

GUIA SOBRE SAÚDE MENTAL EM REPRODUÇÃO HUMANA

Atualização - 2006

COMITÊ DE PSICOLOGIA DA SBRH

Biênio 2005/2006

Cilly de Almeida P. de Carvalho

Débora Seibel

Maria Yolanda Makuch

Vera Daher Maluf

Agradecemos:

O empenho das experientes profissionais na área da reprodução humana que colaboraram para a realização do manual:

Deborah Klimke

Médica ginecologista

Juliana Roberto dos Santos

Psicóloga clínica

Rose Marie Massaro Melamed

Psicóloga clínica

A colaboração na edição final da presente atualização:

Juliana Filetto

Mestre em Tocoginecologia

Verônica Barros

Assistente de pesquisa

Adriana Barros de P. Costa

Assistente de pesquisa

Índice

Prefácio.....	4
I. INTRODUÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	6
II. RESPOSTAS EMOCIONAIS.....	8
III. REPERCUSSÃO NA SEXUALIDADE.....	16
IV. Infertilidade Masculina.....	18
V. Doação de Gametas – Desafios E Dilemas.....	20
VI. Quando Dizer "Basta".....	22
VII. Como os Médicos Podem Ser Ajudados.....	23
VIII - Funções Básicas do Psicólogo em um Serviço de Reprodução Humana.....	25
IX. Acompanhamento Psicológico.....	27
X. O Enfrentamento do Stress (Coping).....	28
XI. Reprodução Humana à Luz da Bioética.....	30
XII. Adoção.....	33
XIII. Cronologia.....	35
XIV. Temas Comumente Utilizados em Reprodução Humana.....	36
XV. Referências e Sugestões de Leitura.....	45
XVI. Referências de Trabalhos de Pesquisadores Brasileiros.....	52

Prefácio

Senti-me efusivamente honrado ao receber o convite para fazer a introdução do GUIA SOBRE SAÚDE MENTAL EM REPRODUÇÃO HUMANA. Entendo que faltaram essas informações para os profissionais que militam nesse fascinante campo das ciências biológicas. É importante lembrar que além da atenção médica, os casais inférteis necessitam freqüentemente de suporte emocional na sua trajetória em busca de um filho.

Louve-se o esforço e a dedicação da comissão de SAÚDE MENTAL DA SBRH (Biênio 2005/2006), constituída pelos profissionais:

Cilly de Almeida P. de Carvalho

Debora Seibel

Maria Yolanda Makuch

Vera Daher Maluf

Que conseguiram elaborar esse precioso guia de orientação cujo objetivo principal é nortear nossa conduta frente aos distúrbios emocionais.

Os avanços tecnológicos nas últimas décadas foram extraordinários, alcançado marcas inimagináveis; porém a sua aplicação invade a intimidade do casal infértil, na maioria das vezes fragilizado emocionalmente, necessitando, portanto a atuação de profissionais capazes de lidar com os desdobramentos anímicos gerados pela investigação e tratamento.

A trajetória do casal que busca auxílio para a resolução de seu problema procriativo é, na maioria das vezes, longa e dolorosa; alguns exames são de caráter invasivo, associados à fantasia de riscos e complicações; os insucessos dos procedimentos geram dor psíquica e abalos na auto-estima; a internação hospitalar para exame diagnóstico ou ato cirúrgico é invariavelmente cercada de carga estressante, não raro interferindo no resultado do tratamento.

Essa condição de estresse pode originar neurose de expectativa, em que o desejo de ficar grávida é substituído pelo temor de não procriar, reforçado pelas terapêuticas infrutíferas. Nesse contexto, a menstruação, epílogo de um ciclo ovulatório, constitui-se em flagelo para a mulher infértil, pois simboliza a perda da gravidez em fantasia. Daí a melancolia e a tristeza que se associa a esse evento simbolizando um novo fracasso.

A infertilidade conjugal ainda representa golpe violento em uma faceta da figura narcísica, precisamente aquela que sustenta as fantasias de auto-suficiência e de perfeição idealizada em si mesmo. Os ideais de completude, perfeição, potência e transcendência são abruptamente postos por terra.

O Cônjuge feminino é quem, principalmente, sofre uma série de complicações emotivas, manifestadas como pressão ansiogênica exógena exercida pelos pais, pela sogra, pelos amigos e até pelo próprio médico que lhe cobra o cumprimento do dever procriativo.

Entre os homens, cuja virilidade e fertilidade estão emocionalmente e culturalmente vinculadas, o diagnóstico de falha reprodutiva, pode ser devastador. A necessidade de produzir amostra seminal para exames rotineiros é ameaçadora e degradante, particularmente para o homem azoospérmico, que se defronta com duas, três amostras seminais com ausência de espermatozoides. Eles podem exibir um padrão de impotência e depressão mesclado com hostilidade e culpa, um modelo racional que passa por etapas de elaboração de perda ou luto.

Inseridos numa sociedade de consumo, onde se relaciona custo-benefício, os casais, naturalmente, depositam no médico e equipe de trabalho, todas as suas esperanças e exige a sua recompensa que, em última análise, é um “bebê em casa”. Assim. O relacionamento médico-paciente pode apresentar-se flutuante em todas as etapas do tratamento, visto que as expectativas de cada casal são extremamente variadas.

A comissão de Saúde Mental inseriu um índice bibliográfico de artigos, revistas e livros mais recentes para que o leitor possa ampliar o seu conhecimento em relação aos termos ventilados nesse precioso guia, Além disso colocou-se à disposição para receber sugestões no sentido de otimizar o atendimento e orientação aos casais inférteis.

A diretoria da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana parabeniza a sua Comissão de Saúde Mental que nos oferece esse “guia” com noções práticas que nos ajudará a lidar com as emoções dos casais que nos procuram para a resolução da sua fertilidade. Quanto às clínicas de Reprodução Humana, fica notória a necessidade premente de manter, na sua equipe, um profissional experiente para o atendimento psicológico dos casais.

Desejo-lhes proveitosa leitura.

Prof. Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira
Secretário Executivo da SBRH
Doutor em Gin. Obst. da FMUSP
Diretor da clínica PROFERT – SP

I. INTRODUÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A vida é cheia de escolhas, a existência é muito instável, incerta, e até mesmo contraditória. Nem sempre as possibilidades que se apresentam são de fácil escolha; há decisões que nos enchem de ansiedade. A inquietação diante da liberdade de escolha é tanto maior quanto maior for a importância da decisão a ser tomada.

Nossa experiência no atendimento de casais inférteis aponta cada vez mais para a importância de um olhar voltado para a repercussão psíquica do fenômeno médico da infertilidade. Nesse sentido, o impacto emocional sentido pelos casais que tentam conceber naturalmente e não conseguem, tem sido assunto de inúmeros estudos no recente campo da psicologia dentro da Medicina Reprodutiva.

Já não há como ignorar estas questões deixando-as à margem dos serviços de Reprodução Humana (RH). As respostas emocionais antes, durante ou depois dos ciclos de tratamento são vicissitudes inerentes a esta experiência e precisam ser incluídas, conhecidas e valorizadas pelas equipes de Saúde Mental que lidam com a infertilidade e seu desenrolar na vida dos pacientes.

É importante lembrar que a infertilidade é um problema do casal. Embora as causas possam ser femininas, masculinas ou de ambos, cada um está particular e diferentemente envolvido. A resposta é dada de forma singular, de acordo com a personalidade, experiências de vida e recursos emocionais para lidar com a frustração, dor e tantos outros aspectos associados ao problema.

No momento atual, médicos e pacientes envolvidos em Reprodução Humana, e em especial na Reprodução Assistida, confrontam opiniões, testam opções, realizam intervenções que há muitos anos teriam sido consideradas absurdas, fantasiosas ou irreais. Os progressos na medicina, particularmente nas últimas décadas, surpreenderam, fascinaram, e criaram a ilusão de que homens e mulheres poderiam resolver seus problemas físicos e, desta maneira, aceder a situações desejadas. O primeiro bebê que nasceu pela utilização de técnicas de fertilização assistida trouxe para o âmbito científico a possibilidade de intervenção no processo de reprodução humana e uma esperança para os casais com um diagnóstico de infertilidade, que os impossibilitava de ter um filho biológico.

Via-de-regra, as informações que se referem às técnicas de reprodução assistida não transmitem a real dimensão do significado destes procedimentos para o homem, para a mulher e para o casal, levando à discussão pública uma imagem de simplicidade e, às vezes, de êxito que não condizem com a realidade.

Pouco se sabe em relação a essa discussão pública sobre as técnicas de fertilização assistida. Recentemente, foi realizado um estudo internacional que abordou o conhecimento sobre a FIV na população em geral, no qual foram entrevistados 8.194 adultos maiores de 15 anos, em seis países europeus, USA e Austrália. Os resultados mostraram, em geral, um alto conhecimento sobre a existência destas técnicas. Contrastando com estas altas porcentagens em relação ao conhecimento sobre a existência dos procedimentos, uma grande proporção dos entrevistados não sabia quais eram as probabilidades de êxito. Na Itália 39% e na Inglaterra 56% dos entrevistados

pensavam que as probabilidades de engravidar eram menores ou muito menores dos casais que participavam de procedimentos de FIV que as chances de engravidar dos casais sem problemas de infertilidade, em um mês de vida sexual ativa e sem uso de anticoncepcionais. Em todos os países, significativamente mais mulheres que homens acharam que as probabilidades de ter um bebê utilizando estas técnicas eram menores ou muito menores quando comparadas às probabilidades de casais férteis de ter um bebê (Bertarelli Foundation Scientific Board, 2000).

Outro exemplo ilustrativo de manejo das informações sobre as técnicas de fertilização assistida foi a análise realizada por uma pesquisadora inglesa dos folhetos sobre o tema que se encontravam disponíveis para os casais em algumas clínicas que trabalhavam com estes procedimentos. Os folhetos analisados tinham sido desenvolvidos pelas próprias clínicas ou pela indústria farmacêutica que produz as drogas utilizadas neste tipo de procedimentos. O estudo destacou duas características atribuídas ao FIV neste material: a técnica foi descrita como “simples” e houve freqüentes referências ao procedimento como “natural” (Franklin, 1997).

Assim, no meio de informações e desinformações, a FIV constituiu-se no encontro do desejo com a esperança, passando a significar, para muitos casais, a última tentativa na procura de um filho biológico, mas também tem sido fonte de sofrimento e frustrações. Apesar de saber da alta probabilidade de fracasso em termos de obter uma gravidez, o desejo de “tentar tudo o que for possível” prevalece na decisão dos casais que participam da FIV (Mahlsted, Macduffy, Bernstein, 1987; Makuch, 2001).

A utilização de tecnologias avançadas e a corrida contra o tempo, na tentativa de recuperá-lo, poderá trazer conseqüências psico-sociais e implicações médicas a longo prazo tanto para as pacientes quanto para suas famílias. Com a possibilidade de doação de gametas, diagnóstico de pré-implantação, crio-preservação de embriões, redução de gravidez multi-fetal e gestação sub-rogada, é de fundamental importância uma abordagem mais holística da medicina reprodutiva, na qual o corpo e as emoções recebam igual atenção.

A formação de uma equipe envolvendo profissionais como médicos, psicólogos, geneticistas, biólogos e enfermeiras especializadas, constitui-se em importante suporte para a tranquilidade dos casais, boa evolução dos ciclos de tratamento e êxito nos procedimentos.

Na Inglaterra, por exemplo, a Lei de Fertilização Humana e Embriologia de 1990 determina que os serviços de aconselhamento psicológico em casos de infertilidade sejam incluídos em todas as clínicas médicas de reprodução. Requisitos semelhantes existem na Austrália e Nova Zelândia (McWhinnie, 1995). Embora em outros países, inclusive nos Estados Unidos, o serviço psicológico não seja exigido por lei, é recomendação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (*American Society of Reproductive Medicine*) que haja sempre um profissional da área de saúde mental no time de Reprodução Humana.

II. RESPOSTAS EMOCIONAIS

A fecundidade humana não é só um fenômeno fisiobiológico. É uma manifestação muito mais complexa que responde a uma intrincada rede de desejos. No desejo de ter um filho encontra-se presente o desejo do casal, o desejo da mulher e do homem, bem como o desejo dos membros da família, que são importantes para esse homem e essa mulher. É assim que a futura gravidez concretiza expectativas que transcendem o âmbito apenas do casal.

A esterilidade, pensada como um acontecimento na vida de um homem ou de uma mulher que desejam ter filhos e não podem, quanto a seu significado emocional, tem sido definida como uma experiência de dilaceração biográfica, colocando a ênfase no sofrimento e conflitos pessoais dos que passam por esta experiência (Burry, 1982). Esterilidade um acontecimento na vida das pessoas que pode ser interpretado a partir de diversas perspectivas: uma crise de identidade e de valores; e uma interrupção do projeto de vida pessoal e do casal e, como tal, uma alteração no desenvolvimento dos papéis esperados, tanto dentro da relação do casal como para cada um dos integrantes (Burns, 1987).

Ter filhos, tornarem-se pais e estabelecer uma família, quando um casal assim o deseja, é considerado, na sociedade, parte da vida adulta dos homens e das mulheres. Quando esta situação esperada não acontece, é necessário um processo de reorganização, tanto individual quanto do casal, para poder lidar com a nova realidade, muitas vezes inesperada, de não poder ter um filho biológico.

Atualmente, considerando as mudanças nos papéis de mulheres e de homens, bem como da estrutura familiar, calcula-se que apenas 5% da população mundial escolhem voluntariamente não ter filhos (Daniluk, 1988). A importância do projeto parental é universal e tem se mantido assim por séculos. Muda ao longo do tempo e conforme as regiões. Responde a mitos, discursos, ilusões, necessidades e desejos diferentes, tanto individuais quanto sociais. As vivências em relação ao projeto parental, a ser mãe ou pai, não podem ser pensadas se não como inscritas nas sucessivas organizações sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais.

A partir do diagnóstico de esterilidade, tanto homens quanto mulheres começaram a se perceber diferentes do que eles esperavam, do ideal de ser mãe para as mulheres e de ser pai para os homens (Platt, Ficher, Silver, 1973). Independentemente da causa de infertilidade, relatam como suas primeiras vivências após diagnóstico “sentir-se danificados” ou “defeituosos”. Após, surgiram vivências de tristeza, culpa, vergonha, inferioridade e impotência devida à perda do controle sobre o próprio projeto de vida (Menning, 1980; Bell, 1981; Shapiro, 1988; Makuch, 1996; Syme, 1997).

O desejo de ter um filho apresenta diferentes significados para as mulheres e os homens. Para as mulheres, um filho, significa a confirmação de ser mulher, da feminilidade e do esperado enquanto mulheres por elas mesmas, pelos parceiros e o entorno familiar e social. Por outro lado, para os homens, o desejo de ter um filho é parte

constituída do projeto da relação de casal e não parece ter o significado de uma experiência confirmatória de masculinidade em si (Nolasco, 1993; Beaurepaire *et al.*, 1994; Makuch, 2001).

Como em outras situações difíceis da vida, a infertilidade pode vir acompanhada de um quadro específico de respostas emocionais. De forma diferente, homem e mulher podem desenvolver sintomas quando algo muito desejado e valorizado está ameaçado. Esses sintomas caracterizam-se por manifestações neuro-endócrinas de perda de controle dos impulsos (excitação, inibição), modificação do humor (ansiedade, depressão, irritação, explosões), ou de impulsos isolados como fome, sede e sexualidade ou também por sentimento de incapacidade intelectual e profissional.

Embora cada casal responda de forma singular a esta experiência, notamos que alguns aspectos se manifestam com maior frequência. Podemos verificar que manifestações de choque - principalmente na fase de negação diagnóstica

"- Isto não pode estar acontecendo comigo."

são reações "naturais", que só podem ser consideradas nocivas quando se prolongam por muito tempo, criando uma certa "paralisia" e impedindo o casal de enfrentar a realidade. O esperado é que estas manifestações emocionais durem apenas o tempo necessário para que o novo "problema" encontre seu espaço na vida do casal e eles possam reagir no sentido de procurar ajuda e reiniciar o percurso do tratamento.

Durante todo o tempo oscilam reações emocionais ambíguas de raiva, culpa, depressão, tristeza, esperança, confiança e medo.

Diante da enorme frustração, é comum surgir a sensação de injustiça, exemplificada nas seguintes falas de pacientes:

"- Por que eu?"

"- Será que eu mereço passar por isso?"

"- Será que eu fiz algo de errado?"

Perguntas como estas são tentativas de elaboração de uma situação difícil e frustrante.

Como geralmente a esterilidade não é prevista, a não ser em situações especiais, a maioria dos homens e das mulheres não estão preparados para enfrentar o diagnóstico, mesmo que este seja transitório. Depois de diagnosticada a esterilidade, homens e mulheres passam por um período de reavaliação e reorganização do projeto de vida, em função desta incapacidade de serem pais. Em uma sociedade predominantemente fértil, desencadeia-se uma situação de crise em que muitos casais têm dificuldades para desenvolver mecanismos adequados para lidar com uma perda, temporária ou permanente, da possibilidade de ter um filho biológico (Seibel & Taymor, 1982; Shapiro, 1993).

Para aqueles que nunca suspeitaram que não poderiam ter um filho, quando eles assim o desejassem ou planejassem, a impossibilidade de engravidar significa uma alteração inesperada da realidade e o início de uma adaptação complexa e dolorosa a uma nova situação. A maioria dos casais refere à surpresa como a primeira vivência perante esta nova realidade a partir do diagnóstico de esterilidade (Mahlstead, 1985; Shapiro, 1988).

Em um estudo realizado há dez anos, em que foram entrevistadas mulheres que consultavam por infertilidade primária no Ambulatório de Reprodução Humana do CAISM/UNICAMP, a maioria relatou que para elas foi uma surpresa o diagnóstico. O projeto de ter filhos e estabelecer uma família era o esperado e desejado. Algumas relataram, reforçando a surpresa perante o diagnóstico, que, tanto nas suas famílias quanto nas dos maridos, todas as mulheres tinham filhos e que isso era o esperado com elas também (Makuch, 1996).

Outros aspectos importantes verificados na literatura e na clínica são o isolamento, perda de controle, baixa auto-estima, vergonha e desesperança.

Recomendações do tipo

"- Relaxe que você irá engravidar."

ou ainda,

"- Isto é coisa da sua cabeça."

Não são de grande utilidade para aqueles que estão vivendo uma incapacidade de conceber. Muitas vezes esses comentários podem levar o casal a se isolar, por não encontrar nos amigos e/ou na família uma possibilidade de interlocução e compreensão de suas angústias. Por isso temos que estar atentos para saber que os pacientes quando chegam aos serviços de Medicina Reprodutiva, buscam um lugar de acolhimento para todos esses sentimentos.

Segundo Seibel e Taymor, (1982), a associação entre emoções e infertilidade tem sido reconhecida desde os tempos bíblicos, como é ilustrada pela história de Hannah, no capítulo primeiro do livro de Samuel.

"Um homem chamado Elkanah tinha duas esposas: Peninah, que tinha muitos filhos e Hannah, que era ridicularizada por Peninah por sua inabilidade de conceber.

Eventualmente Hannah ficava tão angustiada que não conseguia comer. Ela rezava, chorava amargamente, seus lábios se moviam, mas ela era incapaz de falar uma palavra.

Um religioso a viu nestas condições e acusou-a de bêbada; mas quando Hannah explicou a razão de sua tristeza, ele disse : -"Vá em paz, espero que Deus de Israel realize seus pedidos, ouça suas preces". Confortada e calma, Hannah voltou para casa, começou a comer e logo depois concebeu um filho: Samuel."

Outros aspectos que podem ser levantados diante desta história são o luto e a perda. Esse sofrimento sutil que invade os casais inférteis a cada mês ou tentativa frustrada. Muitas pessoas não entendem que a infertilidade é como a morte de um bebê; os casais se sentem de luto pelo bebê que não foi concebido este mês e por todos que eles nunca tiveram.

O projeto parental, quando 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 comunidade. Não existem rituais que legitimem a dor de um casal infértil pela criança que ainda não foi concebida, transformando-se a infertilidade em um luto silencioso e solitário de quem não consegue conceber um filho (Burns, 1987; Shapiro, 1988, Makuch, 2001).

A perda do projeto parental tem sido comparada em intensidade a outras perdas, como a morte de um ente querido, um divórcio ou um desemprego, no qual muito tenha sido investido em termos de realização profissional, sendo considerada, nesta comparação, a esterilidade como a mais difícil e intensa destas experiências (Mahlsted, 1985).

São numerosas as perdas com as quais o casal infértil tem que lidar após o diagnóstico da infertilidade, sendo as principais: a perda da experiência de uma gravidez, a perda de uma relação – mãe/filho e pai/filho com uma criança geneticamente relacionada, a perda da possibilidade de desenvolver o papel parental, a perda de todos os momentos de prazer com um filho que o casal tem fantasiado e construído uma expectativa, a perda da imagem corporal que, a partir do diagnóstico de infertilidade, passa a ser considerada danificada ou não completa, afetando a imagem deles mesmos (das mulheres e dos homens), a perda do valor simbólico que significa tornarem-se pais e adultos na nossa sociedade e o temor de perderem o relacionamento de casal (Mahlstead, 1985; Monach, 1993).

Quando não é possível concretizar o desejo de ter um filho, mulheres e homens passam por um período difícil e complexo, no qual o sofrimento e vivências de perda estão presentes (Menning, 1980; Berger, 1980; Daniels, 1992; Makuch, 1996). As vivências decorrentes da perda da fertilidade e do filho que fazia parte do desejo são comparadas em intensidade às perdas mais importantes da vida e devem ser compreendidas como um luto a ser elaborado (Syme, 1997; Hunt & Monach, 1997).

No estudo realizado por Van Balen & Trimbos-Kemper (1995) com casais inférteis, sobre os motivos alegados para desejar ter filhos, foi assinalado que o desejo de ter filhos estava presente com especial intensidade entre as mulheres, e que tanto para homens como para mulheres o motivo principal para querer ter filhos era felicidade e bem-estar. Ao estudar estas motivações dos participantes de um programa de FIV, Newton & Yuspe (1992) assinalaram que as mulheres expressaram maior necessidade de preencher as expectativas de gênero com relação à maternidade. Entretanto, os homens expressaram maior desejo de completar a relação do casal com o filho.

A infertilidade adquire diversas características com o decorrer do tempo. O primeiro ano após este diagnóstico normalmente significa período de procedimentos médicos para definir o diagnóstico e propor o tratamento a ser seguido. É um tempo em que geralmente há um aumento dos sintomas depressivos e do mal-estar emocional. Porém, as relações do casal apresentam uma tendência a manterem-se estáveis e satisfatórias, não sendo

afetadas pelas pressões que o tratamento reflete na vida do casal. As relações sexuais neste período foram avaliadas como satisfatórias e sem modificações significativas (Berg & Wilson, 1991; Benazon, Wright, Sabourin, 1992).

No transcurso do segundo ano de esterilidade, pode-se verificar que os fatores emocionais, quando avaliados através de instrumentos estandardizados, mantêm-se dentro dos parâmetros considerados padrões, a relação de casal não apresenta diferenças significativas com o primeiro ano de esterilidade e, tanto homens como mulheres. No transcurso deste período, o casal infértil, já teve tempo de lidar com o impacto do diagnóstico, incorporar o tratamento ao seu projeto de vida e ao cotidiano e, ainda, está esperançoso no resultado do tratamento (Berg & Wilson, 1991). Já quando não existe uma expectativa favorável em relação ao resultado dos tratamentos e passados os primeiros 12 meses, começam as queixas de insatisfação sexual e dificuldades na relação do casal (Benazon, WRIGHT, Sabourin, 1992).

O terceiro ano e os anos posteriores tornam-se mais difíceis no emocional: há aumento de sintomas depressivos, estresse, presença de idéias paranóides, aumento de hostilidade e de ansiedade. A estabilidade do casal se altera e a vida sexual torna-se menos satisfatória (Berg & Wilson, 1991).

Vale observar que, para mulheres e homens que usaram métodos anticoncepcionais, o diagnóstico de infertilidade os confronta com uma nova situação: a perda do controle de seu futuro reprodutivo. A anticoncepção moderna incorporou-se à vida das mulheres nas últimas décadas e tem adquirido o significado de controle do tempo para concretizar o desejo de um filho, tempo que é necessário quando não existe certeza sobre o desejo de uma gravidez ou quando não é o momento adequado para concretizá-lo. O filho “espera” o tempo adequado para poder ser. O filho passa a ser planejado voluntariamente ser objeto do querer consciente de uma mulher e de um homem (Chatel, 1993).

Em um meio, onde as mulheres podem decidir se querem ou não ter um filho e quando tê-lo, após a decisão de adiar uma gravidez, quando esta não acontece, procuram na medicina da reprodução uma tecnologia para auxiliá-las na procriação. Elas encontram diversos procedimentos que as auxiliam na procura de um filho e têm à sua disposição procedimentos que incluem medicação para a estimulação da ovulação, cirurgia tubária reparadora, inseminação artificial e os diversos procedimentos de fecundação assistida (Chatel, 1993).

No nosso meio a utilização das técnicas de fertilização assistida vem se realizando há varias décadas, pode-se observar ainda pouca produção de pesquisa em saúde mental acompanhando o desenvolvimento da medicina da reprodução. A continuação são citadas algumas pesquisas nacionais.

Em 1989, Carvalho e col. publicaram uma pesquisa com 47 casais inférteis que investigou a interação de fatores orgânicos e psicodinâmicos. No estudo foi identificada a presença de problemas psicológicos coincidentes, determinantes ou mesmo agravantes dos fatores orgânicos em 42 dos 47 casos, evidenciando o papel importante desses fatores na etiologia da infertilidade conjugal.

Em 2000, Jacob relata que existe stress durante o tratamento de reprodução assistida e uma das causas é a decepção com os outros e consigo mesmo. Makuch em 2001 observou que em geral, homens e mulheres não apresentam escores indicativos de ansiedade nem depressão ao início do ciclo de FIV, e relacionamentos bem estruturados

Em 2004 Filetto e Makuch ao estudar o impacto do fracasso em homens e mulheres encontrou associação entre falta de apoio, fatores econômicos e reconhecimento da impossibilidade de conceber uma criança e desistência de continuar tratamento. Em 2005 Maluf relata sobre a validade que é falar para mulheres em tratamento de reprodução assistida sobre suas habilidades de enfrentamento do stress (coping), e sua capacidade de internalidade, fatores primordiais para aumentar a crença em si mesmas, a segurança e auto-estima. No mesmo ano Melamed aponta as dificuldades dos casais de lidar com as vivências a partir do diagnóstico de infertilidade e aborda alguns mecanismos utilizados.

A demanda do tratamento, protocolos complicados, injeções diárias, múltiplos ultra-son, procedimentos invasivos e os altos custos do tratamento têm sido apontados como os responsáveis pelo estresse verificado nos pacientes que se submetem às técnicas de reprodução assistida. A vivência intensa dos procedimentos pode determinar o aparecimento de sentimentos desagradáveis, desde mudanças de humor até sintomas graves de angústia.

As técnicas de fertilização *in vitro*, além de ser complexa, para muitos casais tem gerado questionamentos pessoais, religiosos e éticos, bem como tem significado um investimento emocional que se inicia com a decisão de participar deste procedimento e continua ao longo de cada ciclo. Afeta valores religiosos, sociais e culturais dos casais. Às vezes neste jogo que se tece entre o desejo de um filho, o conhecimento, o desconhecimento sobre as técnicas de FIV, a redefinição de papéis de mãe e de pai, e os valores são vivenciados como contraditórios uns com outros. O desejo do casal e a pressão social para que tenham filhos os leva a procurar este tipo de procedimento quando outros não surtem resultado. Mas, para alguns, esta decisão pode estar em conflito com valores religiosos em relação às técnicas de FIV e ao meio social (quanto ao significado da maternidade e da paternidade).

Esses valores e crenças, individuais e do entorno social, estão presentes na decisão de um casal de participar de um Programa de FIV e, em parte, explicam a diversidade de vivências, de homens e mulheres, durante o procedimento. Devido a estas razões, entre outras, a FIV é considerada uma das opções terapêuticas mais difíceis em termos emocionais para o casal estéril, (Kopitzke *et al.*,1991).

Chatel (1993), quando se referiu à FIV, preferiu falar em “procriações artificiais”, já que considerou que são técnicas de substituição, paliativas, não reparadoras e nem terapêuticas, já que não curam a infertilidade. Conforme a autora a FIV passou a ser um novo método de procriar, uma nova forma de concretizar o desejo de ter um filho. Passou a ser a forma de obter o que há pouco tempo não era possível.

Mas, também esse novo método de procriar traz diversas vivências que levam os casais da esperança à depressão ao longo das etapas dos procedimentos. Cada uma das etapas gera expectativas, satisfação quando se passa para a seguinte e, novamente, a incerteza do que virá. Também os casais precisam ter uma disponibilidade de tempo para comparecer ao serviço com a frequência necessária, o que muitas vezes ocasiona problemas em relação ao trabalho e

à realização profissional, sobretudo para as mulheres, já que a sua presença é requerida em alguns momentos do ciclo, diariamente.

Os procedimentos aos quais a mulher deve se submeter, como as injeções, ultra-sonografias, anestesia para a recuperação dos óvulos, embora reconhecidos como necessários, foram identificados como desconfortáveis (Milne, 1988; Makuch 2001). Durante o seguimento ecográfico da maturação dos folículos, a expectativa é grande: se os folículos crescem, se são adequados para a recuperação dos óvulos, quantos óvulos serão recuperados e se estes são de boa qualidade. A ansiedade aumenta significativamente antes da captação dos óvulos e da transferência de embriões (Seibel & Levin, 1987; Demyttenaere et al., 1991). A afirmação de que todos esses sentimentos fazem parte do quadro sintomático, permite que as pacientes valorizem seu esforço, empenho e conquistas no seguimento do tratamento. Portanto, legitimar o sofrimento relatado pelas pacientes ajudando-as a preservar os aspectos bons e positivos da vida pessoal, social, familiar e profissional pode contribuir enormemente para este período difícil.

É evidente que as técnicas de reprodução assistida resultam em determinadas respostas emocionais. Pacientes que se submetem aos programas, relatam seu despreparo para a hipótese de falha em um ciclo de Fertilização *in vitro* (FIV) ou ICSI. A expectativa, muitas vezes irreal do sucesso, provém, de um lado, do desejo pessoal, e de outro, da postura muitas vezes adotada pela equipe durante o ciclo: a questão é que toda a equipe - médicos, enfermeiros, psicólogos e embriologistas -, precisam lidar com a realidade da “onipotência x limite da humanidade”. O desejo onipotente e a dificuldade em administrar a frustração, empurra a equipe para um excesso de otimismo:

“- Tudo está ótimo!”

“- Você está indo muito bem!”

...e, depois, o insucesso, a falha, explicações, frustrações, desânimo e a dúvida:

“- Por onde recomeçar?”

“- Por que recomeçar?”

“- Quando recomeçar?”

“- Com quem recomeçar?”

“- Até quando.....?”

Em geral as mulheres no começo de um ciclo de procedimentos de fertilização assistida expressaram otimismo em relação aos resultados e algumas até fazem referência explícita a expectativa de engravidar durante os procedimentos do ciclo iniciado. Além disso, se referem a “pensamentos positivos”, apresentam uma atitude de muito otimista quanto ao resultado (Hynes *et al.*, 1992; Makuch 2001). Há uma tendência dos casais a serem muito otimistas em relação à FIV valorizando demais as possibilidades de gravidez (Collins *et al.*, 1992).

Evidentemente a expectativa é maior em homens e em mulheres durante os dias que circundam a coleta de ovócitos, já que disso depende a obtenção de embriões viáveis para a transferência. Também a ansiedade aumenta nos dias de espera após a transferência dos embriões, quando existe uma grande expectativa de que o procedimento surta resultado. Mulheres no início do primeiro ciclo de FIV, antes de realizar esta etapa, consideram que deve ser uma experiência que gera tensão e significaria manipulação corporal, mas também que participar dela, significa completar mais uma etapa. Mulheres que já tinham participado desta etapa do procedimento, lembraram desta etapa como uma experiência difícil que gera tensão, mas também otimismo e renovada esperança (Makuch, 2001). Boivin & Takefman (1996) observaram que, durante o ciclo de FIV, no período de obtenção dos ovócitos, as mulheres procuraram isolar-se das famílias e amigos e apresentaram maior nível de estresse, otimismo e desconforto físico.

Mulheres entrevistadas, uma vez completado o ciclo de procedimentos, tanto as que engravidaram como aquelas que não engravidaram, relataram que as duas semanas de espera para saber qual seria o resultado e o começo da menstruação foram as mais difíceis (Leiblum, Kemmann, Lane, 1987a; Baram *et al.*, 1988; Boivin & Takefman, 1996).

Boivin *et al.* (1998) estudaram 40 casais utilizando uma folha de registro diário. Na análise, encontraram similitude quanto ao tipo de resposta que um componente de um mesmo casal apresentava nas diversas etapas dos procedimentos da FIV. Através da análise dos depoimentos da presente pesquisa, ainda que se observasse que as mulheres e os homens tiveram respostas semelhantes, os homens falaram menos de suas vivências em relação às diversas etapas do procedimento, mantendo-se mais na posição de dar apoio. Esta atitude, adotada pela maioria dos homens, poderia ligar-se à necessidade de cumprir o esperado deles socialmente, e isto fez com que muitos não tivessem presentes as vivências deles e se preocupassem em dar apoio à mulher.

O fracasso da FIV está associado com vivências de tristeza, frustração, raiva e a um aumento significativo de períodos de depressão. Ao mesmo tempo, está presente outra vivência, aparentemente contraditória, a satisfação por ter tentado todas as alternativas para obter uma gravidez (Leiblum, Kemmann, Lane, 1987b; Baram *et al.*, 1988; Newton, Hearn, Yuspe, 1990). Tanto para os homens quanto para as mulheres, verifica-se após o fracasso dos procedimentos de FIV, maior ansiedade e tendências a baixa auto-estima, insatisfação com a relação conjugal e sentimentos de falta de controle em relação ao projeto de vida (Baram *et al.*, 1988; Newton *et al.*, 1990; Llaiffont e Edelmann, 1994; Leiblum *et al.*, 1998).

O fracasso da FIV tem um impacto diferente em homens e mulheres. Observou-se um aumento da ansiedade e de sintomas depressivos tanto em homens como em mulheres, o qual é parte de uma tentativa de lidar com a situação de perda que significa o fracasso da FIV. Estas tentativas de adaptação individual à nova situação podem resultar inadequadas em termos da relação do casal (Collins *et al.*, 1992). Em geral os estudos mostram que as mulheres são mais afetadas pelo fracasso dos procedimentos da FIV (Newton *et al.*, 1990; Weaver *et al.*, 1997; Filetto e Makuch, 2005).

Quando se repete o procedimento e acontece um novo fracasso, aumenta a labilidade emocional, e os índices de depressão são maiores, não somente porque ocorreu uma nova perda da possibilidade de engravidar, mas também porque a maioria das mulheres percebe que suas chances de obter uma gravidez diminuem (Beaurepaire *et al.*, 1994).

As mulheres que têm filhos apresentam, de uma maneira geral, níveis mais baixos de ansiedade e estresse bem como uma visão mais realista das possibilidades do tratamento que aquelas que não têm filhos. Pareceria que aquelas mulheres sem filhos têm mais dificuldade para lidar com o fracasso e a perda da possibilidade de uma gravidez (Leiblum, Kemmann, Lane, 1987b; Newton, Hearn, Yuspe, 1990). De outro lado, para os homens que participam da FIV, ter filhos de um relacionamento anterior não parece diminuir o estresse causado pelo fracasso do procedimento. Pareceria que esta vivência dos homens decorre, com frequência, de não existir uma convivência diária deles com seus filhos depois de uma separação (Newton, Hearn, Yuspe, 1990)

O quadro de infertilidade que se apresenta ao casal determina e provoca vivências para os quais eles ainda não têm estrutura. A equipe, a cada atuação, vai ajudando a construir passo a passo condições que tornem o casal capaz de avaliar as opções propostas pelos médicos para tentar chegar ao objetivo final e tomar as suas decisões. Para cada etapa, desde a mais simples até a mais complexa, é preciso cuidar de como aquele diagnóstico, pedido de exame ou sugestão de tratamento está sendo entendido pelo paciente.

A vivência desses processos, em geral, amplia a tolerância para experiências de frustração, dor e insegurança e podem vir a resultar no crescimento pessoal de cada paciente.

Nesta difícil tarefa de viver e optar, nem sempre as decisões são fáceis.

III. REPERCUSSÃO NA SEXUALIDADE

A investigação prolongada e o tratamento da infertilidade interferem na relação do casal. Para muitos, a relação passa a ter um novo sentido, a significar um verdadeiro apoio para "enfrentar" a insensibilidade do "mundo fértil" e as exigências de um eventual tratamento proposto, mas também pode ser fonte de angústia. Um dos temores mais frequentes é que aconteçam mudanças na relação do casal a partir do diagnóstico e que elas levem à perda da relação (Mahlsted, 1985; Ulbrich, Coyle, Llabre, 1990).

A vida sexual deixa de ser íntima, passa a ser exposta publicamente e de alguma maneira avaliada medicamente. Muitos casais relatam que, durante este período, sentem-se invadidos em sua privacidade e alguns ficam com a sensação de que estão fazendo alguma coisa errada, não de maneira adequada para que a gravidez aconteça (Seibel & Taymor, 1982).

Outros acreditam que algum ritmo na frequência sexual pode ter influência ou ser importante para ocorrer uma gravidez e, assim, passam por períodos de abstinência sexual antes do período ovulatório, acreditando que a concentração de

espermatozoides será melhor nos dias férteis. Outros consideram que algumas posições durante o ato sexual melhoram a possibilidade de uma gravidez.

Essas e outras crenças, que relacionam o desempenho sexual com a fertilidade, levam casais com uma vida sexual satisfatória, antes do diagnóstico de esterilidade, a passarem por períodos nos quais manifestam diversas disfunções sexuais. As mais freqüentemente mencionadas pelos casais são falta de desejo sexual, impotência e anorgasmia (Elstein, 1975; Bell, 1981; Andrews, Abbey, Halman, 1991).

Por tanto, os casais inférteis relatam problemas que variam desde a falta de desejo até a perda da auto confiança com o parceiro sexualmente desejável. Durante a crise gerada pelo diagnóstico de infertilidade, muitos são incapazes de separar a sexualidade da procriação. Os casais sentem que se eles não podem conceber, eles não podem ser sexualmente desejáveis, nem eles próprios podem desejar um relacionamento prazeroso. O prazer e a satisfação que antes faziam parte do ato sexual, tornam-se agora sensações falsas.

Reading (1993) observa que os relatórios médicos descrevem casais cujo foco na concepção eliminou o sentido do prazer, e que o ato sexual transformou-se em ativação de sentimentos de perda, má adequação e exacerbação do ser sexualmente não desejável. Acrescenta o autor que o estresse, fadiga e depressão são obstáculos ao desejo e alteram o comportamento sexual. O que leva a que alguns casais passem por períodos ou episódios de impotência podem ocorrer após o diagnóstico; a superação deverá ocorrer após alguns meses.

Muitos casais não estão preparados para enfrentar as incertezas, medos e perdas potenciais que a infertilidade traz. Eles temem que a intimidade, que é tão intrínseca à qualidade do relacionamento, perca-se para sempre, conforme vão encarando sem descanso a luta pela paternidade. O relacionamento, para alguns casais, pode constituir-se numa fonte de preocupação e angústia quando o casal não se entende e se confronta mutuamente pela esterilidade, sem compreender que, independentemente de que o fator causal seja feminino ou masculino, a esterilidade é do casal e passa assim que o diagnóstico faça parte da realidade dele (Mahlstead, 1985; Ulbrich, Coyle, Llabré, 1990; Shapiro, 1993). É aconselhável que os casais mantenham seu canal de comunicação aberto durante esse período difícil e estressante.

Por outro lado, há estudos que mostram que a participação em um Programa de FIV melhorou o relacionamento de alguns casais, já que aumentou a comunicação, a sensação de estar mais perto emocionalmente e uma melhor percepção dos sentimentos do parceiro(a). Também, alguns relataram um aumento na espontaneidade e na freqüência das relações sexuais, assim como na satisfação, devido aos motivos acima apontados (Leiblum, Kemmann, Lane, 1987b; Baram *et al.*, 1988). Outros estudos mostraram que muitos casais relataram dificuldades na vida sexual somente durante a participação da FIV, por exigências do tratamento (Downey *et al.*, 1989).

Atualmente, existe evidência para considerar que, em geral, os casais que iniciam os procedimentos de um ciclo de FIV integram relacionamentos estáveis e considerados por eles satisfatórios (Kraft *et al.*, 1980; Laffont & Edelman, 1994; Edelman, 1990; Edelman, Connolly, Bartlett, 1994; Hjelmstedt, 1999; Makuch 2001).

Se bem em geral a relação sexual é considerada, pela maioria das mulheres e dos homens, boa ou muito boa, cabe ressaltar que acontecem mudanças no relacionamento sexual durante os procedimentos de FIV e que as consideravam como uma alteração decorrente do tratamento. Por outro lado, mudanças quanto ao desejo e à frequência das relações sexuais tinham se apresentado no transcurso de outros procedimentos. Em alguns estudos informaram os participantes de procedimentos de FIV que consideravam sua vida satisfatória, embora relatassem mudanças a partir do diagnóstico de infertilidade ou durante o tratamento (Morse & Dennerstein, 1985; Freeman et al. 1985; Leiblum, Kemmann, Lane, 1987b).

O papel do psicólogo deverá incluir a preservação do vínculo do casal, identificação precoce dos eventuais distúrbios emocionais latentes, procurando ajudá-los a modificar sentimentos e comportamentos relativos à infertilidade. Isso deve visar a manutenção da frustração e das expectativas dentro de níveis aceitáveis.

IV. INFERTILIDADE MASCULINA

Presos aos condicionamentos culturais, a maioria dos homens aparece nas salas de consulta demonstrando força, otimismo e indiferença. A partir do diagnóstico começaram a se perceber diferentes do que eles esperavam, do ideal de ser fértil de ser pai (Platt, Ficher, Silver, 1973).

Entretanto, as reações são diferentes entre homens e mulheres. Os níveis de estresse com relação aos problemas vinculados à esterilidade são mais elevados para as mulheres que para os homens. Quando o diagnóstico de infertilidade refere-se a um fator masculino, os homens apresentam níveis mais altos de ansiedade, com uma tendência a aumentar na medida em que passa o tempo. Quanto à depressão, também se observam diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo maior nas mulheres. Estas diferenças não variam muito com relação às que se observam nos dados da população em geral. Paralelamente à ansiedade, os níveis de depressão aumentam nos homens com diagnóstico de fator masculino de infertilidade e apresentam a mesma tendência a aumentar na medida em que passa o tempo (Andrews, Abbey, Halman, 1991; Connolly *et al.*, 1992).

A infertilidade dos casais conseqüente de fator masculino, sempre foi acompanhada de reações de surpresa e descrédito, ocasionando desequilíbrio emocional com grau significativo de estresse. Entre as reações emocionais mais comuns encontramos a frustração, raiva, fadiga, baixa auto-estima que provoca fuga para atividade profissional, ansiedade, depressão com sentimentos de perda, culpa e pesar. (Menning, 1980; Lalos e col., 1985; Harkness, 1992; Salzer, 1991). Nachtigall e col. (1992) observaram que em 100% dos homens inférteis a perda da auto-estima está relacionada a sentimento de perda da potência e fracasso de seu papel como marido.

Em um estudo realizado no estado de São Paulo os homens manifestaram que nunca tinham pensado que não poderiam ter filhos quando assim o desejassem, para eles, fazia parte do esperado de uma relação de casal. Alguns relataram que nunca tinham pensado nem fantasiado com muito a possibilidade de terem filhos, embora ter um filho fosse esperado que acontecesse em algum momento de suas vidas. Para alguns homens, após a surpresa inicial,

a sensação foi de alívio, pois tinham uma explicação que permitia entender o porquê a gravidez não tinha acontecido e saber qual era a realidade para poder-se posicionar frente a esta nova realidade e começar a procurar soluções. Ter um filho era algo importante e desejado na vida deles, mas que, se não acontecia, acreditavam que poderiam reorganizar o seu projeto de vida em torno de outras alternativas sem maiores dificuldades (Makuch, 2001).

Os homens sentem preocupação pelas mulheres que passam por uma etapa difícil ao longo dos procedimentos, pois consideravam e achavam que para eles era mais fácil, que para as mulheres, lidar com o diagnóstico de infertilidade. Independentemente das próprias vivências com relação à infertilidade, consideravam que o papel deles era dar apoio e compreensão às mulheres. (Hardy & Makuch, 2002).

O fator masculino na infertilidade levanta ainda questões relacionadas à fragilidade e imperfeição, normalmente de difícil elaboração pelos homens. A postura de manter segredo isola-os ainda mais ao cercear a possibilidade de encontrar apoio nos amigos.

Outro aspecto é a pressão colocada sobre o casamento, que pode ser resultado, em parte, das diferenças com as quais cada parceiro interpreta a sua experiência de infertilidade. Becker (1990) notou que um homem pode pensar que um filho é uma meta, porém, não é a maior, enquanto que uma mulher pode considerar que a maternidade é o seu papel principal na vida. O homem pode utilizar seu trabalho como forma substituta e contemporizadora de suas frustrações. Dedicar mais horas de atividade profissional pode ser uma estratégia, enquanto continua a tentativa de obter um filho biológico.

É importante considerarmos que: o homem tem participação ativa na fertilidade; que o questionamento sobre o seu desempenho sexual pode interferir na sexualidade do casal (frequência, desejo e no ato propriamente dito); que o sêmen será analisado, quantificado e qualificado; que para o homem obter a coleta do material ele deve garantir uma ereção, ou seja, está associada à questão da potência; que fertilidade e virilidade são conceitos distintos (embora frequentemente confundidos).

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

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

V. DOAÇÃO DE GAMETAS – DESAFIOS E DILEMAS

Embora existam recursos técnicos para solucionar o problema da infertilidade que trazem novas expectativas de desenvolvimento do papel parental, quando esses recursos incluem a doação de gametas, do ponto de vista psíquico o cenário sofre uma enorme mudança.

Quando introduzimos um terceiro desconhecido na relação do casal (sêmen doado, óvulo doado ou útero de substituição) acrescentamos uma situação nova e complexa para o casal - a possibilidade de constituir uma família com filhos geneticamente não relacionados aos seus progenitores ou só relacionados a um deles. Desta forma homens e mulheres vem-se confrontados com a organização de novas estruturas familiares nas quais uma criança pode estar relacionada com:

- Uma doadora de óvulos
- Um doador de espermatozoides
- Uma mãe que engravida
- Pai e mãe social

Para os casais, o procedimento de conceber utilizando doação de gametas é emocionalmente conflitante. Envolve sentimentos de perda, testa vínculos afetivos, redimensiona o significado de ser pai e mãe de uma criança geneticamente ligada apenas a um deles (Mahlsedt e Greenfeld, 1989), gera sintomas adversos que se somam aos preexistentes construindo uma rede de manifestações psicossomáticas de difícil identificação.

Mahlsedt e Greenfeld (1989) sugerem que não se espere dos casais uma aceitação incondicional - ter uma criança nos braços não apaga nem exclui a forma como tudo começou e de como foi gerada.

O primeiro passo é a renúncia do material genético com tudo o que ele significa e, em segunda, a aceitação de uma situação onde as dúvidas e incertezas são muito maiores do que as já existentes em uma concepção qualquer.

É imprescindível que haja um acompanhamento psicológico do casal receptor. Este espaço funciona para esclarecer dúvidas, trabalhar as fantasias e verificar se não existe algo que possa colocar em risco esta gravidez desejada.

É aconselhável a utilização de um protocolo específico para avaliação deste casal, considerando que o procedimento pode gerar angústias para as quais não há suporte psíquico necessário em um deles ou nos dois.

Também se faz necessária a avaliação da doadora, através de testagens e entrevistas.

Diversos fatores podem exercer influência desfavorável no processo de doação de gametas:

1. Nível de suporte emocional sob estresse – que varia de acordo com o momento, intensidade e qualidade do estresse e do meio ambiente no qual esses fatores são manipulados e manifestos.
2. Nível de maturidade emocional - que varia de acordo com o processo decisório, com o vínculo do casal e o “estar mais vulnerável”, como também a influência da pressão familiar e o desejo de viver a experiência de uma gravidez, parto e paternidade/maternidade.
3. Nível de conflitos psicológicos – conscientes ou inconscientes que se caracterizam pela rejeição ao médico, medicação, desinteresse ou negligência.
4. Nível de informação sobre as implicações futuras, questionamentos éticos, desinformação sobre a “bagagem” genética e os impactos sociais e familiares.

Dependendo, portanto, de múltiplos fatores, quando a gravidez só é possível com a doação de gametas, os receptores e doadores devem preencher o protocolo de critérios de aceitação, de acordo com o perfil exigido pela instituição, e de acordo com legislação do país.

Klock (1994) e colaboradores acreditam que uma entrevista psicológica deve ser parte integrante, senão obrigatória, do processo de RH e, em especial, na doação de gametas. Consideram ser essa a oportunidade que cada parte tem de desabafar, expondo os seus sentimentos no que se refere a decisão de doar ou de se tornarem pais através do processo de doação.

A decisão de usar um doador conhecido ou desconhecido é uma das decisões que afeta todas as partes envolvidas, inclusive a prole potencial.

Alguns casais, ao escolher um doador conhecido, sentem-se mais seguros por ter o controle sobre a origem dos gametas e conhecimento do histórico social e médico dos doadores. Se o doador for um parente, o casal pode ter a sensação de continuidade genética, mas esta decisão traz outros problemas.

As pacientes candidatas à ovo-doação não são fáceis de lidar. Às vezes, implicações sérias exigem que a responsabilidade do médico se estenda além da meta da concepção. Acreditamos que, com maior compreensão do problema, as pacientes possam ser mais adequadamente preparadas, mas isso só poderá ser conseguido quando médico e paciente tiverem uma consciência conjunta maior de suas responsabilidades individuais.

VI. QUANDO DIZER "BASTA"

De quem é a decisão de parar?

Do médico, do casal, das "economias", da rede familiar ou dos amigos? Dos líderes religiosos? Da cultura?

Os médicos dificilmente sugerem parar. Buscam novas soluções, esforçam-se para atender os desejos de seus pacientes, muitas vezes esbarrando na ética. No casal muitas são as implicações, e a decisão também é difícil.

Wallace (1992) enumera boas razões para a interrupção de um tratamento:

1. Quando se tenham esgotadas todas as opções terapêuticas;
2. Quando se tenham esgotados todos os recursos físicos, emocionais e financeiros do casal;
3. Quando estejam sendo atropelados outros setores da vida do casal com efeitos negativos sobre sua qualidade de vida;
4. Quando existam doenças graves ou gravidez de alto risco;
5. Quando a idade da mulher for 50 anos ou mais.

Algumas sugestões de como ajudar o casal na decisão de parar:

- Melhorar a comunicação entre eles para que se ajudem a notar o momento de parar;
- Auxiliar na identificação de formas de adaptação individual;
- Projetar o momento no futuro (20 anos): "*Fizemos o que deveria ter sido feito!*"
- Perguntar: *O que é, para cada um deles, mais difícil de abrir mão?*
- Auxiliar na redefinição das metas: reprodução - paternidade/maternidade - gravidez;
- Induzir o casal a se informar, ler;
- Fazer lista de custo - benefício.

Durante todo o processo, o casal está diante da necessidade de decidir. A cada momento a medicina reprodutiva oferece novas possibilidades, que podem tornar novamente o sonho uma realidade. Embora as etapas muitas vezes sejam seguidas passo a passo, o tempo do tratamento difere desta cronologia com a qual estamos acostumados; dias e meses dão lugar a ciclos, menstruações e medicações.

Às vezes o casal espera que o médico ou “alguém” tome a decisão por eles.

O filósofo Tillich escreveu que *“a vida é aceitar o inaceitável.”*

Às vezes a infertilidade é inaceitável, uma injustiça da vida, a falência do tratamento, a dor de se sentir “defeituoso” e a dor de não se ter esperança.

Portanto, é diante do inaceitável que o casal necessita buscar energia e investir em outros desejos, outros projetos e outros sonhos, colocando a infertilidade em lugar diferente daquele do centro de suas vidas.

Para alguns casais, a infertilidade é sentida como algo que exige a tomada constante de decisões e transforma-se, assim, em um período de forte ligação entre eles, que se sentem próximos e capazes de dar suporte um ao outro: *“- Nós somos um time.”* ou *“- Nosso casamento é forte”.*

VII. COMO OS MÉDICOS PODEM SER AJUDADOS

Segundo Kusnetzoff (1997), “se existe algum problema no âmbito da consulta médica que não se esgota no ângulo estritamente biológico, esse problema é, sem dúvida, a infertilidade conjugal”.

Para o casal infértil esta formulação reflete o significado de procurar um Serviço de Reprodução Humana. É verdade que, acima de tudo, eles buscam obter o resultado tão desejado – um bebê – mas não é verdade que é só isso que eles buscam encontrar.

É a partir do diagnóstico biológico que o psicológico se insere, mas, o termo “biológico” não é sinônimo de fisiológico, ou seja, o que se apresenta ao médico é um quadro biológico dentro de um vasto universo cheio de mistérios físicos e emocionais.

É precisamente nesta investigação que o psicólogo encontra seu viés, oferecendo, através de sua escuta, uma nova compreensão do quadro.

Durante todo o percurso do casal, deve-se buscar caminhos, direções e compreensões que nos permitam - a todos - equipe e pacientes, prosseguir no que chamamos de vasto universo.

O que anteriormente era tratado como um problema basicamente psicossocial, hoje é tomado como uma questão médica.

Temos a nosso dispor, por um lado, um mundo em desenvolvimento, a oferta de tecnologia avançada, a genética, a indústria farmacêutica e, por outro, o desconhecido, o inexplicável e as limitações.

Talvez o conceito que melhor se aplique na questão da infertilidade seja o de complexidade, que surge a partir da observação de fenômenos em relação aos quais a objetividade, o racionalismo, a previsibilidade e a ordem demonstram-se insuficientes para a compreensão e atuação adequada.

É um desafio compreender, à luz deste conceito, as relações, reações e os caminhos dos pacientes ao longo do tratamento.

O psicólogo na equipe é como a inclusão da subjetividade do paciente no campo da Medicina Reprodutiva.

É muito freqüente escutarmos que a presença de um profissional da área de saúde mental na equipe de Medicina Reprodutiva é importante. Porém, também não é raro a dificuldade que este encontra de ser procurado e aceito pelos casais.

É como se fosse necessário romper uma barreira atrás da qual o casal tenta, defensivamente, esconder de toda equipe o sofrimento emocional, a dor, o medo, a raiva, a vergonha, enfim, os sentimentos indesejáveis e íntimos.

Segundo Mahlstedt e Greenfeld, (1989), os pacientes são conscientes de seus sentimentos e temem a opinião da equipe sobre eles; têm medo de serem considerados loucos ou com muitos problemas, por isso evitam trazer seus sentimentos à tona.

Em algumas situações, é o médico que, tentando manter o foco nos aspectos médicos, evita estas questões, pois teme e sabe o quanto a infertilidade pode, e normalmente causa, um sofrimento que foge ao seu controle. Convington, (1988), fornece um modelo estrutural para avaliação psicossocial dos casais inférteis, e frisa que os aspectos emocionais e médicos da infertilidade não podem ser separados.

A avaliação psicológica do casal infértil ajuda a criar um ponto de contato entre os componentes médicos e psicológicos e o seu tratamento, além de fornecer uma base para a recomendação de apoio emocional adicional quando necessário.

Alguns Centros de Reprodução Humana já incorporam psicólogos à sua equipe; outras utilizam-nos na forma de consultoria externa. Qualquer que seja a forma de entrosamento, ela traz benefícios para os casais, assim como passa uma mensagem de que o Centro é "sensível às necessidades emocionais dos pacientes".

É importante observar que a ligação da equipe médica com a equipe de saúde mental, deve ser feita através de entendimento sólido sobre os vários procedimentos e terminologia médica. Além disso, o profissional de saúde mental pode servir para a própria equipe. Nessas circunstâncias, o objetivo da entrevista é ajudar a equipe a compreender como podem "ajudar" ou "atrapalhar" a eficiência do grupo enquanto unidade de trabalho, além de poder ajudá-la a lidar com o esgotamento.

A identificação e compreensão das implicações psicológicas da infertilidade, propicia a oportunidade de se evitar as dificuldades antes que elas exerçam seu poder negativo sobre o emocional, age de maneira profilática, tanto de pacientes quanto da equipe médica.

Em última análise, o casal infértil pode ser tratado na sua totalidade e receber estratégias úteis para enfrentar com mais eficiência a crise da infertilidade.

Os avanços na tecnologia da reprodução irão continuar a criar dilemas morais, legais e éticos no tratamento da infertilidade. Isso acentua as dificuldades que a sociedade tem de lidar, por um lado, com suas próprias possibilidades e de outro, com o direito de utilização dessa tecnologia por todos, numa época de consumo, onde pode-se tudo, desde que haja dinheiro. No entanto, falta ainda uma regulamentação séria que torne o tratamento acessível a todos os casais, dentro de normas a serem estabelecidas.

O profissional da saúde mental desempenhará um papel de acolhimento, que auxiliará os casais a lidarem com a ampla variedade de efeitos psicossociais que vão surgir ao se submeterem a esses novos procedimentos. O psicólogo pode auxiliar em todas essas etapas, garantindo que em todas elas sejam explorados "corpo e alma" de todos os envolvidos.

Aristóteles, em seu livro "Ética a Nicômaco" frisou:

"Qualquer um pode se zangar, isso é fácil; mas zangar-se na hora certa, com a pessoa certa, na medida certa, pelo motivo certo e de maneira certa, não é fácil."

Quase plagiando, poderíamos dizer:

"Qualquer profissional especialista em Reprodução Humana Assistida pode realizar um procedimento, isto é fácil, porque é técnica; mas, realizar o procedimento certo, com a avaliação certa, no momento certo, pelo motivo certo e de maneira certa não é fácil."

Este é o nosso grande desafio.

VIII - FUNÇÕES BÁSICAS DO PSICÓLOGO EM UM SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA

Acreditamos que, primeiramente, o profissional de saúde mental que irá trabalhar em um Centro de Reprodução Humana tenha algumas habilidades como a identificação com a atividade a ser desenvolvida; o conhecimento completo do programa (procedimentos/técnicas); poder moderador junto a equipe, mantendo-a em sintonia estável junto ao programa, assim como, oferecer apoio psicológico.

Quanto ao casal, em primeiro lugar, quando ele vem encaminhado pela equipe, o psicólogo deve realizar uma entrevista inicial com o objetivo de avaliar o estado emocional do homem, da mulher e da relação; identificar distúrbios emocionais latentes para poder proporcionar uma eficiente “proteção psicológica” ao longo de todo o programa; facilitar o vínculo do casal com a equipe, minimizando a ansiedade em torno dos procedimentos técnicos; auxiliar a passagem da concepção natural para a concepção artificial; avaliar as solicitações de procedimentos que envolvam terceiros ou produção independente. A investigação deve ser feita em torno da família do casal, análise do vínculo e distúrbios sexuais; o psicólogo deve identificar ansiedades, inseguranças, as fantasias em relação ao filho, as expectativas em relação ao tratamento, o conhecimento das possibilidades de sucesso e se o casal sente-se preparado para o insucesso. A avaliação do casal consiste no grau de controle emocional, auto-percepção, expectativas, auto-imagem, sexualidade e conflito familiar.

Realizada a entrevista inicial, será feito o acompanhamento dos pacientes dentro do programa, com o objetivo de reforçar o vínculo estabelecido com o casal; aliviar ansiedades depressivas e persecutórias e diminuir fantasias com relação aos procedimentos técnicos. O casal deve contar com o apoio do profissional todo tempo, até se houver necessidade de repetir o procedimento.

Deve ser avaliado o nível de frustração e as novas expectativas. É a perda do embrião transferido (perda de bebês/filhos), o casal entra em uma crise de ansiedade (*“por que falhou? O que fiz de errado?”*), aparece a perda/luto, sentimento de incapacidade, instabilidade emocional, modificação de comportamento e distúrbios sexuais. O profissional deve acompanhar o casal na elaboração desses sentimentos para que os pacientes possam tentar novamente.

Algumas vezes se faz necessário encaminhar o casal, ou a mulher ou o homem, para um acompanhamento mais específico, psiquiátrico ou psicoterápico, o profissional que acompanha o casal, deve avaliar sintomas psíquicos que chamem atenção e que possam estar prejudicando o andamento normal do programa.

Com o sucesso do tratamento, faz-se necessário o acompanhamento do pré-natal com o objetivo de acompanhar o estado emocional durante a gestação; prevenir patologias emocionais puerperais; dar apoio às pacientes com gestação múltipla; acompanhar redução fetal; acompanhar grávidas com ajuda de terceiros (barriga de aluguel, doação de gametas e produção independente).

Depois de esgotadas todas as tentativas ou quando o casal decidir parar, o psicólogo pode apoiá-los, oferecendo aos pacientes um acompanhamento no processo de adoção e pós-adoção, com o objetivo de trabalhar o vínculo com o filho adotivo.

A reunião com a equipe também faz parte da função do profissional de saúde mental dentro do Centro e tem por objetivo proporcionar uma maior integração da equipe, assim como discutir tensões e frustrações desta; proporcionar uma maior integração do psicólogo com a equipe; trocar informações sobre pacientes – discussão de casos clínicos; atualizar-se sobre procedimentos e técnicas. É adequado uma reunião semanal.

IX. ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Existe hoje uma maior compreensão da necessidade de acompanhamento psicológico, tanto individual quanto do casal que sofre de infertilidade. Para compreender melhor o contexto no qual o acompanhamento ocorre, é importante explorar a gama das seqüelas emocionais e psicológicas que os pacientes passam após suas expectativas, valores e crenças serem desafiados pelas dificuldades da reprodução.

Para a maioria dos homens e mulheres, a habilidade de conceber e dar à luz a uma criança está relacionada com suas noções de feminilidade e masculinidade, a uma identificação de gênero e à compreensão da vida.

Quando os esforços para conseguirem procriar falham, o casal é assolado por sentimentos profundos de culpa e inadequação, que levam a freqüentes questionamentos e revisões de suas vidas e dos fatos que poderiam ter levado à infertilidade.

O acompanhamento psicológico provê suporte, compreensão e novas experiências que levarão a um resultado de aprendizado de novas formas de comportamento. Abre um espaço para que homens e mulheres possam trabalhar, de uma forma sistemática e organizada, suas dificuldades, dúvidas e decisões, e ter a oportunidade de explorar, descobrir e eventualmente experimentar novas formas de vida ou estratégias de lidar com a infertilidade e seu tratamento.

A duração do tratamento varia, dependendo da orientação teórica do psicólogo e da necessidade do paciente, incluindo recursos financeiros, tipo de problema e dificuldade mental.

Em 2002 foi publicado um guia para profissionais da área médica e de saúde mental que aborda diversos aspectos do atendimento psicológico de pessoas com problemas de infertilidade. Este material foi elaborado por profissionais de diversos países que trabalham com apoio e terapias centradas com o objetivo de ajudar os casais que enfrentam este tipo de problemas (Boivin & Kenterich, 2002).

É muito importante que o paciente esteja engajado no trabalho, confiando em sua relação com o terapeuta. As perdas associadas com a inabilidade de conceber ou dar à luz a uma criança, freqüentemente reacendem questões e conflitos não resolvidos no passado. Os pacientes podem descrever-se com sentimentos de depreciação por seus esforços sem sucesso em conceber e incompreendidos em sua dor emocional.

O apoio psicológico tem por objetivo ajudar ao entendimento das implicações do diagnóstico e do tratamento escolhido, trabalhar com as expectativas pouco realistas em relação ao resultado do tratamento, e oferecer condições para trabalhar o desejo de um filho biológico versus os limites impostos pelo diagnóstico, as reais possibilidades terapêuticas e a disponibilidade emocional para fazê-lo.

A repetição das tentativas significa vivências de fracasso e reorganização do projeto de vida em função da decisão de continuar por tanto é importante abordar a dinâmica da relação do casal, recursos emocionais para lidar com o fracasso, disponibilidade para futuros procedimentos e o aumento de stress, acompanhado de decepção e freqüentemente de desesperação. Clarear estilos de caráter e reestruturar mecanismos de defesa podem tornar-se parte do foco do psicólogo.

X. O ENFRENTAMENTO DO STRESS (COPING)

Conforme já visto, as tentativas de realização do desejo de conceber um filho podem trazer momentos de intensas emoções na vida do casal infértil, uma vez que tal desejo se insere dentro de um campo psíquico carregado de significações inconscientes. Portanto, não é a dor física – pois ela quase inexiste – , mas os aspectos social, cultural e emocional que determinam como a infertilidade vai ser vivida pelo casal (Becker & Nichtigall, 1991).

As dificuldades psicológicas dos pacientes inférteis são complexas e influenciadas por fatores como diferenças de gênero, causas e duração da infertilidade, estado específico da investigação clínica e procedimentos aos quais os pacientes são submetidos (Andrews, Abbey, Halman, 1992; Tarlatzis, I, Tarlatzis, B.C., Diakogiannis, 1993; Wright, Duchesne, Sabourin, Bissonette, Benoit, Girard, 1991).

É comum que essas dificuldades se tornem mais intensas e que sejam acompanhadas por stress e ansiedade quando do início de um tratamento de reprodução assistida.

Isto é visto e sabido nos centros que promovem tratamentos de reprodução assistida e várias pesquisas têm comprovado a existência do stress durante os tratamentos. Jacob (2000) relata sobre a existência do stress na reprodução assistida, concluindo que os casais não mostraram grandes diferenças nos níveis de stress e ansiedade nos resultados dos testes.

Isso se deve ao fato de o funcionamento psicossocial do casal envolvido ser afetado pela experiência da infertilidade, exigindo esforços constantes para mudanças cognitivas e comportamentais, bem como demandas internas e/ou externas específicas, normalmente avaliadas como excessivas para os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

Estes esforços constantes é o que chamamos de coping, e só existe coping se houver uma situação de stress. Vasconcellos (2002) relata que a situação de stress, ao ativar, através de seus stressores, o organismo humano (tálamo, sistema límbico, eixo hipofisário), ativa igualmente os núcleos corticais do cérebro, onde estão alojadas as habilidades cognitivas das quais serão geradas as estratégias de coping.

Quando falamos do coping das mulheres inférteis, estamos nos referindo ao modo de enfrentamento do stress que todas as variantes emocionais, sociais e médicas envolvidas na situação provocam. Jacob (2000) relata que uma das causas do stress é a decepção com os outros e/ou consigo mesmo. Conclui que se os pacientes, ao invés de fugirem de suas sensações e sentimentos, usassem suas capacidades para aprender, buscando novas formas de lidar com as situações estressantes, provavelmente a Reprodução Assistida teria êxitos maiores.

Com referência à esta constatação, podemos perguntar:

1. Em que subsídios internos essa mulher apóia sua condição de equilíbrio diante da infertilidade?
2. O que a faz aceitar e resistir às inúmeras tentativas de reprodução assistida e não desistir?
3. Quais os fatores de coping e as crenças que se encontram, com maior

intensidade, nessas mulheres?

Os mecanismos de coping e as crenças utilizadas pela mulher infértil são a maneira que cada uma encontra, per se, para enfrentar essa situação stressante. As crenças positivas presentes nessas mulheres ajudam a prevenir o aumento da sintomatologia depressiva.

Pesquisas recentes sobre stress na Reprodução Assistida demonstraram que a correta informação aos pacientes promove uma maior adesão ao tratamento e cooperação com a equipe médica, reforçando seu desejo e melhorando a ambigüidade quanto aos procedimentos e às relações com as pessoas envolvidas.

Anderheim, Holter, Bergh e Möller (2005) não encontraram evidências de que o stress psicológico traga alterações para os resultados do tratamento de Reprodução Assistida. Segundo eles, deve-se comunicar isto às mulheres para reduzir seu stress e suas preocupações durante o tratamento de infertilidade.

Maluf (2005) relata sobre a validade que é falar para mulheres em tratamento de Reprodução Assistida sobre suas habilidades de coping, e sua capacidade de internalidade, fatores primordiais para aumentar a crença em si mesmas, a segurança, a auto-estima, o controle dos eventos externos e das emoções internas. Isto aumenta a crença em si e em sua capacidade de dar continuidade ao tratamento, apesar das vicissitudes dos acontecimentos baseados no acaso e na dependência do tratamento, com todas suas etapas preestabelecidas, procedimentos e esperas.

Maluf (2005) relata também que as mulheres em procedimentos de Reprodução Assistida, quando devidamente informadas, podem ajudar no tratamento, podendo ver o tratamento como uma situação stressante, mas positiva, muito mais relacionado ao eustresse (stress positivo) do que ao distress (stress negativo).

Poder entender em que momentos curvar-se à impotência da espera do tempo dos procedimentos científicos e resultados, e em que momentos ajudar mantendo-se alerta, otimista e receptiva ao médico e ao tratamento, ajudaria muito no suporte do processo como um todo.

Tudo é uma questão de informação e possibilidade de desenvolver novos estilos atribucionais valorativos em relação à realidade do tratamento e da infertilidade, pois a infertilidade não é uma incapacitação física, mas apenas a realidade de uma situação específica.

Resignificar o ato de tentar ser mãe através da Reprodução Assistida, apoiando-o em um desejo cada vez mais real, desde que compreendido em toda sua extensão, poderá aumentar a conscientização destas mulheres e diminuir seu stress, ajudando-as na formação de suas famílias como uma construção de uma história humana baseada no respeito, na cooperação, na dignidade, na ética e no amor.

XI. REPRODUÇÃO HUMANA À LUZ DA BIOÉTICA

Os valores “éticos” implicados na reprodução humana são de âmbito cultural muito mais profundo do que possa parecer à primeira vista.

Entram em questão as relações de *harmonia* e de *equilíbrio* entre amor e vida no matrimônio; entre liberdade e responsabilidade no exercício da profissão médica; entre os conceitos de natureza e pessoa do ser humano; entre técnica e moral da medicina e da biotecnologia. Encontramo-nos – dentro da reprodução assistida – num ponto crucial das aplicações técnico-científicas do homem, em que é mais do que nunca necessário fazer a distinção entre o que é tecnicamente possível e útil, e o que é moralmente lícito. Trata-se aqui de um ponto decisivo do comportamento do casal e da equipe médica, no qual a moralidade deve se fundamentar em critérios de objetividade ética e não apenas na *intenção*.

O desejo de tratar a infertilidade não justifica qualquer meio e qualquer processo para obter a concepção. A evocação da bioética é aqui plena e legítima.

A bioética como ciência tem na sua origem a preocupação com as conseqüências que o processo científico-tecnológico indiscriminado impôs à humanidade e à sua sobrevivência sobre a Terra. A única solução seria a criação de uma ponte entre os fatores biológicos e os valores éticos, ou seja, entre as duas culturas – a científica e a humanística.

Na concepção de Van Rensselaer Potter (desde 1970) a bioética se movimenta a partir de uma situação de alarme, e de uma preocupação crítica a respeito do progresso da ciência e da sociedade. Não basta o “instinto” da sobrevivência; é necessária a “ciência” da sobrevivência, que é a *Bioética*.

Para entendermos as tendências atuais da bioética, devemos citar as principais contribuições históricas que a influenciaram: a ética médica de Hipócrates (400 a.C.), a moral médica de inspiração teológica, o pensamento de integração *alma/corpo* da filosofia moderna e por último, a reflexão sobre os direitos do homem (Declaração Universal dos Direitos Humanos).

A partir dessas tendências surgiram os princípios da bioética:

- liberdade e responsabilidade
- totalidade
- socialidade e subsidiaridade
- defesa da vida
- beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Na constituição brasileira é previsto o direito da procriação, através das normas de inviolabilidade do direito à vida, do incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento científico, e da liberdade de consciência e crença. Faz-se valer

também dos princípios da legalidade e anterioridade. *Em nosso País, tudo o que não é proibido é permitido, pois ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei. E mais, não há crime sem lei anterior que o defina.*

Não há entretanto no Brasil, até o momento, nenhuma lei específica em vigor que controle as práticas de reprodução assistida, embora se verifique uma preocupação com as mesmas, através dos projetos de lei que tramitam no congresso.

Sendo assim, normas éticas foram adotadas pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1358/1992), na tentativa de harmonizar as técnicas utilizadas com os princípios da bioética moderna.

Nesta resolução constam inicialmente princípios gerais, que abordam aspectos quanto às finalidades do procedimento utilizado, à necessidade do consentimento informado por escrito e ao número máximo de embriões. Outros tópicos também abordados estão relacionados à identificação de usuárias, doação de gametas, criopreservação de gametas ou pré-embriões, diagnóstico pré-implantacional e gestação de substituição (“barriga de aluguel”).

Existem atualmente projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional desde 1993. São muito semelhantes entre si, com exceção de algumas divergências que se referem à proibição do descarte de pré-embriões, ao uso de técnicas de reprodução assistida para prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo ou simplesmente para sexagem, ao grau máximo de parentesco permitido no caso de cessão temporária do útero, a criopreservação para gametas e/ou pré-embriões, à redução embrionária e ao limite no número de embriões produzidos.

Torna-se claro portanto que existem inúmeros questionamentos e situações extremamente delicadas, nas quais os profissionais que lidam com essa área devem sempre se respaldar ética e legalmente.

Doação de gametas

Não se admite nenhum tipo de remuneração em que se comprove algum tipo de comercialização. No caso de pagamento, pela receptora, da medicação a ser utilizada pela doadora, o ato seria legalmente caracterizado como simples reembolso.

O anonimato de doadores e receptores, embora sem previsão constitucional, fica eticamente garantido.

Os vínculos de filiação são baseados na manifestação de vontade (consentimento informado) do casal que se submeteu voluntariamente ao tratamento. Prevalece, portanto, a verdade afetiva, sociológica e individual.

A mulher solteira, sem marido ou acompanhante pode se submeter aos tratamentos de fertilização assistida com sêmen de doador. Embora na Resolução do CFM não haja exigência ética de um marido ou companheiro, torna-se

obrigatório o consentimento do marido, no caso da mulher casada, ou em união estável. A monoparentalidade é legalmente admitida, mas os projetos de lei prevêm soluções diferentes para esses casos.

Cessão temporária do útero

Também não pode ter caráter lucrativo. O parentesco máximo permitido é o de segundo grau. A filiação deve ser conferida à mulher que realizou o tratamento, ou seja, à mãe biológica/social. Caso haja arrependimento da doadora temporária do útero, cabe ao Estado investigar judicialmente a maternidade da criança.

Criopreservação de gametas e pré-embriões

A resolução Nº 1358/92 permite a criopreservação de espermatozóides, óvulos e pré-embriões, somente com finalidade de reprodução assistida, e não para fins de experimentação. A técnica pode ser utilizada mediante o consentimento informado quanto aos riscos inerentes ao processo de congelação. O tempo máximo é estabelecido pelo médico responsável pelo Banco de pré-embriões.

A utilização de sêmen e/ou pré-embrião *post mortem* é permitida, desde que haja vontade expressa por escrito do falecido, com todos os direitos sucessórios da prole em questão assegurados.

Os pré-embriões supranumerários que forem doados não terão vínculo biológico, pois o material genético será totalmente estranho ao casal receptor, podendo gerar dificuldade na determinação da prova de filiação.

Eugenia

A lei Nº 8974/95 prevê a intervenção em material genético humano in vivo, para terapia gênica.

Qualquer manipulação genética é permitida desde que tenha finalidade terapêutica, sempre em benefício do paciente, ou seja, para tratamento de doenças genéticas ou hereditárias. O diagnóstico genético pré-implantacional é técnica lícita e regulamentada.

Sendo assim, a utilização de técnicas de reprodução assistida para exclusivamente selecionar o sexo (sexagem) contraria o princípio do meio ambiente ecologicamente equilibrado. É considerada prática não recomendada, a menos que se queira evitar doenças ligadas ao sexo.

Redução embrionária

Em casos de gravidez múltipla, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução intra-uterina de um ou mais embriões, por tratar-se de interrupção de gravidez. A Resolução Nº 1358/92 adota o número ideal máximo de embriões a serem transferidos de quatro por ciclo, para não aumentar os riscos de multiparidade.

Clonagem

No Brasil a clonagem de seres humanos está proibida, na medida em que viola os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. A lei Nº 8974/95 (Lei de Biossegurança) veda expressamente a manipulação genética de células germinais humanas e a intervenção em material genético in vivo, exceto para o tratamento de defeitos genéticos.

A reprodução assistida, dentro da medicina, deve atuar de maneira racional, respeitando firmemente os princípios da bioética. Deve defender e preservar a vida e a identidade do concebido, e o aspecto social, biológico e afetivo dos casais que procuram ajuda através de suas técnicas.

XII. ADOÇÃO

O mundo da adoção mudou significativamente durante os últimos 30 anos. Antes dos anos 70, a adoção era a opção mais viável para a construção de uma família do que hoje em dia.

As atitudes referentes a adoção tornaram-se mais abertas, existindo maior conscientização, inclusive conhecimentos sobre efeitos emocionais, envolvendo os pais biológicos, adotivos e os adotados.

Os casais, geralmente passam do tratamento da infertilidade para a adoção, após esgotar todas as opções médicas disponíveis antes de pensar na solução da adoção, procuram determinar, com certeza, que a fraternidade biológica está fora do seu alcance.

Essa abordagem é difícil, já que o campo do tratamento da infertilidade está constantemente se modificando e se expandindo, com novas opções de tratamento, acelerando cada vez mais o ritmo da tecnologia.

Portanto, dificilmente um casal receberá o diagnóstico de que a situação não tem solução e que não existe mais nenhum tratamento que possa ser tentado.

Quando o casal considera pela primeira vez a adoção, fica perplexo pela variedade de caminhos a escolher e as extensas questões emocionais que precisam ser resolvidas. Descobre que a adoção traz também desafios igualmente grandes que parece levantar mais questionamentos do que respostas.

Existem muitos medos, referentes a abordagem da adoção, que devem ser discutidos com cuidado. Um medo comum é a necessidade de um relacionamento de sangue, para que possa existir uma relação intensa. Outro medo comum, é que a criança adotada, em algum momento, venha rejeitar os pais adotivos, dando preferência aos pais biológicos. Um outro receio é que essa criança possa ter um “mau caráter”, já que os pais adotivos, muitas vezes, não têm conhecimento da família do adotado.

Durante o tratamento médico, quando os casais estão cheios de esperança de sucesso, qualquer menção à adoção pode produzir pânico, isto é, temor que possam não ter êxito em sua busca de um filho biológico.

A adoção é o caminho, mas não é a cura para a infertilidade. Para a maior parte dos casais, a adoção é a segunda ou terceira escolha em direção a maternidade/paternidade.

A experiência da infertilidade traz ao casal muitas perdas: perda da continuidade genética; da vivência física da gravidez e do nascimento; da experiência da amamentação; perda de um filho fruto do amor que o casal tenha concebido juntos de forma tradicional; perda da auto-estima e da identidade sexual; enfim, perda do controle.

Os casais inférteis que pensam em se encaminhar para a adoção, necessitam elaborar e trabalhar essas perdas para que tenham êxito como pais adotivos.

Essa superação consiste em libertar-se de sonhos irrealizáveis e substituí-los por uma realidade consciente. Nem toda superação do pesar acontecerá antes de se realizar a adoção, porém, muitos desses sentimentos deverão estar elaborados.

É sabido que muitos desses casais, por não terem elaborado a perda, chegam no serviço de adoção querendo qualquer criança com qualquer idade, estão esgotados, frustrados; muitos querem adotar um filho porque têm a fantasia que, assim, a ansiedade deixa de existir e finalmente conseguem resultado no tratamento; outros pagam promessa, é uma troca, desejam adotar um filho depois de conseguida a gravidez.

As expectativas são enormes em relação a criança que será adotada. Os casais acreditam que o filho adotado resolverá o problema do casal, contudo, eles se deparam com mais uma etapa difícil e frustrante, passam por entrevistas minuciosas, onde muitas vezes, são barrados e aconselhados a voltarem mais tarde, outras vezes, depois de juntar uma vasta documentação, quando só falta mesmo a criança para adotar, o casal se frustra com a espera e nem sempre essa criança é como imaginaram. A preferência é de recém-nascido, querem “tirar o umbigo”, branco, bonito, essa exigência do casal torna o processo ainda mais cansativo.

XIII. CRONOLOGIA

Fim dos anos 1700: Primeira Inseminação Artificial, com sucesso, de uma mulher com o esperma do marido.

1878: Primeira tentativa em realizar uma Fertilização In Vitro usando gametas de mamíferos.

1884: Primeira tentativa de se realizar uma Inseminação Intra-uterina com esperma de doador.

1920: Descobertos os hormônios essenciais para a fertilidade, hormônio folículo estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH) e hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG).

1930: Em um ciclo normal ovariano, é estabelecido que o crescimento folicular e a ovulação são induzidos pela ação comum do LH e do FSH. Muitos cientistas estavam tentando obter gonadotrofinas naturais, suficientemente purificadas para serem usadas em pacientes que sofram de disfunções de fertilidade devido a descontrolado hormonal.

1958: Primeira indução da ovulação, com sucesso, utilizando gonadotrofinas extraídas diretamente das glândulas pituitárias humanas (hPG).

1962: Primeiro nascimento com indução de ovulação.

1978: Nascimento do primeiro bebê após Fertilização In Vitro com ciclo natural realizada pelo Dr. Robert Edwards e Dr. Patrick Steptoe.

1983: Primeiro nascimento com óvulos doados.

Primeiro nascimento com embriões congelados.

1984: Primeira Inseminação intra-uterina com esperma preparado (lavado) (IUI).

Fertilização In Vitro usada para tratamentos de infertilidade com razões imunológicas e para o tratamento da infertilidade masculina.

1992: Primeira gravidez após ICSI – injeção de um único espermatozóide dentro do óvulo.

1993: Primeira gravidez após ICSI obtida através de uma microcirurgia para a aspiração do esperma do epidídimo (MESA).

1994: Primeira gravidez após ICSI com esperma conseguido através de uma biópsia testicular (TESE).

1995: Nascimento do primeiro bebê após ICSI usando espermátides.

1999: Início das experiências com maturação in vitro de tecidos ovarianos.

2000: É produzido pela primeira vez no mundo, um embrião viável a partir de um óvulo criado por implante de célula cumulus.

É publicado na revista Human Reproduction a experiência com transferência de núcleos de óvulos – técnica que revitaliza e rejuvenece óvulos fracos ou envelhecidos. Ambos os feitos realizados pelo Dr. Peter Nagy e Dr. Jan Tesarik.

XIV. TEMAS COMUMENTE UTILIZADOS EM REPRODUÇÃO HUMANA

Aborto espontâneo: Ocorrência da expulsão natural de um feto não viável e sua placenta pelo útero.

Acrossoma: Porção da cabeça do espermatozóide que libera enzimas necessárias para que este possa penetrar na cobertura externa do óvulo.

Amenorréia – Parada da menstruação por um período superior a seis meses.

Amniocentese – Procedimento pelo qual uma pequena quantidade do líquido amniótico é removida por meio de uma agulha do envoltório fetal, ao redor de 16 semanas de gravidez.

Análise do sêmen – Exame microscópico do sêmen para determinar o número de espermatozoides (contagem), seu formato (morfologia) e sua habilidade de se movimentar (mobilidade).

Andrógenos – São os hormônios produzidos pelos testículos e que são responsáveis pelo desenvolvimento de características masculinas. Na mulher, os andrógenos são produzidos em pequenas quantidades, tanto pelas glândulas adrenais, quanto pelos ovários.

Anovulação – Ausência de ovulação.

Aspiração através de ultra-som transvaginal – Técnica guiada por ultra-som para coleta de óvulos. Uma agulha comprida e fina é passada através da vagina até alcançar o folículo ovariano e é aplicada sucção para coleta do óvulo; também conhecida como aspiração de óvulos guiada por ultra-som ou coleta transvaginal de óvulos.

Aspiração microcirúrgica de espermatozoides do epidídimo (MESA) – Remoção cirúrgica de espermatozoides diretamente do epidídimo e, dessa forma, não necessitar da sua passagem pelo vaso deferente e/ou também não necessitar de ejaculação.

Ausência bilateral congênita do caso deferente – Desordem genética causadora de azoospermia, também conhecida como fibrose cística genital, já que os homens que apresentam essa desordem são portadores ou, então, são afetados pela fibrose cística (embora possa se apresentar de forma suave, com homens assintomáticos que não sabem ser portadores da mesma, antes do diagnóstico de Azoospermia).

Azoospermia – Ausência completa de espermatozoides no sêmen.

Barriga de aluguel – Cessão temporária do útero para uma gravidez com embriões de um casal que tenha parentesco de 2º grau no Brasil.

Biópsia – Remoção de uma pequena amostra de tecido para exame microscópico.

Biópsia do endométrio – Remoção de uma pequena porção de tecido do endométrio para exame microscópico. Os resultados podem indicar se o endométrio se encontra ou não no estágio apropriado para a implantação.

Bloqueio distal das trompas – Bloqueio na extremidade da trompa de Falópio, na parte mais distante (distal), a partir da qual ela se junta ao útero e perto de onde ela encontra o ovário.

Capacitação dos espermatozoides – Procedimento de laboratório para o aumento da capacidade dos espermatozoides de penetrarem e fertilizarem os óvulos.

Cerclagem – Colocação de uma sutura não absorvível ao redor de uma abertura cervical incompetente numa tentativa de mantê-la fechada e, dessa maneira, evitar um aborto; também conhecida como ponto cervical (sutura cervical).

Cervix – Ponta estreita e inferior do útero que liga a cavidade uterina com a vagina.

Cisto de ovário – Alteração ovariana que pode ser fisiológica ou patológica. Conteúdo líquido homogêneo ou heterogêneo e de tamanho variável.

Citrato de clomifeno – Medicamento anti-estrogênico oral usado para induzir a ovulação na mulher. Algumas vezes também é usado para aumentar os níveis de testosterona em homens infértis, o que pode, por sua vez, melhorar a produção de esperma.

Coleta de óvulos – Processo pelo qual os óvulos são colhidos dos ovários através de uma agulha guiada por ultrassom, que é inserida no folículo ovariano, e os óvulos e o fluido folicular são removidos por sucção; esse procedimento também é chamado de aspiração de oócitos.

Congênito – Uma anormalidade física que já está presente no nascimento. O(s) defeito(s) é(são) devido(s) a um problema herdado, tal como genes ou cromossomas anormais ou a influência ocorrida durante a gravidez.

Corpo lúteo – Tecido formado no ovário a partir de um folículo maduro que liberou o seu óvulo na ovulação. O corpo lúteo segrega progesterona e estrogênio durante a segunda metade de um ciclo menstrual normal. A progesterona segregada prepara a superfície interna do útero (endométrio) para suportar a gravidez.

Criopreservação – Congelamento a uma temperatura bastante baixa, tal como no nitrogênio líquido (-196° C) de embriões para armazená-las para uma transferência futura para um útero ou, então, para armazenar espermatozoides para uma inseminação futura ou para ser usado em processo de reprodução assistida. No presente momento, óvulos e tecidos ovarianos têm tido um sucesso limitado no seu armazenamento através da criopreservação.

Cromossoma – Estrutura tubular localizada no núcleo (centro) de uma célula e que contém material hereditário (genético). Os seres humanos têm 23 pares de cromossomos (46 no total). Dois dos 46 são os cromossomos sexuais, que são os cromossomos X e Y. Normalmente as mulheres têm dois cromossomos X e os homens têm um X e um Y.

Descolamento – Durante a gravidez, a placenta se separa da superfície do útero, causando sangramento e dor.

Diagnóstico genético pré-implantação – Avaliação dos pré-embriões em busca de desordens genéticas antes da implantação, envolve biópsia de embriões e exame genético molecular.

Doador – Um homem que fornece espermatozoides, uma mulher que fornece óvulos ou um casal que forneça embriões para uma mulher receptora.

Ejaculação – Expulsão de sêmen pela uretra no momento do orgasmo masculino.

Ejaculação retrógrada – Condição que faz com que o material ejaculado seja liberado para dentro da bexiga, por ocasião do orgasmo do homem.

Embrião – O primeiro estágio no início do desenvolvimento humano que surge depois da união do espermatozoide e do óvulo.

Embriões doados – Embriões produzidos a partir dos espermatozoides e óvulos de um casal que são doados a outro casal.

Endométrio – Mucosa mais complexa do corpo que está na superfície interna do útero que é eliminada a cada mês com a menstruação. Conforme o ciclo mensal vai avançando, o endométrio espessa e fornece um ambiente nutritivo para a implantação de um óvulo fertilizado.

Endometriose – Condição na qual porções de tecido endometrial se desenvolvem fora da cavidade uterina em localizações anormais, tais como nos ovários, trompas de Falópio e órgão da cavidade abdominal. A endometriose pode crescer com a estimulação hormonal, causando dor na pelve, inflamação e tecidos cicatrícios. Pode também estar associada com infertilidade.

Ensaio de penetração dos espermatozoides – Teste que auxilia na avaliação da capacidade de fertilização dos espermatozoides de um homem.

Epidídimo – Um sistema de minúsculas tubulações enroladas onde os espermatozoides se juntam depois de deixar os testículos. Os espermatozoides continuam a amadurecer enquanto vão sendo empurrados através do epidídimo, que está na região pósterolateral dos testículos.

Escroto – Bolsa de pele e outros tecidos que contêm os testículos nas pessoas de sexo masculino.

Espermatogênese – Processo pelo qual espermatozoides maduros são produzidos nos testículos.

Estrógeno – Os hormônios sexuais femininos produzidos pelos ovários e que são responsáveis pelo desenvolvimento de características sexuais femininas. Os estrógenos são grandemente responsáveis pela estimulação que faz com que a superfície interna do útero engrosse durante a primeira metade do ciclo menstrual, preparando-se para uma possível gravidez. Esses hormônios são também responsáveis por ossos saudáveis e uma boa saúde. São também produzidos em pequenas quantidades pelos homens, quando a testosterona é convertida em estrogênio.

Fase luteal – Segunda parte do ciclo menstrual logo após ovulação quando o corpo lúteo segrega grandes quantidades de progesterona, fase importante na preparação do endométrio para receber um embrião para ser implantado.

Fatores imunológicos – Anticorpos ou reações alérgicas que podem causar certos tipos de infertilidade.

Fertilização “in vitro” – Um método de reprodução assistida que envolve a combinação de um óvulo com espermatozoides no laboratório. Se o óvulo fertilizar e iniciar suas divisões celulares, o embrião resultante é transferido para o útero da mulher.

Folículo – Invólucro cheio de fluido localizado logo abaixo da superfície do ovário, contendo um óvulo e células que produzem hormônios. Esse invólucro aumenta de volume e tamanho durante a primeira metade do ciclo menstrual. Na ovulação, o folículo amadurece e se rompe, liberando o óvulo. Conforme o folículo vai amadurecendo, pode ser visualizado pelo ultra-som.

Gameta – Qualquer célula germinativa, seja ela oócito ou espermatozoide.

Gonadotrofina coriônica humana (hCG) – Um hormônio que aumenta logo no começo da gravidez, é produzido pelo tecido da placenta. Sua detecção é à base dos testes de gravidez. Pode também ser usado com o substituto do hormônio luteinizante (LH) para disparar a ovulação.

Gravidez bioquímica – Uma gravidez detectada por um aumento do hormônio da gravidez no sangue (gonadotropina coriônica humana [hCG]), porém, sem implantação.

Gravidez ectópica – Gravidez que fica implantada fora do útero, geralmente na trompa. A trompa pode se romper ou sangrar com o crescimento da gravidez, tornando-se uma situação de urgência ou emergência.

Histerectomia – Remoção cirúrgica do útero. Pode ser realizada através de uma incisão abdominal (laparotomia), através da vagina (histerectomia vaginal) ou através de histerectomia vaginal auxiliada por laparoscopia (LAVH). Algumas vezes os ovários e as trompas também são removidos.

Histeroscopia para diagnóstico – Inserção de um instrumento rígido, fino e com sistema de iluminação, chamado histeroscópio que entra através da vagina, cérvix e dentro do útero, de modo que se possa visualizar a cavidade uterina.

Histerossalpingografia – Procedimento de raio-x no qual uma solução especial contendo iodo é injetada através da cérvix na cavidade uterina para fotografar o formato interno do útero e a permeabilidade das tubas uterinas.

Hormônio estimulador do folículo (FSH) – Nas mulheres, o FSH é o hormônio da hipófise, responsável por estimular o crescimento das células foliculares do ovário, estimular o desenvolvimento do óvulo e a produção do hormônio feminino estrogênio. Também é um hormônio que revela a reserva ovariana de óvulos.

Hormônio luteinizante (LH) - Nas mulheres, o hormônio da hipófise que dispara a ovulação e estimula o corpo lúteo do ovário para segregar progesterona e outros hormônios durante a segunda metade do ciclo menstrual.

Hormônios – Substâncias segregadas por órgãos do corpo, tais como a glândula hipófise, as adrenais, os ovários, e que são carregadas no plasma sanguíneo para outros órgãos ou tecidos onde essas substâncias exercem uma ação específica.

Infertilidade – Ausência de gravidez após um ano de tentativas.

Injeção intracitoplásmica de espermatozóide (ICSI) – Uma técnica de micromanipulação que envolve a injeção de um espermatozóide diretamente num óvulo, de modo a facilitar a fertilização.

Inseminação intra-uterina (IUI) – Processo pelo qual espermatozoides preparados são injetados diretamente na cavidade uterina.

Laparoscopia para diagnóstico – Inserção de uma microcâmera com sistema de lentes, chamado laparoscópio, que entra no abdômen através do umbigo, de forma que se possa ver os órgãos pélvicos internos, tais como o útero, os ovários e as trompas.

Laparotomia – Cirurgia abdominal, através de uma incisão na parede do abdome.

Lavagem de espermatozoides – Procedimento usado para separar os espermatozoides do fluido seminal antes da inseminação intra-uterina ou outras tecnologias de reprodução assistida.

Ligação tubária – Procedimento cirúrgico no qual as trompas são grampeadas, amarradas ou cortadas para impedir a gravidez.

Mamografia – Exame preventivo das mamas por meio de raio-x, para rastreamento do câncer de mama.

Menopausa – Parada natural da função ovariana e da menstruação. Pode ocorrer entre os 42 e 56 anos de idade.

Menopausa precoce – Parada da menstruação por falência ovariana antes dos 37 anos de idade.

Mioma – Tumor benigno da parede muscular do útero que pode causar sangramento uterino anormal, aborto espontâneo e dor.

Morfologia Espermática – A forma, a estrutura e o formato do espermatozóide. Seguem critérios da OMS ou específicos para fertilidade como os critérios de Kruger.

Motilidade Espermática – Porcentagem de espermatozóides que se movimentam numa amostra de sêmen. Normalmente 50% ou mais se movimentam rapidamente.

Muco cervical – Substância endocervical da qual os espermatozóides ascendem ao útero.

Ovários – Par de glândulas sexuais femininas da pelve, localizadas ao lado do útero. Os ovários produzem óvulos e hormônios que incluem o estrógeno, a progesterona e andrógenos.

Ovulação – Liberação de um óvulo maduro pelo folículo. Geralmente ocorre cerca de 14 dias antes do próximo ciclo menstrual. Esse processo é disparado pelo surgimento do hormônio luteinizante (LH) da própria paciente ou pela injeção de gonadotrofina coriônica humana (hCG).

Óvulo – A célula germinativa da mulher (oócito) produzido pelos ovários que, quando fertilizada pelo espermatozóide masculino produz um embrião, a forma mais precoce de uma vida humana.

Óvulos doados – Óvulos tirados do ovário de uma mulher fértil e doados a uma mulher infértil, que não produza ou não tenha óvulos, para serem usados em procedimentos de tecnologias de reprodução assistida, isto é, FIV e ICSI.

Plasma seminal – Fluido no qual os espermatozóides são ejaculados. O plasma seminal forma a maior parte do fluido do sêmen.

Progesterona – Hormônio feminino segregado pelo corpo lúteo depois da ovulação, durante a segunda metade do ciclo menstrual. Ele prepara o endométrio para a implantação de um embrião e também permite o completo desprendimento do endométrio na época da menstruação.

Prolactina – Hormônio liberado no sangue pela glândula hipófise com o propósito de manter a produção de leite durante o período de lactação. Quando segregada em quantidades excessivas pode levar a ciclos menstruais irregulares ou ausentes e pode também produzir uma secreção dos mamilos semelhante ao leite.

Reanastomose tubária – Recanalização das tubas, geralmente depois de terem sido obstruídas pela laqueadura.

Redução de gravidez multi-fetal – Procedimento para reduzir o número de fetos em mulheres que estejam com gravidez múltipla. O aumento do risco de parto prematuro, aborto espontâneo e outros problemas, pedem esse procedimento para evitar a perda total da gravidez ou problemas graves de saúde para a mulher.

Saco Gestacional – Bolsa cheia de fluido que envolve um embrião que se desenvolve na cavidade uterina. O ultrassom pode detectar a existência dessa bolsa no útero num estágio bem precoce de gravidez.

Salpingectomia – Operação na qual uma ou ambas as trompas de Falópio são removidas.

Segmentação – Divisão celular de um óvulo fertilizado.

Sêmen – Espermatozóides e fluido que saem pela uretra quando um homem ejacula.

Síndrome de hiperestimulação – Um grupo de sinais e sintomas que indicam estimulação excessiva dos ovários com efeitos que vão de um simples desconforto a graves complicações.

Síndrome do ovário policístico – Condição na qual o ovário contém múltiplos folículos que são associados com anovulação crônica e superprodução de andrógenos (hormônios masculinos).

Superovulação controlada – Tomar medicações hormonais (drogas ovulatórias) que estimulam o ovário a produzir óvulos múltiplos; algumas vezes é chamada de ativação dos folículos ou hiperestimulação ovariana controlada.

Temperatura basal do corpo (BBT) – Medida da temperatura corporal ao acordar. Essa medição ajuda a identificar a ovulação que é indicada por um aumento de temperatura de 0,4 oC ou mais.

Terapia de reposição hormonal – Uso de medicamentos hormonais sintéticos (estrogênio, algumas vezes junto com progesterona) em substituição aos hormônios naturais que se perdem devido à menopausa.

Teste de anticorpos contra os espermatozóides – Teste no qual o sangue, sêmen ou muco cervical são examinados para detectar a presença de anticorpos contra os espermatozóides. Esses anticorpos podem contribuir para a infertilidade do homem e da mulher.

Teste pós-coito – Análise microscópica de uma amostra de muco cervical, geralmente recolhido dentro de 6 a 18 horas depois da relação sexual, a fim de determinar a qualidade do muco cervical, o número de espermatozóides, a habilidade dos espermatozóides de penetrarem no muco; também chamado de teste de Huhner.

Testículos – As duas glândulas reprodutoras masculinas localizadas na bolsa escrotal e que produzem testosterona e espermatozóides.

Testosterona – Nos homens, hormônio primário produzido pelos testículos; é responsável pelo desenvolvimento dos espermatozóides, das características físicas masculinas e impulso sexual. Também é produzido em pequenas quantidades pelos ovários das mulheres.

Transferência de embrião – Colocação de um embrião no útero, através da vagina e da cérvix, ou no caso da transferência intrafalopiana de zigotos (ZIFT) ou transferência tubária de embrião (TET) na trompa (estas últimas atualmente em desuso).

Transferência intrafalopiana de gametas (GIFT) – Uma tecnologia de reprodução assistida que envolve a remoção cirúrgica de óvulos do ovário de uma mulher, combiná-los com espermatozóides e injetar imediatamente a mistura de óvulos/espermatozóides na trompa. Desse modo, a fertilização tem lugar na trompa, como na natureza. Uma desvantagem da GIFT é a incapacidade de sabermos se ocorrem ou não a fertilização, no caso da mulher não engravidar.

Transferência intrafalopiana de zigoto (ZIFT) – Um procedimento de tecnologia de reprodução assistida na qual os óvulos são coletados e combinados com espermatozóide no laboratório e o zigoto resultante é transferido para a trompa de Falópio no estágio pré-nuclear.

Trompas de Falópio – Órgão duplo e oco ligado ao útero na sua porção fúndica lateral através dos quais o óvulo caminha do ovário até o útero. A fertilização, em geral, ocorre nas trompas.

Ultra-som – Técnica de geração de imagens na qual um quadro dos órgãos internos é conseguido através de ondas sonoras de alta frequência, imagens estas vistas através de uma tela de vídeo; é usada para monitorar o crescimento dos folículos ovarianos ou de um feto e para coletar óvulos. Pode ser feita por via abdominal ou vaginal.

Ultra-som transvaginal – Técnica de geração de imagens que usa uma sonda cilíndrica lisa colocada na vagina e ondas sonoras para visualizar órgãos através da tela de um monitor.

Uretra – Nos homens, o tubo que sai da bexiga e carrega urina e sêmen para fora do corpo. Nas mulheres, o tubo que sai da bexiga e carrega urina para fora do corpo.

Útero – Órgão reprodutor feminino, oco e muscular localizado na pélvis, onde um embrião se implanta e cresce durante a gravidez. A superfície interna do útero, chamada endométrio, produz o fluxo de sangue menstrual mensal quando não há gravidez.

Útero bicorno – Defeito embriológico em que o útero se apresenta com formato de coração e um recorte dentado central. Essa condição pode resultar em trabalhos prematuros de parto ou posicionamento anormal do feto no útero.

Útero didélfico – Um útero duplo completo com uma dupla cérvix. Muitas vezes aparece associado com uma vagina parcial ou completamente dupla.

Útero septado – Anormalidade congênita no qual o útero tem uma superfície externa de aparência normal, mas tem uma parede central de tecido fibroso (septo) dentro da cavidade uterina.

Varicocele – Veias varicosas ou dilatadas dentro do escroto e que podem causar infertilidade em alguns homens.

Vasectomia – Procedimento cirúrgico que corta os vasos deferentes, geralmente para fins de esterilização.

Vaso deferente – Dois tubos musculares que carregam os espermatozoides do epidídimo até a uretra.

Vesículas seminais – Duas glândulas localizadas atrás da bexiga que se juntam a cada vaso deferente e se esvaziam na uretra. Elas contribuem com cerca de 90% do volume fluido do sêmen.

Viscosidade do sêmen – Espessura do sêmen.

Volume do sêmen – Quantidade do sêmen. A quantidade normal do sêmen por ejaculação é de 2 a 5 mililitros.

Zigoto – Um óvulo fertilizado antes de começar a divisão celular.

Zona pelúcida – A camada externa do óvulo que funciona de certo modo como uma concha. O espermatozoide deverá penetrar nessa concha de modo a fertilizar o óvulo.

XV. REFERÊNCIAS E SUGESTÕES DE LEITURA

- ABDELMASSIH, R. *Tudo por um bebê*. São Paulo, Editora Globo, 1999.
- ABRÃO, M.S., ABRÃO, C.M., REISS, R.W., VASCONCELLOS, E.G. Ansiedade, stress e endometriose *in*: ABRÃO, M.S. (org.): *Endometriose, uma visão contemporânea*. Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2000.
- ACOSTA, A.A., REMOHI, J. *Indução da Ovulação*. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.
- ANDERHEIM, L., HOLTER, H., BERGH, C., MOLLER, A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, Vol.20, No.10, pp. 2969-2975, 2005.
- ANDREWS, F.; ABBEY A. & HALMAN L. - Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *J. Health Soc. Behav.*, 32:238-42, 1991.
- ANDREWS, F.M., ABBEY, A, HALMAN, L.J. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, 57:1247-1253, 1992.
- ANGERAMI-CAMON (org.): *Psicologia da Saúde*. Editora Pioneira, São Paulo, 2000.
- ANTONIAZZI, A.S., DELL`AGLIO, D.D., BANDEIRA, D.R. *O conceito de coping: Uma revisão teórica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- BARAM, D.; TOURTELOT, E.; MUECHLER, E.; HUANG, E.; HUANG, K. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J. Psychosomatic. Obstet. Gynecol.* 9:181-90, 1988.
- BEAUREPAIRE J.; JONES, M.; THIERING, P.; SAUNDERS, D.; TENNANT, C.- Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J. Psychosom. Res.*, 38:229-40, 1994.
- BECKER, G., NICHTIGALL, R.D. "Ambiguous responsibility in the doctor-patient Relationship: the case of infertility". *Soc. Sci Med.* 32:875-885, 1991.
- BECKER, G.. *Healing the infertile family*. Bantam Ed., New York, NY, 1990.
- BELL, S. - Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *J. Psychosom. Res.*, 25:1-3, 1981.

- BENAZON, N.; WRIGHT, J. & SABOURIN, S.- Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J. Sex Mar. Ther.*; 18:273- 84, 1992.
- BERG, B. *A predictor model of stress reaction in infertility: mitigating and exacerbating factors*. Doctoral Dissertation, University of South Carolina, 1987.
- BERG, B. E., WILSON, J. Psychiatric morbidity in the infertile population: A reconceptualization. *Fértil Steril* ,53, 1990.
- BERG, B.J. & WILSON, J.F. - Psychological functioning across stages of the infertility investigation. *J. Behav. Med.*, 14:11-26, 1991.
- BERGER, DM. – Infertility: A psychiatrist' s perspective. *Can. J. Psychiat.* 25:553- 9, 1980
- BERTARELLI FOUNDATION SCIENTIFIC BOARD. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *Hum. Reprod.* 15:330-4, 2000.
- BION, W.R. *Estudos psicanalíticos*. São Paulo, Imago, 1994.
- BOIVIN, J. & TAKEFMAN, J. - Impact of the in vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum. Reprod.*, 11:903-7, 1996.
- BOIVIN, J., ANDERSSON L, SKOOG-SVANBERG A, HJELMSTEDT A, COLLINS A, BERGH T. - Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar responses pattern in husbands and wives. *Hum. Reprod.*, 13:3262-7, 1998.
- BURNS, L.H. - Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective. *Fam. Proc.*, 26:359-72, 1987.
- BURNS, L.H., COVINGTON, S.N. *Infertility counseling*. New York, The Parthenon Publishing Group Inc., 2000.
- BURRY, M. - Chronic illness as a biographic disruption. *Soc. Health Illn.*, 4:167-82, 1982.
- CALLAN, V. & HENNESSEY, J. The psychological adjustment of women experiencieng infertility. *B. J. Med.Psychol.* 61:137-40, 1988.
- CARVALHO, W.D.P., CARVALHO, C.A.P., FOCCHI, J., FREITAS, V., ALDRIGHI, J.M; PERES, J.A.T. Fator psicodinámico en esterilidad femenina. *Rev Latinoamer Esteril Fertil*3(1): 32-5, 1989.
- CHATEL, M M. El malestar en la procreación. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.

- CHEIDID,S. *Infertilidade*. São Paulo, Editora Contexto, 1998.
- CHILLIK,C.F. *Por qué no podemos tener um hijo?* Guia médico para parejas com problemas de fertilidad. Buenos Aires, Editora Atlántida, 2000.
- COLLINS, A; FREEMAN, EW.; BOXER, AS.; TURECK, R. - Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil. Steril.*, 57: 350-6,1992.
- CONNOLLY, KJ.; EDELMAN, R.; BARTLETT, H.; COOKE, I.; LENTON, E.; PIKE, S. – An evaluation of counseling for couples undergoing treatment for in vitro fertilization. *Hum. Reprod.*; 8:1332-8, 1993
- I CONSENSO BRASILEIRO. *Infertilidade Masculina*. São Paulo, Editora B.G. Cultural, 1999.
- COVINGTON, S.N. Psychosocial evaluation of the infertility couple: implications for social work practice. *In: VALENTINE, D. : Infertility and Adoption: a guide for social work practice*. Binghamton, NY: Haworth, 21-36, 1988.
- DANIELS, K. - Management of the psychosocial aspects of infertility. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.*, 32:57-61, 1992.
- DANILUK, J. - Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil. Steril.*, 49:982-90, 1988.]
- DEMYTTENAERE, K.; NIJS, P.; EVERS-KIEBOOMS, G.; KONINCKX, PR. - Coping style and psychoendocrinological stress response during in vitro fertilization. *J. Psychosom. Res.*, 35:231-43, 1991.
- DOWNEY, J.; YINGLING, S.; MCKINNEY, M.; HUSAMI, N.; JEWELWICZ, R.; MAIDMAN, J. – Mood disorders, psychiatric symptoms and distress in women presenting for infertility. *Fertil. Steril.*, 52:425-32, 1989.
- EDELMAN, RJ.- Emotional aspects of in vitro fertilization procedures: Review. *J Reprod. Inf. Psychol.*; 8:161- 73, 1990.
- EDELMAN, RJ.; CONNOLLY, KJ.; BARTLETT, H.- Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *J. Psychosom. Res.*, 38:355-64, 1994.
- ELSTEIN, M. - Effect of infertility on psychosexual function. *Br. Med. J.*, 3:296-8, 1975.
- FILETO, J. ; MAKUCH, M. Y. . Long-term follow-up of women and men after unsuccessful IVF. *Reproductive BioMedicine Online -RBMOonline*, v. 11, n. 4, p. 458-463, 2005.
- FRANKLIN, S. - *Embodied progress, a cultural account of assisted conception*. Routledge, London, 1997.
- GREENFELD, D.A. Preface - Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America. *Psychol Issues Infertil*, 1993.

- HARKNESS, C. *The Infertility Book: A comprehensive medical & emotional guide*. Celestial Arts Ed., Berkeley, CA, 1992.
- HJELMSTEDT, A; ANDERSSON, L.; SKOOG-SVANBERG, A; BERGH, T.; BOIVIN, J.; COLLINS, A – Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI- treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*; 78:42- 8, 1999.
- HUNT, J.; & MONACH, JH. – Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum. Reprod. Natl.* 12, (Suppl. 2):188- 94,1997.
- HYNES, GJ.; CALLAN, VJ.; TERRY, DJ; ET AL. – The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br. J. Med. Psychol.*; 65: 269- 78, 1992.
- KRAFT, A.; PALOMBO, J.; MITCHELL, D.; DEAN, C.; MEYERS, S.; SCHMIDT A. - The psychological dimensions of infertility. *Amer. J. Orthopsychiat.*,50:618-22, 1980.
- KLOCK, S.C., JACOB, M.C., MAIER, D. A prospective study of donor insemination recipients: secrecy, privacy, and disclosure. *Fertil Steril*62:477-484, 1994.
- KOPITZKE, E.; BERG, B.; WILSON, J.; OWENS, D. - Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: perspectives of professionals and patients. *Fertil. Steril.*, 55:1137-43, 1991.
- KUSNETZOFF, J.C. Aspectos Gerais da Infertilidade Conjugal. In BADALOTTI, M., TELOKEN, C., PETRACCO, A eds: *Fertilidade e Infertilidade Humana*. Editora Médica e Científica Ltda., 19, 1997.
- LAFFONT, I. & EDELMAN, RJ. – Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *J. Psychosom. Obstet Gynecol.* 15:183-8, 1994.
- LALOS, A., LALOS, O., JACOBSON, L., VONSCHAULTS, B. Psychological reaction to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynaecol Obstet Invest* 20:209-11, 1985.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York, 1984.
- LEIBLUM, S.; KEMMANN, E.; LANE, MK - Unsuccessful in vitro fertilization: a follow-up study. *J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.* 4:46-50, 1987a.
- LEIBLUM, S.; KEMMANN, E.; LANE, MK.- The psychological concomitants of in vitro fertilization. *J. Psychos. Obstet. Gynecol.*, 6:165-78, 1987b.
- LEIBLUM, S. R.; AVIV, A.; HAMER, R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod*, 13:3569-74, 1998.

- MACHTIGALL, R., BECKER, G., WOZNY, M. The effects of gender specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril* 57:113-21, 1992.
- MAHLSTEDT, P. - The psychological component of infertility. *Fertil. Steril.*, 43:335-46, 1985.
- MAHLSTEDT, P.; MAC DUFF, S.; BERNSTEIN, J. - Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.* 4:232-36, 1987.
- MAHLSTEDT, P.P., GREENFELD, D.A. Assisted reproductive technology with donor gametes: the need for patient preparation. *Fertil Steril* 52:908-14, 1989.
- MAKUCH, M Y. - *Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato reprodutivo*. Campinas, 1996. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]
- MAKUCH, M Y. - *Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP*. Campinas, 2001. [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]
- MALDONADO, M.T. *Psicologia da Gravidez*. São Paulo, Editora Saraiva, 1997.
- MALUF, V.M.D. *Coping e crenças nas mulheres em tratamento de reprodução assistida*. Dissertação de Mestrado, PUCSP, Núcleo de Psicologia Hospitalar e Psicossomática, 2005.
- MALUF, V., VASCONCELLOS, E.G. O casal infértil e os efeitos criados no corpo. Uma abordagem contemporânea. São Paulo, *Boletim da SBRH*, Ano 2, no.2, Junho/Julho, 2004.
- MARTERS, M.H., JOHNSON, V.E., KOLODNY, R.G. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1997.
- MCWHINNIE, A. Reproductive Medicine: Why do need counselling? In: JENNINGS, SE ed., *Infertility Counselling*. Blackwell Science Ltd., Oxford 1995, 234 - 52, 1995.
- MENNING, B. - The emotional needs of infertile couples. *Fertil. Steril.*, 34:313-9, 1980.
- MILNE, B. - Couples' experience with in vitro fertilization. *J. Obstet. Gynecol. Nurse*, September-October, 347-52, 1988.
- MONACH, JH. - *Childless : no choice*. Routledge, London, 1993.
- MOREIRA, S.N.T., MAIA, E.M.C., TOMAZ, G. Aspectos Psicológicos no tratamento de infertilidade. *In Revista Reprodução & Climatério*, Vol.17 n.2, abril / agosto 2002.
- MORSE, C. & DENNERSTEIN, L. - Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: a preliminary survey. *J. Psychos. Obstetr. Gynaecol.*; 4:207- 19, 1985.

- NEWTON, C.R.; HEARN, M.T.; YUSPE, AA. - Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertil. Steril.*, 54:879-86, 1990.
- NEWTON, C. & YUSPE AA. – Psychological monitoring of patients in assisted reproduction. *Assist. Reprod. Rev.*, 2:184-93, 1992.
- NOLASCO, S.- *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1993.
- OLIVEIRA, D.C.A. . *Reprodução Assistida: até onde podemos chegar?* Editora Gaia, São Paulo, 2000.
- PLATT, J.; FICHER, I.; SILVER, M. - Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies. *Fertil. Steril.*, 24:972-976, 1973.
- READING, A.E. Sexual aspects of infertility and its treatment. *Psychol Issues Infertil* 4:559-67, 1993.
- ROSAS, C. F. (coordenador). *Ética em ginecologia e obstetrícia*. Cadernos Cremesp, São Paulo, 2002.
- ROSSI-FERROGUT, L.M., IACONELLI J.R.A., BORGES J.R.E. O diagnóstico na infertilidade conjugal. *In Jovem Médico, Revista de medicina atual*/Vol. 6. pp 114- 117, Abril/ Maio, 2001.
- SALZER, L. *Surviving infertility*. Harper Perennial Ed., New York, 1991.
- SEIBEL, M.M., TAYMOR, M.L. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril*37:137-145, 1982.
- SEGER-JACOB, L. *Stress e ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida*. Tese Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.
- SEIBEL, M.& LEVIN, S. – A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF. *J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.*, 4:135-40, 1987.
- SGRECCIA, E. *Manual de bioética I – fundamentos e ética biomédica*. Edições Loyola, São Paulo, 1996.
- SHAPIRO, C. - *Infertility and pregnancy loss*. Jossey-Bass, San Francisco, 1988.
- SHAPIRO, C. - *When part of the self is lost*. Jossey-Bass, San Francisco, 1993.
- SYME, G. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Hum. Reprod.* 12: Suppl. 183- 7, 1997.
- TARLATZIS, I., TARLATZIS, B.C., DIAKOIANNIS, I. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8:396-401, 1993.
- TUBERT, S. – Maternidad, esterilidad y tecnología reproductiva. *Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat.*, 40:115-26, 1994

- ULBRICH, PM.; COYLE, AT. & LLABRE, MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J. Sex. Marital. Ther.* 16:147-58, 1990.
- VAN BALEN, F. & TRIMBOS-KEMPER, TC. Involuntay childless couples: their desire to have children and their motives. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 16:137- 44, 1995.
- VASCONCELLOS, E.G. O modelo psiconeuroendocrinológico do stress. In SEGER-JACOB, L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora.* São Paulo, Santos, 2002.
- WALLACE, E. When should infertility patients consider stopping treatment? A doctor's view. *RESOLVE National Newsletter XVII (2)*, 1992.
- WEAVER. S.M.; CLIFFORD, E.; HAY. D.M.; ROBINSON, J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Educ Couns*, 31:7-18, 1997.
- WEIGEL, D., AUXIER, C., FRYE, T. "Multiple birthing trends: impact on couples and families". *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 8:380-386, 2000.
- WRIGHT, J., DUCHESNE, C., SABOURIN, S., BISSONETTE, F., BENOIT, J., GIRARD, Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55:100-108, 1991.
- YIN, M.L.Y. *Aspectos psicológicos da esterilidade feminina.* São Paulo, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da PUCSP, 1987.

XVI. REFERÊNCIAS DE TRABALHOS DE PESQUISADORES BRASILEIROS

Consideramos que esta atualização não ficaria completa sem um destaque para as pesquisas nacionais em infertilidade, reprodução humana e saúde mental. Por tanto, procuramos publicações nacionais em Reprodução Assistida e Saúde Mental.

Realizamos uma pesquisa em sites das principais revistas nacionais de Tocoginecologia, Reprodução Humana, Saúde Pública, Saúde Mental e Psicologia. As palavras-chave utilizadas foram: infertilidade, fertilização *in vitro*, reprodução humana, reprodução assistida, saúde mental, aspectos emocionais, aspectos psicológicos, vivências e aspectos psicossociais. Procuramos por monografias, dissertações e teses na área de Reprodução Humana e Psicologia nas bibliotecas de algumas universidades em diversas regiões do país.

Estamos cientes que não conseguimos procurar em todas as bibliotecas das universidades, não identificamos todos os livros e capítulos de livros publicados, e que, talvez não reunimos todas as publicações nacionais sobre os temas propostos.

Por tanto solicitamos a colaboração de todos os associados da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e de todos os profissionais que trabalham em Reprodução Humana para aprimorar este levantamento da produção nacional.

LIVRO

Ribeiro, M. Infertilidade e Reprodução Assistida – desejando filhos na família contemporânea. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 2004. 124 pp;

PERIÓDICOS NACIONAIS

FEMINA

Avelar CM, Moraes LAM, Marinho RM, Caetano. Acompanhamento psicológico dos casais submetidos a programas de reprodução assistida. *Femina* 27(10):815-16, 1999.

Tomaz G, Moreira SNT. Psicologia em Reprodução Humana. *Femina* 29(7):445-8, 2001.

Lobo JT, Coser Filho AO, Canella PRB. Um Olhar Psicanalítico Sobre a Infertilidade sem Causa Aparente. *Femina* 31(7):651-5, 2003.

Faisal-Cury A. Psicossomática da Esterilidade: as Relações entre o Biológico e o Psíquico. *Femina* 31(6):519-21, 2003.

Curvo-Leite R, Makuch MY, Petta CA. A Comunicação Médico-Paciente em Consulta por Infertilidade Conjugal. *Femina* 32(1):47-52, 2004.

Tomaz-Moreira SN, Tomaz G, Azevedo GD. Aspectos Psicológicos da Infertilidade Conjugal. *Femina* 33(1):19-24, 2005.

REPRODUÇÃO E CLIMATÉRIO

Busso NE, Machado MAS, Righi MMC, Vieira M, Crepaldi A. Ciclo natural em reprodução assistida: Apresentação de caso. *Reprodução e Climatério*, v. 14, n. 4, p. 207-10, 1999.

Avelar CM, Moraes LAM, Marinho RM, Caetano JPJ. Infertilidade e emoção. *Reprodução e Climatério*, v. 15, n. 4, p. 203-5, 2000.

URRUTIA, D. N. ; GENGHINI, M. H. ; MAKUCH, M. Y. . Vivências de mulheres com diagnóstico de infertilidade primária: significado para o atendimento. *Reprodução e Climatério*, v. 17, n. 2, p. 118-121, 2002.

JORNAL BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Melamed RMM, Borges Jr E, Iaconelli Jr A, Rossi-Ferragut LM. Aspectos emocionais mobilizados pela fertilização assistida. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 4(2):83-5, 2000.

Jacob LS. Estresse e ansiedade em casais submetidos a reprodução assistida. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 5(2):55-9, 2001. Tese (Doutorado - Psicologia) - Universidade São Paulo, 2000.

Melamed RM, Rossi-Ferragut LM, Aoki T, Iaconelli Jr, A Borges Jr E. Aspectos psíquicos X reprodução assistida. Estudo de caso - Vínculo primitivo e interação negativa para o sucesso. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 5(1):35-7, 2001.
Franco Jr JG, Baruffi RLR, Mauri, Petersen CG, Felipe V, Garbellini E. Psicometria do stresse no casal infértil. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 5(2):55-9, 2001.

Franco Jr JG, Baruffi RLR, Mauri, Petersen CG, Felipe V, Garbellini E. Psicometria do stresse após técnica de reprodução assistida. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 5(2):66-72, 2001.

Oliveira JBA, Silva PG, Ache RS, Baruffi RLR, Mauri AL, Petersen CG, Felipe V, Franco Jr. JG. Comparação, em mulheres inférteis, de teste de avaliação psicológica com a análise psicanalítica clássica. *J. Brasileiro Reprod. Assist.* 8(1):20-5, 2004.

Melamed RMM, Bonetti TCS, Rossi LM, Locambo CV, Iaconelli Jr A, Borges Jr E. Expectativas e Reações Emocionais dos Casais Submetidos a Técnicas de Reprodução Assistida. J. Brasileiro Reprod. Assist. 9(2):20-7, 2005.

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

(www.scielo.br)

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

PATIENT EDUCATION COUSELING

LEITA RC, MAKUCH MY, PETTA CA, MORAIS SS. WOMEN'S SATISFACTION WITH PHYSICIANS' COMUNICATION SKILLS DURING NA INFERTILITY CONSULTATION.

Patient Education Couseling, 59:38-45, 2005 .

CAPÍTULO DE LIVRO

HARDY E, MAKUCH MY - Considerações Bioéticas sobre a Reprodução Humana. In: Neves P, & Rodrigues Neto N – Infertilidade Masculina
Editora Atheneu, São Paulo, SP, 2002

BAHAMONDES L, MAKUCH MY – Aspectos Epidemiológicos da Infertilidade Conjugal. In: Neves P, & Rodrigues Neto N – Infertilidade Masculina
Editora Atheneu, São Paulo, SP, 2002

MAKUCH MY. Enfoque qualitativo em pesquisa em reprodução assistida. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER – Pesquisa Qualitativa em Saúde - Múltiplos Olhares.
Editora Komedi, Campinas, SP, 2005.

HARDY E, MAKUCH MY – Gender, infertility and ART. In: Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD – Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction
World Health Organization, Byword Editorial Consultants, New Delhi, India. 2002, p.272-280

TESE UNIV. FEDERAL CEARÁ

(www.ufc.br)

Oriá Mônica Oliveira Batista.

O casal infértil em busca do filho desejado: uma abordagem interacionista na perspectiva da mulher. Fortaleza, 2003. 143f, Diss. (Mestrado) - UFC, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

TESES

Usando a palavra chave "INFERTILIDADE"

BIBLIOTECA DA PUC SÃO PAULO

<http://www.biblio.pucsp.br/>

Autor: Guazzelli, Maristela Piva

Título: Afetividade, ansiedade e depressão em casais inférteis.

Fonte: Porto Alegre; s.n; 1999. 92 p. .

Tese: Apresentada a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia para obtenção do grau de Mestre.

Autor: Bittelbrunn, Ana Cristina da Costa

Título: Indivíduos férteis e inférteis frente aos tratamentos para a fertilidade

Fonte: Porto Alegre; s.n; 2000. 87 p. ilustr.

Tese: Apresentada a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia para obtenção do grau de Mestre.

Autor: Avila, Virginia Bergmann

Título: Depressão, responsividade emocional e relações objetais com a figura materna em mulheres inférteis

Fonte: Porto Alegre; s.n; 2002. 78 p. .

Tese: Apresentada a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia para obtenção do grau de Mestre.

Autor: Souza, Solange Lopes de

Título: Expressão psicossomática na infertilidade conjugal: investigação dos processos de enfrentamento

Fonte: São Paulo; s.n; 2005. 180 p. ilustr., tab.

Tese: Apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica para obtenção do grau de Mestre.

Autor: Maluf, Vera Maria Daher

Título: Coping e crenças em mulheres no tratamento de reprodução assistida / Coping and beliefs of women undergoing assisted reproduction treatment

Fonte: São Paulo; s.n; 2005. 116 p. ilus, tab, graf.

Tese: Apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica para obtenção do grau de Mestre.

Autor: Jacob, Liliana Seger

Título: Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida / Stress and anxiety in couples submitted to assisted reproduction

Fonte: São Paulo; s.n; 2001. 199 p. .

Tese: Apresentada a Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia para obtenção do grau de Doutor.

BIBLIOTECA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

http://www.unicamp.br/unicamp/servicos/servicos_arqbibl.html

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS:

Autor: Makuch, Maria Yolanda.

Título: Tese (mestrado) - Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato reprodutivo

Fonte: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Medicas, 1996.

Orientador: Neury Jose Botega.

Autor: Makuch, Maria Yolanda.

Título: Tese (doutorado) - Vivencias de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP / Maria Yolanda Makuch.

Fonte: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Medicas, 2001.

Orientador: Mauricio Knobel.

Autor: Domingues, Rosangela Curvo Leite.

Título: Tese (mestrado) - Comportamentos comunicativos dos médicos e satisfação das mulheres em consulta por infertilidade conjugal / Rosangela Curvo Leite Domingues.

Fonte: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Medicas, 2004

Orientadores: Maria Yolanda Makuch, Carlos Alberto Petta.

Autor: Gonçalves, Esequiel Laco.

Título: Tese (doutorado) - Implicações psicológicas da (in)fertilidade em mulheres com fenotipo feminino e genotipo discordante

Fonte: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2006

Orientadores: Fatima Bottcher-Luiz, Maria Yolanda Makuch.

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Livros

Título: Promocion de la salud : como construir vida saludable

Autores: Helena E. Restrepo, Hernan Malaga [coord.] ; [colaboradores Marta Lucia Castro Ramirez] ... [et al.] -

Publicação: Bogota : Medica Panamericana, c2001. 298p. : il.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

<http://teses.eps.ufsc.br/tese.asp>

Título: Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida.

Autor: Seger-Jacob, Liliana

Unidade: Instituto de Psicologia (IP)

Orientador: Vasconcelos, Esdras Guerreiro

Data da Defesa: 09/04/2001

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-11102001-141733/>

CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE

<http://www.feevale.br/home/>

Dados do Acervo - Monografias

Autor Principal: Ferreira, Luciane Dienstmann, 1982-

Entradas Secundárias Konzen, Marita Beatriz, 1959- orientação

Título Principal: Monografia (Conclusão do Curso de Direito) - A reprodução humana assistida à luz do direito [Monografia de Direito] : os avanços das técnicas reprodutivas e o consequente desafio jurídico

Fonte: Centro Universitário Feevale. Curso de Direito, 2005

http://aplicweb.feevale.br/acervo/180000/183500/17_183518.htm?codBib=

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

<http://verum.pucrs.br/ALEPH>

MONOGRAFIA

Autor : Mottin, Caroline

Título: Monografia (Graduação em Direito) - Reprodução humana assistida.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito, 2003

MESTRADO

Autor: Bittelbrunn, Ana Cristina da Costa

Título: (Mestrado em Psicologia) - Indivíduos férteis e inférteis frente aos tratamentos para a fertilidade.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, 2000

Autor: Farinati, Débora Marcondes

Título: (Mestrado em Psicologia) - Qualidade de vida, estresse e estratégias de coping em homens e mulheres submetidos a tratamentos de reprodução assistida.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, 2005

Autor: Guazzelli, Maristela Piva

Título: (Mestrado em Psicologia) - Afetividade, ansiedade e depressão em casais inférteis.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, 1999

DOUTORADO

Autor: Michelin, João da Rosa

Título: (Doutorado em Medicina) - Envelhecimento feminino: perfil reprodutivo na fertilização assistida.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, 2003

Autor: Patarra, Neide Lopes

Título: O estudo sobre reprodução humana no distrito de São Paulo : um enfoque sociológico.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Saúde Pública, 1972

Autor: Michelin, João da Rosa

Título: Envelhecimento feminino: perfil reprodutivo na fertilização assistida.

Fonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO– VITÓRIA/ES

Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Zeidi Araújo Trindade & Sônia Regina Fiorim Enumo. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE INFERTILIDADE FEMININA ENTRE MULHERES CASADAS E SOLTEIRAS. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2001, 2 (2), 5-26.
<http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-2/zeidi-5-26.pdf>

SERRA, ANA MAFALDA e LEAL, ISABEL PEREIRA. Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Aná. Psicológica*, jul. 2005, vol.23, no.3, p.283-288. ISSN 0870-8231.
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312005000300006&script=sci_arttext&lng=pt

Centro de Ciências Humanas e Naturais - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

BORLOT, Ana Maria Monteiro (2002). *"Sangue do meu sangue": As tecnologias de Reprodução Assistida e a importância do filho biológico..* Dissertação de Mestrado. Vitória, ES: PPGP/UFES.
<http://www.ufes.br/~dpg/psicologia/egressos.htm>

Orientador: Zeidi Araujo Trindade

Data da defesa: 28/08/2002

CAMARGO, Juliana Frozel de. Fecundação *in vitro* com transferência embrionária: principais aspectos éticos e legais. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2002. Dissertação (Mestrado *Stricto Sensu* - área de concentração: Direito Civil). Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo Tejerina Velázquez.
<http://www.fkb.br/arquivos/arquivo8.doc>

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – RJ

Monografias

CANÇADO, Tatiana Abdalla Silva. Aspectos psicológicos na infertilidade. , 2002. 40 f . Trabalho monográfico (Graduação em Psicologia)- Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro . Infertilidade feminina
<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

CARNEIRO, Ana Paula Cordovil. Infertilidade : quero meu filho: por que ele não vem?. , 2003. 26 f. Trabalho monográfico (Graduação em Psicologia) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro . Infertilidade; Maternidade; Mãe e filhos; Psicologia
<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

ALVES, Virginia Maria Perantoni de Andrade. Reprodução assistida: legislação e reflexos sociais e éticos. , 2005. 85 Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Resende. Biodireito; Reprodução humana

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

BRASILEIRO, Renata de F. Reprodução assistida. , 2004. 60 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Reprodução humana, Aspectos jurídicos.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

BENVENUTI, Ana Cristina Latini. Reprodução humana: inseminação assistida e fertilização in vitro: da bioética ao biodireito. , 2001. 91 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)- Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Reprodução humana; Bioética; Inseminação artificial humana.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

ABREU, Andréa Araújo de. Reprodução assistida heterologa e seus reflexos no direito de família e no direito das sucessões. , 2001. 50 f. Trabalho monografia (Graduação em Direito) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Reprodução humana; Bioética; Direito de família; Direito das sucessões.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

MAGALHÃES, Leonardo Nunes. Reprodução assistida sob a ótica do direito civil constitucional. , 2002. 67 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Reprodução humana, Legislação; Direito constitucional

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

PINTO, Ana Paula de Sá Ferreira. Reprodução humana à luz do direito: a reprodução assistida, o princípio da dignidade da pessoa humana. , 2004. 91 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Reprodução humana, Aspectos jurídicos.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

SILVA, Eliane Cristine da. Aspectos jurídicos relevantes da reprodução humana assistida. , 2002. 50 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Reprodução humana, Aspectos jurídicos.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

FONSECA, Taize Faria da. Aspectos jurídicos da reprodução humana assistida. , 2004. 64 f. Trabalho monográfico (Graduação em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Resende. Reprodução humana, Aspectos jurídicos.

MESTRADO

FREITAS, Marilza. Reprodução humana assistida e os novos contornos das entidades familiares. , 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Direito à vida; Reprodução humana, Aspectos jurídicos; Planejamento familiar.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

MIGUEL, Carlos Eduardo Annechino Moreira. Reprodução humana assistida: aspectos bioéticos e jurídicos. , 2004. 84 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Direito à vida; Bioética; Biodireito; Reprodução humana, Aspectos jurídicos.

<http://sib.estacio.br/online/resultado.asp>

RAPOZO, Fabrício El-Jaick. Reprodução humana assistida e direito sucessório. , 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. Direito à vida; Reprodução humana; Bioética; Biodireito; Direito das sucessões.

ARTIGOS NA BASE DE DADOS <http://www.scielo.br>

Del Priore M. Homens e mulheres: o imaginário sobre a esterilidade na América portuguesa. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*. Vol VIII(1):98-112, 2001. [on line - www.scielo.br]

Trindade, Zeidi Araujo and Enumo, Sônia Regina Fiorim. Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicol. USP*, 2002, vol.13, no.2, p.151-182.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz, LIMA, Josivan Gomes de, SOUSA, Maria Bernardete Cordeiro de *et al.* Stress and female reproductive function. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Jan./Mar. 2005, vol.5, no.1, p.119-125. ISSN 1519-3829.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100015

BRAGA, Maria da Graça Reis and AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. Family: maternity and assisted reproduction. *Psicol. estud.*, Jan./Apr. 2005, vol.10, no.1, p.11-18. ISSN 1413-7372.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

BORLOT, Ana Maria Monteiro and TRINDADE, Zeidi Araújo. The reproductive technologies and the social representations of biological children. *Estud. psicol. (Natal)*, Jan./Apr. 2004, vol.9, no.1, p.63-70. ISSN 1413-294X.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100008&lng=en&nrm=iso

Trindade, Zeidi Araujo and Enumo, Sônia Regina Fiorim Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicol. USP*, 2002, vol.13, no.2, p.151-182. ISSN 0103-6564

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso