



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ASPECTOS RELACIONADOS À INTENÇÃO DOS PAIS E DAS MÃES
EM REVELAR OU NÃO A CRIANÇA SOBRE A OCORRÊNCIA DE
MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

GISLEINE VERLANG LOURENÇO

Orientador: Dr. Eduardo Pandolfi Passos

Porto Alegre, Junho de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ASPECTOS RELACIONADOS À INTENÇÃO DOS PAIS E DAS MÃES
EM REVELAR OU NÃO A CRIANÇA SOBRE A OCORRÊNCIA DE
MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

GISLEINE VERLANG LOURENÇO

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Ciências Médicas como
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre

Orientador: Dr. Eduardo Pandolfi Passos

Porto Alegre, Junho de 2010.

“Há pessoas que passam em nossa vida e deixam um pouco de si. Outras levam um pouco de nós. Porém, há algumas que simplesmente permanecem”.

(autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Dedico esta dissertação às pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para que eu alcançasse meu objetivo.

À minha filha Pietra que me realiza enquanto mãe

Aos meus pais Jesus Valmor e Maria Nalva pessoas muito especiais

Às minhas terapeutas Tânia Marques, em especial

e Rosa Lúcia Severino

Ao meu orientador Eduardo Passos pela confiança

Ao meu co orientador Goldim pelo apoio e incentivo

Ao Julio Walz e Daniela Knauth que me acolheram e orientaram com muita dedicação

A Ana Rosa Detílio que envolveu-se na pesquisa de campo

Aos meus professores e as colegas Juliana, Suzana e

Marcia Semensato

Aos amigos do ESIPP

Aos casais que participaram do estudo e seus filhos (as)

Aos futuros pais, mães e crianças

Obrigada!

SUMÁRIO

Agradecimentos	4
Lista de Abreviaturas	6
Resumo	7
Abstract	9
1. Reprodução Assistida – Revisão Da Literatura	11
1.1 – Aspectos Históricos - Cronologia	11
1.2 – Aspectos Médicos	12
1.3 - Aspectos psicológicos prévios à decisão de adesão ao tratamento	16
2. Infertilidade	22
2.1 - Aspectos psicopatológicos na Infertilidade	22
2.2 - Repercussões da Infertilidade na Vida do Casal	26
2.3 - A vivência da infertilidade: considerações psicológicas	28
2.4 - Aspectos Psicanalíticos da Experiência da Infertilidade: Luto e Melancolia	31
2.5 - Infertilidade: Resiliência e Coping	35
3. Famílias de Reprodução Assistida	39
4. Objetivos	46
4.1 – Objetivo Geral	46
4.2 – Objetivos Específicos	46
Referências	37
1º. Artigo: Intenções de revelar aos filhos sobre a Reprodução Assistida em uma amostra brasileira.	55
2º. Artigo: Reprodução Assistida: revelar ou não revelar aos filhos?	65
Considerações Finais	83
1. - Da Pesquisa	83
2. – Algumas Reflexões	86
3. – Perspectivas	91
5. Anexos	93
5.1 – Anexo 1: Termo de Consentimento	93
5.2 – Anexo 2: Ficha de Coleta de Dados	94
5.3 – Anexo 3: Ficha de Informação sobre o Respondente	95

Lista de Abreviaturas

RA: Reprodução Assistida

FIV: Fertilização in Vitro

ICSi: Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

hCG: Gonadotrofina Coriônica Humana

FSH: hormônio folículo estimulante

LH: hormônio luteinizante

MESA: Aspiração Microcirúrgica de Espermatozóides do Epidídimo

IA: Inseminação artificial

GIFT: Transferência intratubária de gametas

ZIFT: Transferência intratubária de zigotos

TESE: Extração Testicular de Espermatozóides

QOL: WHOQOL-BREF: Instrumento de qualidade de vida

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento de técnicas de Reprodução Assistida, que consistem em todos os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório) em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozóides), femininos (oócitos) ou embriões, tem favorecido com que casais inférteis tenham a possibilidade de alcançar a gravidez. Estas técnicas permitem a doação de óvulos, doação de sêmen, adoção de embriões ou útero de substituição, o que na prática, favoreceu o surgimento de novas formas de parentalidade e conjugalidade (paternidade homoparental, famílias uniparentais, produção independente, filho de Reprodução Assistida).

Objetivo: verificar em uma amostra brasileira a frequência e fatores implicados na intenção de revelar ou não revelar à criança acerca da maneira como foi gerada, ou seja, através de uma das técnicas de Reprodução Assistida.

Método: estudo transversal, desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Clínica particular (SEGIR) Serviço de Ecografia, Genética e Reprodução Humana, em Porto Alegre e Centro de Reprodução Humana (FERTIVITRO) em São Paulo. Aceitaram participar do estudo 37 mães e 28 pais que responderam a um questionário semi-estruturado.

Resultados: 96,8% desta amostra brasileira de famílias homólogas têm a intenção de revelar acerca do método utilizado, resultado diametralmente oposto de estudos internacionais. Além disto, obtivemos respostas mais elaboradas ao explorar os aspectos

qualitativos. Vimos que o estigma da infertilidade é um mecanismo não resolvido e pode ser um importante fator que poderá influir posteriormente na decisão de contar ou não contar.

Considerações finais: Os resultados são opostos de todos os estudos internacionais e necessitam de novos estudos para avaliar tal discrepância. O estigma da infertilidade ainda é um tema que necessita ser melhor abordado no caso de uso de métodos de Reprodução Assistida. Além disto, a equipe envolvida no acompanhamento destes casais deve estar atenta para esta temática, na medida em que estas famílias tendem a sobrepor o discurso da tecnologia em relação ao vínculo pais e filhos e as ansiedades decorrentes da expectativa de ser pai e mãe.

Abstract

Introduction: The development of techniques in assisted reproduction, which consist of all types of treatment that include the manipulation in vitro (laboratory) at some stage, the male gametes (Sperm), female (oocytes) or embryos, has been helping infertile couples to get pregnancy. These techniques allow the egg donation, sperm donation, embryo adoption or replacement uterus, which in practice favored the emergence of new forms of parenting and marital status (paternity homoparental, single-parent families, independent production, child of Assisted Reproduction).

Objective: To verify in a Brazilian sample the frequency and factors associated with the intention to disclose or not disclose the child about the way it was generated, in other words, through one of the techniques of assisted reproduction.

Method: cross sectional study, developed at Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Federal University of São Paulo (UNIFESP), Private Clinic (SEGIR) Ultrasound Service, Genetics and Human Reproduction in Porto Alegre and Center for Human Reproduction (FERTIVITRO) in São Paulo. Agreed to participate in the study 37 mothers and 28 fathers who responded to a semi-structured questionnaire.

Results: 96.8% of this sample of Brazilian homologous families are intended to reveal about the method used, diametrically opposite result of international studies. Moreover, we

obtained more elaborate responses to explore the qualitative aspects. We saw that the stigma of infertility is a not solved mechanism and may be an important factor that could influence later in the decision of telling or not telling.

Conclusion: The results are opposite of all the international studies and need further studies to evaluate such discrepancy. The stigma of infertility is still an issue that needs to be better addressed in the case of using methods of assisted reproduction. In addition, the team involved in monitoring these couples should monitor this issue, once these families tend to overlap the speech of technology in relation to bond parents and children and the anxieties arising from the expectation of being a father and mother.

1. Reprodução Assistida – Revisão da Literatura

1.1 Aspectos Históricos - Cronologia

As tentativas no desenvolvimento de técnicas de Reprodução Assistida não são recentes. Se olharmos para a história, o registro de início dos experimentos datam do final do século 18, com uma tentativa de inseminação artificial. A seguir a cronologia das datas e dos eventos correspondentes.

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 sofrem de disfunções de fertilidade devido a descontrole 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 bebe apos 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 espermatozóide 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, no caso, injeção de um único espermatozóide dentro do Óvulo.

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

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

1995: Nascimento do primeiro bebe após ICSI usando espermatozóides.

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

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

Durante a década de 2000 avanços tecnológicos em equipamentos e em resultados positivos ocorreram. Além de redução de uso de medicamentos durante os tratamentos o que diminuiu custos e implantação de um número menor de embriões para evitar gravidez múltipla.

1.2 - Aspectos Médicos

A reprodução, sendo fenômeno essencial à continuidade da vida, tem recebido atenção desde os tempos mais remotos, por seu papel fundamental na própria história das civilizações. Até algumas décadas atrás a adoção era prática possível dos casais que não podiam ter filhos. O avanço da tecnologia mudou radicalmente a questão da infertilidade. Nesta evolução tecnológica surgiram as técnicas de *Reprodução Assistida* (Ribeiro, 2004).

O evento que marca o sucesso definitivo do uso das técnicas de Reprodução Assistida, em 1978, foi o nascimento, na Inglaterra, da menina Louise Brown, conhecida como o primeiro “bebê de proveta”, fruto da fertilização *in vitro* (FIV). O feito foi comunicado em carta à revista *The Lancet* (Steptoe PC e Edwards RG 1978), publicada em agosto daquele ano; nessa carta, os autores descreveram o nascimento da menina Brown, relatando que a mãe tinha 30 anos e que tinha sido, até então, nulípara, com nove anos de história de esterilidade. O nascimento de Louise Brown, ocorrido após anos de experimentos feitos pela equipe de Steptoe e Edwards, foi comemorado como uma conquista da tecnologia biomédica, por aumentar as chances de pessoas em situação de esterilidade gerarem uma criança.

Entende-se como *Reprodução Assistida* todos os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório) em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozóides), femininos (oócitos) ou embriões, com o objetivo de se estabelecer uma gravidez.

A fertilização *in vitro* (FIV) compreende o conjunto de transformações que ocorrem após a interação e fusão dos gametas (oócitos e espermatozóides) e culmina com a associação de dois lotes haplóides de cromossomos de origem paterna e materna, em um meio controlado (Thibault e Laverseuer, 1991). Portanto, os ovários são estimulados por meio de drogas que, por sua vez, estimulam o trabalho dos folículos, a fim de aumentar a produção de óvulos e,

conseqüentemente, as chances de engravidar. Papp (2002) refere que a *fertilização in vitro* FIV é uma técnica de Reprodução Assistida em que óvulos são retirados pela vagina de mulheres em ovulação e misturados com espermatozóides em uma placa de Petri^{1*}. “Havendo fecundação, os embriões são inseridos no útero, após dois ou três dias de desenvolvimento, através da vagina, pelo canal endocervical. Os embriões também podem ser conservados por congelamento para serem usados no futuro”. (Papp, 2002, p.125).

A *inseminação artificial* (IA) é definida como a introdução de espermatozóides no trato genital feminino, de forma não natural, com o propósito de obter a gestação. Nos casos em que houver falha de fertilização sem causa aparente, concentração de espermatozóide muito baixa, faz-se necessária a micromanipulação de gametas, conhecida pela sigla inglesa ICSI. Consiste na injeção de um único espermatozóide no citoplasma do oócito com o uso adequado de micromanipuladores.

A *injeção intracitoplasmática de espermatozóides* (ICSI) tem se mostrado efetiva como estratégia de tratamento, particularmente nos casos em que a infertilidade masculina severa está associada (Passos e colaboradores, 2003). Importante ressaltar que quaisquer dessas técnicas podem ser utilizadas ora de forma homóloga, ora de forma heteróloga conforme a proveniência do material biológico utilizado. Inseminação homóloga, quando realizada com o sêmen do próprio companheiro, e inseminação heteróloga, quando feita com sêmen originário de terceira pessoa. Dentre estas técnicas temos a ROSNI – Injeção Nuclear da Espermátide – uso da espermátide, forma imatura do espermatozóide, que já contém carga genética para a reprodução, extraída diretamente do testículo, com fina agulha, podendo ser utilizada como o espermatozóide e ser associada à ICSI. Incluiu-se recentemente (novembro,

¹ * N.de T.Placa de Petri: pequeno dispositivo usado em laboratórios para o cultivo de células-Petri é o nome do seu inventor.

2006) para os casos de infertilidade masculina, o SUPER ICSI, um sistema que permite amplificar a imagem dos espermatozóides em mais de 6.000 vezes, e selecionar com precisão os espermatozóides com morfologia perfeita, acarretando aumento nas taxas de gestação e diminuição no número de abortos, segundo informa o centro de reprodução humana pioneiro no desenvolvimento desta tecnologia na América Latina. Novos procedimentos para os casos de infertilidade masculina severa são: 1) MESA - Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration - Aspiração Microcirúrgica de Espermatozóides do Epidídimo) – na qual, os espermatozóides são recuperados diretamente a partir do epidídimo (área no testículo em que os espermatozóides amadurecem e são armazenados) e a fertilização é, então, tentada com ICSI; 2) TESE - Testicular Sperm Extraction - Extração Testicular de Espermatozóides - biópsia do testículo que é realizada a fim de obter espermatozóides diretamente do tecido testicular, quando há ausência de espermatozóides no epidídimo e ausência de epidídimo.

Existem ainda práticas complementares – que envolvem troca de material reprodutivo, ou seja, doação de óvulos, espermatozóides embriões e útero; bem como congelamento de embriões - técnica coadjuvante que surgiu como resultante da produção de um número excessivo de óvulos, aspecto do ciclo de FIV.

Em termos de países industrializados a infertilidade é um problema vivido por 17-28% dos casais (Schmidt, L. 2009). No Brasil, a estimativa de novos casos ano revela que 14% das mulheres em idade fértil apresentam dificuldades para engravidar. Se estes dados forem transpostos para o total da população brasileira teremos um índice de 0,28% de novos casos ano de infertilidade. (http://www.sbrh.med.br/artigostra_portaria.asp).

No que se refere a chance de gravidez de um casal normal estima-se que ela se situa entre a faixa de 15% a 25% ao mês. Se trabalharmos com a hipótese de que um casal tenha

duas relações sexuais semanais a taxa cumulativa após 12 meses situa-se em 80% de chance de uma gravidez. Com este cálculo, ou seja, os 20% restantes dos casais são os que acabam procurando atendimento médico. Estes casais são considerados subférteis.

Quanto a Reprodução Assistida Passos (2003) complementa que a taxa de nascimento por ciclo cai à medida que aumenta a idade das mulheres: abaixo de 30 anos temos índices de 35%; entre 30 e 40 anos, 24%, e acima de 40 anos 10%. Estes números estão referenciados a partir da idéia de que com tratamento e gestação a curva reprodutiva da espécie humana situa-se entre 15% a 25%, conforme já dissemos acima (Passos, 2003, p. 24).

1.3 - Aspectos psicológicos prévios à decisão de adesão ao tratamento

A maternidade e a paternidade são aspectos sociais valorizados em todas as culturas e constituem um importante objetivo de vida para muitos indivíduos (Brazelton; Cramer, 1989). 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. AO mesmo tempo, 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, devem ser pensadas como inscritas nas sucessivas organizações sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais. Neste sentido, recente estudo transcultural em Reprodução Assistida realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul por Záchia (2006) conclui que o Brasil é o país que mais leva em conta aspectos técnico na realização dos procedimentos, tendendo a ser mais tolerante em não restringir tecnologia em relação a estado conjugal e infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida). O estudo é

relevante à medida que propõe maior discussão das questões sociais, culturais e éticas com os profissionais que trabalham na área.

Os avanços tecnológicos nas últimas décadas foram extraordinários, porém, a sua aplicação, invade a intimidade do casal infértil. Isso ocorre porque a trajetória do casal que busca auxílio para a resolução de seu problema procriativo é, muitas vezes, longa e dolorosa. As intervenções contêm um grande número de aspectos estressantes incluindo injeções diárias, exames de sangue, ultrasonografias freqüentes, 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 (Gonadotrofina Coriônica Humana) (Matsubayashi et al, 2001). Como 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. A maioria dos autores concorda com a afirmação de que as mulheres 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).

Essa situação pode resultar em neurose de expectativa, em que o desejo de ficar grávida é substituído pelo temor de não procriar. Nesse contexto, a menstruação, epílogo de um ciclo ovulatório, representa um momento muito doloroso para a mulher infértil, pois simboliza a perda da gravidez em fantasia: um novo fracasso.

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. Em uma sociedade predominantemente fértil, o diagnóstico de infertilidade desencadeia 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). Neste sentido, observa-se 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. Entre os homens, cuja virilidade e fertilidade estão emocionalmente e culturalmente vinculadas, a necessidade de produzir amostra seminal para exames rotineiros é ameaçadora e degradante, particularmente para o homem azoospermico, que se defronta com duas ou 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. Portanto, 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).

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 holística da medicina reprodutiva, na qual o corpo e as emoções recebam igual atenção.

Valores e crenças espirituais individuais e do entorno social estão presentes na decisão de um casal de participar de um Programa de Reprodução Assistida 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, 1991). A ansiedade aumenta significativamente antes da captação dos óvulos e da transferência de embriões (Seibel e Levin, 1987; Demyttenaere et al.,1991). 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).

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. Em relação ao *coping* das mulheres inférteis, ou seja, 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. (Adiante trataremos melhor acerca do tema do coping)

As informações oferecidas, no que diz respeito às técnicas de Reprodução Assistida, nem sempre transmitem a real dimensão do significado destes procedimentos para a mulher, para o homem e para o casal, levando à discussão pública uma imagem de simplicidade e, às vezes, de êxito que não condizem com a realidade. Num estudo internacional que abordou o conhecimento sobre a FIV na população em geral 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 nos 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).

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 estressante, mas positiva, muito mais relacionado ao estresse (stress positivo) do que ao distress (stress negativo).

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 podem despertar na equipe um excesso de otimismo.

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.

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 à manutenção da frustração e das expectativas dentro de níveis aceitáveis da subjetividade de cada pessoa.

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.

2. Infertilidade

2.1 - Aspectos psicopatológicos na Infertilidade

Algumas pesquisas mostram que as mulheres que são inférteis apresentam os mesmos níveis de depressão do que aquelas que têm câncer, doenças cardíacas ou a infecção pelo Vírus da imunodeficiência humana adquirida HIV (Gill, 1998). Cinquenta por cento das mulheres contra quinze por cento dos homens dizem ser a experiência da infertilidade a que mais abalou sua vida (Freemam et al, 1985). A suscetibilidade do paciente infértil a situações de sofrimento mental ou mesmo em alguns casos, a uma psicopatologia, se deve à vivência muitas vezes traumática e desorganizadora que a experiência da infertilidade pode gerar. Exemplo a ser considerado é a freqüente depressão e ansiedade (Volgsten H, et al, 2010; Sbaragli C, et al, 2008). As alterações do humor também são freqüentes nestas situações de infertilidade (Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL, 2007). No entanto, estes fatores psiquiátricos parecem não influenciar no resultado negativo da gravidez após o uso de algum método de Reprodução Assistida mas sim na adesão ou não aos tratamentos (Volgsten H, et al. 2008 epub et print.).

Mas não são apenas os quadros clínicos de depressão, ansiedade ou as alterações de humor que merecem atenção. É observável que comportamentos disfuncionais mais sutis de alguns indivíduos, que se mantinham latentes, promovendo uma boa adaptação até então, devido à vivência da infertilidade, sofrem uma sobrecarga emocional, tornando-se mais exacerbados. Este é o caso de traços paranóides, em que o paciente desloca sua percepção sobre o “mal” que sente estar dentro dele, impedindo de procriar, para a equipe ou ao tratamento, ou seja, fica com a sensação que o que de ruim está lhe acontecendo é gerado por aqueles que lhe cuidam. O processo que se desencadeia desde o diagnóstico até as intervenções terapêuticas promove inúmeros mecanismos de defesa psicológicos, entre eles: negação, isolamento, racionalização e dissociação.

Os mecanismos de defesa são: “Negação: processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcados, continua a defender-se dele negando que lhe pertença (p.293)”. “Isolamento: mecanismo de defesa típico da neurose obsessiva, e que consiste em isolar um pensamento ou um comportamento, de tal modo que as suas conexões com outros pensamentos ou com o resto da existência do sujeito ficam rompidas. Entre os processos de isolamento, citemos as pausas no decurso do pensamento, fórmulas, rituais, e, de um modo geral, todas as medidas que permitem estabelecer um hiato na sucessão temporal dos pensamentos ou dos atos (p.258)”. “Racionalização: processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia ou um sentimento, cujos motivos verdadeiros não percebe; fala-se mais especialmente da racionalização de um sintoma, de uma compulsão defensiva, de uma formação reativa”(Laplanche e Pontalis, 2001 p.423). “Dissociação: se traduz pela coexistência, no cerne do eu, de duas atitudes contraditórias, uma que consiste em recusar a realidade, renegação, outra, em aceitá-la”(Roudinesco e Plon,1998, pág.121). “Modificação, temporária,

mas drástica, do caráter ou do senso de identidade individual a fim de evitar angústia; inclui estados de fuga e reações de conversão histérica” (Kaplan e Sadock, 1999, pág.155).

Neste sentido, concordamos com os resultados obtidos em um estudo de Melamed e colaboradores, (2005, p.26), publicado no *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida* “a negação pode ser um mecanismo saudável após um diagnóstico indesejável, mas se persistir por longo tempo poderá impedir o paciente de tomar uma atitude responsável”. Ainda, a negação da realidade foi outro aspecto importante identificado na leitura, pois apesar de as chances de sucesso e os riscos inerentes ao procedimento serem expostos ao casal de maneira clara e objetiva, a maioria mostrou expectativa de sucesso frente ao tratamento superior à realidade, gerando alto nível de frustração diante do fracasso.

Sendo assim, acreditamos que cabe à equipe multiprofissional esclarecer os pacientes sobre as possibilidades de alcançar o resultado esperado, oferecendo uma estrutura que possa acolhê-los diante de um resultado negativo ou positivo. Neste sentido, o profissional que acompanha os casais inférteis sabe que está lidando com problemas que superam a condição puramente física. Frequentemente, e até pela realidade nem sempre condizer com o propósito de obter a gestação de imediato, depara-se com angústia, perda de controle emocional, isolamento social e familiar.

A dinâmica e as manifestações psicológicas também sofrem modificações na medida em que o paciente vive os procedimentos de rotina da *FIV*. Papp (2002) considera que cada um dos membros do casal pode ter uma forma diferente de vivenciar os acontecimentos. Essas diferenças podem ser atribuídas a questões de gênero, a formas de lidar com os problemas e a diferenças no desejo de cada um em relação aos filhos. Independente de o infértil ser o homem ou a mulher, as mulheres são as mais afetadas pelas intervenções médicas. Diante desta realidade, Neves e Júnior Netto (2002) descrevem os aspectos psicoafetivos do casal

infértil em quatro fases: fase de negação, fase de irritabilidade, fase depressiva e fase de resolução.

A fase de negação caracteriza-se por uma atitude de afastamento dos amigos, e até mesmo dos familiares. O casal evita sair de casa e falar sobre o assunto. Não consegue acreditar que isso possa estar acontecendo com eles. Nesta fase, tentam responsabilizar algum incidente ou doenças anteriores como justificativa para a ausência de gravidez. “É muito castigo para alguém que sempre foi correto e bom caráter”, eles pensam. Nesse período, as trocas afetivas se reduzem, e o silêncio predomina entre eles. Na fase de Irritabilidade o casal mostra-se razoável com as pessoas do seu ambiente, colegas de trabalho, familiares, mas mostram-se intolerantes com o próprio tratamento, exigindo resultados imediatos, e isso os leva a questionar a competência do médico ou mesmo a trocar de profissional. Nesta fase, a redução do contato afetivo e erótico se alterna com períodos de aumento das relações sexuais, como recurso compulsivo para tentar a gravidez. Esse período caracteriza-se por um aumento do isolamento social e passa a preocupar os familiares. As reuniões sociais, como aniversário de crianças, passam a ser evitadas, apesar de o casal não falar francamente entre si, ainda surpreso e perplexo diante do novo problema. A fase depressiva habitualmente começa a se estabelecer após um ou dois anos de tentativas para engravidar. A falta de perspectiva ou o pessimismo em relação ao futuro passa a desenvolver no casal um sentimento de tristeza e falta de motivação, que começa a interferir no resultado do tratamento, podendo prejudicar o rendimento profissional. Nesta fase, alguns casais, ocasionalmente, procuram psicoterapia com o objetivo de aliviar este alto grau de frustração. Já os casais mais refratários mostram-se ambivalentes, ora no sentido de interromper o tratamento, principalmente quando um deles admite que a adoção seria uma solução mais rápida e poderia abreviar o sofrimento e a depressão, havendo também aqueles que jamais buscam uma ajuda psicológica.

Em relação à sexualidade, é fundamental reconhecer que o comportamento sexual altera-se facilmente quando o psiquismo do casal apresenta-se comprometido. A ênfase ao contato físico e as trocas de carícias irão estimular o desejo e a excitação sexual, fundamental para a sensualidade na vida do casal, a fim de evitar disfunções sexuais, fruto da insistência em manter relações sexuais, tais como o vaginismo na mulher e falhas na ereção e descontrole ejaculatório no homem. E, por fim, na fase de resolução, independentemente do método empregado, a conquista de uma gravidez tão ansiosamente desejada revaloriza o vínculo conjugal; a solidariedade e a capacidade de superação de problemas abrem perspectivas de uma vida com mais confiança e prazer (Ribeiro 2004).

2.2- Repercussões da Infertilidade na Vida do Casal

Com o avanço da medicina, as chances de um casal infértil procriar se ampliaram. Contudo, o impacto da infertilidade nos casais que desejam ter filhos pode ser profundo. Ela é, geralmente, vivida como uma crise traumática e pode chegar a ter um efeito desmoralizante para a pessoa infértil, abalando profundamente a visão que o casal tem de si mesmo como uma unidade saudável, na medida que se desmorona um projeto de vida. A desesperança e uma visão negativa da situação pode fazer com que o casal desista. Muitas vezes, faz as pessoas sentirem-se defeituosas, envergonhadas e moralmente arrasadas. Neste sentido, é importante destacar que as técnicas de Reprodução Assistida acabam por expor, ainda mais, os casais ao sofrimento psíquico da infertilidade, pois a cada tentativa de concepção é preciso considerar a possibilidade de que, talvez, não se terá filhos biológicos. Tal vivência gera uma espécie de montanha russa emocional; situação propiciadora de consideráveis abalos psíquicos.

Hammarberg K (2008) realizou uma revisão sobre os efeitos da infertilidade associado ao fracasso da tentativa de gravidez por Reprodução Assistida. O estudo mostra que a infertilidade afeta o bem estar emocional, a satisfação com vida e o amor-próprio e que quando ocorre um fracasso na tentativa de Reprodução Assistida, estes efeitos psicológicos negativos tendem a aumentar. Estes efeitos negativos, conforme este estudo de revisão, podem interferir na relação pais e filhos quando do sucesso de posterior gravidez por Reprodução Assistida. O estudo sugere que o acompanhamento psicológico e orientado deste fracasso associado ao sucesso de uma nova tentativa pode minimizar ou favorecer que a relação pais e filhos possa transcorrer de forma mais real e menos idealizada. Num estudo longitudinal que acompanhou cinco anos de insucesso de homens e mulheres que iniciaram tratamento de Reprodução Assistida Peterson BD (2009) verificou que a qualidade de vida do casal e de cada um dos membros do casal tendem a piorar a medida que ocorrem estes fracassos. Do ponto de vista da experiência de vida as conclusões do estudo sugerem que os profissionais de saúde mental possam ajudar nas estratégias de *coping* do casal com objetivo de a partir da vivência da infertilidade acharem um novo sentido ou novo prazer com o objetivo de integrarem a experiência da infertilidade na sua personalidade.

Chachamovich J (2009) realizou um estudo com 162 casais inférteis onde avaliou a qualidade de vida, medida pela QOL. O objetivo foi avaliar se a resposta da QOL era a mesma entre os homens e as mulheres. Os resultados mostraram que há uma piora na qualidade de vida nos casais inférteis e que esta piora é simultânea e similar entre o casal.

Nestes artigos fica evidente que a vivência da infertilidade traz repercussões negativas na qualidade de vida de um casal e em cada um dos membros do casal. O sucesso da técnica de Reprodução Assistida tende a minorar estas experiências mas é necessário a atenção da equipe de saúde acerca de mecanismos de idealização decorrentes da experiência da

infertilidade. Caso as tentativas de Reprodução Assistida não obtenham sucesso, estratégias de *coping* são sugeridas para que o casal possa incorporar a infertilidade para dentro de suas personalidades. Existe um hiato entre o tempo de luto psicológico necessário de acordo com a subjetividade de cada pessoa após cada vivência de fracasso e a indicação médica de repetir o procedimento. Quando se repete o procedimento, a probabilidade de êxito no processo aumenta, porém se 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).

Em contrapartida, ilustra Ribeiro (2004), quando a concepção de um filho é desejada e não é possível, há um rompimento na cadeia de gerações, ruptura acompanhada de um intenso sofrimento. A baixa auto-estima, que geralmente é encontrada nos casais inférteis, é decorrente de uma ferida narcísica, que é reativada pela experiência da infertilidade.

2.3 A vivência da infertilidade: considerações psicológicas

Como já destacamos, a perda da capacidade reprodutiva pela infertilidade pode representar um forte abalo na estrutura psíquica de um casal, reabrindo, de diferentes formas, antigas feridas narcísicas e afetando intensamente a auto-estima. Isso ocorre, principalmente, porque conflitos inconscientes com a sexualidade, afetos ambivalentes diante da maternidade, conflitos edípicos não elaborados, conflitos quanto à identidade de gênero, não são prerrogativas dos casais com problemas de infertilidade. (Ribeiro, 2004).

A esterilidade, além de representar para a mulher a perda da fertilidade, pode simbolizar muitas outras perdas: a perda da vivência da gravidez, a perda de filhos, a perda da continuidade genética e a perda da função materna em cuidar do filho, podendo desencadear uma crise de vida.

É importante que as reflexões psicológicas sobre infertilidade não fiquem aprisionadas em uma relação de causa e efeito, ou seja, que se crie um psicologismo a priori acerca desta temática. Muito embora, saibamos que nesta área de reprodução e sexualidade os fatores emocionais mostram-se muito importantes. Carvalho (1989), por exemplo, publicou 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.

Zimerman (2005) diz respeito ao fato de que as mulheres inférteis por causas psicológicas, na maioria das vezes, têm uma mãe internalizada de características malignas e invejosas, que, em seu imaginário, as proíbe de serem bem-sucedidas como mulheres completas, logo com a realização de ser mãe. Acredita-se em reações bioquímicas comandadas pelo eixo hipófise-hipotálamo-suprarrenal. Nestes casos, a psicoterapia psicanalítica, aliada ao acolhedor modelo de uma mãe boa, costuma dar resultados muito gratificantes.

Ribeiro (2004), após fazer um estudo sobre infertilidade e Reprodução Assistida, conclui que o filho fantasiado desde a infância e atualizado na vida adulta torna-se um filho hiperinvestido, hiperlibidinizado. Filho concebido não pelo ato sexual, mas no âmbito da

sexualidade, o que em psicanálise, denominaríamos no âmbito do desejo. Daí a importância da complementação de instrumentos de investigação sobre as repercussões da infertilidade dos pais nas futuras gerações.

Neste sentido, o papel simbólico do médico e de sua equipe na Reprodução Assistida é algo que necessita de uma cuidadosa exploração. Considera-se ser essencial a presença técnica de um psicólogo ou psicoterapeuta em uma equipe multidisciplinar, para facilitar a capacidade de desempenhar o papel de uma mãe boa, continente, reconhecadora dos sentimentos em cada estágio do processo de infertilidade, os quais variam entre: o desapontamento que a mulher sente no momento da menstruação aos resultados negativos dos exames laboratoriais, as falhas nos tratamentos, os incômodos nos procedimentos diários, as alterações hormonais, os abortos espontâneos, além da pressão da família e amigos para se ter filhos.

Melgar (1995) afirma que temos a “cena originária psicológica”, ou seja, a origem do sujeito passa a estar implicada pelos procedimentos médico-laboratoriais, que farão parte de sua história, da mitologia pessoal do casal e do futuro bebê. Há uma terceira pessoa envolvida na reprodução - o médico -, e a cena destaca-se do ato sexual. É uma cena inédita na história da humanidade, que passa a ter inscrições inconscientes. Neste contexto, Ribeiro (2004) considera que o médico fica investido de um poder mágico e onipotente, semelhante às figuras parentais da primeira infância. Assim, o médico passa a fazer parte da concepção e, talvez, da paternidade simbólica da criança.

O sentimento de perda e o luto são próprios do casal infértil. Isso ocorre devido à falta da experiência de ser capaz de facilmente conceber, devido à ausência da privacidade da

concepção, na medida em que a intervenção médica está sempre presente, além da perda da vivência de compartilhar um filho biológico, condição de dar continuidade à linhagem família. 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.

2.4 - Aspectos Psicanalíticos da Experiência da Infertilidade: Luto e Melancolia

Muitas abordagens podem ser feitas acerca das relações entre a experiência da infertilidade e a psicanálise. Irei me deter aqui apenas em um aspecto, que me parece pertinente do ponto de vista clínico e com aplicações práticas para o exercício do cuidado diário dos casais que vivem a experiência da infertilidade e as relações que eles podem estabelecer diante desta experiência de perda. Trata-se da diferença entre o Luto e a Melancolia. Do ponto de vista psicodinâmico, as origens do conceito, a etiologia e a patogenia da depressão, situam-se em Freud, nas suas teorias sobre a personalidade, a sexualidade infantil e o conflito intrapsíquico. Em seu brilhante ensaio *Luto e Melancolia*, Freud (1915/1975) busca a compreensão psicodinâmica do mecanismo de luto e sua resolução, comparando-o com a melancolia, como condição patológica do mesmo.

Freud assinala que o luto é a reação à perda de um objeto significativo, podendo ela ser real, uma representação abstrata. Ou seja, centra a questão em torno da perda, que pode ser de uma pessoa ou de um ideal. Freud esclarece que algumas pessoas reagem a isso com um quadro de melancolia, provavelmente devido a uma predisposição patológica. Já no luto,

espera-se que, passado algum tempo, recupere-se o interesse pela vida sem necessidade de qualquer interferência terapêutica.

As características comuns entre o luto e a melancolia são: um profundo desânimo, perda do interesse pelo mundo externo, inibição da atividade em geral, incapacidade de amar. A diminuição da auto-estima, acompanhada de intensas auto-acusações, podendo culminar até mesmo numa expectativa delirante de punição, é considerada uma característica exclusiva da melancolia. Além disso, o objeto perdido do melancólico é mais idealizado que o do luto, sendo que, na melancolia, estamos lidando com uma perda de objeto que pode ser inconsciente, enquanto no luto esta perda é totalmente consciente. A ambivalência em relação ao objeto perdido é outro aspecto fundamental que diferencia os dois quadros, sendo muito intensa nos melancólicos, que se esquivam dela, voltando contra si a hostilidade que sentiam contra o objeto.

Dando prosseguimento à sua metapsicologia da melancolia, Freud (1915/1975) conclui que, nesta afecção, a libido livre, ao invés de se ligar a um novo objeto, volta-se para o próprio ego, e ocorre uma identificação inconsciente do ego com o objeto abandonado. Daí, então, o ego passa a ser julgado por uma agência especial (futuramente nomeada de superego) como se fosse um outro objeto. As auto-acusações são, na realidade, dirigidas contra esse objeto perdido internalizado no ego. A introjeção de um objeto morto (perdido) é produtora de muita angústia, mesmo quando diante de uma perda sem ambivalência excessiva. Sabemos da proximidade do conceito de introjeção com o da identificação, e ao convocarmos o objeto morto ao nosso interior a fim de não nos separarmos dele, invocamos concomitantemente uma angústia avassaladora, pois os vivos não se misturam harmoniosamente com os mortos. Ao emprestarmos vida ao morto pagamos com um pedaço de nossas vidas e, no mínimo, com a ameaça de nossa própria morte. Não há negociação possível com a morte cuja moeda não seja

a própria vida. A introjeção de um morto que se quer vivo, de um morto-vivo, é uma solução de compromisso provocadora de intensa angústia, indutora de um pouco de morte. Estamos supondo que, em muitos casos, a perda por morte e a conseqüente introjeção do objeto morto, transformado num morto-vivo, provoca uma intensa angústia que não está vinculada nem à ambivalência, nem à culpa, mas sim ao desejo de se unir ao objeto, à impossibilidade de se separar dele, e ao mesmo tempo, ao terror que essa união significa: a nossa própria morte.

O processo de luto, por sua vez, se realiza através do teste de realidade, que ao evidenciar reiteradamente que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Entretanto, sublinha que esta exigência não é fácil de ser cumprida. As pessoas tendem a se agarrar insistentemente a seus investimentos libidinosos e não abrem mão de suas ligações mesmo quando outro objeto se apresenta a elas. Afirma, como já observamos, que quando essa oposição é muito forte pode ocorrer um aprisionamento intenso no objeto, a ponto de se instalar uma psicose desejosa alucinatória, resultado de um total fracasso do juízo de realidade. As exigências do teste de realidade só podem ser realizadas gradativamente e com muito gasto energético, sendo que no decorrer deste período a existência do objeto perdido é prolongada no psiquismo. Todo esse processo envolve sofrimento, dor, e é feito muito lentamente, pedaço por pedaço.

Considero que o processo de luto é um dos maiores desafios ao equilíbrio do psiquismo e que, além disso, dependendo do tipo de perda, ou seja, mortes súbitas, precoces, violentas, perda de um filho, a elaboração pode se tornar assaz complexa, com grandes possibilidades de um fracasso parcial deste trabalho. É um momento em que enormes dificuldades se impõem ao sujeito, e alguns sucumbem ou apenas conseguem encontrar uma meia solução, uma meia elaboração. A morte, ou a extrema experiência da temporalidade,

destino inexorável de todo ser, é o golpe narcísico mais contundente que vivemos. Diante da morte não há negociação harmoniosa: ou ela é plenamente aceita, ou nos cobra um pedaço de nossas vidas. São os nossos mortos-vivos que não nos deixam em paz, ou melhor, somos nós que não os deixamos em paz.

O caminho que estamos trilhando é o do conflito permanente, da necessidade de elaboração constante do aparelho psíquico, da eterna vulnerabilidade do homem diante do imprevisível do destino.

Mesmo Klein (1940/1975), forte adepta da importância do fator constitucional, já havia nos indicado que o sujeito depende emocionalmente de seus objetos amorosos, a integração plena jamais é alcançada e estamos sempre tendo que elaborar a ação radical das pulsões e o sentimento de solidão. Segundo essa autora, mesmo que se achesse a posição depressiva construtivamente, um quadro neurótico poderá ser desenvolvido. A tão pretendida estabilidade e invulnerabilidade psíquica não encontra ressonância na teorização kleiniana, onde o sujeito, também, depende do olhar amoroso do outro para manter o equilíbrio instável de seu mundo interno, sujeito a desorganizações diante das perdas da vida.

Sem dúvida, Klein (1932/1975) valoriza extraordinariamente a relação precoce com a mãe e as primeiras vitórias contra as pulsões destrutivas, como condição para uma boa estruturação egóica, capaz de promover uma relação mais harmoniosa do sujeito com o mundo. Entretanto, isso não implica que o sujeito, mais tardiamente na vida, não possa, de qualquer forma, fracassar na elaboração de uma perda e desenvolver uma sintomatologia específica.

Para Freud, o ego tinha sempre que enfrentar dois tiranos inimigos: a realidade externa e as pulsões, enquanto para Klein (1932/1975) o homem estava, sempre, inteiramente à mercê das pulsões destrutivas. Winnicott (1963/1974) por sua vez, autor bem mais otimista que

Freud e Klein, não via a realidade como inimiga e acreditava que o processo maturacional tinha uma natural aptidão para a saúde, embora raramente se alcançasse a maturidade completa. Inclina-se a conceber o homem como um ser viável e criativo, embora incluísse em sua perspectiva as pulsões de morte.

Os processos de maturação, para esse autor, são concebidos como contínuos na vida, possibilitando mudanças até na velhice. Apesar da extraordinária valorização que dá à função materna que possibilita o surgimento do ser integrado, de forma alguma essa função garante uma harmonia para o resto da vida. O equilíbrio psíquico não é completamente estável e está sujeito às vicissitudes da vida. O ambiente é fundamental, essencial para o equilíbrio, e desorganizações, rupturas, reviravoltas podem provocar sérios comprometimentos psíquicos, pois não há nenhuma possibilidade de uma independência do ambiente. O sujeito humano está condenado a ser alguém entrelaçado ao social e ao corpo.

O casal precisa fazer o luto pelas perdas ocorridas, a começar pela perda da capacidade de ser capaz de facilmente conceber, além de vivências de abortos e tratamentos, quando houver. Se isso não ocorrer, afetará profundamente os indivíduos e o relacionamento (PAPP, 2002). A elaboração do luto dependerá de quão seu comportamento é resiliente e de sua capacidade de coping.

2.5 – Infertilidade: Resiliência e Coping

O conceito de resiliência e a possibilidade de sua promoção têm a virtude de uma transdisciplinariedade frutífera entre o âmbito social e psicológico, e abre perspectiva de trabalho e investigação em "prevenção primordial", muito antes da emergência de uma patologia ou problema (Vanistendael,1992).

A promoção da resiliência como um processo de consolidação ou fortalecimento da instância egóica do sujeito, que o torna mais capaz para mediar os conflitos entre os desejos do sujeito, suas instâncias críticas (o superego e o ideal de ego) e a realidade. O ego aumenta sua capacidade para instrumentar esses conflitos de um modo "saudável": os conflitos podem ser resolvidos de uma forma mais adequada por um ego resiliente.

As diferentes definições do conceito de resiliência enfatizam características do sujeito resiliente que são acionadas frente a situações vitais adversas e estressantes: habilidade, adaptabilidade, baixa susceptibilidade, enfrentamento efetivo, capacidade, resistência à destruição, condutas vitais positivas, temperamento especial e habilidades cognitivas.

Também se destacam dois elementos cruciais: a resiliência se produz em função de processos sociais e intrapsíquicos. Não se nasce resiliente nem se adquire "naturalmente" no desenvolvimento: depende de certas habilidades do processo interativo do sujeito com os outros seres humanos, responsáveis pela construção do sistema psíquico humano.

Froma (*apud* Goldrick, 2003) complementa a idéia de que a resiliência requer que aceitemos os limites de nosso poder, avaliando o que podemos e o que não podemos mudar, e então colocando todo o nosso esforço no que é possível. Acrescenta que precisamos repensar nossa visão do domínio para incluir como enfrentamos um desafio e como agarramos as oportunidades que estão diante de nós. Portanto, resiliência é um processo dinâmico que tem como desfecho a adaptação positiva em situações de grande adversidade.

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 inexistente –, 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 a 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)

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. 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.

3. Famílias de Reprodução Assistida

As técnicas de Reprodução Assistida permitiram o surgimento de pelo menos duas novas questões para a história humana. A primeira refere-se a possibilidade de casais inférteis virem a engravidar, ou seja, um casal com distúrbios em sua fertilidade têm possibilidades de atingir a gestação, tendo em vista a disponibilidade das técnicas, inclusive em hospitais públicos de referência, sendo possível oferecer essa oportunidade a todas as classes socioeconômicas (Passos e colaboradores, 2003, p.23). A segunda questão, como decorrência, refere-se a temática acerca do tipo de vínculo, em termos psicológicos, que poderá advir destas novas modalidades de gestação. Marodin (2008) denominou uma “família sócio-afetiva”, ou seja, quando os laços familiares ocorrem na convivência a partir da vontade ou do desejo das pessoas ligadas aquela família, podendo ter origem biológica ou não. Entre a diversidade de papéis nas novas configurações familiares assinalam mudanças históricas, jurídicas, sociais, de costumes e da moral sexual, além de refletir uma evolução tecnológica e científica. Como é possível cada membro garantir sua individuação nas atuais configurações familiares, para que estas operem com funcionalidade? Para a criança: quem manda em mim? A parentalidade também será artificial? Como serão os vínculos amorosos? E a co-responsabilidade de todos os envolvidos? Tema imprescindível que necessita de um olhar profundo nas pesquisas em nosso país. Ou seja, após 31 anos desde o nascimento de Louise, já temos informações e estudos que possam trazer alguma luz sobre estas questões?

Lucy Owen e Susan Golombok realizaram na Inglaterra um estudo longitudinal de famílias que se constituíram pela Reprodução Assistida. Foi examinada a qualidade de relacionamentos dos pais-crianças quando estes filhos estavam perto de completar dezoito anos. A amostra foi composta por vinte e seis famílias que usaram Fertilização in vitro (FIV),

vinte e seis famílias que usaram Inseminação Artificial (IA) em comparação com trinta e oito famílias que adotaram seus filhos e sessenta e três famílias de concepção naturais. Os resultados deste estudo mostraram um significativo aumento no nível de vínculo entre mãe e adolescente nas famílias de Reprodução Assistida e adotivas. As mães de FIV mostraram a indulgência disciplinar significativamente maior do que mães de concepção natural. Mas todos os adolescentes estavam bem adaptados e não diferiam em sua vida social e cognitiva. Deste grupo apenas duas adolescentes estavam cientes da sua forma de concepção (Lucy Owen, Susan Golombok.2009).

Em outro estudo Susan Golombok comparou adolescentes adotadas com adolescentes gerados por fertilização *in vitro* e nenhuma diferença foi encontrada entre estes grupos quanto a sua vida funcional, tanto em ambiente familiar como na vida social. (Golombok S, et al, 2009)

MacCallum F e Keeley S fizeram um estudo onde compararam dezessete famílias que tiveram doação do embrião com vinte e quatro famílias que adotaram e vinte e oito famílias que usaram fertilização *in vitro*. Este estudo transversal testou crianças que tinham idade entre cinco e nove anos. O objetivo deste estudo era comparar a qualidade do vínculo mãe e filho e o desenvolvimento social e emocional destas crianças. As avaliações foram feitas usando entrevistas estandardizadas e os questionários foram administrados às mães e aos professores destas crianças. Os resultados destes estudos não mostraram, nestas crianças, qualquer tipo de alteração entre os grupos. Apenas que nas crianças advindas de doação de embrião havia um envolvimento emocional maior destes pais e ao mesmo tempo, nestas famílias havia uma maior relutância em falar com a criança sobre o método de reprodução utilizado (MacCallum F, Keeley S, 2008.).

Colpin H e Soenen S (2002) num estudo de seguimento de oito anos, comparou trinta e uma famílias que usaram FIV e trinta e uma famílias que conceberam filhos naturalmente e constataram que não havia diferença de desenvolvimento entre os dois tipos de concepção. Estas mesmas famílias foram reavaliadas por Colpin H e Bossaert G. (2008) que avaliaram aquelas crianças agora adolescentes onde comparou as mesmas trinta e uma famílias que usaram FIV com trinta e uma famílias que tiveram concepção normal. Os resultados mostraram que tanto os adolescentes não diferiam entre si e nem as famílias, do ponto de vista do vínculo e do desenvolvimento físico e social.

Wagenaar K et al realizaram uma estudo de meta-análise acerca do desenvolvimento emocional, físico e social de crianças nascidas pela FIV. Os resultados mostraram que não há evidencias, a partir dos estudos realizados, de que crianças geradas a partir da FIV tenham apresentado algum problema psicológico ou cognitivo que mereça destaque. (Wagenaar K et al. 2008).

É evidente que estes estudos são indicativos bastante interessantes que podem minimizar certos temores culturais e sociais de que filhos gerados por Reprodução Assistida teriam algum tipo de problema. No entanto, estes estudos comportamentais não são simples de serem feitos e com enormes variáveis de observação. Por isto, cabe sempre um grau de prudência nas avaliações dos resultados. Mas além disto, é necessário repeti-los em diversas culturas, como no caso brasileiro, cujo cenário de pesquisa acerca da Reprodução Assistida ainda está em seu início.

No que diz respeito ao tema dos pais revelarem ou não aos filhos acerca da forma como foram concebidos os estudos internacionais mostram que os pais têm uma forte tendência a não revelarem a forma como seus filhos foram concebidos. A pesquisadora Susan Golombok, diretora do centro de Pesquisa de Psicologia da Família e da Criança, da “*City University*” em Londres, é responsável pelo desenvolvimento de vários estudos relativos a famílias provenientes de Reprodução Assistida. Ela sugere que os filhos devem receber a informação em termos simples assim que eles possam entender o conceito geral, o que provavelmente ocorre até antes da idade escolar. Dentro dessa idéia, desenvolveram-se vários estudos sobre os padrões de relato dos pais, a qualidade de seu relacionamento com seus filhos e as implicações na adequação sócio-emocional dos mesmos. Na Inglaterra 46 famílias com filhos com idade entre quatro e oito anos, concebidos através de inseminação, foram entrevistados a respeito de sua decisão, razão e preocupação com relação à revelação para a criança. Houve uma maior inclinação por parte deles pelo não contar (61%), oferecendo como principais razões o sentimento de que não havia um motivo para contar a verdade e também o desejo de proteger os membros da família. Por outro lado as duas principais razões a favor de contar foram evitar descobertas acidentais e o desejo de serem honestos. O estudo relata que

os filhos que foram informados reagiram tanto com curiosidade ou com desinteresse e que seus pais descreveram a experiência como sendo positiva (Sommer WH, Saavedra JM.2008).

Em outro estudo cujo objetivo foi comparar a qualidade do relacionamento familiar e a adequação sócio-emocional dos filhos em famílias criadas através de inseminação, os pais foram entrevistados, e aos filhos (idades entre quatro e oito anos) foram ministrados testes psicológicos. O estudo concluiu que as diferenças identificadas indicaram relacionamentos mais positivos entre pais e filhos de famílias que revelaram a origem do nascimento, do que nas famílias que não revelaram. Entretanto, acrescenta que isso não representa um relacionamento disfuncional nas famílias que não revelaram, mas sim reflete um resultado particularmente positivo no grupo que revelou (Lycett E, et al, 2004).

Em estudo australiano na qual 276 famílias que tiveram ao todo 420 filhos por inseminação, somente 22 destas crianças tinham sido informadas sobre sua origem. O estudo mostra que 71% das famílias contou a outras pessoas, mas 94% delas não contou para o filho. Dos 29% de famílias que não contaram a outras pessoas sobre a origem do filho, nenhuma contou ao filho. À medida que o filho foi crescendo, mais pais decidiram contar a ele sobre sua origem (Durna EM, et al 1997).

Ludwig M (Ludwig A, et al 2008) estudou, através de um questionário, 1614 famílias que usaram Injeção Intracitoplasmática (ICSI). O resultado é que não houve nenhuma associação entre manter o segredo e algum tipo de desajuste emocional na criança. E as razões para não se revelar a criança acerca do método utilizado é que os pais pensam que isto não é relevante à criança ou mesmo para protegê-la desta informação.

Vimos que nos estudos internacionais ocorre uma esmagadora tendência em que os pais que usaram a Reprodução Assistida não têm a intenção de revelar aos filhos acerca da Reprodução Assistida. E esta intenção se mantém ao longo dos anos. Estudos longitudinais internacionais compararam a intenção e a efetiva comunicação dos pais em contar e constataram que o padrão de intenção de não contar se manteve na maioria dos casos (Greenfeld DA, et al 1996).

Outro aspecto é que este segredo mantido pelos pais não teria criado maiores problemas nos vínculos familiares ou no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo destas crianças. Apenas, conforme Golombok, o relacionamento familiar parece ter uma melhor qualidade em famílias que revelaram acerca do método de Reprodução Assistida.

Em resumo pudemos ver que já existem estudos internacionais consistentes e de caráter longitudinal acerca das famílias que tiveram filhos através de métodos de Reprodução Assistida. Os resultados mostraram também que famílias assim constituídas não apresentaram nenhum tipo de disfuncionalidade que merecesse algum tipo de cuidado maior e nem em relação ao desenvolvimento das crianças que nasceram através de Reprodução Assistida. Estes estudos avaliaram desenvolvimento cognitivo, funcional, afetivo e a própria qualidade de vida destas pessoas e famílias. Com isto poderíamos dizer que as preocupações iniciais, relacionadas ao novo e ao desconhecido tanto em relação a novas tecnologias como aos resultados éticos e humanos podem ser minimizadas, ao menos até o presente momento.

No caso brasileiro, os estudos relacionados ao campo da psicologia ainda estão iniciando. Encontramos alguns estudos relacionados à Reprodução Assistida ligados aos aspectos emocionais do uso da tecnologia de Reprodução Assistida, a questões de

representações sociais da maternidade e da infertilidade, alguns questionamentos quanto ao uso tecnológico e mesmo do pouco acesso da população, etc. Ou seja, os dados não consistem de informações de estudos longitudinais, a construção de amostras ou banco de dados mais estáveis e que possam ser recuperados posteriormente. Por isto, nossa pesquisa situa-se dentro deste contexto de início de uma construção de pesquisa acerca da repercussão da Reprodução Assistida em solo brasileiro. No caso específico, o de avaliar qual, como e porque situa-se o posicionamento das famílias homologas brasileiras em relação a revelação do método de Reprodução Assistida aos seus filhos.

Objetivos

1 - Objetivo Geral

Avaliar, através de uma pesquisa quanti-qualitativa, a frequência e os aspectos relacionados à intenção dos pais e das mães homólogas brasileiras em revelar ou não aos filhos (as) sobre a gravidez a partir de métodos de Reprodução Assistida.

2 – Objetivos Específicos

- a.** Mensurar na população em estudo a frequência na intenção ou não em revelar ao (s) filho (s) sobre método de reprodução usado;
- b.** Comparar os resultados entre as famílias brasileiras e estrangeiras quanto a intenção de revelar ou não acerca do método de reprodução utilizado;
- c.** Identificar se há diferenças na intenção de revelar ou não acerca do método de reprodução utilizado entre pais e mães pesquisados;
- d.** Caracterizar as razões das famílias brasileiras para revelar ou não a criança acerca do método de reprodução utilizado;
- e.** Identificar possíveis fatores que eventualmente possam interferir na intenção ou não em revelar acerca do método de reprodução utilizado nas famílias brasileiras;
- f.** Avaliar se as questões relacionadas a infertilidade permanecem ou não após o sucesso da Reprodução Assistida.

Referências

Beaurepaire J, Jones M, Thiering P, Saunders D, Tennant C. 1994. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J. Psychosom. Res.* 38:229-40.

- Bertarelli Foundation Scientific Board. 2000. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *Hum. Reprod.* 15:330-4.
- Brazelton TB, Cramer, GB. A relação mais precoce. Lisboa:Terramar, 1989.
- Carrvalho WDP, Carvalho CAP, Focchi J, Freitas V, Aldrighi JM, Peres JAT. Fator psicodinámico en esterilidad femenina. *Rev Latinoamer Esteril Fertil* 3(1): 32-5, 1989.
- Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck MP, Cordova FP, Knauth D, Passos E. 2009. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum Reprod.* Sep;24(9):2151-7
- Colpin H, Bossaert G. 2008. Adolescents conceived by IVF: parenting and psychosocial adjustment. *Hum Reprod.* 23(12):2724-30.
- Colpin H, Soenen S. 2002. Parenting and psychosocial development of IVF children: a follow-up study. *Hum Reprod.* 17(4):1116-23.
- Daniluk, J. 1988. Infertility:intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil. Steril.* 49:982-90.
- Demyttenaere K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, Koninckx PR. 1991. Coping style and psychoendocrinological stress response during in vitro fertilization. *J. Psychosom. Res.*, 35:231-43.
- Durna EM, Bebe J, Steigrad SJ, Leader LR, Garrett DG. 1997 *Donor insemination: attitudes of parents towards disclosure. Med. J. Aust.*, 167, 256–259.
- Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr.. 1985. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility.* 43(1):48-53.

- Freud S. Luto e Melancolia. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro:Imago. 1915/1917. vol XIV, p. 269-291.
- Froma W. Crenças, Espiritualidade e Transcendência in MC GOLDRICK, Mônica. *Novas Abordagens da Terapia Familiar: raça, cultura, e gênero na prática clínica*. São Paulo: Roco, 2003.
- Gill MS. Hunt J, Monach JH. 1998. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Fertility Goddess*. Vogue. May.
- Golombok S, Owen L, Blake L, Murray C, Jadvá V. 2009. Parent-child relationships and the psychological well-being of 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilisation. *Hum Fertil*. Jun;12(2):63-72
- Greenfeld DA, Ort SI, Greenfeld DG, Jones EE, Olive DL. 1996. Attitudes of IVF parents regarding the IVF experience and their children. *J Assist Reprod Genet*. 13(3):266-74.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. 2001. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16 (2), 374-383.
- Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. 2008. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 14(5):395-414.
- Hunt J, Monach JH. – 1997. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum Reprod*. 12(11 Suppl):188-94.
- Imber-Black, Evan e colaboradores. *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- Jacob LS. Stress e Ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.
- Kaplan E, Sadock. *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- Klein, M. Contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos, in *Obras completas II*, Buenos Aires, Paidós-Hormes, 1975.
- Klein, M. Os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1969.
- Kopitzke E, Berg B, Wilson J, Owens D. 1991. Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: perspectives of professionals and patients. *Fertil. Steril.*, 55:1137-43.
- Laplanche J, Pontalis. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Lucy Owen and Susan Golombok. 2009 Families created by assisted reproduction: Parent-child relationships in late adolescence. *J Adolesc.* 32(4):835-48.
- Ludwig A, Katalinic A, Jendrysik J, Thyen U, Sutcliffe A, Diedrich K, Ludwig M. 2008. Attitudes towards disclosure of conception mode in 899 pregnancies conceived after ICSI. *Reprod Biomed Online*.16 Suppl 1:10-7.
- Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. 2004. Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertility and Sterility*, 82(1), 172-179.

- MacCallum F, Keeley S. 2008. Embryo donation families: a follow-up in middle childhood. *J Fam Psychol.* 22(6):799-808.
- Makuch MY. 2001. Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP. Campinas. [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]
- Mcwhinnie A. Reproductive Medicine: Why do need counselling? In: JENNINGS, SE ed., *Infertility Counselling*. Blackwell Science Ltd., Oxford 1995, 234-52, 1995.
- Maluf VMD. Coping e crenças nas mulheres em tratamento de Reprodução Assistida. Dissertação de Mestrado, PUCSP, Núcleo de Psicologia Hospitalar e Psicossomática, 2005.
- Marodin M. Da paternidade sócio-afetiva à família sócio-afetiva. Anais VII congresso Brasileiro de Terapia Familiar, III Encontro de pesquisadores. Gramado, 2008.
- Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki, and Makino. 2001. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod.* 16(5):966-9.
- Melamed e colaboradores. Expectativas e reações emocionais dos casais submetidos a técnicas de Reprodução Assistida. In *jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*. São Paulo: V.9 N.2 ,2005.
- Melgar, M.C. Procreación assistida (natural-artificial) en la cultura contemporânea. *Revista de Psicoanálisis*, 52(3):811-819, 1995.
- Neves, AP e JR Netto, Nelson Rodrigues. *Infertilidade Masculina*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Papp P. Casais em Perigo e Novas Diretrizes para Terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- Passos, Eduardo P. e colaboradores. Rotinas em Infertilidade e Contracepção. São Paulo: Artmed, 2003.
- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. 2009. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Hum Reprod.* Jul;24(7):1656-64
- Ribeiro, Marina. Infertilidade e Reprodução Assistida . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Roudinesco, Elisabeth;PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Sbaragli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. 2008. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril.* 90(6):2107-11.
- Schmidt L. 2009. The social and Psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are he research priorities? *Hum Fertil.* 12(1):14-20.
- Seibel M, Levin S. 1987. A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF. *J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.* 4(3):135-40.
- Seibel M, Taymor ML. 1982. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 37:137-145.
- Shapiro C. - When part of the self is lost. Jossey-Bass, San Francisco, 1993.
- Sommer WH, Saavedra JM. 2008 Targeting brain angiotensin and corticotrophin-releasing hormone systems interaction for the treatment of mood and alcohol use disorders. *J Mol Med.* 86(6):723-8.
- Step toe PC, Edwards RG.. 1978. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet.* 1978 Aug 12;2(8085):366.
- Syme G. 1997. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Hum. Reprod.* 12: Suppl. 183- 7.

- Thibault C, Levasseur MC. *La reproduction chez les mammifères et l Homme*. Paris: Ellipses, 1991.
- Volgsten H, Ekselius L, Poromaa IS, Svanberg AS. 2010. Personality traits associated with depressive and anxiety disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 89(1):27-34.
- Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. 2008. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Dec 30. [Epub ahead of print]
- Wagenaar K, Huisman J, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA. 2008. An overview of studies on early development, cognition, and psychosocial well-being in children born after in vitro fertilization. *J Dev Behav Pediatr*. Jun;29(3):219-30
- Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. 2007. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 13(6):607-16.
- Winnicott, D.(1963) "From dependence towards independence in the development of the individual", in *The maturational processes and the facilitating environment*, Nova York, IUP, 1974.
- Záchia, S e col. Estudo Transcultural de Reprodução Assistida. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- Zimerman, David E. *Psicanálise em perguntas e respostas verdades, mitos e tabus*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ARTIGO 1**Intenções de revelar aos filhos sobre a Reprodução Assistida em uma amostra brasileira**

Autores: Gisleine Verlang Lourenço¹, Pedro Vieira da Silva Magalhães², José Roberto Goldim², Luiz Eduardo T. Albuquerque⁴, Vilmon de Freitas⁵, Ana Rosa Detilio Monaco⁴, Eduardo Pandolfi Passos^{2,3}.

- 1. Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFRGS**
- 2. Hospital de Clínicas de POA; Universidade Federal do Rio Grande do Sul**
- 3. SEGIR: Serviço de Ecografia Genética e Reprodução Humana. POA**
- 4. FERTIVITRO: Centro de Reprodução Humana. SP**
- 5. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. SP**

Artigo a ser submetido a Acta Paulista de Enfermagem

Objetivo: Trata-se de estudo inédito em amostra brasileira que avalia se pais brasileiros que utilizaram alguma técnica de Reprodução Assistida tem a intenção de revelar ao filho (a) a forma de concepção utilizada.

Método: Estudo transversal multicêntrico. Aceitaram participar voluntariamente do estudo 37 mães e 28 pais que responderam a um questionário semi-estruturado de cinco perguntas que questionavam o interesse de contar ou não ao filho, parentes, amigos e sobre a concordância entre o casal acerca deste assunto.

Resultados: Das 65 pessoas entrevistadas, 63 manifestaram claro interesse em revelar ao(s) filho(a)(s) o método de concepção utilizado, ou seja, 96,8% da amostra.

Conclusão: tanto as mães quanto os pais, independente do grau de instrução, classe econômica, tipo de técnica de Reprodução Assistida adotada, preferem relatar aos filhos sobre a forma de concepção quando eles crescerem. Isto está em claro contraste com amostras internacionais.

Unitermos: Reprodução Assistida

Artigo 1

Intent to disclose the use of an assisted reproduction method in a Brazilian sample**Abstract**

Objective: this is the first study in a Brazilian sample evaluating whether parents using assisted reproduction have the intention to reveal to their offspring how the conception took place.

Method: cross-sectional multicentric study. Thirty seven mothers and 28 fathers completed a questionnaire consisting of five items asking whether they intended to reveal the method of conception to their son/daughter, relatives and friends and the agreement of the couple on the issue.

Results: sixty-one out of the 65 persons (96.8%) interviewed had the intention of revealing the method of conception used.

Conclusion: both mothers and fathers, independently of years of education, social class and assisted reproduction technique demonstrated the intention to reveal the method of conception, This is in clear contrast to international samples.

Keywords: assisted reproduction; children of donor insemination

Introdução

O desenvolvimento de técnicas de Reprodução Assistida tem permitido que casais consigam alcançar a gravidez. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a infertilidade é um problema vivido por 8% a 15% dos casais. No Brasil, estima-se que mais de 278 mil casais tenham dificuldade de gerar um filho em algum momento de sua idade fértil¹. A inseminação artificial (IA), a transferência intratubária de gametas (GIFT), a transferência intratubária de zigotos (ZIFT) e a fertilização *in vitro* seguida de transferência de embriões (FIVETE) são as técnicas mais utilizadas atualmente. Qualquer dessas técnicas pode ser utilizada de forma homóloga ou heteróloga conforme a proveniência do material biológico utilizado. A inseminação é homóloga quando realizada com o sêmen do próprio companheiro e heteróloga, quando feita com sêmen originário de terceira pessoa².

Ainda assim, a Reprodução Assistida carrega uma série de fatores de estresse. A trajetória do casal que busca auxílio para a resolução de seu problema procriativo é, muitas vezes, longa e dolorosa. Alguns exames são de caráter invasivo, associados à fantasia de riscos e complicações; os insucessos dos procedimentos geram abalo na auto-estima; a internação hospitalar para exame diagnóstico ou ato cirúrgico é cercada de carga estressante, podendo interferir no resultado do tratamento³.

Amostras de outros países revelaram que não há uma intenção e mesmo uma clara convicção em manifestar a criança ou parentes que a gravidez foi conquistada por método não natural. Não há estudos em amostras brasileiras sobre os padrões de relato dos pais, a qualidade de relacionamento com seus filhos e as implicações na adequação sócio-emocional. Diante do ineditismo do tema em solo brasileiro o presente estudo deseja verificar como pais brasileiros se posicionam frente à temática que está situada em relação ao contar ou não aos filhos sobre o método utilizado.

Método

Estudo transversal, desenvolvido em quatro locais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Clínica (SEGIR) Serviço de Ecografia, Genética e Reprodução Humana, em Porto Alegre particular e Centro de Reprodução Humana (FERTIVITRO) em São Paulo. Este estudo incluiu somente famílias homólogas. De um total de 65 pessoas contatadas aceitaram participar voluntariamente do estudo 37 mães e 28 pais (83.3%). Em todas as famílias que o pai aceitou participar, também aceitou a mãe. Eles responderam a um questionário semi-estruturado de cinco perguntas que questionavam o interesse de contar ou não ao filho, parentes, amigos e sobre a concordância entre o casal acerca deste assunto.

As entrevistas foram feitas por duas pesquisadoras, uma em Porto Alegre e a outra de São Paulo. O questionário foi auto-administrado e o tempo de duração de cada entrevista variou entre 15 a 20 min.

Resultados

A Tabela mostra as características demográficas das mães e pais incluídos. Das 65 pessoas entrevistadas, apenas 2 manifestaram afirmaram que não revelariam ao(s) filho(a)(s) o método de concepção utilizado. Entre um total de 37 mães, 34 responderam que sim, uma respondeu que não e duas não pensaram a respeito. Em relação à mesma pergunta, 24 de um total de 28 pais que aceitaram participar do estudo responderam que sim, um respondeu que não e três que não pensaram a respeito.

A idade preferida para contar aos filhos (as) teve uma pequena variabilidade. Destes, 62% (39 pais) tem intenção de contar apenas quando perguntados ou quando a criança

demonstrar entendimento do assunto; 13 % (8 pais) preferem contar entre os 8 e 12 anos; 8% (5 pais) não pensaram no assunto; e 17% não mencionaram a idade.

A maioria dos pais (93,8%) revelou para outras pessoas sobre a forma de concepção do filho (a). Em relação à concordância entre o pai e a mãe em contar ou não à criança sobre a forma de concepção encontramos que 95,4% dos casais concordam entre si.

Discussão

Trata-se do primeiro estudo em uma amostra brasileira que avalia se pais que utilizam técnicas de Reprodução Assistida têm intenção de revelar aos filhos acerca do método de reprodução utilizada. O resultado mostrou que tanto as mães quanto os pais, independente do grau de instrução, classe econômica, tipo de técnica de Reprodução Assistida adotada, preferem relatar aos filhos sobre a forma de concepção quando eles crescerem.

Nesta amostra foi contundente a diferença acerca da abordagem deste assunto em relação aos achados de amostras de outros países. Em um deles 46 famílias com filhos com idade entre quatro e oito anos, concebidos através de inseminação, foram entrevistados a respeito de sua decisão, razão e preocupação com relação à revelação para a criança. Houve uma grande inclinação por parte deles pelo não contar (61%). Dentre as principais razões alegadas houve a menção de que não havia um motivo para contar a verdade além do desejo de proteger os membros da família. Por outro lado as duas principais razões a favor de contar foram evitar descobertas acidentais e o desejo de serem honestos. O estudo relata que os filhos que foram informados reagiram tanto com curiosidade ou com desinteresse e que seus pais descreveram a experiência como sendo positiva ⁴.

LYCETT et al ⁵ compararam a qualidade do relacionamento familiar e a adequação sócio-emocional dos filhos em famílias criadas através de inseminação, As conclusões foram que as diferenças identificadas indicaram relacionamentos mais positivos entre pais e filhos de famílias que revelaram a origem do nascimento em relação às famílias que não revelaram. Entretanto isso não representou um relacionamento disfuncional nas famílias que não revelaram, mas sim reflete um resultado particularmente positivo no grupo que revelou.

Numa amostra australiana DURNA et al.,⁶ estudaram 276 famílias que tiveram ao todo 420 filhos por inseminação. Nesta amostra somente 22 das 420 crianças tinham sido informadas sobre sua origem. O estudo mostra que 71% das famílias contou a outras pessoas, mas 94% delas não contaram para o filho. Dos 29% de famílias que não contaram a outras pessoas sobre a origem do filho, nenhuma contou ao filho. À medida que o filho foi crescendo, mais pais decidiram contar a ele sobre sua origem.

Estudos longitudinais internacionais compararam a intenção e a efetiva comunicação dos pais em contar e constataram que o padrão de intenção de não contar se manteve na maioria dos casos ^{7 8}.

Algumas limitações de nosso estudo são: em termos de diferença de amostra. A literatura internacional baseia-se predominantemente sobre os relacionamentos familiares ao longo do tempo quando as crianças foram concebidas com gametas doados e/ou uma mãe substituta foi utilizada. Nosso estudo inclui somente famílias homólogas. Portanto, não temos informações sobre as famílias heterólogas. Nosso estudo, diferente dos estudos internacionais é de caráter transversal.

Em termos propositivos, nossa pesquisa revela uma diferença, como já destacamos, das amostras internacionais. Isto exige novas investigações que possam aferir que fatores poderiam estar envolvidas nesta diferença, além da realização de estudos idênticos aos internacionais, para avaliar as repercussões ou quais seriam as repercussões levando em consideração estas diferenças amostrais, além de avaliar aspectos culturais e implicações na qualidade do relacionamento de famílias brasileiras, especialmente a partir de estudos longitudinais.

Referências

1. www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/noticias/2005/0504/I16050429sexu.htm
2. PASSOS, Eduardo P. e colaboradores. Rotinas em Infertilidade e Contracepção. São Paulo: Artmed, 2003.
3. Freitas M de, Siqueira Arnaldo AF, Segre Conceição AM. Avanços em Reprodução Assistida. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2008;18(1):93-97.
4. Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. Hum Reprod. 2005;20(3):810-9.
5. Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. Fertil Steril. 2004;82(1):172-9.
6. Durna EM, Bebe J, Steigrad SJ, Leader LR, Garrett DG. Donor insemination: attitudes of parents towards disclosure. Med J Aust. 1997; 1;167(5):256-9.
7. Greenfeld DA, Ort SI, Greenfeld DG, Jones EE, Olive DL. Attitudes of IVF parents regarding the IVF experience and their children. J Assist Reprod Genet. 1996;13(3):266-74.
8. Olivennes F, Kerbrat V, Rufat P, Blanchet V, Fanchin R, Hazout A, Glissant M, Fernandez H, Frydman R. Contracept Fertil Sex. 1997 May;25(5):XIII-XVIII.

Tabela. Características demográficas das famílias incluídas no estudo

Característica	
Mãe e pai participaram do estudo	76%
Idade do casal em anos (média \pm DP)	
Mãe	36 \pm 5
Pai	41 \pm 6
Usuários do Serviço público	46 %
Grau superior completo	57%
Tentativas prévias de Reprodução Assistida	
Uma ou duas	60%
Mais de duas	40%
Número de filhos (média \pm DP)	1.4 \pm 0.6
Idade da criança nascida por Reprodução Assistida (em meses) (média \pm DP)	26 \pm 27
Terapia de Reprodução Assistida	
Inseminação artificial	13.5%
Fertilização in vitro	64.9%
Injeção intracitoplasmática de espermatozóides	27%

Artigo 2

Reprodução Assistida: Revelar ou não revelar aos filhos?

Autores: Gisleine Verlang Lourenço¹, Daniela Knauth², José Roberto Goldim³, Luiz Eduardo T. Albuquerque⁵, Vilmon de Freitas⁶, Ana Rosa Detilio Monaco⁵, Eduardo Pandolfi Passos^{3,4}.

1. Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFRGS

2. Antropóloga; Universidade Federal do Rio Grande do Sul

3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul

4. SEGIR: Serviço de Ecografia Genética e Reprodução Humana. POA

5. FERTIVITRO: Centro de Reprodução Humana. SP

6. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. SP

Artigo submetido a Revista de Saúde Pública

Resumo

Objetivo: O presente estudo se propõe a compreender uma das dimensões do impacto da reprodução assistida sobre a parentalidade de famílias brasileiras, quer seja, a revelação aos filhos sobre a forma de concepção realizada.

Método: Utilizou-se de uma metodologia qualitativa de coleta e análise dos dados. Os participantes foram convidados a se expressarem através da linguagem escrita por meio de um instrumento auto-aplicado, com questões abertas e fechadas. Foram estudados casais e/ou mulheres que buscaram atendimento em quatro centros de reprodução assistida, tanto públicos quanto privados, das cidades de Porto Alegre e São Paulo.

Resultados: A maioria dos entrevistados manifestou intenção de revelar aos filhos sobre a forma de concepção e acreditam que esta revelação deva se dar no momento em que a criança tenha mais idade, maturidade e capacidade de compreensão. Este dado é diametralmente oposto de estudos em outros países. Os argumentos de ordem tecnológica ocupam o centro da discursividade na maior parte dos entrevistados. Falar sobre a concepção através do aparato tecnológico permite, de certa forma, desviar o foco das atenções do casal para a medicina, ou melhor, da infertilidade para a tecnologia. Revelar o recurso à reprodução assistida é, necessariamente, revelar a infertilidade do casal ou de um de seus membros.

Considerações finais: O estigma da infertilidade ainda é um tema que necessita ser melhor abordado no caso de uso de métodos de reprodução assistida. Além disto, a equipe envolvida no acompanhamento destes casais deve estar atenta para esta temática, na medida em que estas famílias tendem a sobrepor o discurso da tecnologia em relação ao vínculo e as ansiedades decorrentes da expectativa de ser pai e mãe.

Palavras-chave: reprodução assistida; vínculo pais e filhos; estigma da infertilidade.

Reprodução Assistida: Revelar ou não revelar aos filhos?

Assisted Reproduction: Disclosing or not disclosing to children?

Objective: This study aims to understand one of the dimensions of the impact of assisted reproduction on Brazilian families parenting, in other words the disclosing to the children on how the conception was performed.

Method: We used a qualitative methodology for collecting and analyzing data. Participants were invited to express themselves using written language through a self-administered instrument, with open and closed questions. We studied couples and / or women who sought treatment at four centers for assisted reproduction, both public and private, in the cities of Porto Alegre and Sao Paulo

Results: Most respondents expressed intention of disclosing to children on how they were conceived and believe that this revelation must be given when the child is older, and more mature and able to understand. This finding is diametrically opposed to studies in other countries. The arguments of technological order occupy the center of discourse in most of the interviewees. Talking about conception through technological apparatus permits, in a sense, shifting the focus of attention of the couple for medicine, or rather from infertility to technology. Disclosing the use of assisted reproduction is necessarily disclosing the couple's infertility or one of its members.

Conclusion: The stigma of infertility is still an issue that needs to be better approached in the case of using methods of assisted reproduction. In addition, the team involved in monitoring these couples should monitor this issue, as these families tend to overlap the technology speech over the link and anxieties arising from the expectation of being a father and mother.

Key Words: assisted reproduction; parents/children bond; stigma of infertility.

Introdução

O desenvolvimento de técnicas de Reprodução Assistida ¹, que consistem em todos os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório) em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozóides), femininos (oócitos) ou embriões, tem favorecido com que casais inférteis tenham a possibilidade de alcançar a gravidez. Estas técnicas permitiram a doação de óvulos, doação de sêmen, adoção de embriões ou útero de substituição, o que na prática, favoreceu o surgimento de novas formas de parentalidade e conjugalidade (paternidade homoparental, famílias uniparentais, produção independente, filho de reprodução assistida).

Entre o casal se interpõe a tecnologia reprodutiva, com sua linguagem e técnicas específicas². O desejo de ter um filho passa a ser uma decisão necessariamente consciente e que implicará em um grande investimento emocional e financeiro. Neste contexto é preciso atentar para duas situações delicadas. Ter filhos através da medicina reprodutiva significa enfrentar as exigências impostas pelos procedimentos, repetibilidade de tentativas para aumentar a chance de êxito, elaboração do luto da capacidade de facilmente conceber, inclusão de uma equipe médica na privacidade do casal. A outra situação, o de se tornarem mães e pais de forma “não natural” ou com a marca da infertilidade³.

O impacto destas tecnologias sobre a vida dos casais, das mulheres e dos filhos ainda é pouco estudado no Brasil 5,6. O presente estudo se propõe a compreender uma das dimensões do impacto da reprodução assistida sobre a parentalidade de famílias brasileiras, quer seja, a revelação aos filhos sobre a forma de concepção realizada.

Metodologia

O presente estudo utilizou-se de uma metodologia qualitativa de coleta e análise dos dados. Os participantes foram convidados a se expressarem através da linguagem escrita por meio de um instrumento auto-aplicado, com questões abertas e fechadas. Nas questões abertas foi perguntado ao entrevistado se revelou ou se há intenção de contar ao filho sobre seu método de concepção; a quem caberá ou coube esta tarefa, como e quando; se há concordância por parte do casal sobre a intenção de revelação do método de reprodução assistida ao filho. Também buscou-se investigar quais outras pessoas do relacionamento social e familiar sabem sobre o método de concepção, as razões para esta revelação ou não.

Os participantes do estudo foram casais e/ou mulheres que buscaram atendimento em quatro centros de reprodução assistida, tanto públicos quanto privados, das cidades de Porto Alegre e São Paulo.

Os dados foram inseridos em um banco de dados e sistematizados através do programa *Sphinks Léxica*. A análise levou em consideração as recorrências e divergências dos discursos dos entrevistados, contextualizando-as a partir das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, profissão) dos entrevistados e também em relação à variáveis referentes as causas da infertilidade, método utilizado e tipo de serviço procurado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aceito pelas instituições participantes. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistadas 65 pessoas, sendo 37 mulheres e 28 homens parceiros destas mulheres. O conjunto dos dados tomando como unidade o casal totaliza 37 casos. A maioria das mulheres entrevistadas (27 das 37 entrevistadas) tinham entre 33 e 41 anos, já os homens eram em geral mais velhos, sendo que a maioria (20 sobre 28 entrevistados) estava na faixa dos 36 aos 48 anos. Em relação ao tipo de serviço, 20 casais e/ou mulheres freqüentavam os serviços públicos e o restante (17 casais e/ou mulheres) buscaram clínicas privadas. Os entrevistados possuem uma alta escolaridade, sendo que mais da metade possui nível superior em andamento ou completo.

Em termos de trajetória no uso das técnicas de reprodução assistida observa-se que pouco mais da metade dos casais e mulheres entrevistadas (22) tinham obtido sucesso na primeira ou segunda tentativa, mas uma parcela importante (15 casais ou mulheres) já tinha realizado mais de duas tentativas prévias antes da concepção. A principal técnica utilizada foi a fertilização *in vitro*, sendo que pouco mais de um terço também recorreu à técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozóides.

No que se refere à revelação sobre a forma de concepção a outros membros das diferentes redes de relações sociais dos casais, a análise dos dados indica que, no universo estudado, é possível identificar três maneiras distintas de lidar com este tema. Um pequeno número de entrevistados revela esta informação a um grupo bastante restrito de pessoas, visto que este é considerado um assunto que interessa somente ao casal ou a familiares muito próximos. Para este grupo, a forma de concepção constitui-se em *segredo*, como indicam os relatos abaixo:

Não, nem uma pessoa sabe, é tudo segredo. (Homem, 35 anos, pós-graduação)

Não. Acreditamos ser uma particularidade do casal. (Mulher, 41 anos, ensino superior completo)

Uma segunda atitude em relação à forma de concepção e que foi adotada pela maioria dos entrevistados é a revelação para um grupo mais amplo de pessoas que incluem familiares, amigos e conhecidos mais próximos. Esta revelação se dá, na maioria dos casos, já no momento mesmo do recurso à técnica, visto que o apoio desta rede social próxima é considerado como um elemento importante para o enfrentamento da situação, como evidenciam os depoimentos:

Toda a família e amigos sabem e sabiam dos tratamentos que realizamos. Contamos e dividimos nossas ansiedades com as pessoas queridas desde o início, nossos medos e alegrias. Comemoramos o sucesso da fertilização com um churrasco para familiares e amigos. Não contei para vizinhos e colegas de trabalho por falta de vínculo com eles. Como não contaria qualquer outra coisa que diz respeito a minha vida pessoal.
(Mulher, 39 anos, pós-graduação)

Sim. Não escondemos isto de ninguém. Logo que tomamos a decisão contamos aos mais próximos e depois que confirmamos a gravidez contamos aos outros. (Homem, 48 anos, ensino superior incompleto)

Mas além do apoio, outro aspecto que determina a revelação são as dinâmicas das próprias redes familiares, como indica o relato abaixo:

Sim. Pais, irmãos e tios. Para os pais e irmãos acabamos contando, afinal nos viam angustiados. Os tios receberam a notícia através do jornal familiar, aquele que circula de boca em boca. (Mulher, 34 anos, ensino superior completo)

Há ainda um grupo de entrevistados que não faz questão em esconder o método de concepção utilizado seja porque não vêem problemas nesta revelação, especialmente porque consideram que ela pode auxiliar outras pessoas que vivem situação semelhante.

Sim, sempre que comentamos sobre o assunto falamos. Também há uma curiosidade das pessoas em relação a filhos gêmeos, perguntam se foi hereditário ou tratamento. Não vejo problemas em falar, muito pelo contrário, penso que deva ser um estímulo a outros casais que procuram o método. Também vejo que o método nos ajudou a realizar um sonho, e teve sucesso também pela persistência do casal. (Mulher, 40 anos, pós-graduação)

No que diz respeito à revelação para a criança os entrevistados são praticamente unânimes em afirmar que esta deva ser realizada. Apenas dois entrevistados referiram não ter a intenção de revelar ao filho a forma de concepção e cinco participantes (duas mulheres e três homens) mencionaram que o casal ainda não havia pensado sobre o assunto.

A tarefa de revelação aos filhos é vista pela maioria dos entrevistados como uma atribuição do casal e está condicionada a um conjunto de aspectos, dentre os quais a idade, a maturidade ou capacidade de compreensão da criança. Os relatos abaixo evidenciam estes condicionantes:

[Caberá contar] aos pais na hora oportuna quando ela entender do assunto. (Mulher, 30 anos, ensino superior incompleto)

Quando estiver na adolescência, idade escolar, provavelmente pai e mãe [irão contar] quando ela estiver estudando sobre assuntos... (Mulher, 35 anos, fundamental completo)

Para nós (casal) isto é muito natural. Assim que nosso filho tiver idade para entender contaremos. (Homem, 48 anos, ensino superior incompleto)

E mais, a revelação do método de concepção é vista por parte dos entrevistados como uma coisa *natural* que se dará a partir do momento em que surgir interesse e questionamentos por parte das crianças.

[Caberá] ao casal, em conjunto, no momento em que surgir o questionamento, de maneira adequada a idade do questionador. (Mulher, 41 anos, ensino médio completo)

Mas apesar de salientarem a naturalidade da revelação, alguns entrevistados indicam, ao mesmo tempo, os elementos que distinguem esta forma de concepção, tais como o *esforço*, as *dificuldades*, o *desejo* intenso por um filho. O depoimento de uma entrevista evidencia esta perspectiva, e destaca como a concepção é parte da história da família e das filhas:

Nossa intenção é fazê-lo na medida em que as crianças já tiveram algum entendimento e demonstrarem interesse em saber sobre seus nascimentos e concepção. Acho linda nossa história e não vejo motivo algum de esconder delas o esforço que fizemos para concebê-las. Escrevi um diário durante a gestação onde conto todos os momentos e fases, tenho um histórico que pretendo entregar a elas quando compreenderem. Faz parte da nossa história, da nossa vida e das histórias de vida de minhas filhas. (Mulher, 39 anos, pós-graduação)

Ou ainda outra entrevistada que afirma:

Como mãe gostaria de contar a ele o quanto foi esperado e desejado. Não sei exatamente qual a idade, talvez uns 10-12 anos (Mulher, 33 anos, fundamental incompleto)

Apesar da maioria dos casais e mulheres entrevistadas enfatizar, no nível do discurso, que a revelação da forma de concepção não é algo problemático, o fato de grande parte dos entrevistados manifestarem que não haviam ainda refletido sobre o tema antes da pesquisa, é um indicador de que este é um tema delicado. A revelação sobre a forma de concepção implica em admitir o recurso a um processo diferente do *normal*, que por sua vez necessita da mediação da técnica e de um terceiro, o médico, como relata uma entrevistada:

Na minha geração, quando adolescente, a gravidez pressupunha o contato sexual, ou seja, a concepção natural. Era uma ligação espontânea ao coito. Quando o meu filho estiver na fase de entender de sexo, gravidez, não sei (não sabemos como sociedade se o diferente disto será visto tão somente como mais uma forma de se dar origem a vida

ou como um método que discriminará as crianças). Sinto curiosidade e bastante receio. Espero que o fato de ter sido concebido fora do útero como meio de maior proteção não lhe traga nenhum tipo de dissociação. (Mulher, 34 anos, ensino superior completo)

É desta forma que para grande parte dos casais e mulheres entrevistadas, a revelação sobre a forma de concepção implica necessariamente em dois aspectos tidos como centrais: o primeiro é o detalhamento dos complexos procedimentos técnicos utilizados e o segundo é a confiança depositada no médico e na equipe de profissionais da saúde. A necessidade da descrição da tecnologia utilizada para a concepção é um dos fatores colocado como empecilho à revelação às crianças pequenas. Falar que a criança foi concebida através de Reprodução Assistida é, assim, falar sobre as técnicas utilizadas, como evidencia o relato abaixo:

Vou explicar que papai e mamãe fizeram um procedimento: tentando explicar que foi tirado um óvulo meu, levado ao laboratório e que o papai deu seus espermatozóides para que este óvulo nascesse o nenê. Ai esse óvulo foi posto dentro da mamãe e a barriguinha foi crescendo e 9 meses depois nasceu a Maria Eduarda. (Mulher, 35 anos, fundamental completo)

Tentarei explicar que foi feito de forma diferente do normal, feito em laboratório, fecundado in vitro, pois meu organismo não tinha condições. (Mulher, 33 anos, ensino superior completo)

A mediação da tecnologia no processo de concepção impõe, por sua vez, a mediação do médico e equipe de profissionais da saúde. Há, entre os casais e mulheres entrevistados, um forte sentimento de gratidão para com os profissionais que participaram do processo. A presença deste terceiro elemento entre o casal é também um dos fatores que deve ser revelado

e justificado, visto que difere do *normal*. A equipe de profissionais da saúde e mais particularmente o médico, é sempre apresentada como idônea e “de confiança”, atributos esses que conferem legitimidade ao processo de concepção.

Já [revelou a forma de concepção]. Desde que minha filha é bebe de colo eu falo para ela assistindo a fita do parto e as fotos do parto que foi o "anjo" (médico que fiz tratamento) que colocou ela lá em minha barriga e depois fez o parto. Que a "fada" ajudou (assistente dele). (Mulher, 36 anos, ensino superior completo)

Eu estou muito satisfeita por este trabalho maravilhoso da equipe que nos abençoou de dar uma linda filha. (Mulher, 32 anos, ensino superior completo)

Como evidenciam os dados acima, os argumentos de ordem tecnológica ocupa o centro da discursividade na maior parte dos entrevistados. Falar sobre a concepção através do aparato tecnológico permite, de certa forma, desviar o foco das atenções do casal para a medicina, ou melhor, da infertilidade para a tecnologia. Revelar o recurso à reprodução assistida é, necessariamente, revelar a infertilidade do casal ou de um de seus membros. O preconceito em relação à infertilidade é ainda um dos aspectos que dificultam a revelação, seja para familiares ou para as próprias crianças, da forma de concepção. Segundo nossos dados, esta dificuldade é maior quando a causa da infertilidade é masculina.

Poucos foram os casais e mulheres entrevistadas que ao falar sobre a revelação da forma de concepção enfatizaram aspectos afetivos. Os dois depoimentos abaixo indicam esta outra forma de revelação possível:

Os pais não deveriam ter preconceito nenhuma para contar a família e aos filhos, pois os bebês de fertilização são concebidos com muito mais amor ainda. (Mulher, 40 anos, fundamental completo)

Sim, já sabe [sobre a forma de concepção]. O pai e a mãe contaram. Com 5 anos lendo o jornal, contando que sempre foi desejado, sempre sonhamos em tê-la. (Mulher, 45 anos, ensino superior incompleto)

É interessante notar que a infertilidade é um aspecto tão marcante para os casais e mulheres entrevistados que poucos foram aqueles que estabeleceram a demarcação entre o momento da concepção e o nascimento. A necessidade do uso de técnicas de reprodução assistida é percebida como um diferencial que se impõe na relação dos pais com os filhos, visto que apesar desses serem crianças normais após o nascimento, os pais continuam com a condição de inférteis. Ter um filho pode reduzir o estigma da infertilidade, mas certamente não o elimina por completo⁶

Discussão

As mães e os pais brasileiros que participaram desta pesquisa manifestaram a clara intenção de revelar aos filhos sobre a forma de concepção e acreditam que esta revelação deva se dar no momento em que a criança tenha mais idade, maturidade e capacidade de compreensão. Comparando com estudos internacionais esta intenção dos entrevistados brasileiros diverge completamente dos casais de outros países. Em um estudo inglês no qual foram entrevistadas 46 famílias com filhos em idade entre quatro e oito anos, concebidos

através de inseminação, foi identificado uma forte tendência dos pais (61% dos entrevistados) em não revelar aos filhos a forma de concepção⁷. Outro estudo⁸ com uma amostra de 276 famílias australianas, observou-se que somente 22 das 420 crianças foram informadas sobre sua origem. O estudo mostra ainda que 71% das famílias revelou a outras pessoas a respeito da forma de concepção, mas 94% delas não contaram para o filho. Já as famílias que não contaram a outras pessoas sobre a origem do filho (29%), nenhuma contou ao filho. Observou-se ainda que houve um aumento na revelação com o aumento da idade dos filhos. Estudos longitudinais internacionais compararam a intenção e a efetiva comunicação dos pais em contar e constataram que o padrão de intenção de não contar se manteve na maioria dos casos⁹.

Dentro do contexto da infertilidade nossos achados revelaram uma temática latente na discursividade dos participantes de nossa pesquisa. Trata-se do próprio estigma da infertilidade para os casais que usaram o recurso da reprodução assistida. Consideramos este fator como um elemento que pode interferir na espontaneidade dos casais na questão da revelação, na medida em que a temática da técnica se sobrepõe ao discurso de ser pai e mãe. Os padrões de gênero se sobrepõem à infertilidade e, neste sentido, quando a causa é masculina¹⁰, o estigma aparece com mais intensidade e a forma de concepção permanece ainda como um não dito¹¹.

Conclusão

Apesar da maioria dos entrevistados brasileiros manifestarem uma clara intenção de revelar ao filho (a) acerca do método de reprodução assistida encontramos na discursividade destas pessoas que o fator infertilidade é marcado como um processo de estigma. Tal vivência pode deixar marcas que tendem a se projetar em mecanismos de defesa importantes. Sob este aspecto podemos considerar uma certa discrepância entre a espontaneidade da revelação e o poder de constrangimento que o estigma pode gerar na discursividade dos pais em relação aos

filhos e mesmo familiares. Esta constatação sugere que o apoio psicológico preventivo torna-se necessário no auxílio das diversas etapas das ansiedades reprodutivas a serem vivenciadas, desde a adesão ou não aos tratamentos, destino de embriões congelados até a transição para a parentalidade onde há novas exigências de fertilidade e subjetividade. Além destes aspectos já caracterizados, constatamos que o estigma da infertilidade é um tópico de real importância a ser trabalhado pela equipe e/ou profissional que acompanhe, com a finalidade de que ele não se interponha na relação dialógica entre pais e filhos concebidos através da reprodução assistida.

Este estudo é pioneiro em termos de realidade brasileira. Seu valor está em nos dar uma idéia de que os brasileiros tem uma tendência a querer tratar do assunto revelação comparado aos casais de outros países. Ao mesmo tempo, revelou um discurso subjacente que eventualmente possa contradizer ou dificultar esta tendência de revelação, ou seja, o tema do estigma da infertilidade.

O presente estudo sinaliza a importância de outros estudos, tanto qualitativos quanto quantitativos que aprofundem os aspectos relacionados ao estigma da infertilidade, estudos que contemplem famílias homólogas e heterólogas, e estudos que acompanhem ao longo do tempo as diferentes implicações sociais e psicológicas do uso de tecnologias reprodutivas sobre os casais e filhos.

Por fim são necessários estudos longitudinais¹² que avaliem quais as conseqüências dessas novas configurações familiares na constituição dos sujeitos, também na comparação entre famílias homólogas e heterólogas. Ou seja, avaliarmos se ocorre uma ressignificação do lugar da mãe, do pai e do bebê que fora concebido através de reprodução assistida.

REFERÊNCIAS

1. Passos, EP. e colaboradores. Rotinas em Infertilidade e Contracepção. Porto Alegre: Artmed, 2003.
2. Makuch, M Y. - Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP. [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; Campinas, 2001.

3. Seibel, M.& Levin, S. – A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF. *J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.*, 1987;4:135-40.
4. Ribeiro, Marina. *Infertilidade e Reprodução Assistida*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
5. Chachamovich, Juliana Luzardo Rigol. *Qualidade de vida em infertilidade: revisão sistemática dos achados da literatura e avanços na investigação de homens e casais inférteis*. 2009. Disponível em URL: <http://hdl.handle.net/10183/15920> [2009 Março]
6. Urdanpilletta L., Fernandes D. *Psicologia da anulação*. In: indução da ovulação. Busso NE, Acosta AA, Remohi J. *Indução da ovulação*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
7. Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Hum Reprod*. 2005;20(3):810-19.
8. Durna EM, Bebe J, Steigrad SJ, Leader LR, Garrett DG. Donor insemination: attitudes of parents towards disclosure. *Med J Aust*. 1997; 1;167(5):256-9.
9. Greenfeld DA, Ort SI, Greenfeld DG, Jones EE, Olive DL. *Attitudes of IVF parents regarding the IVF experience and their children*. *J Assist Reprod Genet*. 1996;13(3):266-74.
10. Neves, Augusto Paulo e JR NETTO, Nelson Rodrigues. *Infertilidade Masculina*. São Paulo: Atheneu, 2002.
11. Heritier, Françoise. *A coxa de Jupter*. Reflexões sobre os novos modos de Procriação. In: _____. “Masculino e Feminino. O pensamento da Diferença” Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
12. Raoul-Duval, A. et al. Psychological follow-up of children born after in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 1994;v.9, p.1097-1101.
13. Parker, Richard e Aggleton, Peter. *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.

Considerações Finais

1. Da Pesquisa

Nossa pesquisa é estudo inédito em uma amostra brasileira. Ela avaliou se pais que utilizam técnicas de Reprodução Assistida têm intenção de revelar aos filhos acerca do método de reprodução utilizada, ou seja, falar aos filhos que foram gerados a partir da Reprodução Assistida. O resultado mostrou que tanto as mães quanto os pais, independente do

grau de instrução, classe econômica preferem relatar (96,8%) aos filhos, quando eles crescerem, sobre a Reprodução Assistida. Ou seja, se compararmos com amostras de outros países há uma tendência absolutamente contrária das famílias brasileiras pesquisadas. E nas amostras internacionais sabemos que a intenção de não revelar manteve-se ao longo do tempo, o que, no Brasil, ainda não conseguimos detectar.

No intuito de podermos avaliar melhor as razões e algumas questões implicadas na intenção em revelar ao (s) filhos (as) acerca do método de Reprodução construímos um questionário semi-estruturado de onde obtivemos algumas respostas mais elaboradas acerca desta intencionalidade. O resultado desta investigação está descrito no segundo artigo desta dissertação. Estas respostas foram analisadas através do programa *Sphinks Léxica*. E algumas considerações que analisamos como as mais pertinentes seriam:

1) No que se refere questão do círculo familiar e social encontramos, nesta amostra, três maneiras de lidar com o tema revelação da Reprodução Assistida. A primeira refere-se à idéia de que este assunto interessa apenas ao casal ou a familiares muito próximos. Trata-se de um segredo que deve ser mantido para o contexto social. Em nossa amostra esta visão manifestou-se em apenas poucos casos. Uma segunda visão, e a que mais esteve presente em nossa amostra foi a de que este assunto deve ser revelado a um grupo maior de pessoas, que incluem famílias, amigos e/ou conhecidos mais próximos. A razão desta revelação fica especialmente alicerçada na idéia da busca de apoio para o enfrentamento da situação. Ou seja, há um imaginário ou uma realidade de que exista e o casal encontrará apoio na rede familiar e/ou social para o apoio em momentos difíceis. Um terceiro grupo, também pequeno, tem a idéia de uma comunicação geral e irrestrita sob a justificativa de que tal atitude pode ajudar pessoas que vivam nesta mesma situação. Em suma, os dois grupos menores mantêm

atitudes opostas em relação ao ambiente social quanto ao tema da revelação e a maioria dos entrevistados decide pela revelação ao grupo social mais próximo, mas com o intuito de obter apoio, caso necessário. Isto parece ser contraditório com o que veremos no ponto três desta destas considerações a onde o estigma da infertilidade aparece tão fortemente no discurso das pessoas nesta amostra. A contrariedade seria a de que porque as pessoas, na sua maioria falam da sua infertilidade e ao mesmo tempo, referem sentir o estigma a ela?

2) No que se refere a revelar à criança acerca da Reprodução Assistida vimos que a imensa maioria tem a intenção de contar. E ficam aqui algumas questões: porque esta amostra difere tão completamente das amostras internacionais? Algumas variantes devem ser consideradas. A primeira diz respeito a que nossa pesquisa foi feita com casais homólogos, diferente de amostras de outros países. Outra questão que devemos considerar é a alta taxa de escolaridade de nossa população estudada, onde talvez o maior esclarecimento possa ser fator a ser considerado. Outra suposição refere-se a um possível uso do mecanismo de negação no momento da pesquisa. E ainda devemos considerar se não haveria uma maior aceitação cultural no uso de tecnologias em nosso país, o que poderia favorecer uma certa liberdade neste assunto. No entanto, apesar da aparente tranquilidade sobre a revelação aos filhos devemos considerar alguns aspectos. O primeiro refere-se a que este assunto não estava na agenda dos pais até serem questionados através da pesquisa. Em segundo lugar, a maioria dos casais pensa em revelar a partir do momento em que a criança tiver idade, maturidade e capacidade de compreensão. Claro que estas são condições necessárias e muito apropriadas. Mas poucos foram os casais que pensaram em revelar a partir da curiosidade da própria criança acerca da sua origem. Ou seja, poucos pensam que este processo seria *natural*, usando a expressão de uma mãe. O dilema entre natural (normal quem sabe) e o uso de uma prótese,

digamos assim, revela um certo grau de tensão emocional em relação a este assunto e as questões nele implicados. Que tensões seriam estas?

3) A primeira tensão refere-se à própria experiência da infertilidade. E como vimos esta experiência é bastante dolorosa para a imensa maioria das mulheres e dos homens. E as técnicas de Reprodução Assistida permitem que casais até então inférteis possam vir a gerar um filho. E passam a gerar filhos não através do ato sexual, mas essencialmente através do seu desejo. E vimos que nem sempre a experiência da infertilidade fica resolvida com um filho nascido por Reprodução Assistida, pois a condição de inférteis permanece. Além disto, pudemos observar que existe o estigma da infertilidade, que de forma direta e indireta ficou exposto no item um destas considerações. O primeiro poderia ser o próprio estigma ou um estigma familiar. Afinal, a concepção de forma natural faz parte da maioria das histórias familiares. E a infertilidade traria uma quebra nesta regra e na cadeia de gerações, ainda mais em famílias heterólogas. Além disto, há um medo ou uma preocupação dos casais em serem marginalizados ou discriminados pela sua infertilidade pelo meio social. Por isto, o cuidado em revelar a um grupo social maior. E considero que este é um ponto a ser melhor avaliado nas futuras pesquisas.

4) Uma segunda tensão seria a da passagem da infertilidade para o uso das tecnologias de Reprodução Assistida. Este aspecto revela-se nas falas das famílias quando se referem ao intenso desejo, ao imenso esforço e as dificuldades inerentes ao uso das técnicas de Reprodução Assistida. Ou seja, nesta passagem da infertilidade para a mediação da tecnologia ocorre uma hiper-valorização da técnica e do médico. A tecnologia ocupa o centro dos discursos e a criança ou a afetividade ficam em segundo plano, se podemos dizer assim. Revelar ou não revelar a criança tem esta marca de um hiper-investimento emocional e financeiro. Quer dizer, um enfrentamento das exigências impostas pelos procedimentos até a

conquista da gestação. Neste aspecto a idéia de revelar a criança pode estar mais a serviço para aliviar a ansiedade dos pais, despejando sobre a criança as suas próprias necessidades, ou seja, que os pais não conseguem lidar com a infertilidade ou com o histórico do tratamento e poderão confundir a criança com seus problemas. Mas isto ainda são hipóteses.

2. Algumas Reflexões

A abordagem que nossa pesquisa mostrou tem a marca de uma manifestação clara dos pais brasileiros em revelarem a seus filhos acerca da Reprodução Assistida. Simultaneamente estes mesmos pais apresentam um discurso subliminar que parece ser contraditório. Mas como síntese, fica o registro de que o estigma da infertilidade é um assunto absolutamente problemático, mesmo quando os pais conseguiram ter filhos através da Reprodução Assistida. Somente com estudos longitudinais é que poderemos avaliar melhor esta contradição e se a diferença entre a amostra brasileira em relação às internacionais referem-se apenas a questão da serem amostras homólogas e heterólogas ou há componentes culturais e sociais que precisam ser melhor avaliados.

Sobre a história do desenvolvimento da ciência atualmente já se pesquisam novas possibilidades de produzir o impensável como extrair células da medula óssea de humanos adultos e transformá-las em células precursoras de espermatozóides, técnica capaz de produzir espermatozóides maduros a partir de células oriundas de mulheres. (Jornal Gazeta do Povo, a partir da última edição da Revista Científica *Reproduction: Gamete Biology*. Curitiba, 15 abr. 2007) Os desdobramentos tecno-científicos prosseguem assim como as repercussões que delas podem se originar. Longe de se encerrar demarcam apenas o reinício de novas reflexões socioculturais que podem instigar mentes, propiciar a construção de novos saberes e ampliar a visão sobre as tecnologias emergentes.

Por isto a busca pelo tratamento de Reprodução Assistida surgiu como um movimento adaptativo, no sentido de encontrar uma possível solução para o problema da infertilidade. Contudo, no manejo dos casais inférteis, é importante termos consciência do desgaste emocional, sendo fundamental avaliarmos a capacidade deste casal de suporte ao estresse, bem como ajudá-lo no manejo com a realidade, não estimulando fantasias de resolução do problema a qualquer custo.

Estudos apontam que a infertilidade afeta principalmente o psíquico na relação do casal, nas relações familiares e sociais e em alguns casos em nível profissional. Assim sendo, este trabalho sugere que um filho gerado com a colaboração da tecnologia é uma criança com subjetividade própria. Pode ser o filho de um desejo intensificado pela experiência da infertilidade. A situação de infertilidade promove um tipo de concentração de todos os investimentos pessoais, a vida dos pacientes fica imobilizada, aguardando o desfecho da infertilidade. O fato de os procedimentos médicos exigirem a presença regular, quase diária das mulheres é algo que provavelmente contribui. Para tal fim, sugere-se também que haja um acompanhamento por um profissional da área de saúde mental para oferecer apoio e, em alguns casos, psicoterapia. Os casais podem precisar de auxílio para decidir a quem contarão e a quem não contarão sobre sua infertilidade. Acredita-se que a vivência de infertilidade reativa áreas de conflito psíquico, pelo fato de o desejo de ter um filho se originar e permanecer vinculado, no inconsciente, a questões da sexualidade infantil. Portanto, quando introduzimos um terceiro desconhecido na relação do casal, ou seja, sêmen doado, óvulo doado ou útero de substituição acrescenta-se 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 vêem-se

confrontados com a organização de novas estruturas familiares nas quais uma criança passa a fazer parte de diferentes conjuntos de vínculos existentes na família. Marodin (2008) denominou uma “família sócio-afetiva”, ou seja, quando os laços familiares ocorrem na convivência a partir da vontade ou do desejo das pessoas ligadas àquela família, podendo ter origem biológica ou não. Entre a diversidade de papéis nas novas configurações familiares assinalam mudanças históricas, jurídicas, sociais, de costumes e da moral sexual, além de refletir uma evolução tecnológica e científica. Como é possível cada membro garantir sua individuação nas atuais configurações familiares, para que estas operem com funcionalidade? Para a criança: quem manda em mim? A parentalidade também será artificial? Como serão os vínculos amorosos? E a co-responsabilidade de todos os envolvidos? Tema imprescindível que necessita de um olhar profundo nas pesquisas.

A transição para a parentalidade após a vivência da infertilidade deve ser objeto de especial estudo e cuidado. Com a chegada do filho um casal inaugura uma série de novos papéis e de novas formas de relacionamento na família. O homem e a mulher que compõe este casal, até então apenas marido e mulher, tornam-se pai e mãe, fato que vai alterar profundamente sua relação. O nascimento do primeiro bebê da família torna avós os pais de cada um dos membros do casal, tios e tias os irmãos de cada um deles, e seus filhos, primos entre si. Despertam muitos sentimentos e se reeditam outros pré-existentes. Nesta etapa do ciclo familiar “sua majestade o bebê”, a energia dos pais deverá ser direcionada para o cuidado do pequeno bebê, indefeso e dependente dos cuidados parentais. Por algum tempo, especialmente nos primeiros meses ou mesmo durante um ou dois anos, os pais deverão priorizar as necessidades de seu filho, abrindo mão, muitas vezes, das suas próprias. Dizemos que o bebê inaugura a família, pois traz consigo um conjunto de modificações nas relações familiares, todas elas, em geral, tentando fortalecê-lo e a fortalecer o vínculo pais-bebê.

Quando isso não acontece temos a evidência de que algo não vai bem nestas relações. A vivência da infertilidade pode interagir de modo diferente com cada casal de pais, correspondendo mais ou menos às suas expectativas, construídas ao longo de sua vida pessoal. Cada indivíduo, mesmo filhos de uma mesma família, tem pais diferentes e um contexto diferente cercado seu nascimento. Acredita-se na importância de ressignificar o lugar da mãe e do pai e do bebê que fora concebido através de Reprodução Assistida. No entanto, a resposta será dada de forma singular, de acordo com as personalidades, experiências de vida passada para diferenciar das interações presentes, constituem a base do mundo interior de cada indivíduo, matizadas por seus sentimentos e fantasias particulares e recursos emocionais para lidar com a frustração, dor e tantos outros aspectos associados.

Conforme Imber-Black (1993) diferentemente da privacidade, que garante a independência do homem adulto, os segredos, além de complexos, com frequência são problemáticos: criam percepções distorcidas e relacionamentos tensos. Contudo, uma vez que o relacionamento entre pais e filho é o mais importante dos vínculos humanos, uma criança deve ser capaz de crer que seus pais aceitarão o modo como ela veio à família e que lhe contarão verdades importantes. Um sistema educacional eficiente só será construído no momento que a comunidade acadêmica reconhecer a necessidade de mais pesquisas sobre os efeitos na maternidade e paternidade após a infertilidade.

Portanto, visando à elaboração de estratégias preventivas que tenham por objetivo o apoio familiar e o resgate da auto-estima, fica evidente a necessidade de uma atenção especial à saúde mental por um profissional preparado na equipe interdisciplinar de serviços de Reprodução Assistida, na medida em que a condição de infertilidade traz consigo uma gama

de aspectos emocionais que podem influenciar tanto no resultado final do tratamento quanto na futura relação pais criança. Para isto, penso que existem alguns aspectos que o profissional de saúde mental deve estar atento neste processo, quais sejam:

- a) Identificar as reais motivações para aderir ao método, o que normalmente, ajuda a fortalecer o desejo de gravidez e de adesão ao tratamento.
- b) É importante conhecer as condições emocionais inerentes aos procedimentos para lidar com os desafios da gravidez, do parto e da educação dos filhos, pois o medo do desconhecido pode aumentar a sensação de desconforto.
- c) Promover informações claras sobre o processo, e reflexões que permitam escolhas mais conscientes, ajuda a reconhecer os riscos e a fortalecer a capacidade de enfrentamento. Neste sentido, Souza, (2008) salienta que as principais complicações das técnicas de Reprodução Assistida devem ser lembradas: síndrome de hiperestímulo ovariano e gestações múltiplas. Assim como todo o cronograma do tratamento indicado como qual o tratamento, o que fazer, qual o protocolo de estimulação, quais os medicamentos, os ciclos, não se deve esquecer de citar as complicações.
- d) O apoio psicológico leva a reflexão sobre escolhas e decisões, mantendo-se no campo da realidade (limites físicos, emocionais e financeiros).
- e) Proporcionar conforto para lidar com maiores medos: anestesia, aborto, morte.
- f) Evitar sobrecarregar o paciente com aspectos emocionais mal resolvidos ou desconhecidos.
- g) Diagnosticar e sugerir tratamento específico ou para o casal quando houver indicação.
- h) Periodicidade: Avaliação e acompanhamento do casal antes, durante e após os procedimentos.

3. Perspectivas

No Brasil as pesquisas realizadas a partir do advento da Reprodução Assistida ainda são incipientes. Geralmente elas estão situadas mais para o âmbito sociológico e antropológico, refletindo a questão da medicalização, da feminilidade ou de gênero ou ainda todo um campo relativo ao tema da bioética. Dentro destas áreas temos pesquisadoras como Marilena Corrêa, Marlene Tamanini, Rosana Barbosa, Débora Diniz, Alejandra Rotânia, Liliana Seger-Jacob, Martha Ramírez-Galvez, Amanda Pinos, Naara Luna, Rosely Gomes Costa. As abordagens feitas por estas pesquisadoras não consideramos para efeito de nossos estudos em razão de que elas já se tornaram exaustivamente aprofundadas. Delimitamos-nos ao discurso acerca da intenção dos pais em revelarem ou não acerca da Reprodução Assistida e com o objetivo de construirmos um banco e uma amostra consistente e em condições de serem acompanhadas longitudinalmente. Pelo que sabemos trata-se de uma das maiores amostras conseguidas em estudos quanti e qualitativo no Brasil.

Em termos de perspectivas temos a possibilidade de usar este banco num estudo longitudinal em uma série de estudos. Desde a continuidade da temática da revelação e avaliação de como os casais lidaram com este assunto realmente. Além disto, estudos longitudinais semelhantes aos europeus, em especial da S. Golombok na avaliação de crianças e das famílias quanto a funcionalidade, desenvolvimento emocional e cognitivo.

Além disto, estudos transversais relacionados a empatia parecem ser de grande valor, especialmente comparando diferentes amostras, tipo: casais homólogos, heterólogos, que adotaram e famílias de origem natural.

5.1 Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre qual é a frequência e quais são os aspectos relacionados à intenção dos pais e das mães em revelar ou não a seus filhos (as) sobre a gravidez a partir de métodos de Reprodução Assistida . Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Faremos perguntas sócio-demográficas, sobre o tema da infertilidade e sobre fatores envolvidos na decisão de contar ou não a criança sobre a gravidez a partir de métodos de Reprodução Assistida .

Esta pesquisa faz parte da Dissertação de Mestrado da Psicóloga Gisleine Verlang Lourenço (contato pelos telefones: 99853879 ou 32172341). O grupo coordenador pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e tem como responsável o Dr Eduardo Pandolfi Passos (contato pelo telefone: 33169117).

Gostaríamos de deixar claro que o (a) senhor(a) tem toda a liberdade para interromper o questionário se desejar ou negar-se a responder a alguma pergunta do mesmo. Asseguramos que todas as informações de identificação prestadas pelo senhor (a) serão mantidas sigilosas. Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. (contato pelo fone: 21018117)

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Data:_____/_____/2006

Nome do entrevistado:_____

Assinatura:_____

Nome do entrevistador:_____

Assinatura:_____

Obrigado pela sua colaboração

5.2 Anexo 2

FICHA DE COLETA DE DADOS

1. Há uma intenção de contar a seu filho sobre seu método de concepção?
 sim
 não
 não pensamos a respeito
 A quem caberá a tarefa? Como? Quando?
2. Foi contado a seu filho(a) que ele(a) foi gerado através de método de Reprodução Assistida ?
 Quem contou? Como? Quando?
3. Há concordância por parte do casal sobre a intenção de revelação do método de Reprodução Assistida ao filho(a)?

4. Outras pessoas do relacionamento social e familiar sabem sobre o método de concepção?
Quem? Como? Quando?
5. Qual foi a razão para não contar?
6. Algum outro comentário?

5.3 Anexo 3

Ficha de Informações sobre o respondente

PRIMEIRA PARTE

1) SEXO

1) Masculino

2) Feminino

2) IDADE:

3) IDADE DO CONJUJE DO SEXO OPOSTO _____ ANOS

4) NATURALIDADE _____

5) TEMPO DE RELACIONAMENTO DOS PAIS DA CRIANÇA QUANDO FOI FEITA A REPRODUÇÃO ASSISTIDA _____ ANOS

6) ANO QUE O CASAL INICIOU O RELACIONAMENTO _____

7) ANO QUE INICIARAM A REPRODUÇÃO ASSISTIDA _____

8) DURAÇÃO DO RELACIONAMENTO _____

9) ESTADO CIVIL ATUAL

Solteiro (a) (1)

Casado (a) (2)

Vivendo como casado (a) (3)

Separado (a) (4)

Divorciado (a) (5)

Viúvo (a) (6)

10) ESCOLARIDADE

1) Primeiro grau completo

2) Primeiro grau incompleto

3) Segundo grau completo

4) Segundo grau incompleto

5) Terceiro grau completo

6) Terceiro grau incompleto

7) Pós graduação

11) RELIGIÃO _____

SEGUNDA PARTE

12) Quanto tempo tentou engravidar natural?

Exatamente há quanto tempo? _____ anos e _____ meses

13) A partir do momento em que soube da infertilidade:

13.1) o diálogo com seu(sua) parceiro(a) é

1) Igual

2) Melhor

3) Pior

14) O sucesso com a técnica de Reprodução Assistida foi obtida em qual tentativa?

- 1) primeira
- 2) segunda
- 3) terceira
- 4) quarta ou mais

15) Já se submeteu a alguma cirurgia do aparelho reprodutor?

- 1) Não
- 2) Uma vez
- 3) Duas ou mais

16) abortos espontâneos anteriores?

- Não
- Um
- Mais de um

17) Filhos concebidos naturais?

- Não
- Sim- de outra relação conjugal
- Sim- do mesmo parceiro

18) Número de filhos _____

19) Posição na família do filho nascido através do método de Reprodução Assistida

- Filho único
- Segundo filho
- Terceiro filho
- Quarto filho

20) Idade exata da criança nascida através de método de Reprodução Assistida:

_____anos e _____meses.

21) Sexo da criança nascida através de método de Reprodução Assistida:

- Feminino
 Masculino

22) Qual a terapia a que foi submetida:

- 1) IA (inseminação artificial)

2) FIV (fertilização in vitro)
3) ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozóides)

23) A causa da infertilidade era:

- Masculina
 Feminina
 Casal

24) Local de realização da Reprodução Assistida:

- HCPA
 SEGIR
 UNIFESP

25) A respeito da adoção de uma criança: (somente uma resposta)

- 1) Não considerei esta possibilidade
2) Sou absolutamente contrário(a)
3) Poderia fazer uma adoção no futuro
4) Já fiz solicitação para adoção

26) É favorável ao congelamento de embriões?

- 1) Sim
2) Não
3) Não sei

27) É favorável, em caso de uma gravidez com mais de um embrião, à redução de embriões em útero?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sei

28) É favorável à Reprodução Assistida com sêmem ou óvulo de um doador?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sei

29) Havendo a disposição de mais de um embrião, você arriscaria uma gravidez múltipla?

- 1) Não
- 2) Sim, Gemelar
- 3) Sim, Trigemelar