construindo espaços possíveis para que inclusive os

profissionais de saúde compreendam as demandas “invisíveis” de maneira menos óbvia e que também não participem da negação do sofrimento ou do pedido, claro ou confuso, de escuta por parte dos homens.

Referências

1. Santiago S. Arte masculina? In: Nolasco S, organizator. A Desconstrução do Masculino. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
2. Silva SG. A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicol Cienc Prof.* [Internet]. 2006 [cited 2023 Aug 3];26(1):118-31. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100011>
3. Batista LE. Entre o Biológico e o Social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, organizator. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
4. Costa RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2002 Jul [cited 2023 Aug 3];10(2):339-56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200005>
5. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos WF, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2011 Nov 16 [cited 2023 Aug 3];(11):4503-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>
6. Connell R. Políticas da masculinidade. *Educação e Realidade.* 1995 [cited 2023 Aug 3];20(2):185-206. Available from: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1224/connel_politicas_de_masculinidade.pdf?seq

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2023 May 28]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf
8. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos WF, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Nov [cited 2023 Aug 3];16(11):4503-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>
9. Maux AAB, Dutra E. Um estudo de inspiração fenomenológico-hermenêutico sobre a infertilidade masculina. *Psicologia em Revista* 2019 [cited 2023 Aug 3];25(2):492-512. Available from: <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p492-512>
10. Teperman D, Garrafa T, Iaconelli V, organizators. *Parentalidade*. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2020.
11. Nolasco S, organizator. *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
12. Rocha RL. Não é pãe, é Pai. *Radis*. 2017 Ago;179.
13. Richard J, Badillo-Amberg I, Zerkowitz P. "Tanto desta história poderia ser eu": o uso de apoio masculino em fóruns de discussão sobre infertilidade online. *American Journal of Men's Health*. 2017 [cited 2023 Aug 3];11(3):663-73. Available from: <https://doi.org/10.1177/1557988316671460>
14. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 Mar [cited 2023 Aug 3];23(3):565-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>



A EXPERIÊNCIA MASCULINA DA INFERTILIDADE E SUAS REPERCUSSÕES EMOCIONAIS

FLÁVIA GIACON

HELENA PRADO LOPES

NICOLAU BRASIL BINA MACHADO

1. O homem e a infertilidade: luta ou luto?

Dorian era um homem esteticamente muito bonito. Bem-sucedido, rico, corpo atlético, alto, olhos claros, cabelos e pele irretocáveis, sempre muito bem vestido. Por onde passava, despertava desejos e paixões nas mulheres, e inveja nos homens. Para ele, a beleza era a única coisa que valia a pena perseguir na vida e, sabendo que ela um dia desapareceria, fez um pacto para que um retrato seu, e não ele próprio, sofresse o processo de envelhecimento, garantindo, assim, a sua eterna juventude.

O tempo foi passando e, enquanto a vida de Dorian seguia adiante, seu retrato envelhecia trancado e escondido no sótão de sua casa, ficando, a cada dia, mais encarquilhado, rugoso, seco, áspero e contorcido. Toda dor, tristeza, choro, fragilidade, medo, insegurança, raiva, impotência, sentimentos de inferioridade e tudo aquilo que ele rejeitava e não sabia como lidar ia transformando o retrato em uma imagem distorcida, degradada e deteriorada dele mesmo.

O que Dorian não sabia, na verdade sequer imaginava, é que esse seu jeito de viver a vida custaria a sua humanidade. Depois de algumas décadas, abalado ao ver o seu retrato, ele decidiu apunhalar o quadro com uma faca. Os empregados da casa acordaram ao ouvir seu grito e, quando entraram no sótão, encontraram um velho desconhecido, esfaqueado no coração e no rosto. Apenas conseguiram identificar o cadáver desfigurado pelos anéis que ele usava nos dedos, os quais pertenciam ao seu patrão. No chão, ao seu lado, o retrato de Dorian havia voltado à beleza original.

Muitos homens, ao receberem o diagnóstico de infertilidade, são profundamente impactados e ficam abalados psicologicamente, emocionalmente, socialmente e simbolicamente. A infertilidade é uma experiência de perda, luto e disfunção social que provoca dor, desconforto e desorientação sem

precedentes. Nessa hora, eles olham para sua caixa de ferramentas e, desolados, não encontram nenhuma que possa ajudá-los a consertar o que foi quebrado. Ao descobrir que são estéreis, seus sonhos e projetos de gerar um filho, de dar continuidade geracional à família, à autoimagem de reprodutores, de força e de virilidade, que dão contorno às suas identidades masculinas, são fragmentados, fazendo com que eles se sintam existencialmente ameaçados e vulneráveis. Como Dorian, suas sensações e sentimentos de dor, tristeza, choro, fragilidade, medo, insegurança, raiva, impotência, ruptura, fracasso, culpa, solidão, vergonha e frustração são trancados e escondidos em um sótão escuro, abafado e úmido.

O que esses homens têm em comum? O fato de terem sido educados dentro de um sistema cultural, mais conhecido como machismo, que há séculos preconiza uma forma homem de ser que não é compatível nem tolera qualquer uma das sensações e dos sentimentos supracitados. Essa masculinidade não combina com nada disso. Eles são programados desde crianças para serem competitivos, para vencerem, para não vivenciarem perdas, e passam a viver a vida como pessoas inabaláveis, inoxidáveis, fortes, infalíveis, decididas, seguras, destemidas, viris, conquistadoras, indolores, dominadoras e bem-sucedidas.

Uma importante contribuição para esse modelo tem origem ainda na pré-história da humanidade, ou seja, há mais de 2 milhões de anos, por meio de rituais de iniciação masculina, que destacam a “força” e a “coragem” e estabelecem que, para o menino se tornar homem, ser reconhecido e ser qualificado como tal, deve suportar, física e psicologicamente, experiências traumáticas de vergonha e de humilhação. Isso parece se constituir em uma espécie de *script* existencial, um paradigma que, através dos tempos e das civilizações, se manifesta como um fenômeno transcultural observado, inclusive, em diversos povos, etnias, sociedades, tribos e nações em todo o mundo.

De acordo com esse padrão, a fonte da qual emana toda dor e sofrimento deve ser anulada. Mas, a fonte não está do lado de fora; ela é a sua própria sensibilidade! Para suportar, ele precisa aprender a se desconectar; no entanto, ao fazer isso, coloca em xeque a sua humanidade, expondo-se ao risco de perdê-la, assim como aconteceu com Dorian.

Essa passa, então, a ser a sua luta. Nesta cruzada, o homem pode se deparar com alguns danos colaterais importantes, como perda da potência sexual, processos autodestrutivos, dependência química, isolamento social, irritabilidade, impaciência, oscilação de humor, dedicação excessiva ao trabalho e a outras atividades nas quais ele tenha uma boa *performance*, tentando compensar sua baixa autoestima.

Entre-tanto (s),Entretanto, alguns, em vez de entrarem na luta, corajosamente entram no luto. Seguir por essa jornada também tem seu preço. Passar por lugares tão estreitos (desfiladeiros, penhascos, abismos) pode ser uma experiência assustadora e muito solitária, ao suscitar um intenso sentimento de desamparo. Então, qual é a vantagem do luto sobre a luta?

Ao contrário da luta, o luto é um processo que contribui e ajuda na elaboração do que foi perdido, quebrado, fragmentado, e, por isso, tem um efeito cicatrizante. Além disso, ele abre uma janela de oportunidades para revisar e reformular conceitos, valores e crenças sobre o que é ser homem, o que é ser viril e o que é masculinidade, para que o insustentável machismo não continue a ser replicado; para transformar relações mediante uma nova forma de expressar os afetos no ambiente familiar, no ambiente profissional e na comunidade à qual se pertence; para ajustar a percepção, ou seja, para interagir com outros homens sem necessariamente vê-los como competidores, adversários, rivais, opositores ou ameaça em momentos em que o sentimento de fragilidade existe, como quando se passa por um luto, uma perda, uma

derrota, um fracasso ou uma falência, saindo do lugar de intimidado para o lugar da intimidade; para pedir ajuda, o que é um tanto difícil para os homens; para fortalecer vínculos ao contar com o suporte da família, o apoio dos amigos e dos grupos formados por homens, em vez de evitá-los por constrangimento, discriminação ou preconceito; para, por fim, entender que a paternidade se dá, de fato, menos pela genética e muito mais pelo amor e cuidado que um homem pode oferecer ao seu filho, tendo ou não o seu DNA.

Se houver essa compreensão e aceitação, o seu lugar na posteridade estará assegurado, pois ser capaz de dar perpetuidade ao nome de sua família e a tudo que isso representa é a expectativa, não de todos, mas de muitos homens.

Esse ponto resolveria parte da equação da infertilidade masculina e, talvez, tivesse ajudado Dorian a lidar com o seu drama de não permanecer jovem para sempre. Renunciar ao espelho (narcisismo), investir seus afetos em uma relação com alguém que não ele mesmo e ter descendentes: isso é quase o mesmo que não envelhecer e voltar a um estado de beleza (humanidade) original, tal como aconteceu com o retrato que os empregados encontraram ao lado de seu corpo.

Finalmente, é de fundamental importância que um homem infértil compreenda que ele não está impedido de ser pai nem de gerar, pois este verbo, que subentende uma ação, é sobre fazer existir, nascer, brotar, germinar, dar origem e conceber. A vida é generosa e plena de possibilidades.

2. Infertilidade masculina: repercussões emocionais do diagnóstico

A parentalidade, de acordo com Edelman et al.³ (1994), é parte fundamental do projeto de vida de homens e mulheres, motivo pelo qual

as famílias e a sociedade depositam grandes expectativas nela. Por isso, o impacto da infertilidade não pode ser mensurado sem considerar os aspectos relacionados ao contexto social, histórico, econômico, político e cultural.

Além disso, o significado da infertilidade não pode ser entendido sem se considerar os papéis de gênero, uma vez que a vivência emocional do diagnóstico é sentida de modo diferente por mulheres e homens. Em seu “estilo masculino” de não falar a respeito de seus dilemas, eles, na grande maioria, costumam ser mais sintéticos quando têm um problema para resolver.⁴

A sociedade modela o homem como sendo o forte e o provedor. Quando há o diagnóstico de infertilidade, surge um sentimento de menos-valia que se confunde entre virilidade e capacidade de procriar, além de romper a cadeia geracional. Por isso é tão difícil para ele revelar que é infértil. Segundo Alkolombre⁵ (2008), o homem também é visto como o protetor do casal que está passando pelo tratamento de infertilidade. No entanto, ao manter a infertilidade em segredo e considerar que o seu papel é o de dar suporte à parceira, o homem não busca apoio nem na família nem nos amigos.

Ao calar-se diante da problemática de infertilidade, ele não recebe nenhum apoio, e esse silêncio provoca uma grande carga emocional que acaba, muitas vezes, sendo transferida à relação conjugal. O fato de não conseguir expressar seus sentimentos pode, até mesmo, provocar a sensação de descaso ou de que o homem não está tão envolvido no projeto parental quanto a mulher, pois esta, geralmente, costuma extravasar seus conflitos.⁶

Essa diferença de atitudes, segundo Webb e Daniluk⁷ (1999), é explicada pela especificidade da expressão dos sentimentos. No entanto, ao contrário do que se pensa, a culpa e a insegurança não são exclusividade feminina. Os homens também se questionam quanto ao fato de não terem tentado um filho antes; também se sentem culpados por terem feito algo errado no

passado, como atos promíscuos e uso de drogas lícitas e ilícitas. Além dessas situações, muitos se sentem pressionados e estressados pela demanda dos dias programados para ter relações sexuais, ou seja, “dias do dever” que devem acontecer em virtude do tratamento.

Embora o silêncio prevaleça, o impacto do diagnóstico de infertilidade, para a maioria dos homens, é semelhante ao da mulher. Porém, em função das diferenças de gênero, o modo de adaptar-se a essa dolorosa situação, de expressar o temido ou de experimentar o impacto que sofre em seu mundo desenvolve-se internamente de outra maneira.

Com a infertilidade masculina, surge um sentimento de culpa por não poder realizar o desejo de maternidade de sua parceira, e isso o leva a considerar, inclusive, a hipótese de separação, para, dessa forma, possibilitar que ela constitua uma família com filhos. Aliada à culpa surge a tristeza, ao saber que a sua infertilidade também significa o sofrimento de outros. Segundo Wishmann et al.⁸ (2009), a incapacidade de engravidar sua parceira pode, com o passar do tempo, acirrar diversos tipos de sentimentos entre os parceiros, como tensão, frustração e culpa. Além disso, a relação conjugal pode se ver ameaçada em diversos momentos: quando o homem responsável pela infertilidade sente o temor de ser trocado pela parceira; quando ele se questiona sobre o prosseguimento ou não do tratamento; quando tem a sensação de que a parceira tem um poder que ele não possui, pois ela pode gerar um filho e ele não.

O homem tende a perceber-se como inferior, inadequado e defeituoso aos olhos dos outros e aos seus próprios olhos, ampliando a autocrítica e os sentimentos de isolamento. Autores como Hanna e Gough⁹ (2020) demonstram que existe um impacto negativo a nível pessoal e sexual em casais nos quais o fator de infertilidade está no homem.

Do ponto de vista histórico e social, a paternidade sempre foi um motivo para o homem mostrar sua virilidade e transmitir a linhagem. Ainda hoje, ter filhos significa uma exibição de sua potência. Por isso, a infertilidade masculina como fonte de estigma é correlacionada com disfunção; e o desejo da paternidade, como um marco importante na vida. Diante do diagnóstico, muitos homens vivenciam uma satisfação sexual mais baixa, um sentimento de impotência e desconforto com a atividade sexual.

Dependendo dos tratamentos, os testes pós-coito ou a necessidade frequente de recolha de amostras de sêmen acabam pressionando o desempenho sexual do homem, podendo afetar a capacidade de ereção ou de ejaculação. Para alguns, a ocorrência de uma ou duas falhas durante o relacionamento sexual pode desencadear um ciclo vicioso de medo de fracassar, e essa ansiedade poderá levar a futuras frustrações.

De fato, problemas sexuais, como disfunção erétil, falta de libido, distúrbios ejaculatórios e impotência sexual podem surgir a partir do diagnóstico de infertilidade, além da perda de desejo devido à sua preocupação em funcionar como um “homem”. Além disso, o tratamento de Reprodução Assistida temporaliza as relações sexuais, priorizando a função reprodutiva e esquecendo a função prazerosa.

Quando a gravidez não vem, o homem vai se sentindo cada vez mais impotente e passa a ver a figura do médico como potente, ou seja, como aquele que tem o poder de engravidar a sua parceira. Para alguns homens, inclusive, o médico passa a ser considerado seu “rival” e surge uma situação paradoxal: por um lado, há o reconhecimento do saber médico; por outro, há uma situação de rivalidade com o profissional que está ajudando sua parceira a alcançar a gravidez.¹⁰

As emoções vivenciadas durante o tratamento de Reprodução Assistida são narradas por eles como uma experiência de isolamento. É um lugar solitário, já que os homens não possuem a mesma facilidade para acessar as redes de apoio como suas parceiras. Apesar de poder contar com a família e os amigos mais próximos, o homem, seja por vergonha, seja por estigma, acaba não os procurando. Essas podem ser também as razões pelas quais os grupos de autoajuda (constituídos por outros casais inférteis) não são bem aceitos por eles. Por isso, é importante que os centros de Reprodução Assistida considerem esse detalhe e adequem os tratamentos às necessidades masculinas.

Borgis¹¹ (2011), ao analisar como homens contemporâneos vêm lidando com a masculinidade, afirma que os sentimentos de muitos se encontram “em esconderijos” devido à conformação aos modelos de comportamento prescritos socialmente. O homem, durante muito tempo, ficou limitado às características normativas de masculinidade, força, controle, exaltação do prazer e virilidade. No entanto, na contemporaneidade, as masculinidades protestam contra a hegemonia ao buscarem o reconhecimento de seus corpos e modos de ser. Isso significa que, embora encontremos um mundo com prescrições, no qual modelos de ser homem e mulher nos são impostos, é possível encontrar outros sentidos.

Nos últimos tempos, o papel do pai passou por várias transformações. Os sentidos atribuídos ao homem no exercício da paternidade foram se resignificando ao longo do tempo, e a presença paterna passou, assim, a ser considerada desde o período gestacional. Diante dessa realidade, o homem vem apresentando uma postura mais participativa, afetiva e com uma autoridade pautada no cuidado e na preocupação com sua família e seus filhos, ou seja, uma grande mudança nas relações familiares e na nova forma de pensar a paternidade e o papel do pai como uma construção social.¹²

A paternidade se aproxima, cada vez mais, de uma opção na qual a vontade de ser pai é expressamente declarada. Ela, no entanto, não é necessariamente ligada a fatores genéticos, mas sim ao afeto e ao amor, pois não existe nenhum gene que seja capaz de transmitir o amor paternal. Isso acontece única e verdadeiramente mediante a vontade de ser pai e de dar amor ao seu filho.

3. Onde estão as redes de apoio para os homens?

Quem nunca ouviu o famigerado ditado popular “Homem não chora”? A expressão, imortalizada no imaginário popular, intitula músicas, filmes, livros, poemas, entre outras produções artísticas, imprimindo nestes diferentes sentidos conotativos, abrindo possibilidades para reflexões necessárias acerca da masculinidade. Em nuances da vida cotidiana, o estereotipado termo “macho alfa”¹³ nos dá uma ideia do quão machista a sociedade contemporânea ainda é.

Chorar é do humano. Então, o que reforça a ideia de que homens não podem ou não devem chorar? Por que abrir mão de algo que nos é tão caro e que se refere à nossa própria humanidade? Sem espaço para chorar suas dores, o homem se desconecta dos seus sentimentos, ficando isolado e submerso em seu próprio sofrimento. Evidentemente, trazemos mais questionamentos do que respostas, questionamentos estes essenciais para a reformulação de conceitos do universo masculino, ainda muito atrelados à força, à proteção, à potência, ao suporte.

E no contexto dos tratamentos reprodutivos não seria diferente. Ao homem é “dado” o papel de proteção e apoio à parceira, o que pode provocar

uma série de repercussões deletérias na sua saúde mental e, consequentemente, na dupla conjugal.

O fato é que os homens se sentem sozinhos, angustiados, ansiosos. Na verdade, muitos precisam do espaço de fala, mas poucos têm. Então, perguntamos: no contexto da Reprodução Humana Assistida, onde estão as redes de apoio emocional para os homens?

Estamos falando da existência ou não das redes de apoio emocional dirigidas exclusivamente à promoção do bem-estar dos homens neste contexto, redes estas necessárias no sentido de acolher, validar e dar relevo ao sofrimento destes indivíduos. Os homens, muitas vezes, passam invisíveis pela jornada dos tratamentos reprodutivos ao invés de ocuparem uma posição de protagonismo conjuntamente à sua parceria.

Segundo Santos¹⁴ (2021), na Reprodução Assistida é comum o homem ser pouco considerado pela equipe de médicos, embriologistas e enfermeiras. A mulher é considerada ao máximo; efetivamente, é ela quem vai engravidar e o tratamento recai sobre ela, isto é inegável, porém, é importante a equipe ser sensibilizada a considerar e legitimar o sofrimento masculino, o desejo do homem à paternidade. O homem está ali, diante da equipe, com expectativa e ansiedade, medo e fragilidade, com as questões da ordem do humano, e isto deve ser reconhecido.

É importante que a equipe multiprofissional seja mais proativa, oferecendo um cuidado integral para além do corpo biológico, ou seja, atenta às demandas emocionais do paciente que está à sua frente, sinalizando ou encaminhando para um profissional de saúde mental.

Mesmo que o foco dessas investigações essencialmente seja direcionado às mulheres, não se pode diminuir a importância do impacto da infertilidade

nos homens, pois vários estudos têm demonstrado que eles também são significativamente afetados pelo diagnóstico de infertilidade, como reportado por Lima e Taitson¹⁵ (2022).

Os autores acima complementam que é importante que o homem possa ter um espaço de fala onde seus sentimentos possam ser validados e visibilizados: “A atuação de um psicólogo que cumpre a missão de ajudar os pacientes a encontrarem um novo significado para as suas vidas, auxiliando-os a perceber e sentir muitas possibilidades diante de tantas (in)possibilidades, (in)certezas, (in)fertilidade e (in)capacidades”.¹⁵

Por meio de pesquisas na internet, constata-se um considerável número de *sites* que ofertam grupos de apoio *on-line* exclusivos para homens, mediados ou não por profissionais da saúde mental. Encontros com propósitos gerais de promoção da saúde, acolhimento, reflexões sobre equidade de gênero, masculinidades e cuidado com as questões comuns existentes entre eles. Grupos estes que, a partir do compartilhamento de vivências e do fortalecimento de vínculos, oportunizam melhores condições para ajuda mútua, sentimento de amparo e pertencimento.

Apesar da existência de vários grupos de apoio a homens, em diversos assuntos, o mesmo não ocorre quando o problema é relacionado à infertilidade e ao contexto da Reprodução Humana Assistida.

Qual o espaço, individual e/ou coletivo, reservado ao homem para que ele possa ser acolhido, compreendido, cuidado, protegido, apoiado durante este processo e vivenciá-lo com menos desamparo? As clínicas e os membros de suas equipes multiprofissionais têm feito este movimento em direção ao público masculino? No contexto da infertilidade, o que é factível?

Para Seger¹⁶ (2009), nos trabalhos de grupo, ou mesmo em consultas individuais, quando esse homem tem a oportunidade de ser ouvido, suas respostas se mostram muito diferentes. Ele aprende que não precisa lutar (esconder) contra sua dor física e emocional, percebe que pode e deve mostrar seus sentimentos. Quando o homem percebe que pode e deve expor seus sentimentos de fracasso e dor e se mostra mais, sua relação com a parceira se solidifica, diminuindo o estresse e a sensação de impotência de ambos.

Apesar de terem sido “preparados” para ocupar posições de apoio, os homens precisam ser atendidos em suas demandas emocionais, e há um claro benefício quando isto acontece. Em se tratando do cuidado com a saúde mental, como descrito por Santos¹⁴ (2021), alguns homens estão disponíveis e receptivos para serem cuidados, embarcam em um processo terapêutico, entram em contato com desejos, angústias e o que mais a infertilidade e o tratamento para engravidar pode suscitar.

4. Conclusão

Espaços de escuta são necessários para que os homens possam trabalhar seus sentimentos. Apresentam-se como oportunidade para o acolhimento de conflitos e angústias e integração de lutos, condições necessárias para se repensar a família idealizada, sonhada, pela família possível.

A nós, profissionais, cabe conhecer cada vez mais as particularidades masculinas para oportunizar efetivas intervenções terapêuticas. Ressaltamos a importância de um amplo trabalho psicoeducativo junto à equipe multiprofissional a fim de promover discussões sobre a temática da infertilidade, dando mais visibilidade ao sofrimento do homem. Apontamos para que a oferta de acompanhamento psicológico destinado ao homem seja uma

realidade crescente nas clínicas de Reprodução Humana em nosso país, vista como um caminho promissor a todos os envolvidos.

Quando ao homem é permitido chorar suas dores, há a possibilidade de ele se reconectar, reconhecendo suas fraquezas e fortalezas, descobrindo suas ferramentas e seus recursos internos para lidar com os sentimentos suscitados durante esta jornada, geralmente vivenciada com certo desamparo.

No contexto da infertilidade, alguns homens têm a possibilidade de optar pelo desafiador caminho da luta, outros pelo caminho do luto. Seja qual for o caminho escolhido, que não lhes falte rede de apoio emocional nesta jornada em busca do filho desejado.

5. Referências

1. Wikipédia: a enciclopédia livre [Internet]. O retrato de Dorian Gray [modified 2023 May 28]. [São Francisco: Fundação Wikimedia]; 2023 [cited 2023 Jul. 10]. Available from: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=O_Retrato_de_Dorian_Gray&oldid=65950206
2. Porto A. 7 Testes de Masculinidades Mais Brutais do Mundo. Fatos Desconhecidos [Internet]; 2019 Aug 2 [cited 2023 Aug 3]. Available from: <https://www.fatosdesconhecidos.com.br/7-testes-de-masculinidade-mais-brutais-do-mundo/>
3. Edelman RJ, Humphry M, Owens DJ. The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. *Br J Med Psychol.* 1994;67:291-99.
4. Wishmann T, Scherg H, Strowitski T, Vesres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod.* 2009;24:378-85.

5. Alkolombre P. Deseo de hijo. Pasión de hijo: esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis. Buenos Aires: Letra Viva; 2008.
6. Olmedo SB. También es asunto de hombres. El porqué de la infertilidad masculina. Buenos Aires: Atlántida; 2004.
7. Webb RE, Daniluk JC. The end of the line: Infertile men's experiences of being unable to produce a child. *Men and Masculinities*. 1999;2(1):6-25.
8. Wishmann T, Scherg H, Strowitski T, Vesrres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod*. 2009;24:378-85.
9. Hanna E, Gough B. The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. *Sociol. Health Illn*. 2020;42(3):465-80.
10. Hammarberg K, Baker HW, Fisher JR. Men's experience of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study. *Human Reproduction*. 2010;25(11):2815-20.
11. Borgis GD. Falas de homens: a construção da subjetividade masculina. São Paulo: Annablume; 2011.
12. Rodrigues PM, Gonçalves CS. Pai deve participar: reflexões sobre a paternidade na atualidade. In: Jaegar FP, Krueh CS, Siqueira AC, organizators. *Parentalidade e contemporaneidade: os desafios para a psicologia*. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2011.
13. Significado da expressão: "Macho Alfa". Dicio Online [Internet] [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://www.dicio.com.br/macho-alfa/>
14. Santos JR. Pensando na Infertilidade Masculina e Desejo de Filhos. In: Vives RV, organizator. *Ensaio Sobre Reprodução Assistida, Parentalidades e Adoção*. Porto Alegre: Editora Gêneses; 2021. p. 76-77.

15. Lima LSS, Taitson PF. (In)Fertilidade Masculina. In: Giacon F, organizator. Contribuições Interdisciplinares no Contexto da Reprodução Humana Assistida. Brasília: Viva Mais Editora; 2022. p. 154-155.
16. Seger L. Avaliação Emocional do Paciente de Reprodução Humana Assistida (RHA). In: Melamed RM, Seger L, Borges Júnior E, organizators. Psicologia e Reprodução Humana Assistida – Uma Abordagem Multidisciplinar. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2009. p. 83.



SOBRE O DOADOR DE SEMÊN E O ANONIMATO

DRA. ANA CLAUDIA BRANDÃO BARROS CORREIA
DR. LUIZ CLAUDIO RIOS PIMENTEL

1. Introdução

Em recente edição, um determinado programa jornalístico da televisão veiculou reportagem sobre fato ocorrido nos Estados Unidos, exibindo um casal de mulheres que, utilizando-se da inseminação artificial com doação de espermatozoide, tiveram duas filhas, cada qual gerando uma, de um mesmo doador. Após o fim do relacionamento, uma das mulheres levou a filha que havia gerado, deixando a outra com a ex-companheira. Depois de 12 anos do nascimento da primeira filha, a partir da realização de testes genéticos e pesquisas na internet, descobre-se a identidade do doador de espermatozoide, Aaron Long, um homem já que havia realizado inúmeras doações (segundo relatou, duas vezes por semana, durante um ano) e que calculava poder ter até 67 filhos biológicos. Mãe e filha conhecem outros filhos do doador e, mais tarde, estabelecem relações com o mesmo e passam a viver juntos. Essa história real, que mais parece enredo de novela, traz à tona uma série de problemas e desafios da reprodução humana assistida heteróloga, em especial em relação à matéria de filiação, parentesco e direitos da personalidade. Pode-se questionar, a partir desse caso, assegurar o anonimato do doador viola direito da personalidade do filho? E quebrar a sua intimidade, quando o sigilo foi garantido à época da doação? Que direito deve prevalecer em caso de eventual conflito? Essa decisão deve ser tomada previamente nas clínicas, antes da realização dos procedimentos? São muitas as indagações.

O tema do anonimato do doador de sêmen/óvulos requer um olhar atento do operador do Direito e dos profissionais da área de reprodução assistida, diante da sua complexidade e impactos nas relações de família. Na reprodução heteróloga prepondera o laço afetivo e a autonomia do projeto parental em relação ao critério biológico de filiação. Entretanto, embora esse aspecto, em um primeiro momento, refira-se apenas aos pais, a partir

do nascimento da criança surgem direitos a ela inerentes e que não podem sonegados, como no caso de saber a sua origem biológica.

Neste breve trabalho, apontaremos alguns problemas que podem surgir e como o direito brasileiro e estrangeiro os tem solucionado.

2. A doação de sêmen

A atual Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.230/2022 define os critérios que deverão ser adotados para doação de gametas masculinos. Qualquer homem, com idade entre 18 e 45 anos, poderá ser doador de espermatozoides, desde que seja voluntário, vedado qualquer caráter lucrativo ou comercial. Por determinação da Resolução, os doadores não deverão conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar dos serviços serem doadores nos programas. Quando a utilização do material genético for proveniente de banco de gametas, a responsabilidade pela seleção será exclusivamente dos usuários. Na região de localização da clínica especializada, o rigoroso controle de registro dos nascimentos evitará que um doador tenha produzido mais de dois nascimentos de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes. Exceto quando uma mesma família receptora escolher um mesmo doador, neste caso, a utilização dos gametas doados poderá ser com quantas gestações forem desejadas.

O banco de sêmen é uma boa opção para quem está idealizando um projeto parental e apresenta dificuldades em dispor do próprio material biológico ou por meio de doação. Os bancos são onde se encontra o sêmen congelado advindo de doadores. Por critério, os bancos de sêmen priorizam doadores com idade máxima até 40 anos, sem antecedentes ou histórico

familiar de doenças hereditárias, devendo ser submetido a um processo investigatório rigoroso, mediante exames clínicos e laboratoriais, em especial quanto a doenças sexualmente transmissíveis. Estes bancos de sêmen praticam exames de repetição pelo período de seis meses. Confirmando-se os resultados negativos para as hipóteses indesejadas, o material é liberado para doação. A busca pelos bancos de sêmen também ocorre para garantir a paternidade a homens que se submetem à vasectomia (novo projeto parental) ou na ocorrência de doença que demande o uso de medicação agressiva e que leve à esterilidade como, por exemplo, os tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos aos pacientes com câncer.

3. Situação legislativa no Brasil

Ao analisarmos as temáticas em desenvolvimento no campo do Direito e da Saúde, dificilmente encontraremos matéria que seja tão dinâmica, polêmica e que apresente consequências tão importantes na vida das pessoas quanto a Reprodução Humana Medicamente Assistida. Evidentemente que, apesar de constatararmos uma gigantesca interseção entre as matérias, lamentavelmente é fácil concluirmos que o nosso arcabouço legislativo ainda apresenta lacunas significativas no contexto da Reprodução Assistida. No Brasil, não há lei própria a tratar do tema de maneira específica; apesar das inúmeras tentativas de edição de um diploma legal da matéria, todos os projetos legislativos foram infrutíferos. Entretanto, o lacunoso cenário não impede que os operadores deste ecossistema pincem dispositivos legais esparsos que façam referências ou reflexões principiológicas necessárias a cada caso.

O Código Civil brasileiro contempla, em seu art. 1.597, regras referentes à filiação, porém ainda insuficientes a regulamentar o tema.

Apesar da ausência do diploma legal específico para o tema, no Brasil, diversos órgãos reguladores atuam de forma direta ou indireta no controle da atividade médica e fiscalização dos centros clínicos especializados no atendimento aos pacientes que buscam tratamento para infertilidade. O CFM, por meio das Resoluções, protagoniza um rigoroso controle das atividades médicas e vem, ao longo dos anos, demonstrando à sociedade uma grande preocupação em suprir as lacunas legislativas sobre o assunto, prova disto são as frequentes atualizações às quais as Resoluções têm sido submetidas. A inércia legislativa em relação à velocidade com que o desenvolvimento biotecnológico se apresenta exige do CFM atualizações quase que anuais das resoluções. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também atua na regulação e no controle dos serviços biomédicos disponíveis no mercado.

O CFM editou a primeira Resolução sobre a matéria em 1992, a qual permaneceu em vigor até 2010, com o advento da Resolução nº 1.952/2010, posteriormente alterada pela Resolução nº 2013/2013, que, por sua vez, foi alterada pela Resolução nº 2.121/2015, revogada pela de nº 2.168/2017, editando-se a de nº 2.294/2021 e, a atualmente em vigor, de nº 2.320/2022, que contempla as normas éticas a serem seguidas pelos médicos que trabalham na área.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por sua vez, editou o Provimento nº 63/2017, que estabelece normas sobre o registro civil das pessoas nascidas mediante o emprego das técnicas de reprodução humana assistida, desburocratizando o processo, para possibilitar a realização do registro sem necessidade de judicialização prévia.

As clínicas que oferecem os serviços voltados à aplicação das técnicas de Reprodução Assistida são juridicamente responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação,

pela distribuição, pela transferência e pelo descarte do material biológico dos pacientes submetidos aos tratamentos. Os mais relevantes aspectos éticos e jurídico que envolvem os processos de Reprodução Assistida referem-se ao funcionamento regular dos serviços especializados, a correta utilização do termo de consentimento, a seleção eugênica, a escolha de sexo, a doação e o armazenamento do material biológico sob responsabilidade das clínicas.

Hoje, o desenvolvimento das biotecnologias no campo da Reprodução Humana Medicamente Assistida tem possibilitado a superação da infertilidade por meio de suas técnicas, as quais tonaram-se mecanismos de garantia de um dos direitos mais importantes para a sociedade: o direito à parentalidade.

Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento da Reprodução Assistida possibilitou que pessoas ou casais inférteis com grande dificuldade de procriar e que estivessem condenados a não terem filhos, com os quais fossem geneticamente vinculados, conquistassem a possibilidade de desenvolver um projeto parental utilizando-se das diversas técnicas disponíveis.

Esse é, portanto, o cenário da reprodução humana assistida no Brasil, sendo imprescindível que a matéria seja efetivamente regulamentada pelo legislativo, poder competente e legítimo para tal.

4. Direito à origem biológica

Nesse contexto, conforme mencionado, entre os inúmeros problemas que exsurtem do caso citado, a questão da revelação da identidade de doadores e receptores de sêmen e óvulos utilizados no processo de reprodução assistida heteróloga é a técnica que mais tem levantado controvérsias e debates jurídicos.

Tanto no direito pátrio quanto no direito estrangeiro não há consenso acerca do direito ao anonimato. Alguns países em que há legislação sobre a reprodução humana assistida garantem o direito ao anonimato do doador na inseminação heteróloga, como, por exemplo, França, Portugal e Espanha, podendo este ser afastado, apenas excepcionalmente e em casos expressos, como o de doenças hereditárias.

No Brasil, a sistemática adotada pelo CFM, desde 1992, garante o anonimato do doador, apenas com a ressalva de que, em situações especiais, informações sobre os doadores poderão ser dadas exclusivamente para os médicos, resguardada a identidade civil do doador. Essa é a orientação seguida pelos médicos, desde 1992. A Resolução nº 2.320/2022, em vigor, trouxe apenas uma exceção no caso em que esta doação ocorre entre familiares, mantendo, no entanto, a regra do anonimato.¹

O Projeto de Lei nº 1.198/2003, que pretende regulamentar a matéria reconhece, em seu art. 9º, que o sigilo poderá ser quebrado nos casos autorizados nesta Lei, obrigando-se o serviço de saúde responsável pelo emprego da Reprodução Assistida a fornecer as informações solicitadas, mantido o sigilo profissional e, quando possível, o anonimato. No § 1º dispõe que a pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida terá acesso, a qualquer tempo, diretamente ou por meio de representante legal, e desde que manifeste sua vontade, livre, consciente e esclarecida, a todas as informações sobre o processo que o gerou, inclusive à identidade civil do doador, obrigando-se o serviço de saúde responsável a fornecer as informações solicitadas, mantidos os sigilos profissional e de justiça.

¹ Conforme Resolução CFM 2.320/22 – CFM. [...] “IV DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES A doação não pode ter caráter lucrativo ou comercial. 2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas ou embriões para parentesco de até 4º (quarto) grau, de um dos receptores (primeiro grau: pais e filhos; segundo grau: avós e irmãos; terceiro grau: tios e sobrinhos; quarto grau: primos), desde que não incorra em consanguinidade.”

Pode-se dizer que, até bem pouco tempo atrás, prevalecia a garantia do anonimato dos doadores nas legislações que regulamentam a utilização das técnicas de reprodução assistida. Percebe-se, porém, atualmente, uma mudança de paradigma no sentido de contemplar a possibilidade de revelação de dados do doador como direito do nascido por meio da reprodução heteróloga, como ocorreu na Suécia e na Grã-Bretanha, como regra geral e não apenas excepcionalmente, ao se reconhecer o direito à origem, como direito da personalidade, condicionando o seu exercício apenas ao atingimento da maioridade civil.²

Em acréscimo, surge a questão dos impedimentos matrimoniais e das enfermidades. Com a internet, que derrubou as fronteiras e diminuiu o óbice da distância aos relacionamentos pessoais, não se pode descartar a possibilidade de uniões entre ascendentes e descendentes ou entre irmãos biológicos, em especial naqueles países onde não há limitação quanto ao número de doações nem espaço geográfico. No caso narrado, por exemplo, o doador estima poder ter mais de 60 filhos e muitos deles chegaram a se conhecer. Ainda mais gritante é o caso que veio à tona do holandês identificado como Jonathan M., que já tem pelo menos 500 filhos biológicos confirmados, tendo sido determinada a proibição de novas doações pelo Tribunal Holandês que considerou “suficientemente plausível que isso tenha ou possa ter consequências negativas para as crianças, incluindo questões de identidade e possível incesto”.

A esse respeito, é mister registrar que a Resolução n.º 2.320/2022 do CFM, assim como as anteriores, tiveram o cuidado de limitar a doação à produção de, no máximo, duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de 1 milhão de habitantes, o que dificulta a ocorrência de tais encontros.

² É o que ocorre no caso de adoção. O art. 48 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) permite o acesso da pessoa adotada ao processo de adoção, quando ela completar 18 anos de idade.

Nessa senda, o conhecimento das origens biológicas, ao tempo em que consiste em um direito reconhecido a cada pessoa, inserido no direito à própria identidade, tem relevância no âmbito do direito à saúde, diante do notório conhecimento acerca dos riscos que acarretam para a criança nascida a partir de relações consanguíneas.

5. Norma éticas do CFM x normas registrais do CNJ

No entanto, enquanto o CFM admite a revelação da identidade do doador exclusivamente aos médicos e em situações especiais, adotando o sistema do segredo absoluto, o CNJ, inicialmente, ao editar o Provimento nº 52/2016, rompeu com tal paradigma ao exigir a apresentação de termo de consentimento prévio, por instrumento público, do doador ou da doadora, autorizando expressamente, que o registro de nascimento da criança a ser concebida se dê em nome de outrem, além de termo de aprovação prévia, igualmente por instrumento público, do cônjuge ou de quem convive em união estável com o doador ou a doadora, autorizando, expressamente, a realização do procedimento de reprodução assistida (art. 2º §1º, I e II), tornando obrigatória, portanto, a revelação da identidade dos doadores.

É bem verdade que tal provimento foi posteriormente revogado pelo Provimento nº 63/2017, atualmente em vigor, que excluiu a necessidade de apresentação de tal documentação, porém manteve, em seu art. 17, §3º, a possibilidade de conhecimento da ascendência biológica, sem qualquer restrição, ressalvando, apenas, a inexistência de efeitos jurídicos entre doador ou doadora e o ser gerado por meio da reprodução assistida, de forma que

permanece a colisão quanto à sistemática do sigilo absoluto, instituída pelas normas éticas do CFM.

Na prática, portanto, não havendo lei em sentido formal, a matéria fica sujeita ao exame casuístico dos Tribunais, persistindo a lacuna legislativa e a insegurança jurídica sobre o tema, fazendo com que órgãos como o CFM e o CNJ, no afã de legislador, passem a disciplinar a matéria extrapolando suas competências.

6. Considerações finais

A doação de gametas, óvulos ou espermatozoides, sempre despertará grandes discussões na sociedade de uma forma geral e mais notadamente na esfera científica. Esta é uma questão que envolve todos e não somente pacientes que buscam tratamento para infertilidade. A demanda pela utilização de gametas doados projeta-se para um crescimento exponencial. Enquanto as pessoas postergarem seus projetos parentais de filiação ou mesmo a busca por tratamento de pessoas que estejam sujeitas a graves problemas de saúde, a procura por tratamentos para infertilidade utilizando amostras biológicas heterólogas será uma opção cada vez mais frequente. É fundamental um debate amplo, sensível e maduro que alcance a proteção de doadores, receptores e, sobretudo, os filhos das técnicas de reprodução assistida.

Pode-se dizer, portanto, que o cenário brasileiro sobre a matéria é totalmente nebuloso. Esta miscelânea de normas em rota de colisão demonstra a verdadeira instabilidade que permeia a questão da reprodução humana assistida no Brasil: de um lado, normas éticas que devem ser seguidas pelo médico; de outro, normas que devem ser seguidas pelos cartórios de registro

civil do país e, ainda, ausência de legislação própria sobre a matéria. Daí a importância de que o Termo de Consentimento Livre e Informado seja claro, preciso e cumpra efetivamente a sua finalidade de permitir o exercício da autonomia dos pacientes de forma genuína.

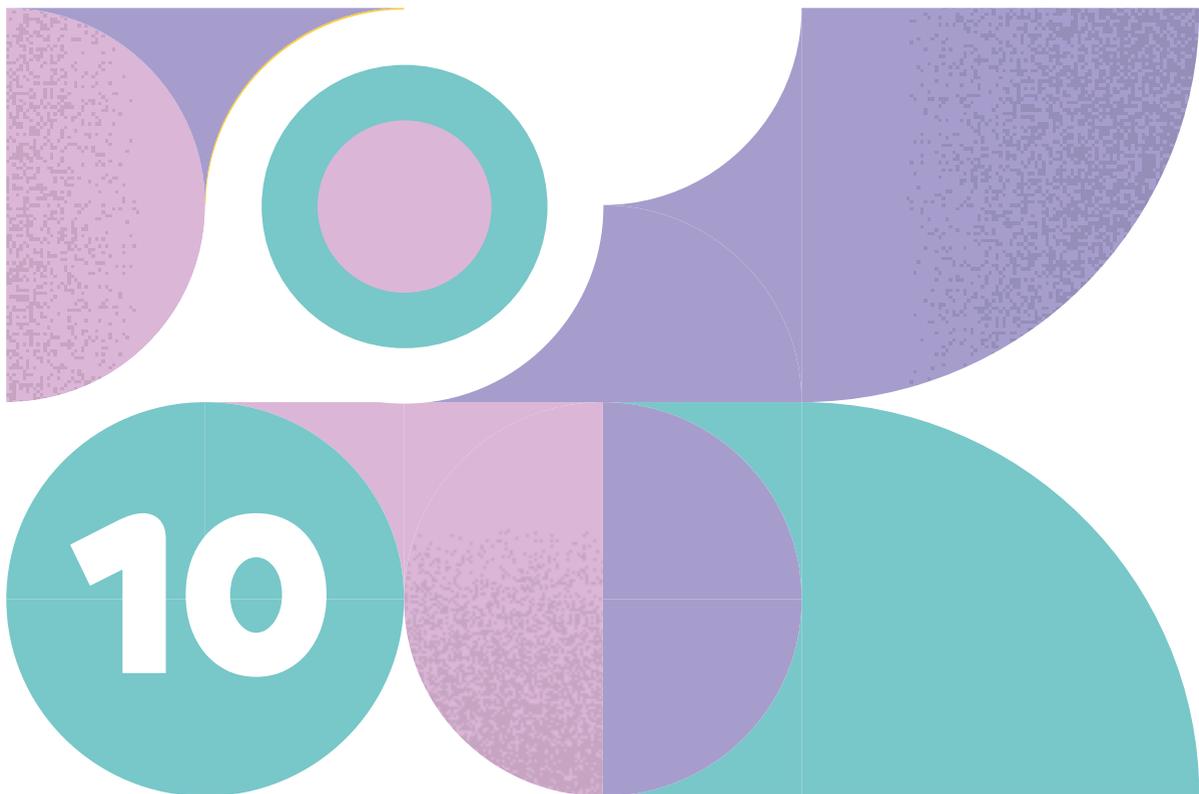
A ciência sem limites jurídicos pode, ao invés de melhorias, causar danos às pessoas e à sociedade em geral, por isso os princípios jurídicos devem ser respeitados.

Talvez esse deva ser o caminho a ser trilhado quando buscamos organizar as questões referentes ao ecossistema da reprodução humana medicamente assistida.

7. Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolu º CFM nº 2.320/2022. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de Reprodução Assistida. Diário Oficial da União. 2022 Sep 20; seção 1:107.
2. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 63/2017. Dispõe sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por Reprodução Assistida. Diário da Justiça eletrônico. 2017 Nov 17;(191).
3. Brasil. Projeto de Lei nº 1.184/2003. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Define normas para realização de inseminação artificial e fertilização "in vitro"; proibindo a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical. Brasília: Senado Federal; 2003.
4. Welle D. Justiça da Holanda proíbe pai de 550 filhos de doar mais esperma. G1 [Internet]; 2023 Apr 28 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2023/04/28/justica-da-holanda-proibe-pai-de-550-filhos-de-mais-doar-eperma.ghtml>.

5. Ferraz ACBBC. Reprodução Humana Assistida e suas consequências nas relações de família: o direito à origem genética sob a perspectiva da repersonalização. Curitiba: Juruá; 2016. p. 85.
6. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 52/2016. Dispõe sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por Reprodução Assistida. Diário da Justiça eletrônico. 2016 Mar 15;(43):10-11.



RECEPÇÃO DE SÊMEN DE DOADOR – RECORTE DA CLÍNICA PSICOLÓGICA

JULIANA ROBERTO DOS SANTOS

RENATA VIOLA VIVES

VALERIA MACEDOTEIXEIRA

A construção da paternidade envolve o reconhecimento de diferenças reais, incluindo a criança em uma cadeia geracional e, com isso, estipulando a diferença de gerações, bem como envolve o equilíbrio entre o filho real e o filho imaginário, e o resíduo entre funções simbólicas e também as fantasias imaginárias. Isso faz com que a criança não seja apenas uma extensão de seus pais, um complemento narcísico dos mesmos.

A chegada de um filho deve promover a expansão dos papéis até então vivenciados – os papéis de filho e filha- para o exercício de um novo papel que é de pai e de mãe. Esse papel não é decorrência da gestação ou do parto (ainda que esses processos possam contribuir para o novo lugar que se vai ocupar), mas de um ato de adoção.

A adoção simbólica diz respeito a essa nomeação do outro, do reconhecimento do outro como possuindo um lugar.

Para Aberastury e Salas¹ o termo paternidade toma evidência com as contribuições de Freud, colocando o pai como fonte de identificação.

Mas o menino, já em sua tenra infância, possuía a fantasia de ter um filho em seu ventre, ou seja, um menino, desde muito cedo, desejava tomar o lugar da mãe e ter filhos. As fezes e a urina que ele produz dão os modelos fantasiados do que é a concepção: entram alimentos por sua boca, passam por seu corpo e saem transformados.

Quando atravessa uma fase passivo-feminina, o menino está profundamente identificado com a mãe. Contudo, a sociedade e a cultura ainda proíbem ao menino brincar de ter filhos, de cuidá-los, de alimentar bonecos, estabelecendo culturalmente a ideia de que essas atividades cabem à mulher.

Esse sentimento, marcado no inconsciente, de acordo com Aberastury e Salas¹ constituiria a raiz de muitas inibições do homem para assumir o filho. Mas por que esse desejo de um filho se reprime tão fortemente no menino?

Para os autores¹ o que se dá no desenvolvimento normal é que o menino passa do desejo de ser fecundado ao desejo de penetrar, ao mesmo tempo em que o mundo externo lhe exige que ele assuma papéis que marquem uma diferença com as mulheres.

Ao reprimir parte dos seus desejos, o menino também reprimiria o desejo de filho, ou seja, a origem da paternidade, que teve sua origem num desejo de maternidade, se torna incompatível com o seu papel de menino.

Aberastury e Salas¹ também afirmam que uma outra dificuldade comum dos homens em assumir a paternidade é a de que o filho possa constituir-se numa ameaça, como um perseguidor. Se o homem não supera sua rivalidade frente ao filho, pode inibir-se em suas funções, onde a posse do filho e a dificuldade em compartilhá-lo podem surgir como uma grande guerra entre o casal.

Há também pais que não sentem o filho como próprio, sendo que esses sentimentos podem ter se originado em situações precoces da infância, na sua relação com seus próprios pais e na atual relação com seu par.

“Não sentir-se¹ com direito a ter um filho, não se sentir pai ou mãe, é a expressão psicológica do que é a esterilidade no plano corporal” (p. 82). São pais estéreis de amor e isso muitas vezes está ligado a uma submissão à própria mãe, como se sentissem que só ela tem o direito à maternidade, assim como temem morrer pelas mãos do filho (Édipo).

Outro aspecto para a inibição do sentimento parental diz respeito à incerteza quanto à paternidade. O homem, devido a seus aspectos femininos, por ressentimento e rivalidade frente a mulher “fazedora de filhos” esquece sua

participação ativa na procriação e não se aproxima do filho ou não o sente como próprio.

Delaisi de Parseval² afirma que a paternidade pode ser vivenciada com perturbações físicas e também com construções de delírio, mas também com registros de comportamentos que vão do corriqueiro ao aberrante. Alguns desses comportamentos dizem respeito a uma atividade exagerada, que pode estar ligada a esportes e a brigas no trânsito, atividades que se assemelham ao *acting*, ou seja, à passagem ao ato devido ao estresse aumentado durante a gestação e no parto.

Outro comportamento diz respeito a fuga e ao desaparecimento, com pais atirando-se freneticamente no trabalho, que fogem de casa deixando a mulher grávida ou logo após o nascimento do filho.

Um terceiro tipo de comportamento diz respeito aos medos e angústias neuróticas dos pais e, o quarto e último comportamento, refere-se às questões sexuais, com o incremento de condutas mais agressivas, a interrupção da atividade sexual com a gestante, com receio de machucar o bebê, com sentimentos de repulsa frente à mulher grávida.

Para Soulé e Brazelton³ a criança que nasce parece ser a realização de um desejo consciente, integrado dentro de um plano de vida em relação com os ideais sociais e familiares. Nesse contexto, é o poder de obter um filho a fantasia mais profunda em toda a criança, não se tratando tanto de um filho real, mas sim no poder de fazê-lo e com isso identificar-se com a mãe onipotente.

Para os mesmos autores³ isso explica o fato de que muitos homens podem viver sem filhos porque mantêm a ideia de que eles poderiam tê-los a qualquer momento que desejassem, ao passo que isso também explicaria o

impacto traumático da infertilidade: ela não suprime o filho, mas sim o poder de fazer um por si próprio. Então, o menino realmente deseja, em uma etapa precoce do desenvolvimento, ter um bebê em seu ventre. Frente à impossibilidade de realização de seu desejo, ele precisará dar outros destinos ao mesmo.

Alguns dos destinos do desejo podem ser o recalque e a formação reativa. De acordo ainda com Soulé e Brazelton,³ o desejo de filho no menino é dificilmente escutado porque ele angustia muito o homem adulto e é por esse motivo que o recalque é encorajado mais cedo. O desejo do filho no menino existiu, mas ele logo foi desviado e encontraremos diversas formas do fracasso desses mecanismos.

Para finalizar, This⁴ afirma que o status do pai está ligado ao do filho, sendo que a paternidade se refere ao problema da adoção: adotamos nossos filhos e nossos filhos nos adotam (“é meu filho”, “é meu pai”).

Alguns autores sugerem que a literatura científica tem menosprezado o impacto da infertilidade nos homens, ao focar as suas investigações essencialmente nas mulheres, e vários estudos têm demonstrado que os homens também são afetados pela infertilidade. De acordo com um levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde⁵ (OMS) mostrou que os homens são os responsáveis em 40% dos casos e as principais causas são: varicocele, disfunções hormonais, infecções, tabagismo, alcoolismo, estresse, poluição, má alimentação e obesidade.

Na clínica da Reprodução Assistida, é comum o homem ser pouco considerado pela equipe multidisciplinar. A mulher é considerada ao máximo. Efetivamente é ela quem vai engravidar e o tratamento recai sobre ela, isto é inegável, porém, é importante que a equipe seja sensibilizada a considerar e legitimar o sofrimento do homem e o seu desejo de filho. O paciente está ali,

com expectativa, ansiedade, medo, com as questões do humano e isso deve ser realçado.

A parentalidade é uma parte fundamental do projeto de vida de homens e mulheres, na qual as famílias e a sociedade em geral depositam grandes expectativas. Desta forma, o impacto da infertilidade e reprodução medicamente assistida não pode ser individualizado de aspectos relativos ao contexto social, histórico, económico, político e cultural. Apesar dos homens parecerem mais capazes do que as suas companheiras de aceitar um estilo de vida sem filhos⁶ quando deparados com problemas de fertilidade, reportam menor auto-estima, maior inadequação relativamente ao seu papel social e níveis mais elevados de ansiedade, do que quando não existe qualquer diagnóstico de infertilidade.^{7,8}

Em nossa vivência clínica testemunhamos histórias de sofrimento e preocupação, geralmente protagonizadas por mulheres, contudo, há homens que estão disponíveis e receptivos para serem cuidados, embarcam em um processo terapêutico, entram em contato com seus desejos, mas também com suas angústias e o que mais a infertilidade e o tratamento podem suscitar.

O caso clínico apresentado aqui, pretende ilustrar algumas das dificuldades que um homem com problemas de fertilidade pode experimentar, bem como as possíveis implicações de ser disponibilizado um acompanhamento psicológico continuado e especializado.

Marcos (nome fictício) é um homem de 41 anos, casado há seis anos com Fernanda (nome fictício), 37 anos, com quem manteve uma relação prévia ao casamento de cerca de um ano. Ambos são profissionais liberais e encontram-se empregados. Tendo sempre desejado ser pais, Marcos e Fernanda iniciaram as tentativas para engravidar logo após o casamento. De acordo com Marcos, esse era o seu maior sonho, também partilhado pela esposa.

Como Fernanda sabia ter problemas de ovulação e Marcos tinha feito uma cirurgia bariátrica, após um ano de sucessivas tentativas, o casal procurou um ginecologista que a medicou com comprimidos estimulantes da ovulação. Após um novo período de tentativas sem sucesso, procuraram uma clínica de medicina reprodutiva e iniciaram com vários exames, tendo sido detectado, através da análise do espermograma de Marcos, que este tinha azoospermia. Feita avaliação do urologista, foi indicada punção testicular. Não encontrado nenhum espermatozoide, restou apenas a opção de microtese - biopsia testicular com ajuda de microscópio cirúrgico - também sem sucesso.

Marcos referiu ter sido muito difícil aceitar este diagnóstico, tendo chorado bastante. Dois dias depois ter o conhecimento do diagnóstico de infertilidade, decidiu contar a Fernanda, que também recebeu a notícia com muita tristeza.

Ao longo desse processo, Marcos confessou que, numa primeira fase, após ter sabido que não poderia conceber naturalmente, sentiu-se bastante desapontado e pessimista quanto ao futuro, considerando que este período foi caracterizado por momentos de atrito entre o casal e dificuldades de comunicação, cada um procurando diferentes pessoas para desabafar, vivendo no seu mundo. Marcos sentia se preterido por Fernanda em favor da sua família de origem. As discussões tornaram-se cada vez mais frequentes, sendo cada vez mais difícil conversarem: *“repetíamos sempre as mesmas coisas e nunca chegávamos a nenhuma conclusão diferente.”* Estas dificuldades refletiram também no relacionamento sexual, quase inexistente. Nesta fase da vida, Marcos concentrou-se no trabalho e recorreu à internet como forma de se informar, contactar e desabafar com outras pessoas com o mesmo tipo de dificuldades.

Uma vez que Fernanda poderia engravidar naturalmente, Marcos considerou que o fato de ser infértil era injusto para a esposa, tendo ponderado o divórcio de forma a permitir-lhe ter filhos por concepção natural com outro homem. Fernanda, se indignou com essa possibilidade e propôs tentarem engravidar através de outras técnicas de RMA.

Durante todo o processo, Marcos afirmou que nunca se sentiu inferiorizado mas gostaria de entender a causa de ter que lidar com tamanho sofrimento: *“nunca me considere menos homem, todavia pensava muitas vezes, por que eu?”* Nas suas relações sociais e familiares, dizia ter se isolado dos seus familiares próximos, nomeadamente do seu irmão e sobrinhos, pois não conseguia estar com eles: *“queria também ser pai, sentir as emoções do meu irmão, e sabia que não poderia.”*

A opção de recorrerem a doador de esperma foi pela primeira vez colocada pelo médico que acompanhou o casal, três dias após a notícia da infertilidade. Foi indicado também, o acompanhamento psicológico do casal.

Conforme Macedo e Falcão⁹ a situação analítica é, por excelência, uma situação de comunicação, na qual circulam demandas que expressam o desejo e a necessidade de serem escutadas. A modalidade de escuta, oferecida pela psicanálise, possibilita a compreensão do sofrimento humano a partir de dois trabalhos: o de escutar a palavra do outro e o de produzir palavras que venham ao encontro desse pedido de ajuda. O analista atua, dessa forma, como um decifrador, pois utiliza seus recursos técnicos para traduzir e revelar ao sujeito seus desejos. Nessa relação singular, estabelecida no encontro analítico, dão-se as condições para que o trabalho psíquico de tornar consciente o inconsciente aconteça. Longe de delegar um papel passivo ao paciente, a exigência de seu trabalho associativo o coloca, para psicanálise, como centro desse processo de autoconhecimento, a partir da

produção de sentidos singulares e pertinentes a sua história. Assim, o casal iniciou a jornada reprodutiva tendo como base o desejo de serem pais.

Durante o processo de decisão, e podendo falar em sessão analítica sobre os fatores favoráveis, desfavoráveis e as fantasias que permeiam essa escolha reprodutiva - recepção de gametas masculino - Marcos dizia que, se por um lado Fernanda poderia ter um filho biológico, por outro, esta opção o colocaria com algumas questões, nomeadamente, revelar ou não a origem à criança e ao restante da família, e até mesmo na eventualidade de numa situação de conflito entre ambos, um deles poder utilizar esse fato para ferir o outro.

Ainda a esse respeito citado acima, em outra sessão, Marcos contou que, possivelmente, se sentiria retraído e mais distante durante a gravidez e após o parto, embora acreditasse que na medida em que fosse estabelecendo laços afetivos com o bebê, iria conseguir adaptar-se. Esta ideia de distância, parece ser justificada pela infertilidade e escolha do sêmen doado, contudo, alguns homens possivelmente estarão com dificuldades com este novo papel – o de pai - assim como já colocado anteriormente. Aqui, com o concreto da infertilidade, tal incômodo com a gravidez e parto, parece pertinente facilmente, não deixando dúvidas ao paciente, impedindo-o de pensar em outras causas para tais aborrecimentos.

Desta forma, o acompanhamento deve assumir uma forte valência diante da subjetividade de cada sujeito. Este componente é essencial para que os pacientes possam, num primeiro momento, normatizar a sua vivência, espaço de escuta e, num segundo momento, ter uma melhor compreensão das exigências inerentes aos processos que terão de enfrentar, bem como tomar decisões como aceitação e elaboração dessa técnica reprodutiva.

No processo citado acima, o terapeuta deve ajuda-los a desenvolver estratégias e dar significados que consigam lidar com essa possível escolha.

O acompanhamento fornece suporte emocional para que estes possam ventilar as suas emoções e explorar questões que sintam como mais ameaçadoras.¹⁰ Segundo esta perspectiva, desaconselha-se que os casais encarem a ajuda psicológica como o último recurso, ao qual se recorrem apenas em situações extremas.

Após dois meses e várias sessões de análise, o casal regressou à clínica para iniciar o tratamento e fazer a escolha do sêmen. Após a seleção e escolha, foi realizada a fertilização *in vitro* e Fernanda engravidou.

Marcos revelou ter se sentido seguro quanto à decisão tomada: “... *eu precisei de um tempo para elaborar meu luto, acabar com os fantasmas e entender que seria pai, mesmo que meu filho não tivesse meu DNA.* ”

Para Lacan, a questão do pai recebe um tratamento que ultrapassa o nível da família, embora sem prescindir dele, um tratamento mais formal, referente ao nível da linguagem. Como bem argumentam Lustoza e Calazans¹¹, em trabalho que tecem interessantes considerações sobre o Nome-do-Pai e o nosso contexto histórico:

A carência do pai real não significa a ausência de instalação do Nome-do-Pai como função psíquica. De fato, o pai em psicanálise, é mais a nomeação do que sua capacidade geradora ou sua mera presença. A função do pai é a de uma palavra que exerce autoridade sobre a mãe. Façamos a contraposição pelo absurdo: será que foi realmente necessário esperar pelo advento da reprodução assistida, pela legalização, em alguns países, da relação homossexual ou pelo feminismo, que produziu uma série de mães solteiras, para que a questão se colocasse? Já não tínhamos casos em que o sujeito viveu sem saber a presença do pai e sua origem? (p. 562).

É preciso destacar desta citação, a noção de que não há relação direta entre a carência ou não autoridade do pai nas famílias e a ausência ou não

da operacionalidade do pai como função psíquica para um sujeito. São duas proposições de ordens diversas.

Tornar-se homem tem cada vez menos se confundido com adotar uma identidade uniforme, que remete a um conjunto igualmente uniforme de representações. A abertura à pluralidade e à invenção de si têm sido projetos que paulatinamente têm se tornado mais possíveis ao sujeito de sexo masculino.

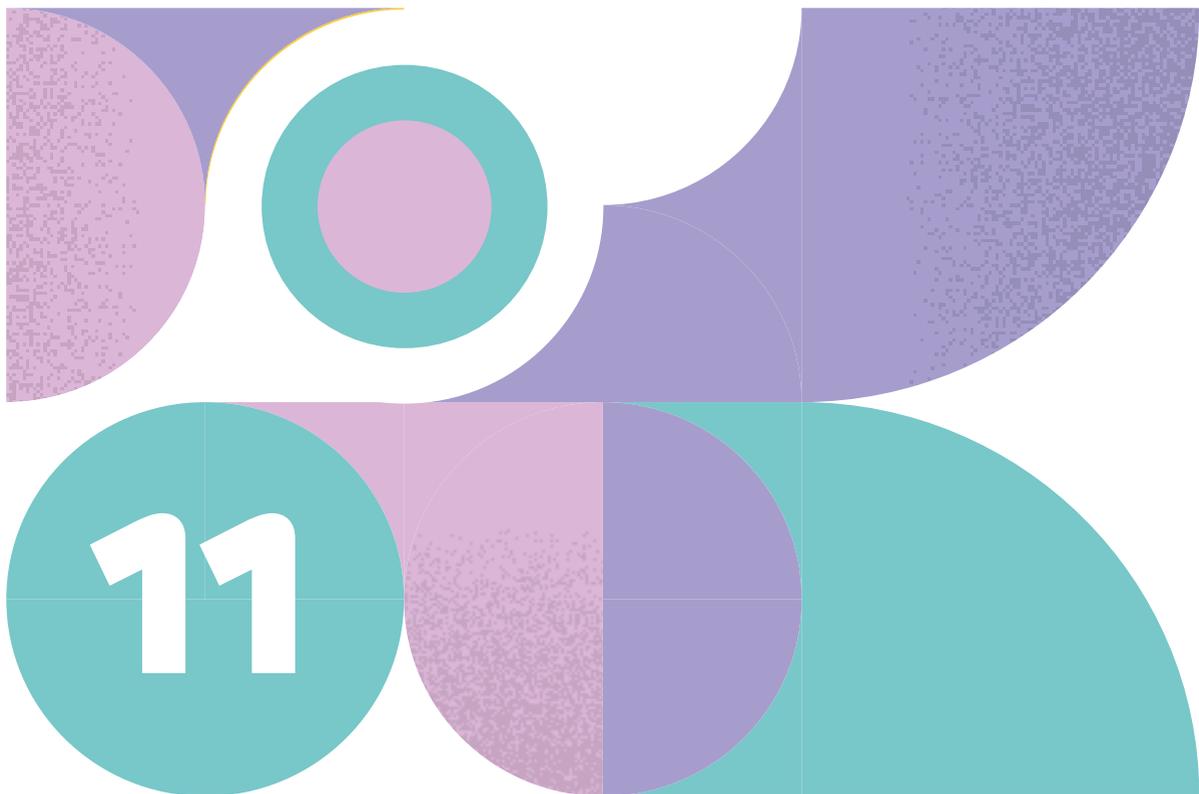
Nesse sentido, podemos pensar que, em vez de instaurar uma crise no universo da masculinidade, o momento atual pode ser especialmente profícuo por abrir novas possibilidades de se reinventar o dito “sexo forte”. O movimento de questionamento dos estereótipos da virilidade clássica pode ser, então, particularmente válido por abrir aos homens novos meios para a constituição de uma existência singular e para a emergência de uma subjetividade mais criativa. O abandono do esforço diário para se auto afirmar como viril, que tão marcadamente caracterizou o cotidiano dos sujeitos de sexo masculino, pode favorecer o deslocamento dessa energia para o campo da afetividade e possibilitar a maior exploração de funções antes menos valorizadas pelos homens, como a paternidade.

Desse modo, o momento contemporâneo pode ser benéfico para os homens por permitir-lhe uma reinvenção mais livre dos estereótipos de gênero aprisionadores por tanto tempo propagados pelas sociedades ocidentais.

Referência Bibliográfica

1. Aberastury, A. Salas, M. A paternidade- um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Medicas; 1984.

2. Delaisi de Parseval, G. A parte do pai. Porto Alegre: Le PM; 1999.
3. Soule, M., Brazelton, T. A dinâmica do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
4. This. B. O pai: ato de nascimento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
5. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. [Acesso em: 14/07/2023]. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-masculina>
6. Wright, J., Bissonnette, F., Duchesne, C. *Psychological distress and infertility: men and women respond differently*. *Fertility and Sterility*, 55, 1991, p. 100-108.
7. Glover, L., Gannon, K., Abel, P. *Eighteen month follow up of male subfertility clinic attenders: a comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility*. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 17, 1999, p. 83-87.
8. Cousineau, T., Domar, A. *Psychological impact of infertility*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 2007, p. 293-308.
9. Macedo, M., Falcão, C. A Escuta na Psicanálise e a Psicanálise da Escuta. *Psychê*, v.15, n. 19, 2005, p. 65-76.
10. Newton, C. *Counseling the infertile couple*. In: L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York, London: The Parthenon Publishing Group; 1999.
11. Lustoza, R., Calazans, R. *Alcance e valor do Nome-do-pai atualmente: algumas considerações*. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 3, Maringá, jul./set., 2010, p. 557-565.



O SOFRIMENTO DO HOMEM DIANTE DA AUSÊNCIA DO HERDEIRO

ROSE MELAMED
LUCIANA LEIS

[...] as técnicas de Reprodução Assistida consideram como objeto de interesse e investigação predominantemente a infertilidade e buscam modos de “curar” tal situação, não priorizando a experiência do homem que vive a infertilidade no seu corpo. Também realçaram, de um lado, o corpo “esquecido” no decorrer do tempo e, de outro, confirmaram o corpo meramente como substância refletida apenas na carne de quem o vive enquanto “improdutivo”.¹

1. Sentimentos dos homens diante do diagnóstico de infertilidade

Decorridos alguns anos de experiência no atendimento a pacientes que buscam centros de Reprodução Assistida para obter uma resposta positiva no que se refere às questões referentes à ausência de gestação, constatamos que tanto homens quanto mulheres apresentam dificuldades em lidar com os sentimentos mobilizados pela infertilidade.

O casal infértil, categoria utilizada pela Medicina que trata um corpo híbrido entrelaçando tecnologia e cultura, ao qual devolve a capacidade reprodutiva a um corpo infértil para remodelagem, constitui tal categoria só quando a Medicina começou a se interessar pela esterilidade masculina². Apesar do interesse anunciado pela infertilidade masculina, a literatura, as pesquisas e os trabalhos científicos enfatizam com maior frequência os aspectos relacionados à infertilidade, aos tratamentos e às suas reverberações físicas e emocionais relacionadas à mulher.

Esse foco talvez decorra de ser no corpo da mulher onde ocorrem os procedimentos, muito embora as causas da infertilidade possam ser relacionadas ao homem que também sente e sofre com a ausência de gestação e com a impossibilidade da chegada de um herdeiro.

Por outro lado, não obstante considerarmos as mudanças significativas que ocorreram nas últimas décadas, até um passado recente, quiçá até os dias atuais, normalmente, os agendamentos para consultas são realizados pelas pessoas que desejam engravidar, ou seja, a mulher, e, diante do diagnóstico de infertilidade masculina, estes pacientes apresentam, muitas vezes, dificuldade de identificar e expressar os sentimentos ou os fatores psicológicos desencadeados.

Algumas hipóteses relacionadas a esse comportamento estão vinculadas ao estado descrito por eles como, por exemplo, a associação entre infertilidade e impotência, além de, tradicionalmente, o homem manter-se preocupado com os esforços físicos, por parte das esposas, durante os procedimentos de Reprodução Assistida, escondendo, assim, seus sentimentos e colocando-se como apoio a elas.³

2. O silêncio e a experiência corporal relacionados à infertilidade

É interessante destacar o “silêncio” dos homens com relação à sua experiência corporal – falam de suas esposas, mas pouco narram de si. Tal experiência não é tematizada apesar de o homem aceitar participar do tratamento, optar por ter um filho “em laboratório” e custeá-lo financeiramente. Estaria esse “não dito” relacionado à experiência da incapacidade reprodutiva vinculada a um imaginário social de impotência sexual?⁴ Colocar seu corpo à disposição para um processo de tratamento de Reprodução Assistida seria expor sua infertilidade e, sobretudo, sua impotência?

A infertilidade masculina é uma síndrome multifatorial que engloba variedade de distúrbios. O fator masculino contribui, no geral, para 50%

a 60% da infertilidade de um casal, mas em apenas 20% dos casais ele é o único responsável. A estimativa atual é que cerca de 30% dos homens que procuram ajuda nas clínicas de infertilidade são portadores de oligozoospermia ou azoospermia de etiologia desconhecida. Entre 10% e 20% dos homens azoospermicos apresentam uma supressão do cromossomo Y.⁵

A azoospermia, embora rara, é uma das condições mais graves de infertilidade masculina, e nem sempre o tratamento é efetivo. Em muitos casos, somente as técnicas de Reprodução Assistida são alternativas para que o casal alcance a gravidez, entretanto, a coleta de espermatozoides deverá ser realizada do testículo (TESA), sendo esta uma das alternativas para a paternidade biológica. A retirada das células pode ser feita por aspiração percutânea ou através da abertura do testículo para a retirada de um ou mais fragmentos, em um procedimento semelhante à biópsia.⁶

Em termos psicológicos, há o impacto deste processo somado à informação inicial recebida a partir do diagnóstico de infertilidade, em que fica determinado que somente por meio da intervenção médica, ou seja, do terceiro (projetado na figura do médico, sua equipe e a técnica em si) será possível dar continuidade ao projeto parental de formação do núcleo familiar, composto por filhos biológicos.

Nos casos de azoospermia, porém, ainda existe o risco de a técnica não ter efeito sobre o resultado quanto à qualidade do espermatozoide nem sobre as taxas de fertilização, implantação ou gravidez. Em alguns casos, somente o uso do banco de sêmen tornará viável a concepção de um filho que tenha parte da carga genética de um dos elementos da díade – a mulher.

Seria, portanto, inadequado manter o homem à margem do tratamento de Reprodução Assistida sem poder expressar seus sentimentos. Além disso, diante do diagnóstico de infertilidade, notamos que há posturas de respostas

e posicionamentos que divergem entre homens e mulheres, uma vez que elas possuem, normalmente, maior espaço para falar da dor, do sofrimento e da necessidade de continência.

Uma pesquisa realizada com 27 homens e 35 mulheres, em tratamento para infertilidade, buscou apurar se havia diferença na expressão gráfica dos sujeitos de acordo com a causa da infertilidade e seu gênero. Os autores buscaram averiguar se entrevistas psicológicas associadas a testes projetivos seriam instrumentos facilitadores na expressão de dificuldades emocionais relacionadas à infertilidade e seus tratamentos.³

Na primeira etapa do estudo foi realizada uma entrevista psicológica semidirigida. Na segunda etapa, os pacientes foram solicitados a desenhar uma figura humana e um desenho da família.

Destacaremos abaixo resultados apresentados pelos homens, em que chamaram a atenção os dados obtidos junto aos pacientes com oligospermia severa e com azoospermia:

- Três pacientes não desenharam a figura humana; somente desenharam a cabeça;
- Dois pacientes com azoospermia não obstrutiva desenharam a figura humana incompleta (somente o rosto). Ao ser solicitado o desenho da família, seus elementos apareceram completos, ou seja, com corpo e rosto e a família composta por quatro elementos, sendo um casal e um par de filhos – uma menina e um menino. Estes pacientes foram submetidos à recuperação cirúrgica de espermatozoides, sem sucesso, necessitando utilizar o banco de sêmen para dar continuidade à possibilidade de edificarem seus núcleos familiares;

- Um paciente que não conseguia realizar o desenho da figura humana, ficando visivelmente irritado diante da solicitação (este paciente tinha azoospermia não obstrutiva revertida com medicação), desenha a família com três elementos (um homem, uma mulher e uma criança).

Os três homens que no desenho da figura humana desenharam somente a cabeça como representação da pessoa são sujeitos com diagnóstico de azoospermia primária, sendo que, diante da solicitação para representarem a família, estes conseguiram entrar mais em contato com suas emoções, já que desenharam as pessoas com o corpo inteiro, deixando, assim, de negar certos afetos e vislumbrando na possibilidade de construção da família futura a possibilidade de solução do mal-estar ocasionado pela ausência de espermatozoides em seu ejaculado.

Por meio da técnica de utilização de desenhos, as representações ocultas e inconscientes têm a chance de emergir à consciência e, a partir daí, serem trabalhadas, juntamente a um profissional habilitado. O desenho pode ser um instrumento facilitador para expressão de emoções e conflitos, principalmente em pacientes que apresentam mais dificuldade de falarem sobre si.

3. O homem infértil diante do tratamento de Reprodução Assistida

Os tratamentos de Reprodução Assistida, independentemente de quem possua o fator de infertilidade, ocorrem sempre no corpo da mulher. Há que se considerar ainda que o profissional que conduz o tratamento é um infértil com formação médica, na maioria das vezes, em Ginecologia, ou seja, é o médico da mulher. Assim, como já colocado anteriormente, não é raro vermos os homens à margem desse processo, onde o foco da atenção

e cuidados fica em torno da esposa, já que será ela que tomará injeções de hormônios, fará ultrassons e os procedimentos necessários para que a gravidez ocorra.

Nos centros de Reprodução Assistida, é frequente vermos médicos chamando somente o nome da mulher para a consulta ou ultrassonografia – mesmo o marido estando ao seu lado –, sem contar quando eles são impedidos de entrar no momento da inseminação intrauterina ou transferência embrionária, em certos Para o homem, não ter seu lugar legitimado pela equipe médica em meio ao processo de “fazer o filho” é desconsiderá-lo como parte importante e fundamental no tratamento, mobilizando, deste modo, possíveis sentimentos de exclusão e menos-valia, reduzindo-o somente ao sêmen no dia da coleta de seu material.

Tais sentimentos propiciados por essa exclusão podem ser ainda mais agravados nos casos de infertilidade de causa masculina (azoospermia, oligospermia etc.), uma vez que o homem costuma já chegar para os tratamentos com a autoestima bem abalada e, caso a equipe médica não seja cuidadosa no manejo, buscando acolhê-lo e incluí-lo nesse processo, ele pode se sentir desqualificado e incapaz para “fazer um filho” juntamente à sua esposa.

Constrói-se, assim, um processo de desumanização, que inferioriza, discrimina e desvaloriza o homem, ficando o problema agravado quando “observamos que os homens, pacientes, maridos, pais e amantes estão ausentes, e são parentes pobres, mesmo que possam estar fisicamente presentes”⁷⁷ no tratamento. Considerando o lugar de inferioridade em que o homem muitas vezes se coloca ou é colocado pela equipe de saúde, é imprescindível pensarmos brevemente em quem ocupa seu oposto, ou seja, a quem é outorgado o papel de poder ou superioridade? Normalmente ao médico,

que, por meio da utilização de seus conhecimentos e do uso das técnicas de Reprodução Assistida, proporcionará a gestação.

Nesse sentido, lembremos que o médico carrega consigo séculos de diferentes simbologias associadas às suas intervenções, as quais promovem a diminuição do sofrimento e/ou a eliminação da dor, alimentando, assim, na classe médica, a valorização de uma ideia de poder, apesar de este tipo de tratamento ser de tentativa de gestação, o que não garante o atendimento aos serviços pelo qual o profissional foi procurado. Como nos esclarece Damian em sua recente publicação: “Quando não é possível realizar esse projeto pela concepção natural, há que se considerar o forte impacto emocional que desencadeia e que parece se intensificar quando o fator da infertilidade é masculino”⁸

Além disso, quando o homem fica “fora da cena” do processo de produzir o seu bebê, isso pode mobilizar sentimentos de hostilidade e de ciúmes para com o médico, afinal, será este profissional quem irá fazer o bebê com sua esposa, colocando esse homem em um lugar de terceiro excluído e de pouca relevância.

Contextos como esse podem ser extremamente nocivos para a criança que está por vir, pois, com o pai se sentindo, desde o início dessa história, sem lugar, frágil e incapaz, corre-se o risco de que a mãe se feche em uma relação simbiótica com seu filho, não havendo espaço para a entrada de um terceiro para fazer o corte nessa relação, o qual é necessário e estruturante para o psiquismo desse novo ser. Portanto, é muito importante que tanto a equipe médica quanto a sua esposa possam estar atentos para inclusão do marido durante todo o tratamento, validando seus sentimentos e reconhecendo seu valor.

Angellelli⁹ nos faz considerações importantes nessa temática:

O olhar sobre o pai, no sentido da identificação de vulnerabilidades e necessidades, começa com a mudança da mentalidade dos profissionais do grande *setting* perinatal. O *setting*, na teoria psicodinâmica, é o conjunto de estruturas espaciais, temporais, de enquadre e continência, que asseguram o encontro protegido entre paciente e terapeuta.⁹

Essa autora ainda nos chama atenção para a invisibilidade do pai nos momentos iniciais da chegada de um filho, como nos casos de perdas gestacionais ou óbitos neonatais, quando se espera que o homem esteja presente para sua parceira, sem espaço para elaborar o próprio luto. Segundo Angelelli,⁹ a contemporaneidade demanda do pai uma participação ativa junto ao filho e, a nosso ver, junto à mulher também, o que pode ser preocupante, pois imaginariamente o homem fica em uma posição paradoxal de força e invisibilidade, alienado da possibilidade de receber apoio e orientação nesse processo.

Essas ideias reforçam o colocado até o momento, sobre a importância do cuidado e acolhimento ao futuro pai desde fases precoces que antecedem a chegada do futuro filho até seu nascimento e desenvolvimento como sujeito.

É preciso dar espaço ao homem para que a potência de seu desejo de ser pai possa garantir sua participação, desde os momentos iniciais, no processo de formação de seu rebento. Embora o homem infértil e sua companheira precisem do auxílio da Medicina Reprodutiva para ter filho, é a história de luta, persistência e desejo de dar vida a um outro que faz com que a criança seja possível.

Porém, é importante ressaltar que tanto para homens quanto para mulheres aceitar os tratamentos de infertilidade não costuma ser tarefa fácil, afinal, a maioria dos casais imagina engravidar sem ajuda médica, e ter que

lidar com o fato de que o auxílio de terceiros será necessário costuma mexer com a autoestima e mobilizar sentimentos de impotência em boa parte deles.

Quando o casal decide buscar por tratamentos de Reprodução Assistida, em geral, é pedida uma série de exames para a mulher; já para o homem, pouquíssimos, entre eles o espermograma. Contudo, trabalhando em clínicas de Reprodução Assistida percebemos o quão difícil é para muitos homens realizar o exame do espermograma. Eles costumam ter medo de ser detectado algum tipo de anormalidade e, deste modo, ter que lidar com o fato de serem inférteis.

Muitas esposas chegam a reclamar que já passaram por diversos exames invasivos e constrangedores para investigar as possíveis causas da infertilidade e, desta maneira, não conseguem entender a dificuldade dos maridos em realizar esse exame, muitas vezes adiando ou até mesmo recusando-se a fazê-lo.

Entretanto, para o homem, ter o sêmen avaliado, quantificado e qualificado pode ter o mesmo significado que avaliar seu desempenho sexual e dar-lhe uma nota final. Embora fertilidade e virilidade sejam termos distintos, comumente são confundidos.

Para contribuir negativamente com esse cenário, no meio social não são raras as brincadeiras com o homem relacionadas a esse assunto, fato que colabora por intensificar os sentimentos de inferioridade e impotência.

Neste fim de semana fui a um churrasco de família e as cobranças de filho novamente começaram, meu cunhado chegou a falar: "Você precisa que eu ensine como é que se faz bebê?". Fiquei extremamente irritado e com raiva. Preferi ir embora ao invés de responder alguma coisa!¹

¹ Informação verbal fornecida por EFR, 35 anos, durante acompanhamento psicológico.

O fato de a infertilidade masculina, culturalmente, vir associada à falta de masculinidade e virilidade faz com que algumas mulheres, em certos casos, assumam socialmente o diagnóstico de infertilidade em lugar de seus esposos, uma vez que temem a desvalorização social de seus maridos e o julgamento pelo tipo de escolha que elas fizeram por seus companheiros.

4. Quando sêmen de doador é necessário

A recepção de sêmen é indicada para casos de azoospermia ou para evitar a transmissão de doenças genéticas pré-existentes. Para o homem, esse procedimento pode representar um ataque direto à sua masculinidade, virilidade e potência, devido à possibilidade da utilização de material de um terceiro, uma vez que parece haver uma forte ligação entre sêmen e aspectos sexuais, diferentemente das representações que costumam emergir nos casos de recepção de óvulos para a mulher.

Notamos que fantasias de traição podem surgir dentro desse contexto, principalmente devido ao fato de que, para o inconsciente, sexo e reprodução estão, inevitavelmente, ligados.

“Não consigo pensar no fato de minha mulher ter seu óvulo fecundado pelo espermatozoide de outro homem; pra mim, é como se ela estivesse dormindo com outro”.²

Para que a aceitação de sêmen seja possível, primeiramente, é necessário tempo e que o luto pela perda da fertilidade e da possibilidade de produção de um bebê com seu próprio gameta seja, minimamente, elaborado.

² Informação verbal fornecida por R, 34 anos, , durante acompanhamento psicológico.

No atendimento psicológico a esses indivíduos, é fundamental abrir espaço para que estes possam falar de suas angústias, frustrações, fantasias e medos ligados a esse tipo de tratamento. O trabalho junto à ferida narcísica, por não terem podido conceber um filho a partir de seus próprios gametas, faz-se fundamental, assim como discutir sobre o que pensam a respeito do que é filiação e se há possibilidade de transpor a barreira do biológico no processo de se tornarem pais.¹⁰

A escolha do sêmen a ser utilizado também é algo delicado e que deve ser feita pelo casal. Em alguns casos, percebemos o homem delegando esse tipo de escolha à mulher ou ao médico, o que pode ser prejudicial a esse processo, uma vez que é importante que este entre em contato com o fato de que o filho não terá sua carga genética e tudo que isso possa lhe representar. Somente a partir do trabalho psicológico junto a esses aspectos é que poderá ser possível escolher um material com o qual se identifique e que melhor o represente.

Nos casos em que há aceitação do tratamento com recepção de sêmen, é imprescindível auxiliar o homem a sustentar seu desejo de ser pai para além da descendência biológica, ajudando-o a pensar o processo de transmissão de pai para filho para muito além da genética, por meio de sua afetividade, cultura, valores, ensinamentos, entre outros.

Estimular esse futuro pai a participar de todo o tratamento e pré-natal da criança que está por vir pode ser um meio de reconhecê-lo dentro desse contexto e favorecer o vínculo afetivo com o filho fruto de seu desejo.

Considerando a recepção de sêmen pelo homem, Dornelles¹¹ nos fala que:

Esse modo de reprodução difere do modo conhecido e em cada indivíduo será investido de um significado particular, que necessita ser narrado. Ao narrar, ao ser ouvido e ouvir a si mesmo, sentidos são cons-

truídos. É preciso que o sujeito historize, narre sua história, dando-lhe um novo significado, tornando o sofrimento representável e tolerável para si próprio.¹¹

Acreditamos que somente quando o homem é capaz de atribuir um sentido próprio para sua história de infertilidade e luta pelo filho – nos casos de recepção de sêmen, incluindo esse material como parte relevante para a conquista da gravidez – é que será possível que ele se aproprie da autoria de seu filho e de toda jornada para conquistá-lo.

5. Referências

1. Gomes E, Barreto C. Corpo e infertilidade masculina: diálogos a partir da fenomenologia existencial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia* [Internet]. 2017 Dec [cited 2023 Jul 5];8(2):65-84. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v8n2/a05.pdf>
2. Marlene T. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no Sul do Brasil [dissertation]. Santa Catarina: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003 [cited 2023 Jul 5]. Available from: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86100>
3. Melamed RM, Iaconelli Jr A, Borges Jr E. Infertility and emotional configurations identified by psychological diagnosis. *JBRA Assisted Reproduction*. 2013;17(4).
4. Torres KA. A cegonha não é mais uma ficção: a paternidade no contexto das novas tecnologias reprodutivas conceptivas [dissertation] [Internet]. Recife: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de

- Pernambuco; 2012 [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11148>
5. Barros BM, Santos TS, Carvalho C. Infertilidade masculina de origem genética: uma revisão sistemática. *Revista Ciência e Saúde On-line* [Internet]. 2020 Jun 19 [cited 2023 Jul 5];5(2). Available from: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/181/158>
 6. Goes A. O que é azoospermia? [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://adrianadegoes.med.br/o-que-e-azoospermia/>
 7. Chatel MM. *Mal-estar na procriação: as mulheres e a Medicina na Reprodução*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico; 1995.
 8. Damian AB. Encontros, Desencontros e Reencontros em Reprodução Humana Assistida – O sofrimento do homem na trajetória do casal infértil. In: Straube K, Suassuna D, organizators. *Psicologia na Reprodução Humana Assistida – Atualidades Acadêmicas*. Rio de Janeiro: Editora Suassuna; 2023. p. 85.
 9. Angelelli A. Saúde mental paterna e suas repercussões na perinatalidade. In: Rennó J, Azuma AO, Angelelli A, Ribeiro CC, Gomes IEVM, editors. *Tratado de Saúde Mental da Mulher*. Forthcoming.
 10. Leis L. Lutos não validados em reprodução assistida. In: Leis L, Sá PG, organizators. *Psicologia em Infertilidade e Reprodução Assistida – da teoria à prática*. São Paulo: Editora dos Editores; 2023. p. 47-58.
 11. Dornelles LMN. Representações do sêmen de doador para o homem azoospérmico. In: 4. *Jornada Paulista de Psicologia em Reprodução Assistida*; 2017 Dec 2; São Paulo, Brasil. São Paulo: Sociedade Paulista de Medicina Reprodutiva; 2017.



MONOPARENTALIDADE MASCULINA POR ESCOLHA: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO

BRUNA MARIA SCHIAVINATTO
KÁTIA MARIA STRAUBE

1. Introdução

Quando se fala em família monoparental, ou seja, aquela em que há um só adulto responsável pelo núcleo familiar constituído, é mais frequente pensarmos em famílias com mulheres cuidadoras solo do que em famílias em que o homem é a figura única e central nos cuidados. Sem dúvida, como categoria mais conhecida e recorrente, a monoparentalidade maternocêntrica tem sido mais estudada em detrimento da monoparentalidade paternocêntrica, que até pouco tempo esteve, a maior parte das vezes, relacionada à condição de viuvez do homem.-

A contemporaneidade, no entanto, tem trazido mudanças nas configurações familiares e enfatizado o direito às escolhas, seja do momento mais adequado para engravidar, seja de planificar o número de filhos, seja de optar por chegar à parentalidade com ou sem parceiro ou parceira. Para tanto, o vertiginoso avanço nas tecnologias reprodutivas trouxe importante contribuição de modo que permite a casais e indivíduos tornarem-se pais em condições diferentes da tradicionalmente preconizada por um homem e uma mulher, via sexual.,

Embora as famílias monoparentais sempre tenham existido, no caso das maternocêntricas, por abandono conjugal, viuvez ou paternidade desconhecida, e, no caso das paternocêntricas, principalmente por viuvez, elas são diversificadas, complexas e ainda com pouca visibilidade. No entanto, vêm ganhando espaço no contexto social em nossos dias, seja pelo aumento do número de divórcios, seja pelo uso intensificado das técnicas de Reprodução Assistida.¹

Hoje, a monoparentalidade detém a marca do desejo, da opção, da escolha, para a qual indivíduos em condições de estabilidade profissional,

certo nível socioeconômico e educacional e rede de suporte familiar podem e querem seguir, e não mais a marca da imposição, como ocorria na maior parte das vezes no passado.

O desenho de novas configurações tem mudado as organizações familiares na atualidade, sendo que as famílias monoparentais se apresentam em crescimento em muitos países, mostrando perspectivas de aumento para os próximos anos, segundo informa The Lancet Public Health⁶ (2018). Existe uma proporção considerável de pais/mães sós no mundo principalmente de homens criando filhos sozinhos, porém com poucas evidências sobre suas experiências e escassez de dados sobre sua saúde e seu bem-estar.

Alguns estudos têm investigado as motivações para essa decisão, os relacionamentos com as mulheres que gestam os filhos com as doadoras de óvulos, quando optam pela Reprodução Assistida, e mesmo sobre a questão da mortalidade de pais sós em comparação com mães sós e pais e mães casados. Os dados se concentram mais em mães sós demonstrando que elas têm um risco maior de mortalidade do que mães com parceiros, pior autoavaliação de saúde e saúde mental, níveis mais altos de sofrimento psicológico e, geralmente, um *status* socioeconômico mais baixo.⁶⁻

Todavia, na perspectiva da monoparentalidade masculina, os resultados não parecem diferentes. O estudo de Chui et al.⁸ (2018) fez um acompanhamento longitudinal com homens, pais sós canadenses, por 11 anos, demonstrando risco duas vezes maior de mortalidade nesta população do que entre pais casados e mães sós. Constataram estilos de vida pouco saudáveis, maior adição a álcool, maior exposição ao estresse e luto, associada a condições de viuvez ou divórcio, isolamento social, saúde e morte prematura, apoio social mais limitado em relação a mães sós, barreiras de gênero e estigma. Embora ainda existam muitas lacunas neste conhecimento, os autores destacaram

esses fatores como indicadores da necessidade de uma maior atenção em saúde pública a essa população, com vistas ao planejamento de políticas para atender às suas demandas.⁶

Mesmo que a concepção contemporânea sobre família funcional tenha se flexibilizado bastante, a família monoparental ainda carrega o peso do estigma social que associa a família ideal àquela constituída pelo casal heterossexual e seus filhos. Neste quesito, pode-se observar, também, certa desigualdade entre pais e mães sós, de modo que essas mulheres tendem a ser vistas como insuficientes ao que fazem aos filhos, enquanto os homens tendem a ser vistos como guerreiros, fazendo mais do que lhes compete. Por outro lado, muitas vezes elas detêm maior creditação social no sentido de terem mais capacidade de criar filhos sozinhas do que eles.^{1,}

Ser pai só por escolha, modalidade que começa a surgir, reflete a entrada dos homens na vida privada, com um novo papel parental mais presente e íntimo, mesmo sem dispor de referências passadas, já que tradicionalmente não é um papel transmitido.

Significa que, quando os homens sós buscam a Reprodução Humana para realizar o anseio pela paternidade, algumas questões vêm à tona relacionadas à sua saúde física e emocional que não podem ser desassistidas. A opção reprodutiva disponível a eles é o útero de substituição, procedimento complexo em que uma mulher gesta um bebê para uma pessoa ou um casal impossibilitado de gestar. Tal procedimento pode atender à demanda dos homens sem parceira.^{7,10}

Como a Medicina Reprodutiva, nos dias atuais, pode viabilizar esse desejo e como tem sido a busca e a jornada dos homens pela paternidade solo, por meio dessa via, é o que apresentaremos a seguir. Inicialmente, trazemos um breve esclarecimento sobre como essa questão surgiu em nosso

contexto. Posteriormente, apresentaremos uma pesquisa realizada com 60 psicólogos que atuam na área da Reprodução Humana, para compreender a atual demanda de homens pretendentes à paternidade solo por meio da Reprodução Assistida e que passaram pelo atendimento psicológico com esse objetivo.

2. O homem solo na Reprodução Humana Assistida

O homem solo que recorre às técnicas reprodutivas não necessariamente apresenta algum fator biológico de infertilidade que impeça a concepção, mas como há a ausência de um dos gametas necessários à fecundação, no caso, o óvulo, estamos diante da infertilidade social. Para obter esse material genético que será fertilizado com o seu sêmen, o homem desejante deve se utilizar dos bancos de óvulos provenientes de doação anônima, isto é, o paciente pode escolher as características físicas que mais deseja em uma doadora, sem conhecer sua identidade. Esse momento da busca pode vir a ser muito conflitante para o homem, pois, além de se deparar com diversas escolhas, nada garante que seu espermatozoide irá fecundar o óvulo escolhido.

Resolvido o impasse do gameta faltante e tendo formado embriões de boa qualidade no laboratório, surge o segundo obstáculo a essa configuração: a necessidade de um útero que geste o embrião. Hoje, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.320/2022,¹³ a cedente temporária de útero deve ter ao menos um filho vivo; pertencer à família do paciente em parentesco consanguíneo até o quarto grau; ou, na impossibilidade de haver uma cedente com essas características, será necessária uma solicitação de autorização para o procedimento ao Conselho

Regional de Medicina (CRM) do estado em que o procedimento será realizado. É exigida, também, uma aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável, além do relatório médico atestando a adequação da saúde física e mental de todos os envolvidos.

No entanto, nem sempre foi assim. Até 2016, os homens sós não podiam realizar esse procedimento nos centros reprodutivos. Após um pedido de tratamento negado pelo CRM de Minas Gerais para um caso em que a cedente temporária de útero não era da família do pretendente, a psicóloga Cassia Avelar, do mesmo estado, questionou sobre o motivo pelo qual os homens sós não poderiam se beneficiar das técnicas reprodutivas. A repercussão foi pertinente, confirmou-se a inexistência de motivos concretos para impedir que homens sem vínculo conjugal buscassem ser pais e, no ano seguinte, a Resolução do CFM nº 2.168/2017¹⁴ incluiu a permissão de direito para pessoas solteiras usarem a gestação de substituição para aceder à parentalidade:

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética, em união homoafetiva ou pessoa solteira.¹⁴

Cabe ressaltar que, na última Resolução do CFM, de 2022, ficou explícita a impossibilidade de que a doadora de óvulo e a cedente de útero sejam a mesma pessoa. Assim, o futuro pai solo depara-se com o duplo desafio de conseguir a parte do material genético faltante e uma mulher que temporariamente cederá seu corpo a essa gestação.

Considerando as complexidades desse recorte familiar e o aumento ainda não expressivo, mas já significativo de homens sem vínculo conjugal que desejam ser pais, procedemos à pesquisa visando compreender como tem sido a demanda clínica sobre essa nova possibilidade em nosso contexto.

3. A pesquisa: monoparentalidade masculina e a atual demanda por atendimento psicológico

A ideia de investigar o atual cenário dos acompanhamentos psicológicos na paternidade independente, com uso da Reprodução Assistida, se deu quando o convite para escrever sobre esse tema foi feito. Até então, nós, autoras, ainda não havíamos atendido essa demanda e, cientes da existência de poucos dados sobre o tema, decidimos privilegiar esse viés, dando voz às experiências de colegas de profissão que atuam em clínicas de Reprodução Humana Assistida ou em consultórios particulares. Obtivemos 60 respostas de psicólogos de várias regiões do Brasil.

Para isso, um formulário *on-line* foi criado por meio da plataforma Google Forms e disponibilizado via *link* no grupo de Whatsapp dos profissionais de saúde mental em Reprodução Humana, público-alvo desta pesquisa, em junho de 2023. As perguntas foram formuladas com o objetivo de entender a vivência dos profissionais quanto à busca dos homens pelo atendimento psicológico com vistas à monoparentalidade e, também, os possíveis motivos da não procura pelo serviço. O formulário contou com oito questões, sendo quatro de múltipla escolha e quatro questões abertas:

1. Você já atendeu a demanda de homens sós, que foram buscar a monoparentalidade?
2. Se sim, em quantas sessões ocorreram os atendimentos?

3. Qual era a faixa etária e o nível socioeducacional de quem buscava o tratamento?
4. Qual era a motivação para realização da paternidade por essa via?
5. Qual era a rede de suporte referida pelo homem?
6. Quais foram as principais questões levantadas durante os atendimentos?
7. Se não atendeu esse tipo de demanda, foi por qual motivo?
8. Se sente preparado (a) caso apareça a busca por esse tipo de atendimento?

4. Apresentação dos Resultados

O levantamento quantitativo sobre o formulário revelou que 78,3% dos profissionais que responderam não atenderam homens só buscando a parentalidade independente pelo tratamento reprodutivo, enquanto 21,7% já atenderam. Destes últimos, 46,2% atenderam pacientes em até três sessões; 23,1% de três a seis sessões; e 30,8% em mais de seis sessões. A faixa etária referida dos pacientes atendidos foi acima de 35 anos, todos com nível educacional superior, sendo que 15,4% destes contavam com rede de suporte constituída por familiares e amigos. Entre os profissionais que não atenderam a demanda, 79,3% disseram sentir-se preparados para atender essa população, e 8,6% mencionaram não se sentir preparados.

As respostas dos profissionais às questões abertas sobre a motivação dos pacientes para realizar o processo reprodutivo solo revelaram fatores como a homossexualidade, o não estar em um relacionamento estável, o desejo de vivenciar a constituição da família, o ser pai. Sobre outras questões levantadas nos atendimentos, há referências sobre o alto custo dos tratamentos, a necessidade de orientação a todos os envolvidos no processo

e a relação com a cedente de útero, fatores observados pelos profissionais nesta opção reprodutiva.

Consideramos, aqui, as limitações desta pesquisa, que refletem resultados parciais sobre uma temática pouco estudada e pouco frequente na prática clínica.

5. Algumas Considerações

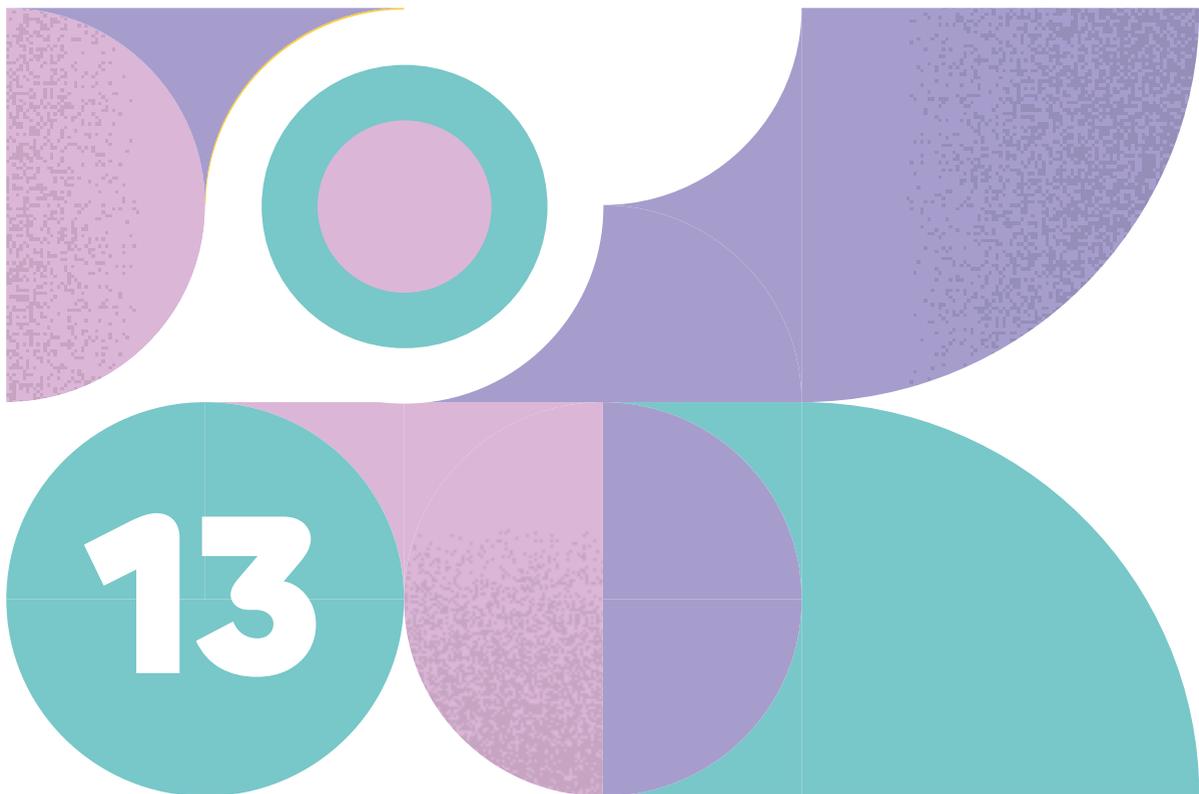
A opção masculina por constituir família monoparental é um tema que ainda aparece pouco nos estudos e na prática clínica da Reprodução Assistida. O direito conquistado na Resolução do CFM nº 2.168/2017 parece caminhar a passos lentos no que se refere à busca de homens sós pela parentalidade, principalmente quando comparado à monoparentalidade feminina, mais conhecida e frequente nos serviços especializados em Reprodução, nas pesquisas e no contexto social.

Alguns relatos da presente pesquisa trazem indícios sobre possíveis motivos da pouca procura, na Reprodução Assistida, para o procedimento de gestação de substituição por homens sós. Todavia, a literatura, embora limitada, sinaliza que famílias paternocêntricas estão em crescimento. Há um movimento maior do homem contemporâneo no sentido de adentrar à vida privada e assumir um papel parental mais ativo. Isso nos convida a expandir o olhar sobre essa configuração familiar considerando que há a ausência de um modelo paternocêntrico que possa orientar os homens nessa busca. Há, também, que considerar o reconhecimento social como fator importante na tecitura da rede de apoio a essas famílias, assim como os cuidados com a saúde física e psicoemocional do homem que deseja ser o cuidador único e central da família. Para tanto, sugerimos o seguimento de pesquisas no tema dando voz aos homens e aos filhos que vivem na família monoparental masculina.

6. Referências

1. Carreira VCS. Pais sós, filhos sós? Um Olhar Sociológico sobre as Perspetivas de Jovens Adultos Socializados em Contextos de Monoparentalidade [master's thesis]. Évora: Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora; 2023 [cited 2023 Aug 5]. Available from: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:dspace.uevora.pt:10174/34841>
2. Tachibana M, Rezende GG. Como é ser pai numa família monoparental masculina? *Pensando Famílias*. 2020;24(2).
3. Shorey S, Pereira TLB. Parenting experiences of single fathers: a meta-synthesis. *Fam Process*. 2022 Oct 28 [cited 2023. Aug 5];e12830. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36305198/>
4. Straube KM. Infertilidade, Estigma e Tecnologias Reprodutivas – da família pensada à família vivida. Curitiba: Editora Juruá; 2019.
5. Quayle J, Dornelles LMN. Monoparentalidade programada e Reprodução Assistida – da produção independente à utilização de sêmen post mortem. *Mudanças*. 2015;23(1):31-40.
6. TheLancetPublicHealth. Single fathers: neglected, growing, and important. *The Lancet Public Health*. 2018 [cited 2023 Aug 5];3(2):e100. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30032-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30032-X/fulltext)
7. Carone N, Baiocco R, Manzi D, Antonucci C, Caricato V, Pagliarulo E, et al. Surrogacy families headed by gay men: relationships with surrogates and egg donors, fathers' decisions over disclosure and children's views on their surrogacy origins. *Hum Reprod*. 2018;33(2):248-57.

8. Chui M, Rahman F, Vigod S, Lau C, Cairney J, Kurdyak P. Mortality in single fathers compared with single mothers and partnered parents: a population-based cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(3):115-23.
9. Arrais RH, Gomes IC, Campos EMP. A monoparentalidade por opção e seus aspectos psicossociais: estudo de revisão integrativa. *Rev. SPAGESP*. 2016 [cited 2022 Apr 20];17(1). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100004
10. Carone N, Baiocco R, Lingiardi V. Single fathers by choice using surrogacy: why men decide to have a child as a single parente. *Hum Reprod*. 2017;32(9):1871-79.
11. Pettersson ML, Bladh M, Nedstrand E, Svanberg AS, Lampic C, Sydsjö G. Maternal advanced age, single parenthood, and ART increase the risk of child morbidity up to five years of age. *BMC Pediatrics*. 2022 [cited 2023 Aug 5];(1):39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35031006>
12. Goffman E. Estigma - Nota sobre a manipulação da identidade deteriorada. Lambert M, translator. [place unknown]: Coletivo Sabotagem; 1963 [cited 2023 Aug 5]. p. 124. Available from: <https://we.riseup.net/assets/212390/estigma-ervinggoffman-140509193459-phpapp01.pdf>
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.320/2022. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de Reprodução Assistida. *Diário Oficial da União*. 2022 Sep 20;seção 1:107.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168/2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida. *Diário Oficial da União*. 2017 Nov 10;seção 1:73.



HOMOPATERNIDADES E GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO: QUEM SÃO AS MULHERES?

MÔNICA FORTUNA PONTES
SIMONE PERELSON
ANNA PAULA UZIEL

1. Introdução

Homens *gays* podem aceder à parentalidade por meio de filhos(as) de relacionamentos heterossexuais anteriores, da adoção, da coparentalidade e da utilização das tecnologias reprodutivas.¹ Há um aumento, na atualidade, da busca pela gestação de substituição por homens *gays* que desejam filhos(as). Ao mesmo tempo, sem podermos afirmar que há uma relação direta, nota-se um arrefecimento da oferta de crianças disponíveis para adoção em países como o Brasil, sendo ainda mais restrita no caso de estrangeiros.

O acesso às tecnologias reprodutivas depende da legislação de cada país, podendo esta ir das mais restritivas, caso, por exemplo, da França, que manteve a interdição da gestação de substituição na nova Lei de Bioética de 2021, até os casos em que a prática da Reprodução Assistida ainda não é regulada por lei, como é no Brasil. No vácuo da lei em nosso país, a regulação da Reprodução Assistida, incluindo a gestação de substituição, fica a cargo do Conselho Federal de Medicina (CFM).

No pano de fundo do debate acalorado nos movimentos de mulheres e feministas sobre a gestação de substituição estão dois extremos: o direito da mulher de dispor de seu corpo para o que quiser, ser livre, e a ideia de que se trata da exploração do corpo da mulher.²

No momento, a Resolução do CFM em vigor é a de nº 2.320/2022,³ que especifica:

A cedente temporária do útero deve: a) ter ao menos um filho vivo; b) pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau; c) na impossibilidade de atender o item b, deverá ser solicitada autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM). A cessão temporária do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.³

Sobre quem estaria apto para a realização dos procedimentos, a Resolução nº 2.320/2022³ estipula:

Todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução podem ser receptoras das técnicas de reprodução assistida, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.³

Com o objetivo de abordar a construção da homopaternidade por meio da gestação de substituição, partiremos de entrevistas realizadas com pais *gays* que recorreram a tal procedimento, no Brasil e no exterior, como forma de destacar e pensar sobre os diversos lugares que a mulher gestante e a doadora de óvulos ocupam nessas famílias. Ou, ainda, os diversos sentidos dos quais elas são revestidas pelos pais das crianças, representações que as associam em maior ou menor grau à figura materna. Com isso, buscamos dar alguns passos no sentido de refletir sobre o que tais famílias, que se constroem com o auxílio de mulheres doadoras de óvulos e mulheres gestantes, e se desenvolvem com a presença de dois pais e com ausência de mães, nos trazem de novo.

2. Sobre os entrevistados e as mulheres que permitiram a paternidade

Traremos aqui extratos de três entrevistas. As duas primeiras foram realizadas dentro da pesquisa “Acesso à origem e direito à história: reprodução assistida e adoção”, concernentes, ambas, a casais de brasileiros que realizaram seus tratamentos fora do Brasil. A terceira se deu no contexto da elaboração de um laudo para autorização pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) ao tratamento buscado por um casal de homens franceses, que veio ao Brasil

para ter a criança da forma que queria: gestada por uma mulher que não estivesse interessada na questão financeira.

Bernardo e Lucas, um dos casais entrevistados, têm três filhos, de aproximadamente 5 anos. Os três foram gerados nos Estados Unidos por fertilização *in vitro* (FIV), com os óvulos de uma mesma doadora sul-africana. O primeiro foi gerado com sêmen de um deles, e os outros dois, gêmeos, foram gerados seis meses depois, com o sêmen do outro. No primeiro caso, a gestante era indiana, tendo a gestação e o parto ocorridos no Nepal, enquanto a gestante dos gêmeos era mexicana e o parto foi realizado no México.

O casal relata que, no que diz respeito à relação com os meninos, não há distinção entre aquele que é pai biológico e aquele que não o é. Inclusive, preferiram não mencionar, na entrevista concedida, quem era o genitor de qual criança, uma vez que isso não é um ponto importante para eles:

[...] Eu acho que isso daí pra mim é tão irrelevante... eu prefiro nem colocar isso aí. Porque no fim são meus filhos. [...] Porque assim, os seus genes são muito menos do que talvez você transfira na educação, em como você cria, então ela vai levar muito mais de você pela sua vivência. Seus genes, beleza, tá lá e tal. Existe essa coisa que ainda tá muito arraigada na humanidade, mas assim, eu acho que às vezes a criança vai ser muito mais próxima de quem criou, de quem educou e de quem teve com ela a maior parte da vida do que de quem ela herdou material genético.¹

Os avós dos meninos demonstraram desejo em saber sobre a relação genética entre seus filhos e netos. Contudo, Bernardo reforça a desimportância que isso tem para o casal:

Minha mãe teve alguma dificuldade com essa questão aí dos meninos, a distinção entre o neto biológico e não biológico, mas eu acho que ela

¹ Informação verbal fornecida por Bernardo durante entrevista.

já entendeu que pra mim são meus filhos. E se ela quiser um dia me ofender é fazendo distinção entre eles. Então acho que ela já compreendeu que isso pra mim não é aceitável.¹

O discurso de Bernardo reduz o peso do genético/biológico, mas a via escolhida para a parentalidade foi a Reprodução Assistida com material genético dele e de seu companheiro. Entretanto, são eles próprios que percorreram desgastantes caminhos em busca da gestação de substituição, deparando-se com leis distintas em cada país onde as gravidezes ocorreram, além de enfrentarem sérios percalços até a concretização da paternidade:

Você tem que ir montando os pedaços onde cada coisa é legal em cada parte do mundo. [...] Então você fazia a escolha da coletora de óvulos na África do Sul, você coletava material nos EUA, eles jogavam... mandavam isso tudo pra Índia, lá gerava o embrião na Índia e da Índia a gravidez no Nepal.¹

A escolha, pelo casal, de uma mesma doadora de óvulos também parece apontar para a relevância concedida por eles à questão genética, pois, como observa Lucas: “São irmãos, isso, da mesma doadora. Eles são irmãos por parte de mãe. Assim, geneticamente, entenda”²

Bernardo completa:

Então, por exemplo, a doação de óvulos quase sempre é feita na África do Sul. Por quê? Porque a África do Sul é um país que tem uma variabilidade genética igual à do Brasil. É um país que tem um *mix* genético muito grande. [...] E aqui no Brasil não é permitida a doação de óvulos da forma que é lá.¹

Ainda que seus discursos possam indicar incongruências em relação às escolhas feitas, é exatamente aí que reside nosso interesse: aquilo que pode

² Informação verbal fornecida por Lucas durante entrevista .

ser visto como contrassenso, em um primeiro momento, contém ensinamentos justamente pela potência que as ambiguidades podem nos apontar. E nos ajuda a entender que o valor do biológico não é absoluto, mas integra um jogo de forças, desejos e afetos que vai se constituindo à medida que a paternidade vai se construindo.

Outro lugar onde possíveis “equivocos” podem aparecer diz respeito à posição que as mulheres que contribuem para a vinda ao mundo dessas crianças – doadora e a gestante – podem ocupar nas construções destas novas famílias. Não são mães, mas elas teriam um lugar de maternidade?

A esse respeito, referimo-nos a uma segunda entrevista, concedida por Alex, um dos pais que tiveram dois filhos gêmeos (na ocasião, com 2 anos e 8 meses) concebidos com o sêmen de um deles, o óvulo de uma doadora anônima ucraniana e com recurso a uma gestante cambojana. Um dos avós tem dificuldade em reconhecer os meninos como netos, e diz que só o faria se soubesse de quem foi o espermatozoide, informação que o casal decidiu guardar para si, apesar de ter revelado em nosso encontro.

Durante a entrevista, ele nos relata que, ao se depararem com a existência da comemoração do dia das mães na escola dos filhos, o casal fez questão de esclarecer que a criança não tinha mãe, mas sim dois pais. Contudo, ao mesmo tempo, eles guardam fotos, segundo seus próprios termos, das “mães” (doadora e gestante) para mostrar, caso os filhos questionem: “Então... a gente tem foto da mãe pra mostrar pra eles quem foi a doadora. Mas a gente não tem nome, só sabe que é ucraniana e tem a foto dela. É lógico que tem um histórico de saúde, né”³

³ Informação verbal fornecida por Alex durante entrevista.

Os filhos desse casal tinham apenas 2 anos e 8 meses no momento da entrevista e o assunto “mãe” ainda não havia aparecido:

Até hoje não houve o assunto. Mas, quando houver, a gente vai tocar no assunto de que nasce do... tem o ovinho, tem a semente, vai ter que explicar isso. Vai explicar que eles tiveram duas mães. Uma de onde veio o material deles e outra que gerou eles. Nós temos foto das duas.ⁱⁱⁱ

A pesquisadora questionou: “E o termo que vocês usam é ‘mãe’ também em relação a elas? Não é, sei lá, genitora, doadora, portadora...?”. Alex respondeu: “Não, eu acho que a gente vai... tem que usar uma linguagem que eles entendam. Então, quando eles perguntarem, vai depender de qual é o nível de linguagem e de compreensão deles”.ⁱⁱⁱ

O fato de Alex chamar a doadora e a gestante de mãe não significa que elas exerçam tal papel, inclusive não mantiveram contato com elas. A única vez que viram a gestante foi na assinatura do documento de entrega dos bebês. O nome “mãe”, neste caso, parece ser a forma mais simples encontrada, a disponível no repertório do senso comum ou a que os pais julgam compreensível para as crianças. Ainda que não haja mãe na família, há fotos, há duas figuras a serem mostradas. No entanto, deixam claro que a configuração familiar é composta por dois pais e filhos. As mães aqui são as que tornam possível o nascimento, não as pessoas responsáveis pelo cuidado. Não há um lugar vago de mãe a ser ocupado por uma parente. Os pais, inclusive, se recusaram a isso quando a escola sugeriu foto de uma mulher da família para a celebração do dia das mães: “Ah, você não tem uma irmã também?” [...]. Eu falei ‘tenho, mas ela é minha irmã, ela não é mãe deles. Como eu falei, o núcleo não tem mãe’. Não há mãe, apesar de essa ser a nomenclatura escolhida”.ⁱⁱⁱ Enquanto isso, estudiosos procuram, atualmente, utilizar termos que afastem a gestante da ideia de mãe.

Um ponto interessante abordado por Alex é que o lugar, a importância e, acrescentaríamos, a materialidade desta mulher que gestou e daquela para quem o casal pagou hospedagem e passagem para que seus óvulos fossem retirados é diferente para o casal e para as crianças. Elas foram escolhidas por eles por meio de um catálogo e tiveram contato com ambas: a doadora, no momento da retirada dos óvulos, visto que optaram por “óvulos frescos”, e a gestante, na assinatura da renúncia à maternidade dos bebês.

A terceira entrevista foi feita com um casal de dois homens franceses que fizeram todo o tratamento no Brasil, com recurso à gestante de substituição brasileira. Afirmam que a escolha do Brasil se deveu ao fato de aqui a gestação substitutiva não ser remunerável financeiramente. A esse respeito, explicam que não foi por uma razão econômica, mas sim ética que a escolha se deu: não desejariam que a motivação da doadora do útero fosse financeira, mas sim afetiva, o que, sublinham, foi o caso da gestante. Indicam, ainda, que, antes de se decidirem, mantiveram contato com a doadora temporária de útero durante cerca de um ano e meio, estreitando com ela fortes laços afetivos, tornando-se inclusive, nesse meio tempo, padrinhos de seu filho.

3. Algumas ideias para continuar pensando

As pesquisas sobre homoparentalidade ganharam força no Brasil no início dos anos 2000. O país assistia aos reflexos, no Judiciário, da abertura da concepção de família na Constituição Federal e que veio se alargando na segunda década do século XXI. Se as pesquisas iniciais versavam basicamente sobre adoção, quando se tratava de homens, atualmente começam as inquietações em torno da gestação de substituição, ainda que restrita em muitos países e prática atravessada pelas imensas desigualdades sociais que ainda vamos precisar enfrentar no mundo. De toda forma, o avanço da tecno-

logia nos exige novas colocações, pensamentos, respostas frente às possibilidades de acesso à parentalidade e à forma como a Medicina e o Direito vão regular nossas vidas. Urge que as ciências humanas e sociais se debruçam sobre essas questões.

A importância da nomenclatura da gestante de substituição, a utilização de nomes que não denotem a ideia de maternidade e, conseqüentemente, de parentesco é apontada por autores da Antropologia.^{4,5} O termo *gestational carrier* foi substituído por *surrogate mother* nos contratos norte-americanos,⁵ e o uso de *femme porteuse* ao invés de *mère porteuse* é utilizado por antropólogos e sociólogos francófonos. No Brasil, o termo oficialmente utilizado pelo CFM é cedente temporária do útero, porém as nomenclaturas “barriga solidária” e “gestante de substituição” também se fazem presentes no meio social e em estudos de campo.

Do ponto de vista legal, a questão da nomeação parece circunstancialmente resolvida. Uma nota técnica do Ministério da Saúde de 2021,⁶ motivada por uma decisão do ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal (STF), resolve que, na Declaração de Nascido Vivo (DNV) do hospital deve constar agora parturiente, independentemente se esta mulher será a mãe da criança. Distinção objetiva, mais fácil de resolver.

Se, no Brasil, parece que estamos caminhando no que tange ao reconhecimento legal desta prática, a França está mais distante e as diferenças culturais podem ser percebidas nos argumentos que afastam ou permitem a gestação de substituição. Em uma entrevista, a socióloga Dominique Mehl⁷ afirma que, apesar de a questão da mercantilização dos corpos das mulheres ser apontada como grande argumento contrário à gestação de substituição, a base da resistência na França está na ligação entre maternidade e parto, presente na lei, mas também no imaginário social, nas experiências cotidianas, bem

como nas concepções de feminilidade, entre as feministas. A autora acredita que há um tabu na dissociação entre maternidade e parto.

Não à toa discutimos aqui casos de brasileiros realizando a gestação de substituição no exterior, onde é possível pagar pelo serviço e não há necessidade de envolver familiares, e franceses, que, incomodados com a mercantilização, buscam uma solução para a questão. De todo modo, a paternidade *gay* genética depende de mulheres.⁴

A diversidade de representações das figuras da doadora de óvulos e da gestante de substituição, assim como as ambiguidades que elas comportam nas homopaternidades concebidas por estes recursos, também é sublinhada no artigo de Gross e Mehl.⁸ Baseando-se em entrevistas realizadas com 22 famílias constituídas ou em vias de se constituir desta forma, as autoras sublinham alguns elementos bastante relevantes. Vale destacarmos do artigo dois importantes elementos. Em primeiro lugar, ainda que o temor frente às consequências prejudiciais da homossexualidade de pais e mães no desenvolvimento dos(as) filhos(as) tenha se dissipado, a ideia que se tem sobre o lugar de homens e mulheres na parentalidade é muito diferente. Ser mãe sem pai se concebe muito mais facilmente do que ser pai sem mãe. Neste sentido, é sobretudo a homoparentalidade no masculino que questiona a norma. Em segundo lugar, nas entrevistas, as autoras destacam a diferença entre as situações em que a mulher gestante é ao mesmo tempo a doadora do óvulo e aquelas em que a maternidade seria dividida em duas. Enquanto na primeira situação a mulher é mais frequentemente designada por um termo materno e revestida de uma representação de mãe, no segundo caso, a representação que surge é que nenhuma das duas seria completamente a

⁴ Na verdade, dependem de corpos que tenham útero e capacidade de gerar. No entanto, como partimos dos três casos abordados, todas as pessoas envolvidas no processo de concepção e gestação eram mulheres cis.

mãe, nenhuma teria abandonado a criança, nenhuma poderia se prestar à idealização de uma mãe ausente no cotidiano. Por outro lado, as duas podem receber este título.

Diante dessa novidade e atravessados por concepções de família e paternidade, pais *gays* hesitam entre variadas representações que podem ser combinações que valorizam ora o convívio, ora o biológico. É o que os permitiria afirmar suas paternidades pelo cotidiano – até porque apenas um terá laço genético com a criança – e afirmar a maternidade das mulheres que a geraram⁷ seja pela gestação, seja pelo fornecimento do óvulo.

Neste sentido, seria importante pensar nas especificidades das paternidades *gays* em relação às maternidades lésbicas. Um segundo aspecto seria exatamente a diversidade e a ambiguidade presentes nas representações das figuras femininas que participam das construções e montagens de paternidades *gays*, e o que nos ensinam sobre a plasticidade que a própria noção de família comporta. Estas configurações podem nos ajudar a acolher as importantes transformações pelas quais as concepções familiares – nos dois sentidos do termo “concepção” – vêm passando e a entendermos que, se a família nuclear burguesa, constituída por um pai e uma mãe, ainda é dominante, ela não é mais hegemônica em nossos tempos.

4. Referências

1. Grossi MP. Gênero e parentesco: famílias *gays* e lésbicas no Brasil. Cad Pagu [Internet]. 2003 [cited 2023 Aug 6];(21):261-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000200011>
2. Rozée V, Sayeed U, Rochebrochard E. La gestation pour autrui en Inde. Population & Sociétés 2016;9(537):1-4.

3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.320/2022. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. 2022 Sep 20;seção I:107.
4. Courduriès J. Les bonnes intentions. Être parent d'un enfant né d'une GPA. In: Roux S, Vozari A-S, editors. Familles. Nouvelle generation. Paris: Presses Universitaires de France; 2019. p. 45-57.
5. Lance D. Mettre à distance la maternité: La gestation pour autrui en Ukraine et aux États-Unis. Ethnologie Française 2017;(3):409-20.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica CGIAE/DASNT/SVS/MS nº 195/2021. Brasília: MS; 2021.
7. Mallaval C, Nocent M. Mais qui est la mère? Porter l'enfant des autres. Paris: Éditions des Arènes; 2017.
8. Gross M, Mehl D. Homopaternités et gestation pour autrui. Enfances, Familles, Générations 2010;(14):95-112.



DOAÇÃO DE SÊMEN NA INSEMINAÇÃO CASEIRA

ROBERTA GOMES NUNES
AURELIANO LOPES DA SILVA JUNIOR

1. Introdução

A doação de gametas para a Reprodução Assistida é permitida no Brasil desde que não possua caráter comercial. No país, não há legislação específica sobre a Reprodução Assistida, havendo apenas normativas éticas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). De acordo com a Resolução CFM nº 2.320/2022:

No Brasil, a comercialização de gametas, de forma análoga ao uso de sangue, tecidos e órgãos, é proibida, podendo haver apenas doação destes. Contudo, no contexto dos procedimentos reprodutivos o uso dos gametas é cobrado pelas clínicas em razão da sua coleta, processamento e conservação. Entre 2013 e 2014 teria havido um aumento de 500% nos processos de importação de sêmen para procedimentos de TR, em razão de uma alegada falta de doadores no Brasil.¹

Os homens cisgênero (ou mulheres trans e travestis que produzem sêmen) que se dispõem a doar gametas podem fazê-lo em clínicas especializadas ou bancos de sêmen, geralmente de forma anônima. No caso de doações não anônimas em clínicas e bancos de sêmen, o CFM normatiza da seguinte forma:

Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas ou embriões para parentesco de até 4º (quarto) grau, de um dos receptores (primeiro grau: pais e filhos; segundo grau: avós e irmãos; terceiro grau: tios e sobrinhos; quarto grau: primos), desde que não incorra em consanguinidade.¹

As doações de gametas reguladas pelo CFM são aquelas que acontecem em serviços e ambiente biomédicos, porém há também doadores que se dispõem a doar para pessoas conhecidas ou nas redes sociais, de modo externo às clínicas de Reprodução Assistida e bancos de sêmen. A doação feita sem a intervenção médica é conhecida como inseminação caseira,

podendo ser feita na casa do doador ou da tentante – termo usado nas redes sociais para se referir às pessoas que estão tentando engravidar – ou em outros locais acordados pelas partes, como em hotéis. O material utilizado é um pote para a coleta do sêmen e uma seringa para introdução no canal vaginal, havendo também casos de uso de espéculo e/ou cateter. Todo material utilizado é descartável.

Existem grupos nas redes sociais que unem tentantes que buscam doadores e doadores que anunciam sua disponibilidade para doar.² Neles, as tentantes trocam informações sobre os doadores, levando em consideração experiências anteriores, confiança estabelecida e o número de positivos (número de gravidezes) que cada doador teve. Estes grupos oferecem possibilidades de maior aprendizado sobre a IC para seus participantes, bem como funcionam tanto como espaço de construção de “protocolos e das condutas consideradas éticas, por parte de quem deles participa”,³ quanto como uma espécie de controle social acerca do cumprimento ou não do que foi previamente acordado pelas partes, especialmente no que diz respeito à conduta do doador.

Apesar de podermos considerar a inseminação caseira como uma tecnologia reprodutiva, no sentido de constituir-se como um saber e um fazer que tanto objetiva quanto tem efetivamente possibilitado a reprodução humana, esta modalidade reprodutiva não é oficialmente reconhecida pelo CFM nem por algum outro órgão oficial regulatório do campo da saúde. Ademais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁴ alerta sobre os possíveis riscos da inseminação caseira no que se refere a infecções sexualmente transmissíveis, genéticas e contaminação durante o procedimento, uma vez que este não é realizado em uma clínica de Reprodução Assistida e não tem a intervenção e o controle da Biomedicina. Porém, cabe problematizarmos se estes riscos são mesmo efetivos ou se constituem-se mais como um pânico

moral por se tratar de uma tecnologia reprodutiva de custo muito baixo e realizada de forma autônoma ao poderio e autoridade biomédicos.⁵

2. Doação de gametas masculinos em banco de sêmen e na inseminação caseira: semelhanças e diferenças

Na doação de gametas em clínicas especializadas e/ou em bancos de sêmen serão realizados exames do doador e do material doado, os quais poderão ser acessados pelo doador sem custos. O material doado será comercializado posteriormente pelas clínicas e pelos bancos de sêmen e, de acordo com características genéticas e fenotípicas dos gametas/doador e características subjetivas do doador (como, por exemplo, gostos, *hobbies*, signo, entre outras), será escolhido por um casal ou uma pessoa que deseja conceber um(a) filho(a) com tal material biológico. No caso da doação anônima de gametas, estas características são acessadas por meio de ficha de dados do doador, não havendo contato direto nem identificação dele.

Na inseminação caseira, o doador é contatado diretamente pela mulher que deseja engravidar, podendo ser um conhecido ou oferecer sua doação em páginas na internet, havendo troca de informações entre eles e encontro pessoal para a doação do sêmen. O doador, em geral, apresenta às tentantes seus exames de infecções sexualmente transmissíveis e espermograma, os quais podem ser custeados pela pessoa que deseja engravidar ou provenientes de *check-up* rotineiro do próprio doador.

Silva Junior et al. observam que “a escolha do doador acaba por se enquadrar na fronteira entre, por um lado, o direito de reprodução com autonomia e

liberdade e, por outro, ideais eugênicos e/ou morais que não são percebidos como tal e/ou são naturalizados por todos os sujeitos envolvidos”⁶ (tradução nossa). Ainda que por vezes esta escolha dos gametas de acordo com suas características se configure como um ato de consumo dentro de bioeconomias reprodutivas⁷ – com maiores variações e possibilidades de escolha na Reprodução Medicamente Assistida e menores nos casos de inseminação caseira –, reiteramos o quanto também se constitui como fato importante para o casal ou a pessoa que deseja gestar, visto que tais características e modalidade de reprodução se inserem na própria produção da parentalidade e do parentesco das pessoas que recorrem à Reprodução Assistida.

Como afirmam Amorim et al.:

Pais e mães não são apenas aqueles que fornecem material genético, mas sobretudo são definidos a partir de um tipo específico de gameta que transporta não só material genético, mas lugares de parentesco e gênero. [...] Maternidade e paternidade não se fazem necessariamente de conexões biogenéticas. Antes, são experiências construídas e embaçadas em uma sorte variada de eventos. Cuidado, afeto, intenção e convivência são colocados a toda hora como valores que definem a ação parental e produzem mães e pais tal como gravidezes ou DNA. O corpo não é o referente último do parentesco, entendido como um processo sociocultural de estabelecimento de vínculos, que se dão conforme estratégias, invenções criativas que conectam pessoas, que produzem sentidos de descendência, de pertencimento coletivo e de família.⁸

Deste modo, as características atribuídas aos gametas e ao doador em qualquer modalidade de Reprodução Assistida e os modos e sentidos da utilização de tais gametas pelas pessoas tentantes acoplar-se-ão e comporão o próprio projeto parental e as possibilidades disponíveis para alcançá-lo: se, por exemplo, serão buscados gametas que garantam parença com a pessoa que não doará seus próprios gametas; se buscar-se-á algum tipo de

vinculação genético-biológica com as famílias de origem; se deseja-se a utilização dos mesmos gametas para a possibilidade de filhos(as) em diferentes momentos e/ou projetos parentais; entre outras.

Assim, a inseminação caseira tem sido utilizada por muitas pessoas, principalmente por casais de mulheres lésbicas, como uma forma de efetivar o projeto parental. A falta de condições financeiras para acessar clínicas de Reprodução Assistida e a dificuldade de acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) aparecem como os principais motivos enunciados pelas tentantes para a escolha da inseminação caseira. Porém, também há casos de pessoas que preferem não recorrer à intervenção da Biomedicina na realização do projeto parental por não se sentirem plenamente acolhidas pelo setor biomédico neste seu projeto e desejo, bem como a possibilidade de uma inseminação pela(o) parceira(o) em ambiente não biomédico constrói importantes sentidos afetivos e de autonomia sobre o próprio corpo e projeto parental.^{2,3,5} Na clínica, cada procedimento será pago pela tentante, ao passo que na inseminação caseira o procedimento é feito praticamente sem custo ou com baixo custo, e alguns doadores se dispõem a doar mais de uma vez por ciclo ovulatório, com o intuito de aumentar as chances de sucesso na gestação.

Os dados informados pelo doador dependem de cada caso, havendo uma variedade de possibilidades para disponibilizá-los, restringindo ou ampliando o acesso das tentantes. O doador pode fazer doações anônimas para clínicas, mas também diretamente de forma não anônima para tentantes. Nas clínicas e nos bancos, o doador tem contato apenas com a equipe da instituição, passa por uma anamnese e por uma série de exames para garantir a qualidade do material doado, que será acessado posteriormente por uma tentante.

Entrevistas realizadas com homens que já doaram para bancos de sêmen e diretamente para tentantes relatam que alguns doadores preferem doar por meio da inseminação caseira, pois têm a oportunidade de conhecer as pessoas para quem estão doando e, de alguma forma, contribuírem para seu projeto parental. Afirmam que este contato com as mulheres que desejam ser mães traz a oportunidade de experimentar a alegria delas ao receberem a notícia de um teste de gravidez positivo e ao realizarem o sonho da maternidade, fazendo com que percebam que a doação atingiu seu objetivo. Há também certo controle do doador em relação a quais serão as mulheres que receberão seu gameta, fazendo um julgamento sobre as condições financeiras e emocionais delas para serem mães. A motivação para a doação é narrada por eles como um ato de altruísmo, generosidade, busca por ajudar o próximo, havendo, também, relatos de desejo de deixar um legado para a humanidade por meio de seu material genético.

A inseminação caseira, ao mesmo tempo em que aponta para uma maior autonomia das pessoas que optam por este procedimento, também levanta questões relevantes no campo da Bioética e do Direito, incluindo a escolha do doador, a possibilidade de venda do sêmen, da transmissão de doenças não identificadas e questões relacionadas à filiação.⁹

3. (Não) anonimato: questões a considerar

Na Reprodução Assistida realizada em uma clínica no Brasil, o anonimato do doador é uma condição prioritária, sendo que os dados sobre sua identidade ficam em confidencialidade sob responsabilidade da clínica, com exceção dos casos em que há doação de gametas entre pessoas de até quarto grau de parentesco, desde que não haja consanguinidade.¹ Já na Argentina, por exemplo, os bancos de sêmen podem adotar o modelo de

identidade aberta, “ no qual a identidade seria revelada a pedido do nascido a partir de sua maioria e dependeria do que foi acordado entre a clínica e o doador”¹⁰ (tradução nossa). O modelo de identidade aberta nos parece uma possibilidade interessante, pois insere o doador e a Reprodução Assistida no projeto parental, mas sem que este ocupe um lugar de parentesco, e, sim, de um elemento importante da trajetória daquela pessoa gerada por doação de gametas e sua família.

O contato com o doador na inseminação caseira em geral se dá antes e durante o procedimento, porém pode permanecer por determinados ou indeterminados períodos, a depender das pessoas envolvidas. Existem tentantes que informam o doador sobre o resultado positivo e depois não estabelecem mais contato, enquanto outras mantêm contato com o doador, enviam fotos das crianças; há casos, inclusive, em que há convivência entre o doador e as crianças ou mesmo registro delas por parte deste doador.¹¹ Cada uma dessas possibilidades pode acarretar desdobramentos jurídicos, subjetivos e sociais distintos.

Na Reprodução Medicamente Assistida não há contato com o doador, sendo que a escolha é feita por um banco de dados que contém basicamente características físicas e de saúde do doador. A escolha do doador na inseminação caseira é baseada em diversos fatores: aspectos físicos (saúde e semelhança com o casal ou com a mãe que não gesta); estabelecimento de relação de confiança entre tentantes, suas(seus) companheiras(os) e o doador; disponibilidade do doador para realizar a doação no momento necessário; distância geográfica, visto algumas tentantes preferirem doadores próximos à sua localização, enquanto outras preferem em locais mais distantes; entre outros. No banco de sêmen, a escolha é feita com base nas características físicas e comportamentais descritas em um formulário preenchido pelo doador e pelo profissional que o atendeu.

Em alguns bancos de sêmen internacionais há mais informações, como características comportamentais, *hobbies*, fotografias, entre outras. O material doado para um banco ou clínica passa por uma série de exames para garantir sua qualidade e segurança. No Brasil, há três principais bancos de sêmen localizados em São Paulo, no Rio de Janeiro e em Porto Alegre. Como no Brasil a doação não pode ser comercializada, há dificuldade para encontrar doadores, de modo que se faz necessário a importação de sêmen do exterior.¹²

Embora a comercialização de gametas não seja permitida no Brasil, recursos financeiros circundam esta prática e transformam tais gametas em bio-objetos dotados de valor e partes de uma bioeconomia da reprodução,⁷ como ocorre, por exemplo, na cobrança na clínica pelo uso de esperma doado anteriormente de forma anônima para um banco de sêmen; na deseabilidade de doadores com determinadas características físicas, étnico-raciais e/ou histórico genético familiar e de saúde tidos como ideais; ou, ainda, na busca do doador pela doação como forma de realizar um *check-up* médico sem custo.

A importância do anonimato, defendida pelo CFM, parece ser colocada pelas clínicas como forma de garantir doações, temendo que a suspensão do anonimato reduza seu número. No entanto, nos países que suspenderam o anonimato e possuem estatísticas disponíveis, não foi registrado um declínio nas doações, havendo até casos em que as doações aumentaram.¹³

Na inseminação caseira, o anonimato não existe e há vários doadores que se oferecem por meio de redes sociais para doar gametas, aparentemente sem considerar possíveis implicações jurídicas deste não anonimato. Da mesma forma, algumas mulheres postam fotos dos bebês concebidos com o material genético de algum doador ou fazem parte de grupos compostos por mães que fizeram inseminação caseira com o mesmo doador. Mesmo sem o anonimato e sem a garantia legal de que o doador não será solicitado

a assumir a paternidade no futuro, há vários homens que oferecem doar seu sêmen nas redes sociais. As clínicas garantem o anonimato do doador e que essa pessoa não terá que se responsabilizar pela criança gerada por meio da doação – mesmo nos casos em que há a identidade aberta, como na Argentina¹⁰ –, garantia que não é abrangida pela inseminação caseira.

Apesar de as clínicas de Reprodução Assistida e de os bancos de sêmen resguardarem o anonimato do doador, existe a possibilidade de tal anonimato não poder ser totalmente assegurado pelas clínicas, uma vez que, por não haver lei específica sobre Reprodução Assistida no país, apenas regulamentações do CFM, pode-se se fazer valer a garantia de acesso às origens da legislação brasileira.¹⁴ O direito ao conhecimento da origem genética em casos de Reprodução Assistida heteróloga é tido como um direito fundamental e de personalidade.¹⁵ O direito de buscar a origem por parte da criança no futuro pode ser exercido por meio de ações judiciais, embora o anonimato seja preconizado nas clínicas, exceto para doações entre familiares. A diferença é que, na clínica, mesmo que o direito à origem seja acessado no futuro, dependendo das decisões judiciais, o doador não será obrigado a assumir uma possível paternidade e as responsabilidades relacionadas a essa situação, o que não é garantido na inseminação caseira.

Na inseminação caseira, algumas mulheres conhecem o nome completo, documentos de identificação, endereço e telefone dos doadores, pois celebram um termo de intenção de doação de material genético em cartório, enquanto outras possuem apenas um número de celular que pode ser facilmente apagado, assim como os perfis nas redes sociais. Na clínica, a intermediação é feita pelos profissionais de saúde, sem qualquer contato entre tentante e doador ou conhecimento mútuo.

Freeman et al.,¹⁶ em pesquisa realizada em *site* de conexão de doadores no Reino Unido, observaram que a maioria dos participantes eram doadores cisgêneros heterossexuais. Além disso, descobriram que indivíduos cisgêneros *gays* e bissexuais, além de serem favoráveis à doação aberta, também desejavam ter contato com as crianças concebidas a partir de seu material genético, mais do que os doadores heterossexuais. Os autores destacam que a orientação sexual dos doadores pode influenciar as preferências de doação dos homens e levantar questões políticas relacionadas ao recrutamento de doadores e ao uso de doação de espermatozoides *on-line*, tanto por parte das clínicas quanto de indivíduos. Eles também observaram um aumento nos últimos anos no número de homens que buscam ser doadores por meio desses *sites*, o que avaliam ocorrer devido ao avanço da tecnologia, aos altos custos das Reproduções Medicamente Assistidas e à demanda de mulheres solteiras e lésbicas por doadores.

4. (In) segurança jurídica: desafios para doadores e tentantes

O CNJ, por meio dos Provimentos nº 63/2017¹⁷ e nº 83/2019,¹⁸ instituiu o modelo único de certidão de nascimento, estabelecendo normas sobre o reconhecimento da paternidade/maternidade socioafetiva e o registro de filhos(as) de Reprodução Assistida. Estes provimentos garantem que uma criança concebida por Reprodução Medicamente Assistida tenha o registro no nome de duas mães ou dois pais, no caso de casais homossexuais. Além disso, assegura-se que o conhecimento da ascendência biológica não implica o reconhecimento do vínculo de parentesco e os efeitos jurídicos correspondentes entre o doador e a criança concebida por meio de Reprodução Assistida. No entanto, uma vez que a inseminação caseira não

está abrangida por esses provimentos, a posição do doador se torna frágil e insegura,¹⁹ podendo a qualquer momento ser acionado na Justiça para reconhecer e assumir uma suposta paternidade, que seria, então, comprovada por meio de um exame de DNA.

O termo de intenções de doação de material genético, proposto por advogados, tem sido utilizado como tentativa de diminuir riscos futuros tanto para as mães quanto para os doadores. Este termo inclui a intenção da doação, a ausência de interesse no exercício e na cobrança da paternidade por parte do doador e da tentante e a ausência de remuneração financeira de ambas as partes. A insegurança jurídica do doador na inseminação caseira está presente, assim como a situação da mãe que não gesta que precisa recorrer à Justiça para ter o reconhecimento da dupla maternidade, no caso de casais de mulheres lésbicas. Isso não ocorre na Reprodução Medicamente Assistida, uma vez que a direção da clínica emite documento que garante o registro das duas mães assim que a criança nasce. Nestes casos de Reprodução Medicamente Assistida, observamos como o sistema jurídico reconhece a legitimidade do âmbito biomédico e as possibilidades de constituição de família.

Ao mesmo tempo em que as tentantes escolhem o doador, também há uma escolha por parte dos doadores em relação a quem doar, visando diminuir riscos futuros, especialmente diante da falta de garantias legais relacionadas a esse método. A segurança oferecida ao doador em uma clínica difere daquela existente na inseminação caseira, sendo responsabilidade das pessoas que utilizam esse método buscar, dentro de suas possibilidades e realidades, alternativas para minimizar os riscos. O estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes² parece ser fator importante que envolve essa prática.

O doador pode ter seu papel restrito à doação de seu material genético, sem qualquer contato com a tentante nos casos de doação em clínica,

ou sem contato posterior à doação, nos casos de inseminação caseira. No entanto, o doador também pode assumir a paternidade nos casos de coparentalidade, ou ser reconhecido como pai biológico, com ou sem convivência com a criança. Existe um espectro de possibilidades que vão do anonimato total ao conhecimento total, podendo haver ou não convivência entre os envolvidos. Há casos, por exemplo, em que não se terá a convivência entre doador e a família para quem doou, porém as crianças nascidas do mesmo doador podem ser reconhecidas socialmente como irmãs por suas(seus) genitoras(es), tendo ou não convivência entre elas. Como afirma Figueiró:

O doador pode ser geneticamente pai, mas socialmente construído como doador. A/o companheira/o da tentante-gestante (mãe biológica), é socialmente construída como mãe/pai através de uma genética da semelhança com a/o filha/o viabilizadas/os pelas expectativas geradas pelo material genético do doador. Frutos do mesmo doador, irmãos biológicos podem ser destituídos de sua irmandade como forma de sustentar uma negação da paternidade biológica do doador.²⁰

As tecnologias reprodutivas sinalizam questões que apontam para o quanto o parentesco pode se dar pela vinculação biogenética, afetiva e/ou social, trazendo diversidades de possibilidades de se constituir parentesco e famílias.

5. Considerações finais

A inseminação caseira tem sido utilizada como uma tecnologia reprodutiva por muitas mulheres cisgênero, em sua maior parte em um relacionamento homoafetivo, que não conseguem ou não desejam acessar os serviços oficiais de Reprodução Assistida no país, havendo uma circulação e gestão

autônomas de informações em redes sociais e locais de trocas e de encontros entre tentantes e doadores.

Se, por um lado, as alternativas à Reprodução Medicamente Assistida têm sido buscadas por homens e mulheres de modo a escapar do poderio biomédico, por outro, acabam dependendo do controle do Direito para que o reconhecimento ou não da filiação seja garantido.

Conceitos e práticas definidos e normatizados pela cisheteronormatividade, nos quais a família se constituía a partir da conjugalidade e da relação sexual entre homem e mulher cisgêneros, em que cada um tem seu lugar definido e estabelecido pelo gênero, são desestabilizados pela inseminação caseira. Inúmeras possibilidades se fazem presentes nas relações familiares, e esse tipo de inseminação cria fissuras, borrando as fronteiras dos modelos antes determinados como naturais baseados em como deveria se dar a paternidade, a maternidade e a família.

A partir das questões apresentadas anteriormente, podemos observar que a questão do anonimato do doador e a segurança jurídica são desafios significativos nas tecnologias reprodutivas não oficiais, especialmente na inseminação caseira. Enquanto a Reprodução Medicamente Assistida conta com regulamentações que garantem direitos e proteções para as partes envolvidas, a inseminação caseira carece de uma estrutura legal sólida, deixando o doador em uma posição vulnerável e sujeito a possíveis demandas futuras de paternidade. As mulheres que recorrem à esta inseminação também podem ocupar tal posição de vulnerabilidade com a possibilidade ao menos virtual de ver sua família interpelada por possíveis demandas de paternidade do doador.

A legislação e as regulamentações devem acompanhar os avanços das tecnologias reprodutivas, proporcionando direitos claros e proteção

adequada tanto para os doadores quanto para as famílias formadas por meio desses métodos.

É importante reconhecer a diversidade de possibilidades na formação de relações de parentesco e famílias trazidas pelas tecnologias reprodutivas. O conceito de parentesco vai além da vinculação biogenética, abrangendo também laços afetivos e sociais. Casais do mesmo gênero, pessoas que desejam ser mães ou pais solo, e outras configurações familiares encontram na Reprodução Assistida uma oportunidade para realizar seu desejo de ter filhos(as) e estabelecer laços parentais significativos.

A confiança e o estabelecimento de uma relação sólida entre as partes envolvidas na inseminação caseira também desempenham um papel crucial. O diálogo aberto, o consentimento informado e a transparência são fundamentais para promover uma compreensão clara das expectativas e responsabilidades, além de garantir que todos os envolvidos estejam plenamente cientes das implicações emocionais, legais e sociais da utilização das tecnologias reprodutivas.

Em conclusão, as tecnologias reprodutivas oferecem oportunidades para a formação de famílias diversas. O desenvolvimento de políticas públicas e regulamentações atualizadas e o cuidado ético e sensível são essenciais para garantir a segurança, o respeito e o bem-estar de todos os envolvidos no contexto das tecnologias reprodutivas.

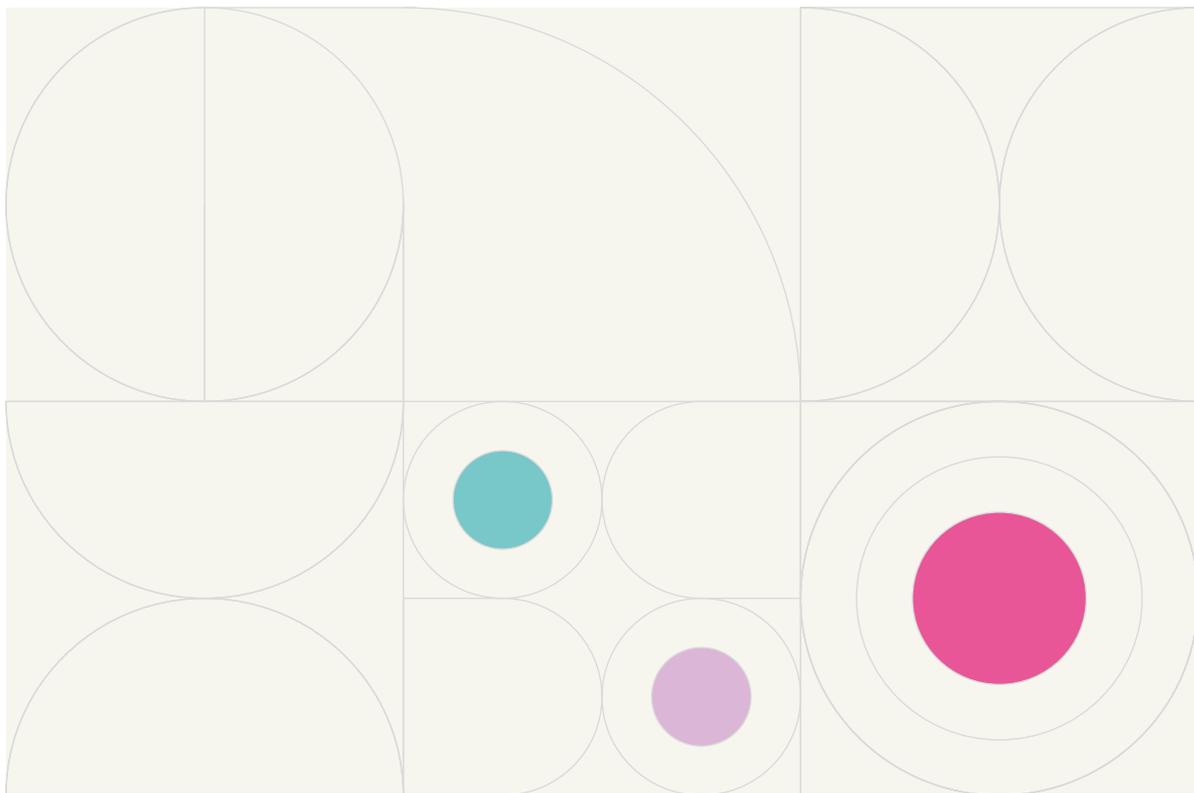
6. Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.320/2022. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. 2022 Sep 20; seção I:107.

2. Felipe MG, Tamanini M. Inseminação caseira e a construção de projetos lesboparentais no Brasil. *Ñanduty* [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jul 11];8(12):18-44. Available from: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/nanduty/article/view/15301>
3. Felipe MG, Tamanini M. Inseminação caseira como possibilidade de lesboparentalidade no Brasil. *Enclat* [Internet]. 2022 Jan [cited 2023 Jul 11];5(2):180-201. Available from: <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/1435>
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Inseminação Artificial Caseira: riscos e cuidados [Internet]. Brasília: Anvisa; 2022 Jul 3 [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/inseminacao-artificial-caseira-riscos-e-cuidados>
5. Freitas JC, Silva Junior AL. Imaginários morais no discurso midiático sobre o uso da inseminação caseira por mulheres lésbicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 2022 Aug [cited 2023 Jul 11];22(4):1581-1600. Available from: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71762>
6. Silva Junior AL, Fortuna Pontes M, Uziel AP. Assisted reproduction technologies and reproductive justice in the production of parenthood and origin: uses and meanings of the co-produced gestation and the surrogacy in Brazil. *Developing World Bioethics* [Internet]. 2022 Mar 25 [cited 2023 Jul 11];23(2):122-37. Available from: <https://doi.org/10.1111/dewb.12350>
7. Machin R. O mercado reprodutivo para além da Reprodução Assistida: bioeconomias em expansão, crise reprodutiva e crise de cuidados. *Cad Pagu* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 6];(66):e226620. Available from: <https://doi.org/10.1590/18094449202200660020>

8. Amorim ACH, Nichnig CR, Silva K. Quem é o pai e quem é a mãe? Uma reflexão sobre reprodução, parentesco e heterociscentrismo. *Ñanduty* [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jul 11];8(12):73-94. Available from: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/nanduty/article/view/15310>
9. Araújo ATM. Projetos parentais por meio de inseminações caseiras: uma análise ético-jurídica. *RBDCivil* [Internet]. 2020 Jul [cited 2023 Jul 11];24(2):101. Available from: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/453>
10. Regalado P. La identidad em la donación de gametos. In: Jurkowski L, Lima NS, Rossi M, organizators. *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria de la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo; 2020. p. 249-72.
11. Lemos V. Os brasileiros que doam esperma para inseminações caseiras [Internet]. Cuiabá: BBC News Brasil; 2017 Nov [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-42145205>
12. Machin R, Couto MT. “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis* [Internet]. 2014 Oct [cited 2023 Aug 6];24(4):1255-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400012>
13. Thery I, Leroyer, AM. *Filiation, origines, parentalité Le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle*. Paris: Odile Jacob; 2014.
14. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 1990 Jul 16 [cited 2023 Jul 11];(seção 1):13563. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266

15. Orselli HMZA, Pillon HV. As técnicas de Reprodução Medicamente Assistida na forma heteróloga analisadas sob a perspectiva dos direitos da pessoa que virá a nascer. *Civilistica* [Internet]. 2023 Jun 1st [cited 2023 Jul 11];12(1):1-25. Available from: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/809>
16. Freeman T, Jadvá V, Tranfield E, Golombok S. Online sperm donation: a survey of the demographic characteristics, motivations, preferences and experiences of sperm donors on a connection website. *Human Reproduction*. 2016 [cited 2023 Jul 11];31(9):2082-89. Available from: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew166>
17. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 63/2017. Dispõe sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por Reprodução Assistida. *Diário da Justiça eletrônico*. 2017 Nov 17;(191).
18. Conselho Nacional de Justiça. Provimento CNJ nº 83/2019. Altera a Seção II, que trata da Paternidade Socioafetiva, do Provimento nº 63, de 14 de novembro de 2017 da Corregedoria Nacional de Justiça. *Diário da Justiça eletrônico*. 2019 Aug 14;(165):8-9.
19. Nunes NS. Implicações jurídicas sobre a omissão legislativa sobre planejamento familiar por meio da inseminação artificial caseira [undergraduate thesis]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2021.
20. Figueiró LW. As “famílias que escolhemos” pelo Facebook: notas sobre inseminação caseira, tentantes e doadores. *CSONline* [Internet]. 2022 Dec 16 [cited 2023 Jul 11]; (34):193-214. Available from: <https://periodicos.ufff.br/index.php/csonline/article/view/33885>



**MANEJO
MULTIPROFISSIONAL
DA INFERTILIDADE
MASCULINA**

