

Aspectos Emocionais da Infertilidade e da Reprodução Medicamente Assistida*

Débora Marcondes Farinati

Introdução

Ter filhos é uma parte fundamental do projeto de vida da maioria dos homens e mulheres. Para muitos, constitui um passo importante para o alcance da maturidade e do desenvolvimento pessoal, além de ensejar o cumprimento de um importante papel social. A obstaculização do projeto parental pela infertilidade impõe aos casais que enfrentam o temor da não realização do desejo de maternidade e paternidade um importante sofrimento emocional e social. Na atualidade, as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) têm possibilitado uma ampla gama de alternativas terapêuticas para infertilidade ampliando sobremaneira as chances de gravidez. Não obstante, as novas formas de concepção e filiação requerem especial atenção por demandarem aos sujeitos envolvidos e à sociedade reflexão e adaptação às modificações por elas impostas. Este trabalho objetiva abordar os aspectos psicológicos envolvidos na temática da infertilidade e indicar as possibilidades de compreensão e intervenção do psicanalista/psicólogo junto aos sujeitos que atravessam esta problemática.

A Associação Americana para Medicina Reprodutiva (ASMR) define a infertilidade como a falta de gestação detectada clínica ou hormonalmente após 12 meses de relações sexuais normais sem anticoncepção (Badalotti M, T, Petracco A, 1997). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentam dificuldades para levar a cabo seu projeto de parentalidade em algum momento de suas vidas. Calcula-se que este índice atinja aproximadamente 20% dos casais em idade reprodutiva. No ano de 2000, aproximadamente 5.0 a 6.3 milhões de mulheres nos Estados Unidos atravessaram

problemas de infertilidade, estimando-se para 2025 um incremento deste índice para 5.4 a 7.76 milhões (Klonoff, Chu, Natarajan & Sieber, 2001).

No Brasil, a estimativa de novos casos ano, a partir de dados populacionais do censo de 2000 (população brasileira: 169.799.170), revela que 14% das mulheres em idade fértil apresentam dificuldades para engravidar o que representa um contingente de 6.573.743 de pessoas. Se estes dados forem transpostos para o total da população brasileira teremos um índice de 0,28% de novos casos ano de infertilidade, o que representa 482 229 novos casais que encontram obstáculos à realização de seu desejo de parentalidade (Disponível em http://www.sbrh.med.br/artigostra_portaria.asp).

Desejar ter filhos e se deparar com uma impossibilidade neste processo, pode produzir uma ampla gama de sentimentos tais como: medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia, vergonha, desencadeando, por vezes, quadros de estresse importante. A situação de infertilidade pode provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal e desestabilizar as relações do sujeito com seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida.

De acordo com Pereira (1998), a infertilidade é ao mesmo tempo um problema de natureza médica e social; ela ameaça as expectativas das pessoas que, através da procriação, asseguram seu lugar na continuidade das gerações. A esterilidade, neste sentido, tem sido considerada uma “experiência de dilaceração biográfica, caracterizada pelo sofrimento e pelos conflitos pessoais vividos pelos homens e mulheres que atravessam esta situação” (Bury, 1982 in Hardy 1998).

A importância da reprodução humana para a espécie e para a cultura tem servido de fundamento para a investigação e tratamento da infertilidade conjugal o qual tem evoluído muitíssimo nas últimas décadas. O advento da Reprodução Assistida,

uma das alternativas para tentar vencer os obstáculos impostos pela infertilidade, trouxe um acúmulo de conhecimentos sem precedentes (Acosta , 1998).

Dentre as técnicas de Reprodução Assistida encontram-se a Inseminação Artificial (IA)¹, a Fertilização *in vitro* com transferência de embriões (FIVET)² e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI)³.

O desejo de constituição familiar

Mesmo antes da concepção, o sujeito humano tem no desejo de seus pais uma marca simbólica fundamental para sua futura constituição. Partir do campo do desejo para marcar a origem da vida, significa sublinhar a transcendência da biologia quando trilhamos o campo da constituição do humano, destacando sua dimensão subjetiva. A constituição do desejo de maternidade e paternidade faz parte da cadeia simbólica constitutiva da própria identidade do sujeito. Nascemos emaranhados numa teia de desejos maternos e paternos (conscientes e inconscientes), carregando as marcas de estarmos vinculados a uma trama simbólica, que transcende a biologia, mas que através desta, revela nosso pertencimento a uma família, uma geração, a um lugar no mundo.

Diversas motivações encontram-se presentes no desejo de ter um filho. Este pode ser a expressão de um ato criador e produtivo dentro de um vínculo fecundo do casal, podendo constituir um dos destinos possíveis para a realização da condição masculina e feminina.

¹ - A IA – A inseminação artificial é definida como a introdução do sêmen no trato genital feminino. (Neuspiller, 1998).

² - A FIVET – A fertilização *in vitro* com transferência de embriões é realizada em quatro etapas: 1)desenvolvimento dos foliculos ovarianos; 2)coleta dos oócitos (óvulos); 3)fecundação do óvulo pelo espermatozóide e o cultivo do embrião em laboratório; 4)transferência do embrião para dentro do útero. (Lass, 1999 in Jacob, 2001)

³ - A ICSI consiste na deposição mecânica de um único espermatozóide no interior do citoplasma oocitário (Badalotti, M et al 1998).

Segundo Freud (1914), nas raízes do projeto parental podem estar presentes desejos de imortalidade, de se aperfeiçoar através do filho, de realizar antigos sonhos e projetos inalcançados. O projeto de parentalidade pode estar desta forma, ligado a aspectos narcisistas saudáveis da vida de um indivíduo e de um casal.

Contudo, a busca por filhos pode também representar uma tentativa de resolução de conflitos. Por exemplo, um filho pode estar sendo desejado para preencher lacunas na vida dos pais; para tentar salvar o casamento; para evitar a solidão e até mesmo para atender a pressão cultural e familiar, uma vez que filho é visto como um atributo de valor, potência e poder. Neste sentido, para Tubert (1998), existiria uma diferença entre o desejo de ter um filho e a demanda de tê-lo.

O desejo de ter um filho adviria do amor maduro de um casal capaz de desejar a criança em si mesma, dando-lhe um sentido de individuação. Já a demanda de filho estaria relacionada à necessidade de gerar uma criança como solução para conflitos. Um exemplo de demanda de filho seria dado por aqueles sujeitos que buscam o filho com a fantasia de se tornarem completos, de se duplicarem, de conservarem uma imagem idealizada deles mesmos. O filho poderá estar sendo buscado também, como forma de reparar conflitos conjugais, de satisfazer o meio social, ou de aliviar uma depressão; nestes casos o desejo não é de ter um filho, mas a necessidade de tentar sanar feridas narcisistas.

O contexto reprodutivo é formado na história de cada indivíduo a partir de uma constelação de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos imaginários e reais que caracterizam a singularidade e a subjetividade da verdade de cada um. De acordo com Paola Mielli (1998), desde o momento da concepção, o sujeito ocupa um lugar singular na rede relacional que caracteriza o seu universo materno, paterno e de suas famílias. Para a autora, a identidade de um

indivíduo será marcada não somente por um mapa genético, mas por um mapa simbólico que o inscreverá em uma história – de sua família, de sua cultura, de sua linguagem.

Neste sentido, o advento de uma concepção é uma questão que atravessa gerações, pois situa tanto uma relação com a história materna e paterna, quanto com todas as gerações que a precederam. Se o que estamos dizendo é que a maternidade e a paternidade são o resultado de um complexo tecido simbólico, cujas raízes remontam à “pré-história” do indivíduo e que sobre elas erigem-se desejos de matizes singulares, defrontar-se com uma impossibilidade de realização deste desejo, pode provocar efeitos devastadores sobre o psiquismo humano.

A Infertilidade

A infertilidade é um tema bastante antigo na história da humanidade. Desde a bíblia e dos escritos mitológicos esta problemática vem sendo abordada. A impossibilidade de gerar e de ter filhos tem sido tratada através dos tempos e nas mais diferentes culturas, como algo vergonhoso, como um castigo divino. A mulher infértil era rechaçada por seu entorno social e rotulada como incapaz, sendo considerada uma “árvore seca”. Ter filhos era parte inerente à vida e representava uma obrigação para todo casal. Estes valores, embora modificados em parte na cultura moderna, permanecem com força considerável.

O prazer dissociado da função reprodutiva é uma conquista recente na sociedade ocidental. A contracepção era tida como pecado mortal, sendo a reprodução a finalidade do ato sexual. Com o advento dos métodos anticoncepcionais "modernos" uma modificação foi introduzida na vida privada de homens e mulheres, principalmente destas. A pílula anticoncepcional permitiu que os nascimentos pudessem ser escolhidos ou recusados, liberando a mulher de uma gravidez indesejada e permitindo que sua

atividade erótica fosse separada da função reprodutora. Então, a atividade sexual plenamente gratificante pode ser buscada sem que a mulher estivesse faltando com as regras da decência (Vincent,1992) .

A conquista da possibilidade de uma vida sexual prazerosa independente da reprodução, avanço inquestionável das relações humanas, não arrefeceu a supervalorização da função reprodutiva a qual produziu e segue produzindo, o horror à esterilidade. Tal horror produz um fenômeno no qual a fertilidade é dada como certa. Poder pensar que a fertilidade não está garantida, provoca um profundo ataque ao narcisismo humano, e uma conseqüente dificuldade de lidar com o problema quando este se apresenta.

A crise desencadeada pela obstrução no projeto de ter filhos, evidencia problemas não resolvidos do presente e do passado e acabam gerando efeitos em todos os aspectos do viver humano. Na esfera individual pode ocorrer uma crise de identidade e uma diminuição na auto-estima, tendo como respostas emocionais possíveis: a tristeza e a depressão, a raiva, a frustração, a culpa, a angústia, entre outras. Na esfera conjugal a relação como um todo pode se tornar "infértil", aparecendo na sexualidade muitas das dificuldades. No âmbito social pode ocorrer uma tendência ao isolamento por sentirem-se inferiores, envergonhados ou por não suportarem os sentimentos despertados quando do convívio com casais com filhos.

Estudiosos desta área estão de acordo em admitir que a infertilidade é uma experiência médica, psicológica e social que requer dos sujeitos envolvidos uma redefinição de suas identidades como indivíduos e como casal (McDaniel et al., 1992). É imperativo se ter em conta a transição destes casais de se verem esperançosos com a possibilidade da gravidez para o reconhecimento de seus limites quando tentam atingi-la.

Para os casais que atravessam problemas de fertilidade, assim como para suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo fácil, direto e linear. Vai além da escolha de um par amoroso, da interação sexual, da gravidez e do parto. A infertilidade pode desencadear a revivência de antigos traumas, perdas, sentimentos de inadequação, ciúme, inveja, tudo dentro de um processo marcado por longos períodos de interação com profissionais médicos que terminam por envolver-se intimamente no sistema do casal. Estes problemas advêm de um intenso estresse devido à não realização da gravidez e das ilusões a ela relacionadas (Kusnetzoff, 1997).

Diante da perda ou da ameaça do poder de procriação, muitas vezes não se distingue o que causa maior sofrimento: a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, perda e de insegurança que invadem o indivíduo nesta situação (Chatel, 1988). A infertilidade é sentida e vivida como um evento traumático para a maioria dos casais, sendo experienciada por eles como o evento mais estressante de suas vidas (Klonoff, Chu, Natarajan & Sieber, 2001). A pressão social e parental para a propagação do nome da família coloca um grande peso sobre os casais inférteis (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004).

O alto valor colocado na família motiva inúmeros casais a se unirem. A inabilidade para realizar esta tarefa social, coloca o casal que não consegue conceber um filho sob forte pressão. O conceito de si mesmo se vê constituído sob a égide da desvalia e da incapacidade, chegando os indivíduos a se verem como defeituosos (Seibel & Carvalho, 1998).

A esterilidade tem sido considerada uma experiência de dilaceração biográfica, caracterizada pelo sofrimento e pelos conflitos pessoais vividos pelos homens e mulheres que atravessam esta situação (Bury, 1982). A falta da concretização do projeto parental leva à ruptura do afeto colocado nesse filho desejado (Hardy, 1998).

A experiência de infertilidade pode gerar culpa e vergonha, muitas vezes produzindo um estigma social, o qual pode acarretar alienação e isolamento. Uma acentuada queda na auto-estima, carregada de sentimentos de inferioridade, pode acabar por configurar quadros importantes de depressão, ansiedade elevada, podendo desencadear severas perturbações emocionais, na esfera da sexualidade e nos relacionamentos conjugais. Se considerarmos o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) o qual diz que: “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, não se reduzindo a mera ausência de doença ou enfermidade”, veremos o quanto a infertilidade é um grave problema de saúde em muitos países em todo o mundo, pois incrementa severamente o sofrimento social (Daar, A. S. & Merali Z., 2002).

A Reprodução Assistida

O avanço da medicina, através da disponibilização de modernas técnicas de reprodução assistida tem oportunizado para muitos casais a realização do desejo de maternidade e paternidade. As Novas Tecnologias Reprodutivas têm se constituído em verdadeiras fontes de esperança aumentando desta forma, a demanda por centros que ofereçam este tipo de serviço tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento (World Health Organization, in www.who.int/reproductive-health/infertility/index.htm, 2003).

Contudo, as intervenções envolvidas na consecução dos procedimentos de reprodução assistida podem ser extremamente desgastantes tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, além de economicamente muito onerosas. O casal que chega em um Centro de Medicina Reprodutiva já percorreu um longo e penoso processo de investigação de Infertilidade, tendo esgotado na maioria das vezes as possibilidades de conceber através dos métodos naturais. A indicação de técnicas de Reprodução

Assistida de baixa ou alta complexidade já é, em certa medida, esperada. Além de esperanças, o casal traz em sua bagagem, inúmeras frustrações, decepções, desgastes pessoais e em sua relação conjugal, bem como um índice elevado de expectativas.

As intervenções contêm um grande número de aspectos estressantes incluindo injeções diárias, exames de sangue, ultrasonografias frequentes, cirurgias laparoscópicas, e a possibilidade de falhas em alguma das várias fases de um tratamento. Certas fases são mais difíceis do que outras, enfatizando a aspiração folicular, a espera da notícia se a fertilização ocorreu e se teremos embriões para transferir, a transferência dos embriões e finalmente o período de espera do resultado através do exame de sangue beta HCG (Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki, and Makino, 2001). A maioria dos autores concorda com a afirmação de que as mulheres em todos os estudos realizados referem que o momento mais estressante de todo o ciclo de Fertilização *In Vitro* é a espera do resultado de gravidez (Hammarberg, Astbury, and Baker, 2001).

Seger-Jacob (2000) em estudo realizado no Brasil sobre o estresse em casais submetidos à reprodução assistida identificou que para 97,2% dos sujeitos que já haviam feito tentativas anteriores de fertilização assistida, aguardar o resultado do procedimento, ou seja, a ocorrência ou não da gravidez, foi um dos três momentos de maior tensão emocional. Em relação aos momentos mais tensos no procedimento atual de reprodução assistida, Seger-Jacob igualmente identifica que “aguardar a gravidez” constituiu para 71,7% dos sujeitos o momento de maior tensão, seguido pelo momento da “implantação” do embrião e do dia da coleta dos óvulos.

Hammarberg, Astbury e Backer (citados por Domar, 2004) encontraram em seu estudo que o custo emocional do tratamento foi responsável pela desistência de novas tentativas de fertilização assistida em 64% dos casos. Estes dados apontam para a

necessidade de apoio psicológico durante todas as etapas dos tratamentos para infertilidade, objetivando o alívio da ansiedade e do estresse decorrente das terapêuticas indicadas, a prevenção do deterioro psíquico e a restauração da auto-estima, facilitando a re-inserção destes sujeitos na vida social e familiar de que muitas vezes se alijaram.

Outro aspecto de fundamental importância diz respeito às possíveis modificações nos sistemas de filiação ocasionados pela introdução das Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR). Conforme Strathern e Haraway (citados por Fonseca C., 2002), desde a metade do século XX, as NTR têm transformado nossa maneira de pensar a cisão entre natureza e cultura, trazendo mudanças profundas na conceituação ocidental de família. A antropóloga Cláudia Fonseca (2002) refere que na literatura científica destacam-se três descobertas: 1) a pílula contraceptiva, que permitiu cópula sem concepção; 2) a fertilização *in vitro*, que permitiu a gravidez sem cópula e 3) a barriga de aluguel, que permitiu a maternidade sem gestação. Afirma-se que, uma vez desfeitas as antigas verdades da reprodução, pela tecnologia moderna, a “perda da inocência” é irreversível. Fonseca acrescenta uma quarta descoberta que marca de forma contundente a conceituação de família, as relações de gênero e parentesco: o teste de DNA para verificação dos laços de paternidade.

A situação dramática da infertilidade faz com que os casais se disponham a tudo para superá-la, retirando a procriação do âmbito privado e colocando-a cada vez mais nas mãos da medicina e suas novas revoluções. Tais modificações necessitam ser pensadas e estudadas a fim de que se possa usufruir dos avanços da tecnociência sem deixar de contextualizá-las e ressignificá-las, permitindo a assimilação pela cultura das implicações que toda nova revolução ocasiona.

Possibilidades de Compreensão e Intervenção Psicológica da Infertilidade

Moreira, Tomaz e Azevedo (2005) apresentam uma proposta de sistematização dos diferentes modelos psicológicos da Infertilidade. Destacam o modelo psicogênico, segundo o qual conflitos psicológicos estariam na base da infertilidade, principalmente feminina; o modelo das conseqüências psicológicas, o qual prioriza a idéia de que a infertilidade pode ser origem de estresse psicológico importante e o modelo da crise psicológica, segundo o qual a crise é uma experiência paralisante no curso da vida e a abordagem do estresse e da ansiedade em casais inférteis.

O modelo psicogênico predominou até meados da década de 80 e propunha a causação psíquica da infertilidade a qual seria decorrente de conflitos intrapsíquicos e teria como pano de fundo as relações conflituadas do sujeito, principalmente da mulher, com suas figuras parentais. Na atualidade, alguns psicanalistas rediscutem este modelo de causalidade a partir das descobertas da Medicina, as quais revelam que menos de 5% dos casais não possuem uma causa orgânica definida e identificada para a infertilidade. Apfel e Keylor (citados por Ribeiro, 2004) consideram as relações do psiquismo com as funções fisiológicas de uma complexidade tal que não podem constituir uma simples e linear relação de causalidade.

Para a compreensão psicanalítica da infertilidade, não existe possibilidade de não se levar em conta o inconsciente, a sexualidade e o desejo, contudo a relação causal é que vem sendo deixada de lado. Para Ribeiro (2004, p.76), “ao compreendermos a psicanálise como ciência do sentido e não da causalidade, o termo infertilidade psicogênica passa a não se enquadrar nessa referência”. A preocupação na atualidade é com as conseqüências psicológicas da infertilidade e com a necessidade de significar esta experiência da vida do sujeito.

O modelo das conseqüências psicológicas tem recebido maior aceitação por parte dos estudiosos da infertilidade. Para este modelo, a infertilidade seria a origem de

importantes problemas de ordem psicológica, dentre eles, o estresse, a depressão, os distúrbios na sexualidade, a diminuição da auto-estima, podendo auferir prejuízos também na esfera social (Palácios & Jadresic, 2000).

Independentemente do modelo adotado para a compreensão da problemática da infertilidade e de suas terapêuticas, principalmente a partir das técnicas de reprodução assistida, é consenso que o fato de o sujeito encontrar obstáculos ao seu desejo de formação familiar gera sofrimento e impõe a necessidade de que lhe sejam oferecidos além de tratamentos médicos, intervenções psicológicas.

Ao falarmos em possibilidades de intervenção psicológica com casais inférteis, estamos marcando a existência de diferentes modalidades terapêuticas, as quais são decorrentes do modelo teórico utilizado para a compreensão da Infertilidade. A psicanálise no Brasil é um marco referencial fundamental para o trabalho com casais inférteis, uma vez que se preocupa com a compreensão dos sujeitos envolvidos de seu desejo de parentalidade, levando em consideração a história individual de cada membro do casal e deste como par, assim como com as conseqüências dolorosas do diagnóstico de infertilidade.

Independentemente do modelo teórico-técnico adotado, a presença do psicólogo/psicanalista nas equipes que trabalham com casais inférteis é de fundamental importância. Tal presença se justifica pela necessidade de contemplar o fenômeno da infertilidade como um problema de saúde *lato senso*, ou seja, que requer um olhar integrado sobre o sujeito que sofre o qual é viabilizado a partir de um trabalho interdisciplinar.

O profissional de saúde mental pode também trabalhar nos serviços de reprodução humana como um consultor, colaborando com as dinâmicas grupais e proporcionando melhores condições emocionais para os profissionais envolvidos na situação (Applegarth, 1995).

Os casais inférteis que encontram-se em tratamento nos centros de Medicina Reprodutiva que possuem em sua equipe um psicólogo/psicanalista têm à sua disposição um espaço de escuta e apoio e podem contar com acompanhamento psicológico nas diferentes fases do tratamento médico tanto na modalidade individual, quanto de casal e de grupo. Outra possibilidade de intervenção em situações que transcendam a indicação e a possibilidade de atendimento dentro do enquadre de um centro médico é o encaminhamento para Psicoterapia ou Psicanálise, por outros profissionais. Muitas vezes, o espaço de escuta abre para o casal o desejo de tratar, de forma mais abrangente, toda a sorte de conflitos despertados pela situação de infertilidade (Farinati, 2000).

Considerações Finais

Tendo em vista o caráter intrínseco de sofrimento provocado pela infertilidade, a ansiedade despertada, o intenso desgaste pessoal e conjugal e o impacto produzido sobre os planos e projetos futuros, os aspectos emocionais envolvidos na infertilidade têm merecido especial atenção das Sociedades Européia e Americana de Reprodução Humana, as quais recomendam a presença de um profissional de saúde mental nas equipes (Disponível em American Society of Medice Reproduction www.asrm.org, European Society of Human Reproduction & Embriology www.eshre.com).

O tratamento de casais inférteis inclui necessariamente, a contemplação dos aspectos psicológicos envolvidos nesta problemática uma vez que os processos físicos estão intimamente relacionados com os emocionais e sociais. A infertilidade possui causas multideterminadas, portanto não se admite uma intervenção que exclua a dimensão emocional e nem o contexto ambiental no qual está inserida.

A partir destes preceitos, não podemos falar em tratar enfermidades, mas sim em tratar sujeitos, escutando seu sofrimento para além de uma dimensão exclusivamente orgânica. A infertilidade nesta perspectiva é ainda mais pungente na busca de um

entendimento interdisciplinar, pois estamos tratando de destacar os processos sociais, psicológicos, além dos aspectos biológicos que nela estão envolvidos. Os casais que atravessam uma problemática desta ordem precisam do olhar do médico, do profissional de saúde mental, do apoio social e de todos os profissionais que estão comprometidos com seu tratamento. Escutar o casal de maneira ampla é considerar que diferentes fatores estão interrelacionados quando um problema é diagnosticado e, é neste contexto, que um novo e fecundo campo se abre para o trabalho do psicólogo/psicanalista.

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado em psicologia clínica na PUCRS

** Psicóloga, psicanalista membro do NESF e mestre em psicologia clínica pela PUCRS

Referências

Acosta, A. (1997). Fertilização in vitro (IVF) e transferência de embriões (ET): indicações atuais. In M. Badalotti, A. Petracco, & C. Telöken (Eds), *Fertilidade e Infertilidade Humana* (pp. 601-12), Rio de Janeiro, Medsi.

Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray A., & Irvine, D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic research* 54,353-355.

Applegarth, L. (1995) The psychological aspects of infertility. In KEVE, W; CHANG, R; REBAR, R. & SOULES, M. (eds.) *Infertility: evaluation and treatment*. New York.

Badalotti, M., & Petracco, A. (1997). Infertilidade: definições e epidemiologia. In M. Badalotti, A. Petracco, & C. Telöken (Eds.). *Fertilidade e infertilidade humana* (pp. 3-7). Rio de Janeiro: Medsi.

Beutel, M., Kupfer, J., Kierchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H.J., & Weider, W. (1999). Treatment-related stresses and depressive in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrology*, 31, 27-35.

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility . *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.

Bury, M. (1982). Choric Illness as a biographic discupcion. In E. Hardy (Ed.). *Reprodução Assistida: Conseqüências Psicológicas e Sociais. Temas de Psicologia em Reprodução Humana, Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana*, 07-10 de novembro de 1998, Porto Alegre.

Chatel, A. (1988). Sortir la maternité du laboratoire. In Silva, M. M. A (Ed.). *Tecnologias Reprodutivas: A concepção em Sexualidade e Reprodução Humana*, Montreal (1991).

Chen, Ting-Hsiu, Chang, Sheng-Ping, Tesai, Chia-fen, & Juang, Kai-dih. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*, 19, 10, 2313-2318.

Daar, A. S., Merali Z., (2002). Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction, Effy V., Patric J., Rowe and David Griffin P. (Eds.) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: report of WHO metting* (pp.15-21), Geneva, Swtzerland.

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., D' Hooghe, T., et al. (1998). Coping style and depression level influence outcome in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1163

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

Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M., & Friedman. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1163.

Farinati, D. (2000). Dificuldades Emocionais dos casais inférteis e seus efeitos na sexualidade. In: 3ª Jornada gaúcha de sexualidade humana, 2000, Porto Alegre. 3ª Jornada Gaúcha de Sexualidade Humana, 3ª Seminário Sulbrasileiro de Educação Sexual. Porto Alegre : SBRASH e FEBRASGO.

Fonseca, C. (2002). “A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea”. In C. Bruschini & S. G. Unbehaum (orgs.), Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira.(pp.) São Paulo: Fundação Carlos Chagas.

Freud, S. (1996). *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução, 1914*. Obras Completas; Rio de Janeiro: Imago.

Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction* 7, 208-212, UK.

Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Scienci Medical*, 45, 1679- 1704

Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women`s experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16 (2), 374-383.

Hardy, E. (1998, novembro). Reprodução Assistida. In *Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana* (pp. 39-44), Porto Alegre, Brasil.

Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76, (4), 675- 687

Kusnetzoff, J. C. (1997). Aspectos emocionais do casal infértil. In M. Badalotti, A. Petracco, & C. Telöken (Eds.). *Fertilidade e infertilidade humana* (pp. 19-29). Rio de Janeiro: Medsi.

Lok, I.H., Lee, D.T., Cheung, W.S., Chung, WS, Lo, W.K., & Haines, C.J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 195- 199.

Lukse, M.P., & Vacc, N.A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetric Gynecologic*, 93, 245-251.

Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi S., I., Suzuki, T., Makino, T. (2001, May). Emotional distress of infertile women in japan. *Human Reproduction*, 16 (5), 966-969.

McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Loherty, W. (1992). Terapia familiar médica com parejas enfrentadas a la infertilidad. *The Amercian Journal of Therapy*, 20, 2.

Mielli, P. (1998). Notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida. *Revista Estudos Feministas*, 1, ano 6.

Monga, M., Alexandrescu, B., & Katz, S. E. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 63 (1), 126-30.

Oddens, B.J., Den, T.I., & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-261

Palácios, E & Jadresic E. (2000). Aspectos Emocionales en la Infertilidad: Una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 94-103.

Pasch, L. Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husband's and wife's approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 17 (6), 1241-1247.

Pereira, D. M. (1998, novembro). A Função do Psicólogo na Reprodução Humana. In *18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana*, Porto Alegre, Brasil.

Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e Reprodução Assistida*. Casa do Psicólogo, São Paulo.

Segeer-Jacob, L. (2000). *Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida*. Tese de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, São Paulo.

Seibel, D., & Carvalho, C. A. P. (1998, novembro). Respostas Emocionais do casal na reprodução humana. In *18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana*, Porto Alegre, Brasil.

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (2005). Estimativa de casos novos anuais de infertilidade e de necessidade de serviços. Disponível: http://www.sbrh.med.br/artigostra_portaria.asp .

Sraun, B., & Boivin, J. (2004). Guidelines for Counselling, European Society of Human Reproduction and Embryology. Disponível: www.eshre.com, Belgium, 21/06/2004.

Tubert, S. (1996). *Mulheres sem Sombra*. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.

Vincent, G. (1992). Uma História do Segredo. In Prost A. Vincent G. (Org.) *História da Vida Privada*, vl. 5 (pp.249- 305). São Paulo: Companhia das Letras.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F. Benoit, J., & Girard, Y. (1991, January). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55 (1), 100-108.