

## **Capítulo 21.** Reprodução Assistida: Conceitos Gerais e Aspectos Psicológicos Envolvidos

Alcina Meirelles

Artur Dzik

Gilberto Costa Freitas

Mario Cavagna

### **CONCEITOS GERAIS**

O estabelecimento de uma família é considerado como um direito humano fundamental (Nações Unidas, 1948). Apesar dos esforços internacionais para prevenção e o seu tratamento apropriado, a infertilidade está se tornando mais e mais comum no mundo desenvolvido ((Nações Unidas, 1994). O declínio da saúde geral da população poderia, pelo menos em parte, ajudar a explicar o aumento da infertilidade, tais como aumenta na prevalência de obesidade, associada à anovulação e a síndrome dos ovários policísticos (Nelson e Fleming, 2007), e a crescente incidência de doença sexualmente transmissível que afeta os órgãos reprodutivos (ex. clamídia). Além disso, postergar a maternidade está aumentando e se tornando muito comum nas sociedades desenvolvidas, cada vez mais as pessoas estão retardando iniciar uma família até um momento mais tarde na vida (Commission of the European Communities, 2005, 2006). Conseqüentemente, esta demora em ter filhos resulta em um envelhecimento ovariano, associado a infertilidade. Recentemente, o Parlamento da União Européia reconheceu que a infertilidade é uma das causas do declínio demográfico em toda a Europa (European Parliament, 2008). Juntas, essas considerações médicas e sociais indicam que o número de casos de infertilidade está crescendo, resultando em um aumento progressivo na necessidade do uso das tecnologias de

reprodução assistida (TRA) (Nygren and Andersen, 2001a,b, 2002; Nyboe Andersen et al., 2004; Andersen et al., 2005, 2006, 2007; Center for Disease Control and Prevention, 2006).

O Comitê Internacional de Monitoramento das Tecnologias de Reprodução Assistida define a infertilidade como a falha em engravidar após pelo menos um ano de relações desprotegidas e de reprodução assistida (RA) como sendo todo tratamento ou procedimento que inclua a manipulação *in vitro* de oócito humano, espermatozóides ou embriões com o propósito de se estabelecer uma gravidez (Zegers-Hochschild et al., 2006). Esta definição, sob a perspectiva dos pacientes, fornece uma solução médica para indivíduos com infertilidade permitindo-os a chance de iniciar sua própria família. A RA possui implicações para a sociedade como um todo, porque a definição clínica da infertilidade não leva em conta a “infertilidade social” encontrada em um número crescente de pessoas que, devido seu estilo de vida ou carreira, irão procurar a RA para engravidar quando sua fertilidade natural diminuir.

Há quem considere o controle do processo ovulatório para determinar o momento ideal do coito, procedimento conhecido como coito programado, como uma técnica de fertilização assistida de baixa complexidade; preferimos, porém, não incluir tal modalidade terapêutica dentro das técnicas de fertilização assistida, considerando-a um tratamento convencional da infertilidade conjugal. A reprodução assistida (RA) pode ser de baixa complexidade, a fecundação ocorre no aparelho reprodutivo feminino, ou de alta complexidade, a fecundação ocorre no laboratório e os embriões resultantes são colocados no útero materno.

Entre as técnicas de baixa complexidade destacamos a inseminação intra-uterina e a inseminação intra-peritoneal. Já entre as de alta complexidade destacamos a fertilização “*in vitro*” (FIV) com suas técnicas de inseminação, convencional, ou através de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

**A inseminação intra-uterina (IIU)** – É definida como a deposição intra-uterina de espermatozóides processados em laboratório. Suas etapas compreendem a estimulação farmacológica do desenvolvimento folicular, visando à obtenção de dois ou três folículos, o processamento seminal, realizado no dia da inseminação, a inseminação propriamente dita, por meio da qual os espermatozóides, em meio de cultura, são introduzidos diretamente na cavidade uterina através de um cateter apropriado. Na inseminação intraperitoneal, uma variação da IIU, os espermatozóides são introduzidos diretamente na cavidade peritoneal, por meio de punção do fundo de saco de Douglas. As indicações para ambos os procedimentos são equiparáveis, sendo a técnica intra-uterina a mais usada.

*Indicações* – Fator cervical, infertilidade de causa inexplicada, endometriose mínima e leve e o fator masculino leve. Outras indicações são a incapacidade de se manter relações sexuais e a utilização de sêmen de doador (inclusive em mulheres homossexuais). A condição essencial para que a IIU seja indicada é que haja pelo menos uma tuba pérvia e funcionante. Além disso, a concentração de espermatozóides menor que cinco milhões torna o procedimento pouco eficaz.

*Técnicas e resultados* – Embora a IIU possa ser realizada em ciclo natural, a estimulação ovariana aumenta a eficácia do método. Os esquemas de

estimulação ovariana são muito variáveis. As principais drogas indutoras da ovulação são o citrato de clomifeno e as gonadotrofinas (FSH, LH, hMG), que podem ser de origem urinária (urina da mulher na pós-menopausa) ou recombinante. Na IIU a estimulação ovariana é feita de modo suave, para que se evite o desenvolvimento de um número excessivo de folículos. A estimulação é sempre monitorizada por ultra-som, que permite acompanhar o desenvolvimento folicular e a determinação do número de folículos pré-ovulatórios. Quando se detecta um número de folículos superior a quatro, o ciclo deve ser cancelado, ou a paciente deve ser encaminhada a uma técnica de alta complexidade, pois os riscos de gravidez múltipla, trigêmeos, quadrigêmeos ou mais, são inadmissíveis. Na presença de folículos pré-ovulatórios, a rotura folicular é desencadeada pela administração da gonadotrofina coriônica humana (hCG), e a inseminação é realizada cerca de 36 horas após. A inseminação propriamente dita é um procedimento simples, realizado com a paciente em posição ginecológica, após a inserção do espéculo, limpeza vaginal e colo uterino com soro fisiológico, introduz-se o cateter de inseminação através do canal cervical e injeta-se 0,5 mL de meio de cultura com os espermatozóides após seu processamento e capacitação no laboratório. As taxas de gravidez obtidas com a IIU são muito variáveis e dependem de inúmeros fatores. Na literatura encontram-se referências que variam de 8 a 35%. Normalmente, as taxas de sucesso situam-se em torno de 12 – 15% por tentativa. Em mulheres jovens, abaixo de 35 anos, as taxas podem atingir 20%. Recomendamos que o número de tentativas de IIU seja de no máximo três; não ocorrendo a gravidez, técnicas mais complexas devem ser consideradas.

**Fertilização “*in vitro*” e transferência de embriões (FIV)** – A grande revolução no tratamento da infertilidade conjugal ocorreu com a publicação, em 1978, do primeiro nascimento obtido após a fecundação extracorpórea e transferência de embrião para a cavidade uterina de paciente com salpingectomia bilateral. Atualmente, as indicações para FIV são bem mais amplas incluindo, a endometriose, infertilidade de causa inexplicada, fator masculino, fator imunológico e falha nos tratamentos de baixa complexidade. E nos casos de falência ovariana, os programas de doação de oócitos/embriões, cessão temporária de útero, utilização de oócitos ou embriões congelados para futuras transferências e congelamento de oócitos ou embriões antes de terapia oncológica, também são técnicas associadas a FIV. As etapas envolvidas na FIV compreendem, a estimulação ovariana, aspiração folicular para coleta de oócitos, fecundação em laboratório e a transferência dos embriões.

*Estimulação ovariana* – É o primeiro passo, a estimulação farmacológica dos ovários tem papel fundamental, tanto em pacientes com distúrbios ovulatórios como na indução do desenvolvimento folicular múltiplo para procedimentos de reprodução assistida, embora, o procedimento possa ser feito com o ciclo natural. As gonadotrofinas representam a principal modalidade terapêutica na estimulação ovariana para reprodução assistida. Dos preparados urinários destacamos o hMG, preparação com proporções iguais (75/75 UI/ampola ) de FSH/LH, o FSH purificado com < de 1,0 UI LH/75 UI FSH e, o FSH altamente purificado, com < de 0,1 UI. LH/1000 UI FSH. Entre as gonadotrofinas recombinantes destacamos o FSH recombinante, com atividade exclusiva do FSH e, o LH recombinante, com atividade exclusiva do LH. É importante salientar que o desenvolvimento folicular múltiplo pode resultar em elevação

precoce dos níveis de estradiol e liberação extemporânea do LH, provocando luteinização prematura. Para que tal efeito indesejável seja evitado, o uso dos análogos agonistas e antagonistas do GnRH está indicado para o bloqueio hipofisário. O esquema mais comum de estimulação ovariana para FIV é o bloqueio com análogo agonista do GnRH na fase lútea, sob a forma de depósito, administração diária por via subcutânea, ou nebulização intra-nasal, entre o 18º e o 22º dia do ciclo menstrual. O início do estímulo é realizado de 15 – 20 dias após o bloqueio, empregando-se de 150 – 300 UI de FSH recombinante ou de hMG urinário altamente purificado. A primeira ecografia para monitorização do ciclo é feita no 7º dia de estímulo com gonadotrofinas. A partir de então, monitora-se de acordo com o desenvolvimento folicular, até o desencadeamento da maturação folicular final, que é feito com a administração de hCG, na dose de 5.000 a 10.000 UI do produto urinário ou 250 µcg do produto recombinante. O hCG é administrado na presença de pelo menos três folículos com diâmetro médio  $\geq 17$  mm. Outra forma de se fazer a supressão hipofisária é o emprego dos análogos antagonistas do GnRH. Os antagonistas provocam supressão imediata da liberação de gonadotrofinas, sem o efeito de liberação aguda inicial, conhecido por “*flare-up*”. Normalmente, inicia-se a estimulação com gonadotrofinas no segundo ou terceiro dias do ciclo, associando-se o antagonista no sexto dia de estimulação ou quando houver folículos de 13 – 14 mm de maior diâmetro. A suplementação da fase lútea é etapa obrigatória nos ciclos de reprodução assistida de alta complexidade; embora haja controvérsias se os estrogênios devam ser utilizados, a suplementação com progesterona é fundamental. Atualmente, prefere-se o emprego da progesterona natural micronizada, em cápsulas de 200mg, ou do gel de progesterona a 8%, ambos administrados por via intravaginal.

*Aspiração folicular* – A aspiração folicular é o procedimento que visa à coleta de oócitos para a fecundação “*in vitro*”. É realizada de 34 a 36 horas após o desencadeamento da maturação folicular final pela administração de hCG. Realiza-se a aspiração folicular em regime de hospital dia, em sala cirúrgica, na maioria dos serviços, contígua ao laboratório de manipulação de gametas. O procedimento é feito sob sedação, com o emprego de ultra-sonografia transvaginal. Acopla-se um guia ao transdutor, por onde se insere a agulha de punção. São puncionados todos os folículos com diâmetro maior que 10 mm, e o líquido folicular obtido é encaminhado ao laboratório, para identificação e classificação dos oócitos.

*Fecundação em laboratório* – Após o processamento, os espermatozóides móveis e direcionais são colocados em contato com os óvulos, em uma placa apropriada com meio de cultura, que é então levada a incubadora a 37° C e 5% de CO<sub>2</sub>. Na FIV convencional coloca-se em torno de 100.000 espermatozóides para cada óvulo. Após 18 a 20 horas, observa-se se ocorreu a fertilização, determinada pela presença de dois pró-núcleos. Os embriões fertilizados continuam seu desenvolvimento na incubadora, por dois a três dias, sendo então transferidos para o útero. Pode-se, também, proceder à cultura prolongada, por meio da qual os embriões são transferidos no quinto dia após a aspiração folicular, já na fase de blastocisto.

*A transferência de embriões* – A transferência de embriões (TE) para o útero, realizada por via transcervical, é a etapa final da fertilização “*in vitro*”. É realizada, normalmente, após 48 a 72 horas da inseminação dos oócitos, com a paciente em posição ginecológica, podendo ser utilizada a visualização ultrassonográfica abdominal para acompanhar o procedimento. Em relação aos

resultados, quantificando os vários fatores que interferem nas taxas de sucesso do tratamento, calcula-se que a idade da mulher e a qualidade oocitária participem em mais de 40%. A qualidade do laboratório, a experiência dos médicos, a escolha dos meios de cultura e o controle adequado das condições de toxicidade ambiental participam em outros 40%. Os 20% restantes são decididos no momento da TE.

**Injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI)** – Esse método consiste na injeção de um único espermatozóide diretamente no interior do óvulo, utilizando-se um micromanipulador. Com essa técnica, a fertilização é “forçada” no laboratório, de modo que ela se torna possível mesmo nos casos de fator masculino grave, pois é necessário um único espermatozóide para fecundar o óvulo. Com o advento da ICSI, as indicações de procedimentos com sêmen de doador tornaram-se bem mais raras, pois se consegue a fecundação mesmo na vigência de fator masculino grave. Portanto, as principais indicações da ICSI são o fator masculino grave e as falhas de fertilização anteriores. Uma das grandes vantagens da ICSI é que a técnica pode ser empregada nos casos de azoospermia obstrutiva, como na vasectomia. Além disso, a ICSI pode ser indicada nos casos de ausência congênita dos canais deferentes, e de azoospermia após correção de hérnia bilateral. Nesses casos, são empregadas técnicas que permitem a obtenção de espermatozóides através da aspiração do epidídimo ou do testículo.

**Congelamento de embriões** – O congelamento de embriões é utilizado quando há embriões excedentes nos ciclos de FIV, nos casos de cancelamento da transferência por risco da síndrome da hiperestimulação ovariana, antes de tratamento quimioterapia ou radioterápico em pacientes jovens com desejo de



preservação da fertilidade. É possível desde o estágio de zigoto pro - nucleado até o estágio de blastocisto. Um aspecto controverso é a utilização de embriões congelados para pesquisa, em particular para a obtenção de células tronco embrionárias. No Brasil, a lei 11.015, de 24 de março de 2005, prevê a utilização de embriões congelados para essa finalidade, desde que os embriões sejam inviáveis, ou estejam congelados há três anos ou mais.

**Preservação da fertilidade** – O diagnóstico precoce de neoplasias malignas, associado a tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, cada vez mais eficientes, promovem a remissão do câncer em considerável número de pacientes, muitos deles em idade reprodutiva. Portanto, é fundamental que os aspectos relacionados à fertilidade sejam discutidos com todos os pacientes em idade reprodutiva que serão submetidos a terapia oncológica, e com seus pais ou responsáveis quando se tratarem de crianças. Recentemente, o Comitê de Ética da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva deliberou o seguinte: 1. Os médicos devem informar os pacientes com câncer sobre as opções para a preservação da fertilidade antes do tratamento; 2. Os únicos métodos com técnicas bem estabelecidas para a preservação da fertilidade são a criopreservação de espermatozoides para o homem e a criopreservação de embriões para as mulheres; 3. Técnicas como a criopreservação de oócitos e tecido ovariano ainda devem ser consideradas experimentais; 4. Preocupações com respeito ao bem-estar da prole não devem constituir motivo para negar ao paciente com câncer assistência quanto à reprodução; 5. O diagnóstico genético pré-implantacional para evitar o nascimento de crianças com alto risco de câncer hereditário é eticamente aceitável.

*Técnicas de preservação da fertilidade* – No caso masculino, a criopreservação de espermatozoides é uma técnica bem estabelecida, e adolescentes de 12 anos de idade já podem apresentar maturidade física e emocional para entender o problema e fornecer amostras de sêmen. Por outro lado, a criopreservação de tecido testicular e espermatogônias são técnicas ainda completamente experimentais, e a supressão testicular com análogos do GnRH não se mostrou eficiente na proteção da função gonadal. Os aspectos éticos e emocionais que interferem na coleta de sêmen de adolescentes não devem ser negligenciados, e a participação dos pais é de fundamental importância nas decisões a serem tomadas. Tratando-se de homens adultos, não há dúvidas de que a opção de coleta e criopreservação de sêmen deve ser discutida e oferecida a todos os pacientes que serão submetidos a tratamento oncológico. No sexo feminino, as possibilidades são mais complexas. As principais alternativas consistem na criopreservação de embriões, oócitos e tecido ovariano e, em caso de radioterapia pélvica, a transposição cirúrgica ovariana. Devem ser considerados, ainda, a opção de supressão da função ovariana com análogos do GnRH, concomitantemente à quimioterapia, e o emprego de cirurgias conservadoras para certos tipos de cânceres que acometem a aparelho reprodutor feminino.

**Diagnóstico genético pré-implantacional (PGD)** – O PGD consiste na análise cromossômica de células embrionárias antes da transferência do embrião para o útero. A retirada de células para biópsia é feita no terceiro dia do desenvolvimento “in vitro”, quando os embriões têm entre 6 e 8 células (blastômeros). São retirados um ou dois blastômeros, o que não acarreta danos ao embrião. Os blastômeros são extraídos mediante o método de

aspiração depois de realizar um orifício na zona pelúcida com a solução ácida de Tyrode. O PGD é indicado para a detecção das aneuploidias e das doenças monogénéticas, quando houver risco para tais situações. O PGD pode ser realizado através das técnicas de hibridização fluorescente “in situ” (FISH) e da reação em cadeia da polimerase (PCR). A técnica de FISH é empregada para a avaliação de alterações cromossômicas, enquanto a PCR identifica as alterações monogénéticas. Atualmente, a utilização do PGD para seleção social do sexo suscita controvérsias e debates éticos, com opiniões divergentes vindas de diversos segmentos da sociedade.

### **Situações especiais em reprodução assistida**

*Doação de oócitos* – A doação de oócitos está indicada na falência ovariana prematura, más respondedoras à estimulação ovariana, níveis de FSH superiores a 15 UI/mL e idade avançada da mulher. Toda mulher com idade igual ou superior a 40 anos, que necessite de TRA, é uma candidata a ser receptora de óvulos doados. Para ser doadora de óvulos, a mulher precisa preencher alguns requisitos básicos. Segundo a Sociedade Americana de Reprodução Assistida, a idade deverá estar compreendida entre 21-34 anos, deve possuir um bom estado psicofísico, histórico negativo para doença de transmissão genética, testes negativos para HIV, sífilis, hepatite B e C e cultura cervical negativa para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Nos Estados Unidos, a doação de gametas pode ter caráter comercial, de modo que a mulher que necessite de ovodoação pode escolher a doadora e remunerá-la pelo procedimento. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, em resolução de 1992, determina que a doação de oócitos não possa ter caráter

lucrativo e deve ser preservado o anonimato da doadora, o que dificulta a obtenção de doadoras.

*Cessão temporária de útero* – A cessão temporária do útero, ou gestação de substituição, está indicada nos casos em que uma mulher jovem, com função ovariana normal, é histerectomizada ou não tem útero em condições de promover o desenvolvimento fetal. O Conselho Federal de Medicina recomenda que a doadora do útero pertença à família da mãe genética. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através do [parecer nº 43.765/01](#), não exige o parentesco, e faz as seguintes recomendações: 1. É proibido o uso do “útero de aluguel” com qualquer forma de remuneração ou compensação financeira da mãe gestacional; 2. É necessária a obtenção de consentimento esclarecido da mãe que doará temporariamente o útero, lembrando-lhe dos aspectos e bio-psico-sociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, e dos riscos inerentes à maternidade; 3. Neste termo, deve ser mencionada a impossibilidade de interrupção da gravidez após o início do processo gestacional, mesmo que diante de uma anomalia genética, salvo raras exceções autorizadas judicialmente; 4. Até o puerpério, ficam garantidos à mãe que doará temporariamente o útero tratamento e acompanhamento médico e, se necessário, de equipes multidisciplinares, bem como o registro da criança pelos pais genéticos; 5. Esta documentação deve ser providenciada durante a gravidez, além de “contrato” entre as partes estabelecendo claramente a situação. Deve ser assinada pelas partes envolvidas, isto é, o casal e a doadora temporária do útero, e encaminhada ao CRM local.

### **Complicações das TRA**

As complicações mais comuns relacionadas às TRA são representadas pela gravidez múltipla e pela síndrome da hiperestimulação ovariana. A gravidez múltipla, pela sua incidência e potencial de morbiletalidade perinatal, deve ser considerada a principal complicação das TRA. Sua prevenção reside, basicamente, na redução do número de embriões transferidos; em alguns países, em particular os escandinavos, a transferência de embrião único é fortemente estimulada, e mesmo prevista por lei. No Brasil, a resolução do Conselho Federal de Medicina, de 1992, permite a transferência de até quatro embriões; entretanto, em nosso meio, há uma tendência generalizada de se transferir no máximo dois embriões, e a transferência de mais de três embriões é, atualmente, situação de exceção. Na estimulação ovariana para relação sexual programada, ou para TRA de baixa complexidade, deve-se suspender o tratamento quando houver mais de três folículos com diâmetro máximo que atinja 16 mm; a alternativa para o cancelamento é a transformação desse ciclos em TRA de alta complexidade, quando se pode determinar o número de embriões a serem transferidos. A síndrome da hiperestimulação ovariana (OHSS) é uma complicação provocada pela estimulação farmacológica dos ovários. Os sintomas aparecem tipicamente alguns dias após a administração do hCG para a maturação folicular final. As formas leves da OHSS são relativamente freqüentes, enquanto a forma grave acomete em torno de 1% das pacientes submetidas à estimulação ovariana. Os principais fatores de risco para a OHSS são os seguintes: 1. Mulheres jovens (<35 anos); 2. Níveis séricos de estradiol acima de 3.000 pg/mL; 3. Grande número de folículos durante a estimulação ovariana (mais de 15 folículos em cada ovário) e 4. Síndrome dos ovários policísticos. A fisiopatologia da OHSS ainda é pouco clara; o acentuado aumento da permeabilidade capilar, com perda de líquido

para o terceiro espaço é componente fundamental da síndrome. Os sintomas variam desde distensão abdominal e desconforto, observados nas formas leves, até ascite, hipovolemia, hidrotórax, hemoconcentração, distúrbios de coagulação e insuficiência renal, nas formas graves. A prevenção da OHSS fundamenta-se principalmente no cancelamento dos ciclos de risco, evitando-se a administração do hCG. Pode-se, também, congelar os embriões e transferi-los em outro ciclo, evitando-se a piora que seria determinada pela ocorrência da gravidez. O tratamento das formas leves e moderadas é ambulatorial, e requer, basicamente, repouso e tratamento sintomático. Nas formas graves, a internação é impositiva, com a administração de albumina humana, heparina e a realização de paracentese. Embora pouco freqüentes, deve-se também considerar a possibilidade de complicações anestésicas, infecciosas e hemorrágicas, conseqüentes à aspiração folicular.

### **Reprodução Assistida: Aspectos Psicológicos Envolvidos**

A atuação integrada e interdisciplinar, durante muitos anos, em um centro de reprodução assistida de um hospital público, e não só a prática clínica, permite um delineamento mais profundo e conciso da participação da psicologia no tratamento de casais inférteis e dos aspectos psicológicos envolvidos. Praticamente, toda literatura, nacional e internacional, pertinente ao tema infertilidade conjugal, refere-se aos mesmos aspectos psicológicos envolvendo o casal infértil. <sup>1-7</sup>

Sentir-se incapaz, frustrada, inferior às outras mulheres e culpada por não engravidar, são sentimentos comuns à maioria das mulheres diagnosticadas como inférteis, após alguns ou muitos anos de tentativas sem sucesso para engravidar

Frequentemente ouvimos, durante a intervenção psicológica grupal ou individual com casais, que elas não entendem porque outras mulheres que nem querem ter filhos “têm e jogam fora”, conseguem e elas não (estas são algumas, dentre muitas afirmações encontradas na maioria dos artigos e livros sobre a temática da infertilidade<sup>8-9</sup>). E logo que este ressentimento é expressado, na verdade mobilizado por uma das questões chave de nosso roteiro de entrevista semiestruturada<sup>10</sup> – como se sente por não conseguir engravidar? – a emoção pertinente, misto de tristeza e raiva, manifesta-se com lágrimas já derramadas muitas vezes. E neste momento, por meio da escuta diferenciada de um profissional de saúde experiente, esta manifestação catártica dá início a um processo de elaboração mental que levará a paciente à libertação do longo sofrimento reprimido.

Este quadro sintomático leva ao desenvolvimento de um alto nível de ansiedade que pode vir a interferir no tratamento de fertilização assistida, e levantar a hipótese de impedimento da ocorrência da gravidez. Este ponto é controverso no material encontrado, onde alguns autores confirmam que ansiedade interfere no sucesso da fertilização assistida, impedindo que o casal engravide<sup>11</sup>, e outros constataam o contrário, ou dizem ter resultados inconclusivos<sup>12-13</sup>.

Nossa prática clínica (pública e privada), e a observação acurada da história de vida das pessoas nos têm permitido concluir que a ansiedade parece interferir negativamente no tratamento, mas provavelmente não como único fator.

Em nosso serviço, em momentos distintos, foi feito contato telefônico com 200 pacientes indicadas para fertilização in vitro (FIV), que aguardavam para realizar os procedimentos. Dentre as mulheres contatadas, 18% informaram que haviam engravidado naturalmente, e 14% delas haviam levado a gravidez a termo com bebê nascido vivo.

Outro fato, que frequentemente ouvimos no convívio social, é o que se refere aos casais que após desistirem de tentar engravidar, resolvem adotar uma criança e logo em seguida à chegada da criança, engravidam naturalmente.

O que podemos observar, tanto no caso das pacientes que aguardavam tratamento, como no da adoção de crianças, é que, provavelmente, houve uma diminuição do nível de ansiedade do casal.

### **Um modelo de Atuação Psicológica em RA**

O programa de Assistência Psicológica aos Casais Inférteis foi implantado no CRSM-HPB em 1996, o que nos possibilitou acompanhar em diferentes momentos do processo de RA, um universo estimado de dois mil casais.

Nesse serviço consideramos de fundamental importância o contato com os casais, desde o primeiro momento em que comparecem ao hospital para a triagem médica e posterior investigação do diagnóstico da infertilidade.

A equipe de psicologia participa da reunião que informa aos casais qual o fluxo do Ambulatório de Reprodução Humana do CRSM e já nesse primeiro momento, assim como nos outros momentos de contato com os casais, inicia suas orientações no sentido de uma percepção dos aspectos psicológicos envolvidos no processo de RA e na direção que iremos expor a seguir.

#### **1- Grupo de triagem/avaliativa – 3 casais**

Neste grupo de triagem, realizado logo após os casais serem diagnosticados e inseridos no serviço, retomamos nossas orientações. Estas dizem respeito ao projeto de vida que deve incluir a realização pessoal e profissional da mulher independentemente da condição de mãe e de ter ou não um filho.

Falamos em “tirar o foco do filho” e com isto temos a intenção de ajudar o casal a entender que sua vida precisa continuar com objetivos e ações em direção a outros projetos (encontramos artigo que corrobora com esta nossa orientação<sup>14</sup>



Outro dado que nos chama a atenção, e nos faz insistir sobre a necessidade de outros projetos de vida, é a reação menos sofrida ao receber um resultado negativo numa tentativa de FIV, das mulheres que se realizam profissionalmente e consideram que sua vida tem significado pessoal, independente do filho e da possibilidade da maternidade. Somente se desesperam aquelas que não têm outros projetos além do filho biológico. Estas últimas necessitam de cuidados psicológicos, pois mesmo não tendo apresentado patologias mentais graves, possuem questões conflitivas, que ao serem solucionadas lhes possibilitarão resgatar a vida não vivida, encontrar motivos para ser feliz.

Nos atendimentos psicológicos de grupo, bem como nos individuais, mostramos aos casais seus conteúdos inconscientes (que conseguimos perceber e compreender durante a entrevista) e explicamos que nós acreditamos que isso pode estar contribuindo para sua não gravidez. No entanto, deixamos claro não poder afirmar que, ao se tratarem, irão engravidar com certeza, mas, de acordo com o que temos observado, poderão ter sua chance de sucesso aumentada. Já acompanhamos muitos casos de casais que, ao tratarmos dos conflitos psíquicos de cada um, dos conflitos relacionais do casal, conflitos econômicos e familiares, enfim, ao tratarmos do seu universo psíquico e existencial, obtivemos mudanças significativas em suas vidas e, em algum momento, próximo ou distante, conseguiram engravidar<sup>10</sup>.

Embora a chamada infertilidade psicogênica, inicialmente proposta pela psicanálise, venha sendo revista, e a literatura psicanalítica atual esteja buscando a compreensão do sentido da infertilidade e não sua causalidade<sup>8/11</sup>, em nosso serviço temos dados para acreditar que a gravidez ocorre primeiro no inconsciente e também encontramos estudos que corroboram com esta premissa<sup>2/9</sup>.

Nossa experiência permite-nos levantar a hipótese de que, aquelas que não engravidam, devem ter um desejo inconsciente de não engravidar (por medo, por culpa, por sensação de não merecimento, entre outros motivos) que entram em conflito com o desejo consciente de ser mãe. Tais conflitos tendem a ser superados, em algum momento, com o nosso trabalho de psicoterapia.

## **2- Grupo de Pré-Fertilização – 3 casais**

Retomamos nosso trabalho psicológico com o casal, no momento em que é chamado para o “check list” dos exames e início dos procedimentos de RA, de acordo com sua indicação, quando diagnosticado na chegada ao serviço.

Neste grupo focamos nossa atenção no nível de ansiedade e de expectativa em relação à tentativa de fertilização que irão realizar. Aprofundamos nosso contato numa entrevista individual com o casal que percebermos ter conflitos em alguma esfera da vida a dois ou mesmo de cada um deles. E, quando necessário, indicamos psicoterapia e sugerimos o adiamento do início dos procedimentos nos casos em que percebemos que a mulher (com maior frequência tem sido a mulher) apresenta questões emocionais profundas e complexas a resolver. Não temos tido dificuldades de aceitação deste adiamento, pois deixamos sempre muito claro que nossa única intenção é ajudá-los a ficar bem – com ou sem um filho nos braços.

### **Ética Profissional**

Nossa postura interna, que se guia pela ética de Aristóteles, que define a ética como a expressão da medida e tem por objeto a relação da alma com o meio<sup>12</sup>, nos faz trilhar um novo caminho ao considerarmos os aspectos psicológicos envolvidos em reprodução assistida.

Nossa postura profissional nos distancia da manutenção do “status quo” do universo da RA, no qual os profissionais tendem a se sentir penalizados e empenhados a ajudar a mulher a engravidar, pois parecem acreditar que se assim não for, ela não poderá se sentir completa e realizada como mulher. Optamos por incentivar a busca da saúde mental da mulher, estimulando-a a viver uma vida mais plena e mais feliz, ajudando-a a descobrir suas potencialidades para uma significativa atuação no mundo, independentemente do exercício da maternidade vinculado à procriação.

Queremos aqui levantar alguns pontos para a ampliação do escopo deste tema. Nossa convicção é que não se trata apenas de ajudar um casal a realizar seu desejo de ter filho. Temos um papel maior do que este, embora

engravidar, em muitos casos, acabe acontecendo, como consequência do tratamento psíquico, naturalmente ou por meio de RA. O papel de questionar o desejo de ter filho, o papel de esclarecer o que captamos em suas mensagens subliminares (inconscientes) e que constitui a prática da psicoterapia, e, principalmente, esclarecer o importante papel de serem pais.

Filhos não devem ser concebidos porque “faz parte da vida ter filhos”, “pela garantia da continuidade da família” ou “porque a sociedade ou a família de origem cobram” e ainda “para provar masculinidade ou feminilidade”.

Nas avaliações psicológicas, tanto nas intervenções grupais de vários casais, como nas individuais ou de apenas um casal, colocamos em debate: o desejo de serem pais; as questões que envolvem realisticamente o que é ser pai/mãe; o significado de uma criança na vida de uma pessoa; adoção e como criar filhos saudáveis.

Nossa intenção é investigar a legitimidade do desejo de procriação, pois diante da pergunta- o que é ser mãe/pai? – nos assusta ouvir respostas, como as que temos ouvido: “Ai! não sei... não tinha pensado nisto antes!” ; “não sei...é tudo...” (sic). Estas, entre outras tantas respostas semelhantes, demonstram que durante o longo tempo de espera por engravidar, não consideraram o significado real da maternidade/paternidade. Ouvimos de um número muito pequeno respostas como: “ser mãe é educar, dar amor; ser pai é orientar e ter responsabilidade”.

Na busca da reflexão sobre filhos, parafraseamos Kalil Gibran<sup>15</sup>:

“...vossos filhos não são vossos... vem através de vós,  
mas não de vós...não vos pertencem, são do mundo.”

Assim, levantamos nos grupos, importantes discussões sobre os reais desafios da paternidade e maternidade, informando que amor e limite educam filhos, que o filho adotivo não apresenta problemas por ser adotivo, pois filhos biológicos também podem ser muito problemáticos se não forem criados corretamente. E ao final deste trabalho psico-educativo, muitos casais, tão fechados e sisudos no início, saem sorridentes e agradecidos pelos

esclarecimentos e por tão importante temática ter sido abordada nesse momento.

Nossa prática clínica, tanto pública como privada, que já nos colocou em contato com casais, em diferentes momentos do tratamento de RA, tem evidenciado a necessidade de desvelar a mulher para ela mesma, resgatando sua individualidade, sua autoestima, estimulando-a a buscar sua realização pessoal, independentemente do fato de ter ou não um filho.

É importante acolhê-la em suas angústias, aliviando seu sofrimento com nossa compreensão, oferecendo uma escuta diferenciada que irá permitir a elaboração de perdas e realização de lutos.

É fundamental conscientizá-la de que filhos não preenchem “vazio existencial”, não salvam casamentos, não “prendem maridos mais jovens a mulheres mais velhas” e não devem ser gerados com a intenção de reparar falhas ocorridas no modo como foram criados – “quero dar ao meu filho o que meus pais não me deram, tanto material como afetivamente”, afirmação feita por muitos deles.

O que tem ficado claro no questionamento que temos feito ao casal, é um total desconhecimento da importante missão de gerar e criar um ser humano para inseri-lo adequadamente no mundo. Um vazio se faz presente durante alguns segundos após esta nossa pergunta - o que é ser mãe/ pai?- para em seguida ser preenchido por respostas destituídas de significado, como as que citamos acima.

Nesse cenário, o tema adoção, também questionado por nós, nos faz perceber na grande maioria dos casos, um filho adotivo ser visto como “um paliativo” para a impossibilidade de ter o filho biológico. Não é raro ouvirmos como resposta: "Ah! A gente já falou sobre adoção sim, mas só vamos pensar mesmo em adoção depois de tentarmos o nosso e não conseguirmos". Por isto não fica difícil entender as adoções equivocadas, que resultam em filhos problemáticos no futuro.

Ampliando um pouco mais esse debate, podemos refletir que as tecnologias reprodutivas fazem parte da gama de tecnologias existentes em

nossa sociedade atual, que oferecem diferentes tipos de produtos, que são substituídos por outros mais sofisticados, numa velocidade que deixa longe a possibilidade de elaboração psicológica do que é oferecido e torna as pessoas cada vez mais consumistas e mais superficiais. O que se fará após obter o produto tão desejado, não importa. Assim como não importa pensar, no caso deste produto ser um “ser humano”, que irá crescer e terá vida própria, e uma individualidade que deverá ser respeitada desde muito cedo para poder assim desenvolver todo seu potencial, seus talentos, e ter uma vida saudável e feliz (Criar filhos é uma arte!).

Assim como não existe, em muitos casos, a consciência real do que é criar um filho, observa-se uma grande distância entre o desejo do filho e o filho concebido. Não é raro a mulher que tanto sonhou e buscou pela gravidez sentir-se “vazia” ou mesmo deprimida ao se perceber grávida. E a tão sonhada felicidade por ter conseguido engravidar transformar-se em tristeza, culpa e incompreensão. E isto é perfeitamente compreensível se pensarmos que sonho ou fantasia de ter um filho é bem diferente de estar com este filho no ventre ou fora dele, após o parto. E isto só poderá ser evitado se este casal for avaliado e acompanhado psicologicamente antes da realização do tratamento de RA.

Ao avaliarmos o casal e percebermos seus conflitos e angústias, é nosso dever pontuarmos a eles as questões envolvidas nesses conflitos e sinalizarmos a possibilidade de, numa psicoterapia, resolvermos estas questões, para somente então, após terem resgatado sua integridade psíquica, pensarem em realizar a tentativa de engravidar com RA.

### **Papel do Psicólogo**

Mais do que acolher e dar suporte aos problemas gerados pela dificuldade de engravidar, o psicólogo tem o importante papel de orientar, esclarecer, partindo do diagnóstico feito pela perspectiva psicológica.

O olhar mais acurado conquistado pela experiência com um grande número de casais atendidos, em diferentes momentos de um Programa de Reprodução Assistida, possibilita-nos detectar os aspectos subjacentes ao material revelado ou expresso pelo casal.

Também as manifestações orgânicas que são diagnosticadas pela área médica são consideradas, pois a pessoa precisa ser compreendida por meio de uma abordagem holística. Aquilo que o casal não fala porque não compreende, não tem clareza, nos é sinalizado de muitas maneiras ao longo de uma entrevista.<sup>10</sup>

É importante, no primeiro contato, entrevistar os casais seguindo um roteiro de questões que os auxiliam a ir se desvelando gradativamente, não só a nós, como a eles mesmos, expressando o que não haviam expressado ainda, nem entre eles e nem para si mesmos.

Também trabalhamos com o casal a ressignificação do relacionamento. E isto significa resgatar Eros como preconiza May<sup>16</sup>:

*“ Eros é o ímpeto, segundo os gregos, em direção a formas mais elevadas de ser e relacionar-se. Eros procura a união com o outro em alegria e paixão, e a procriação de novas dimensões de experiência, que ampliem e aprofundem o ser de ambos (...)”.*

E explicamos então que precisam voltar a namorar, esquecer a idéia fixa de ter relações sexuais para engravidar. Devem procurar viver o aqui e agora, valorizando os momentos bons, buscando qualidade de vida interior também. Já conseguimos bons resultados com estas orientações em nosso Serviço.

### **Aspectos Sócio-Culturais**

Em geral ter filhos tem sido considerado, ao longo da história e em praticamente todas as culturas, inerente ao papel de ser mulher<sup>1,8</sup>. Em virtude disto, o que ocorre com a mulher que deseja ter filhos para cumprir o que lhe é designado sócio-culturalmente desde que se descobre mulher, quando não consegue (e não necessariamente por impedimentos físicos comprovados) é o desencadear de sentimentos comuns à maioria das mulheres nesta situação, já citados neste texto. Estes sentimentos são encontrados na literatura pertinente ao tema, e confirmados na prática clínica.

Applegarth<sup>1</sup> assinala que independentemente dos avanços no movimento feminista fatores sociais e culturais ainda influenciam os pontos de vista dos homens e mulheres como pais e mães. E que a infertilidade é vivida

com uma primeira crise de vida, pois abala fortemente as bases da construção inicial do relacionamento de muitos casais, que são a concepção de filhos e sua criação.

### **Sobre as Questões Polêmicas de doadoras de oócitos**

O Centro de Reprodução Humana do CRSM considera os aspectos psicológicos de fundamental importância e nenhum casal pode submeter-se ao programa sem passar por uma avaliação psicológica. Avaliação realizada em grupo de três casais, sendo chamado para o atendimento individual de casal, aquele que evidenciar a necessidade de aprofundamento de algumas questões emocionais.

O roteiro padrão de entrevista semi-estruturada utilizado em todos os grupos e atendimentos individuais, ganhou questões diferentes para esta avaliação.

Para doadoras perguntamos sobre sua motivação para doar, e ouvimos da grande maioria a mesma justificativa:

- “penso que se fosse eu que precisasse, gostaria de ter alguém que me doasse. E se meus óvulos restantes serão desprezados por que não ajudar uma mulher que não terá outro meio de ter seu filho?”

É uma decisão solidária na qual demonstram compaixão pela outra mulher. E podemos perceber sinceridade de propósitos nas suas palavras quando não escondem que é também porque vão antecipar sua própria FIV e ter uma chance a mais. Consideram uma troca válida.

Contraindicamos aquelas que não conseguem deixar de pensar que poderão ter um filho seu por aí, pois esta questão, quando não surge espontaneamente no grupo é colocada em debate pela psicóloga.

### **Sobre as Questões Polêmicas de Receptoras de Oócitos**

Um pouco mais complexas são as questões colocadas em debate para as receptoras.

Ao investigar como se sentem por receber óvulos de uma outra mulher, temos percebido com muita clareza que, aquelas que aceitam bem a adoção, aceitam bem a recepção. E ainda poderão realizar o sonho da vivência da gravidez, ver a barriga crescer, ter a possibilidade de gerar uma criança.

Esclarecemos ainda, embasados pela bioética que a criança terá duas mães biológicas: uma ovular e uma uterina –receberá desta última, ao longo da gravidez, importantes informações hormonais, nervosas e humorais. E da primeira, metade do patrimônio genético<sup>17</sup>.

E aprofundamos mais o debate em torno de uma temática que tem gerado polêmica entre médicos e psicólogos<sup>1</sup> – no caso de gravidez, contar ou não contar ao filho como foi concebido? E em que momento fazê-lo?

Colocamos para o casal que a decisão é sempre do casal, mas refletimos com ele o que consideramos importante.

Applegarth<sup>1</sup> expõe exatamente o que pensamos a respeito do assunto:

“(...) manter segredos familiares tende a implicar que existe algo errado ou ruim com a família. É assim que o casal se sente sobre a concepção por doação? Com certeza, a decisão do sigilo coloca uma mentira bem no centro da mais básica relação: aquela entre pais e filhos. À medida que a criança se torna mais integrada na vida do casal, este segredo pode se tornar uma dificuldade cada vez maior para o casal.

No caso de optarem por manter o sigilo, antecipamos as inúmeras questões que irão requerer a manutenção de mentiras e sobre a possibilidade de uma situação imprevista requerer a quebra do sigilo.

A mentira descoberta pode ser um potencial destruidor da autoestima da criança e dos relacionamentos familiares.”

Probasco (in Applhegarth<sup>1</sup>) explica que:

“O partilhamento da informação pode ser um processo de construção por blocos que se estenderá por um certo número de etapas do desenvolvimento da infância. E acrescenta que sublinhando a decisão de contar existe um amor incondicional e aceitação da criança”.\*



Na verdade, tem sido uma grata surpresa, ouvir, em palavras mais simples , mas muito sinceras, esta nossa exposição de motivos, por um significativo número de casais:

“vamos contar porque não temos motivo para esconder e não achamos que seja correto esconder algo tão importante. E se de repente ele ficar sabendo de um outro modo? “

### **Considerações Finais**

Os aspectos psicológicos e toda problemática do casal infértil, abordadas pelo profissional de saúde, devem ser vistas de um modo holístico, mais direto e mais amplo. A conduta do profissional de saúde, principalmente de saúde pública e saúde mental, necessariamente implica em prevenção.

Iniciamos esse trabalho, há 14 anos e para atender uma grande demanda de casais, utilizávamo-nos da entrevista , que, como nos diz Bleger<sup>18</sup> é:

“Um instrumento fundamental do método clínico, e **uma técnica de investigação científica em psicologia**. A entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica” .(grifos meus)

Guiados por um modo peculiar de conduzir a entrevista e um roteiro semi-estruturado, que passo a passo, levam o casal a se desvelar, sem constrangimentos e com muita sinceridade.

Guiados pelos fundamentos teóricos psicanalíticos, pela empatia e pela intuição, mas, principalmente, pelos princípios da bioética que devem ser observados por todos os psicólogos, especialmente os que atuam em RA: o respeito à autonomia e à justiça, e a real compreensão de que, **mais que fazer o bem** (princípio da beneficência) devemos **não fazer o mal** (princípio da não-maleficência)<sup>19</sup>.

A retidão de princípios e a forma direta de abordar, demonstrando real interesse em ajudar o casal, o que não significa necessariamente prepará-lo

com o único objetivo de ter seu desejo atendido, de ter um filho biológico ou mesmo um adotivo, nos faz questionar o que se considera o desejo. E o fazemos, com a intenção de tirá-lo do plano da obsessão<sup>20</sup> (do latim, *obsessione*, que se define como a preocupação com determinada idéia que domina doentamente o espírito).

Trabalha-se obsessão com dados de realidade. Sabemos que o ser humano é o menos fértil de todos os seres do mundo e que somente 20% dos casais que tentam engravidar naturalmente, obtém sucesso<sup>21</sup>.

Tal conhecimento já nos indica a direção: nem todas as pessoas engravidam, nem todos poderão exercer a paternidade e a maternidade do modo convencional, ligadas à procriação e à criação de filhos. Mas poderão fazê-lo, exercitando a principal essência do “estado de ser genitor” (parenthood) que é o **desvelar**.

Encontramos vários significados para velar e desvelar<sup>20</sup>, sendo que os que nos interessam são: velar– do latim *vigilare* –estar alerta, vigiar. E desvelar (des+ velar): encher-se de zelo, ter muito cuidado; tirar o véu, trazer à luz.

Em nossa profissão, também exercitamos o desvelar, nos dois sentidos: de zelar, cuidar e de tirar o véu, trazer à luz, pois no momento em que tiramos “algo” do casal, nosso compromisso nos mostra o caminho de desvelá-lo como um ser social, culturalmente inserido e que tem um potencial inerente (seus talentos) a ser exercido na vida. Não importa em que segmento, pois todos vivemos em sociedade e necessitamos ter uma atuação digna e com significado próprio. Viver é conhecer cientificamente, é aprender empiricamente com a observação dos fatos, avaliando com princípios definidos, tudo o que ocorre a nossa volta. E assim aprendemos que a ciência e a tecnologia são fundamentais para a vida em sociedade, mas não nos esquecendo que, mediando os “conhecimentos e produtos” que elas nos propiciam existe a atuação da alma no mundo, preconizada pela ética. Existe o exercício do que somos em essência – seres humanos.

A origem e definição da palavra humano<sup>20</sup> - que vem do latim – **pertence ou relativo ao homem**: bondoso e humanitário – sendo esta, de

origem francesa – **humanitaire** - palavra que amplia o significado e atinge nosso escopo: **humanitário é aquele que visa o bem estar da humanidade, que ama os seus semelhantes.**

E em muitos âmbitos da vida em sociedade, principalmente nestes nossos “Tempos Modernos” existe a carência de pessoas que exercitem sua essência de “ser humano” e contribuam para um mundo mais justo, mais digno e mais humano.

### **Referências Bibliográficas**

1. Applegarth L. The psychological aspects of infertility. In KEVE, W.; CHANG, R.; REBAR, R. & SOULES, M. eds. Infertility: evaluation and treatment. New York, 1995.
2. Corrêa KRFC, Vizzotto MM, Cury AF. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo* 12 (2): 363-70, 2007.
3. Farinati DM, Rigoni MS, Müller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia* 23(4): 433-39, 2006.
4. Gorayeb R, Borsari ACT, Gomes ACR, Romão PMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Estudos de Psicologia* 26 (3): 287-96, 2009.
5. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction* 21 (12): 3295-302, 2006.
6. Meigo YR. Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y Salud* 18 (1): 129-135, 2008.
7. Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 28 (6): 358-64, 2006.
8. Ribeiro MFR. Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

9. Tachibana M, Santos LP, Duarte CAM. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê* 10 (19): 149-67, 2006.
10. Meirelles AC. O impacto da emoção na infertilidade. Relato de experiência. *Arquivos H. Ellis*, 2010, volume 6, número 2, p. 3-7. Disponível em: [www.arquivoshellis.com.br](http://www.arquivoshellis.com.br), acessado em 10/07/2010.
11. Cunha MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludermir AB, Novaes M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 30 (3):201-210, 2008.
12. Montagnini HML, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia* 26 (4): 475-88, 2009.
13. Jia JE. Ch'an tao, Conceitos básicos: medicina tradicional chinesa, Lien Chí e meditação. 2. ed. São Paulo: Cone Editora, 2004 .
14. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaimaat FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update* 13 (1): 27-36, 2007.
15. Gibran, KG O Profeta. 1. Ed. Rio de Janeiro: Mansour Challita
16. Rollo M. Eros e repressão. 2. ed. São Paulo: Vozes, 1978.
17. Bernard J. Da biologia à ética. 2. ed. Campinas: Editorial Psy, 1994.
18. Bleger J. Temas de psicologia-Entrevistas e Grupos. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
19. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
20. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

21. Anasti, J.N. Premature Ovarian Failure. *Fertility and Sterility* 70 (1): 1-15, 1998.

## **22. Bibliografia**

1. Boivin J. Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility* 83(6): 1745-52, 2005.

2. Borlot AM, Trindade ZA. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia* 9(1): 63-70, 2004.

3. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction* 19 (10): 2313-8, 2004.

4. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

5. Domar, AD. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility* 81(2): 271-3, 2004.

6. Epstein YM, Rosenberg HS. Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility* 83(6): 1882-4, 2005.

7. Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* 81(5):1254-64, 2004.

8. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction* 24 (11): 2810-20, 2009.

9. Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertility and Sterility* 93(2): 517-26, 2010.

- 10.Monti F, Agostini F, Fagandini P, La Sala GB, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility* 91(3): 851-7, 2009.
- 11.Neha N, Mahajan Deborah A. Turnbull, Michael J. Davies, Umesh N. Jindal, M.D., Nancy E. Briggs, John E. Taplin. Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle - *Fertility and Sterility* Vol. 93, No. 2, January 15, 2010.
- 12.Ormart EB,Cuando el produto tecnológico tiene rostro humano: problemas éticos em el uso de las tecnologías reproductivas. *Hologramática* 6(8): 69-107, 2008.
- 13.Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction* 24 (7): 1656-64, 2009.
- 14.Repokari L, Punamäki RL, Poikkeus P, Vilksa S, Unkila-Kallio L, Sinkkonen J et.al. The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction* 20 (11): 3238-47, 2005.
- 15.Rosset MR, Jurado RA, Rio CJ, Sánchez YG. La psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo em las unidades de reproducción humana. *Clínica y Salud* 20 (1): 79-90, 2009.
- 16.Saito Y, Matsuo H. Trial development of the Cognitive Appraisal Scale for Infertility (CASI) (version 1). *Fertil Steril*: 2596-601, 2009.
- 17.Tort M. O desejo frio. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- 18.Wang K, Li J, Zhang JX, Zhang L, Yu J, Jiang P. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility* 87(4):792-8, 2007.

19.Winnicott DW. Os bebês e duas mães. 1. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

20.Verhaak Cm, Smeenk JMJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDm. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. Human Reproduction 22 (1): 305-8, 2007.