

# O caminho biopsicossocial da (in)fertilidade: idade, apoio psicológico, espiritualidade e ciência na consolidação do processo de PMA<sup>1</sup>

*Biopsychosocial pathway of (in)fertility: age,  
psychological support, spirituality and science in the  
consolidation of the MAP process*

RITA MORAIS

CATARINA DELAUNAY

---

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi financiada por Fundos Nacionais através da FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia), no âmbito do projeto ETHICHO — Coreografias ético-ontológicas: formas de objectivação e avaliação do embrião humano *in vitro* no contexto da Procriação Medicamente Assistida e da Investigação Científica (Ref. PTDC/SOC-SOC/29764/2017).

## RESUMO

Neste artigo, pretende-se explorar e compreender o caminho biopsicossocial da (infertilidade) em beneficiárias(os) de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Questões como a idade cronológica das(os) beneficiárias(os), a necessidade de apoio psicológico e o apoio psicológico oferecido, o “sentido da vida” na parentalidade, a religião e a fé, as atitudes face à ciência e tecnologia e a dignidade da criança no processo de fertilização *in vitro* (FIV) foram exploradas. A análise baseou-se nos dados de um questionário *online* realizado a 85 beneficiárias(os). Os resultados mostraram que a idade está relacionada com a infertilidade, nomeadamente com a quantidade de ciclos de FIV iniciados e concluídos. A necessidade de apoio psicológico é superior em quem se arrepende de ter tentado FIV quando esta não resultou em gravidez, bem como é superior depois da FIV juntamente com o apoio oferecido para as(os) beneficiárias(os) que representam o embrião enquanto início de vida. Quem considera que ser pai ou ser mãe dá “sentido à vida” representa mais o embrião enquanto início de vida, um ser humano, uma pessoa em potencial e quase um verdadeiro bebê e menos enquanto apenas uma parte do processo de PMA. Ainda, quem mais considera que o “sentido da vida” reside na parentalidade, que ser pai ou mãe é uma obrigação moral/religiosa e que professa alguma religião, esse considera igualmente que estamos demasiado dependentes da tecnologia e pouco dependentes da fé. Por fim, quem tem atitudes mais favoráveis face à ciência e tecnologia considera também que a dignidade e o respeito pela criança durante o processo de FIV são consideradas. Considerações teóricas e metodológicas são retiradas dos resultados.

**Palavras-chave:** Infertilidade; Fatores biopsicossociais; Procriação medicamente assistida.

## ABSTRACT

In this article, we intend to explore and understand the biopsychosocial path of (in)fertility in beneficiaries of Medically Assisted Procreation (MAP). Issues involving the chronological age of the beneficiaries, the need for psychological support and the psychological support offered, the "meaning for life" in being a parent, religion and faith, attitudes towards science and technology and the dignity of the child in the *in vitro* fertilization (IVF) process were explored. The analysis was based on data from an online questionnaire conducted with 85 beneficiaries. The results showed that age is related to infertility, namely with the number of IVF cycles initiated and completed. The need for psychological support is greater in those who regret having tried IVF when it did not result in pregnancy, as well as it is greater after IVF jointly with the support offered to the beneficiaries who represent the embryo as the beginning of life. Those who consider that being a father or a mother gives “meaning for life” represents more the embryo as the beginning of life, a human being, a potential person and almost a real baby and less as just a part of the MAP process. Still, for those who consider that the “meaning for life” is being a father or a mother, that being a father or mother is a moral/religious obligation and that have a religion, also consider that we are too dependent on technology and not so dependent on faith. Finally, for those who have more favorable attitudes towards science and

technology also consider that the dignity and respect for the child during the IVF process are considered. Theoretical and methodological considerations are drawn from the results.

**Keywords:** Infertility; biopsychosocial factors; Medically assisted procreation

## INTRODUÇÃO<sup>2</sup>

A infertilidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contracepção” (ZEGERS-HOCHSCHILD *ET AL.*, 2009, p. 2.686). Em nível do senso comum a infertilidade consiste, de forma genérica, na dificuldade em reproduzir-se. Contudo, quem tem questões de infertilidade traça um caminho muito além desta definição simplista e redutora que consiste *apenas* na dificuldade de obter uma gravidez de forma espontânea.

Do ponto de vista sociológico, as dificuldades reprodutivas convertem-se assim num processo que ocorre ao longo do tempo, que é complexo, dinâmico e multifatorial, assumindo-se como uma experiência única para cada pessoa e/ou casal que por ela passa. Quando as pessoas pretendem ter um ou mais filhos(as) e se deparam com questões de (in) fertilidade, essas traduzem-se em pequenas pedras no caminho a atravessar para as levar até à possível chegada de um bebê. Esse processo de (in) fertilidade pode ser assim impulsionado e auxiliado tanto por objetos como por outros seres que os capacitam a alcançar o seu objetivo através da biomedicina, nomeadamente da Procriação Medicamente Assistida (PMA). Os beneficiários(as) da PMA traçam um caminho que envolve questões de diferentes naturezas (sejam elas biológica, psicológica, social, entre outras) que podem ser facilitadoras ou inibidoras do seu objetivo.

Nesse artigo, abordar-se-ão algumas dessas questões. Nomeadamente, salientar-se-á o papel que o “relógio biológico” ainda tem na (in) fertilidade através da idade cronológica. O ajuste emocional durante o processo de PMA também será explorado através não só da necessidade de apoio psicológico pelos(as) seus(uas) beneficiários(as) durante esse processo, mas também nas relações com o embrião quando este apoio psicológico é oferecido. Por fim, abordar-se-ão questões mais íntimas, de caráter moral e social, que abarcam as questões relacionadas com o “sentido da vida” no que respeita à parentalidade, religião e fé durante o processo de PMA, a relação dessas últimas com a ciência e tecnologia, bem como a dignidade e o respeito pela criança durante o processo de PMA.

---

<sup>2</sup> Nota da edição: adequamos a grafia das palavras ao português utilizado no Brasil.

## “RELÓGIO BIOLÓGICO” E A EXPERIÊNCIA DA PMA

A associação entre a noção de “relógio biológico” e as questões sobre (in) fertilidade e gravidez surgiu nos anos 1970 numa tentativa de explorar as relações entre o fisiológico e o social no que respeita aos corpos das mulheres e à reprodução (FRIESE, BECKER E NACHTIGALL, 2006). Uma das ideias centrais a esta questão do “relógio biológico” é a de que os aspectos relacionados com o trabalho remunerado das mulheres e tudo o que isso implica afeta os seus anos de idade fértil. Juntamente a essa questão, a ideia de que a contraceção e o controle da natalidade podem adiar a idade fértil das mulheres juntamente com o acesso às tecnologias médicas de reprodução e à realização de abortos seguros e legais levaram e levam atualmente ao adiamento da gravidez por grande parte das mulheres trabalhadoras (FRIESE *ET AL.*, 2006; LEADER, 2006).

Posteriormente, nos anos 1980, as mulheres que optaram por ter filhos por volta dos 30 anos desencadearam aquilo a que se chamou “epidemia de infertilidade”, muito divulgada e caracterizada por mulheres ansiosamente em busca de uma gravidez antes que fosse “tarde demais” (FRIESE *ET AL.*, 2006; MCKAUGHAN, 1987). À medida que um número cada vez maior de mulheres entre os 30 e 40 anos tentava engravidar, tornou-se cada vez mais claro para os especialistas em (in) fertilidade que quanto mais tarde a primeira gravidez da mulher ocorria, maior a probabilidade de fatores relacionados com a idade diminuir a sua capacidade de engravidar, quer fosse de forma espontânea ou auxiliada por PMA (EDWARDS *ET AL.*, 1984; FRIESE *ET AL.*, 2006).

Efetivamente, a redução da fecundidade com o aumento da idade está muito bem documentada (WYNDHAM, FIGUEIRA E PATRIZIO, 2012). De fato, um projeto de parentalidade, seja este solitário ou a dois, é realizado cada vez mais tarde atualmente devido às mais diversas circunstâncias, sejam elas a progressão na carreira profissional, circunstâncias socioeconômicas difíceis ou outros objetivos de vida para além da parentalidade (WYNDHAM *ET AL.*, 2012). Algumas mulheres veem o “relógio biológico” como uma espécie de prazo para a tomada de decisões sobre a gravidez, sendo que a idade cronológica é nos dias atuais ainda vista como delimitadora no que toca ao projeto de parentalidade (FRIESE *ET AL.*, 2006).

A idade cronológica parece assim ter um impacto biológico na capacidade de reproduzir, mas também social porque culpabiliza a mulher pelo adiamento da gravidez e

consequentemente pelos problemas de (in)fertilidade (FRIESE ET AL., 2006), tornando muitas vezes o processo de PMA ainda mais difícil. Resultados de estudos internacionais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004) mostram que a probabilidade de um nado-vivo após apenas um ciclo de tratamento de fertilização *in vitro* (FIV) cai de 1 em 3 para mulheres com menos de 35 anos para 1 em 10 para mulheres com mais de 40 anos e para 1 em 20 para mulheres com mais de 42 anos. De fato, para além dessas evidências, o discurso médico no que toca à gravidez mostra que parece haver efetivamente uma idade delimitadora no que toca aos resultados de tratamentos de fertilidade usando os gametas da própria mulher, corroborada também pela cessação da menstruação que marca a fronteira da idade fértil (anos reprodutivos) e os anos de menopausa (anos não reprodutivos) de uma mulher (FORMANEK, 1990; FRIESE ET AL., 2006; UTIAN, 1990). Desse modo, o processo de ter um filho pode caracterizar-se enquanto uma corrida contra o “relógio biológico” que se pode traduzir no desgaste nos processos de PMA, incluindo os ciclos FIV.

Neste artigo também se pretende, especificamente, explorar e compreender a relação entre a idade cronológica dos(as) beneficiários(as) de PMA e a quantidade de ciclos iniciados e concluídos durante o processo de FIV.

## **AJUSTE EMOCIONAL À VIVÊNCIA DA PMA**

O processo de PMA, incluindo todo o processo de FIV (antes, durante e depois da FIV), pode ser emocionalmente exigente para os beneficiários(as) dessas técnicas. As dificuldades podem começar muito antes de se iniciar o processo de PMA, residindo no simples fato de decidir quando engravidar, tendo eventualmente de enfrentar a corrida contra o “relógio biológico” avançada anteriormente. Contudo, é precisamente quando se inicia o processo de PMA que começa um verdadeiro desgaste emocional devido às mais diversas situações que ocorrem.

A dificuldade em engravidar é por si só desgastante, traduzindo-se em tensão emocional ao longo das mais diversas etapas do processo, levando a uma pluralidade de sentimentos, como ansiedade, angústia, solidão, frustração, culpa, tristeza ou mesmo depressão (SEIBEL E LEVIN, 1987). As questões sobre a eventual necessidade de apoio psicológico durante o processo de PMA estão bem documentadas desde os anos 1980 (e.g., CALLAN E HENNESSEY, 1988; FREEMAN, BOXER, RICKELS, TURECK E MASTROIANNI, 1985; MAHLSTEDT, MACDUFF E BERNSTEIN, 1987; SEIBEL E LEVIN, 1987; SHAW E JOHNSTON, 1988) e efetivamente muitos dos casais que

recorrem à FIV e à transferência de embriões necessitam de avaliação, apoio e aconselhamento psicológico para enfrentar esse processo. As questões relacionadas com perdas gestacionais e infertilidade afetam as expectativas das mulheres, dos casais e da sociedade em geral sobre gravidez e nascimento, dado que é esperado que as pessoas sejam capazes de se reproduzir e gerar vida em princípio sem grandes dificuldades (EXLEY E LETHERBY, 2001).

Nesse sentido, a infertilidade constitui-se como um desafio dentro daquilo que é esperado nos diferentes e pré-definidos ciclos de vida do indivíduo, embora com diferenciações em nível de gênero. Este desafio tem, grande parte das vezes, um impacto negativo não só na forma como o indivíduo constrói socialmente a sua identidade (ser mulher, ser homem, ser mãe, ser pai), mas também na sua relação com os outros (o parceiro, a sociedade, etc.; EXLEY E LETHERBY, 2001). É neste sentido que o trabalho emocional tem lugar num contexto de infertilidade, enquanto disrupção biográfica. Por outras palavras, trata-se da capacidade de (e do esforço requerido para) lidar com os seus próprios sentimentos e com os dos outros dentro da sua esfera privada (EXLEY E LETHERBY, 2001; HOCHSCHILD, 1983) num contexto de PMA.

O trabalho emocional implica que os(as) beneficiários(as) de PMA identifiquem e lidem com os seus sentimentos durante o processo de forma a enfrentá-los até o fim. Lidar com um ciclo de FIV mal sucedido envolve gerir a frustração e a tristeza que muito provavelmente isso implica. Lidar com múltiplos ciclos de FIV mal sucedidos envolve gerir sentimentos muito mais enraizados que podem implicar depressão, desespero e desesperança no futuro, mais ainda quando os(as) beneficiários(as) de PMA representam os embriões não apenas como parte do processo, mas como potenciais seres integrados no quadro familiar. Esse trabalho emocional pode ser auxiliado por outros através de avaliação, apoio e/ou aconselhamento psicológico — psicólogos(as), profissionais de medicina da reprodução, embriologia, enfermagem etc. —, capacitando os(as) beneficiários(as) a gerirem de forma mais eficaz esse trabalho emocional ao longo do processo.

Está entre os objetivos específicos desse artigo explorar e compreender a relação entre a necessidade de apoio psicológico e a percepção de arrependimento de ter realizado FIV quando não se alcançou uma gravidez levada a termo, bem como a relação entre a necessidade de apoio psicológico depois da FIV e a representação do embrião durante a

FIV enquanto início de vida. Por fim, explorar-se-á a relação entre o apoio psicológico recebido e a representação e/ou estatuto do embrião.

### **“MÃE, QUAL O SENTIDO DA VIDA?” “VOCÊS!”**

Ter um filho é, para muitos casais, o verdadeiro objetivo de uma vida. Quando estes enfrentam dificuldades decorrentes de infertilidade, podem ocorrer sentimentos e estados psicológicos como frustração, tristeza, desespero e desesperança (e.g. SEIBEL E LEVIN, 1987), bem como pode instituir-se um sentimento mais lato e de natureza existencial que consiste no fato de não existir verdadeiro “sentido de vida” num contexto de infertilidade. Por exemplo, é frequente ouvir de pais que perderam os seus filhos que a vida deixou de fazer sentido justamente porque era nos filhos que residia o “seu sentido de vida”, visto que estes eram percebidos como o cerne da sua vida e um verdadeiro “motor” emocional para alcançarem muitos outros objetivos em cada uma das esferas (pessoal, profissional, social) da sua vida.

Se, por um lado, a relação entre “sentido da vida” e ter filhos está intimamente ligada ao nível das transições existenciais e vivências espirituais — sobretudo no caso das mulheres (PRINDS, HVIDT, MOGENSEN E BUUS, 2014) —, por outro a relação entre “sentido da vida” e a representação e/ou estatuto do embrião/feto (seja como mais uma etapa do processo ou mesmo como um possível filho integrado no quadro da família) é menos evidente. A dimensão do “sentido da vida” tem sido sobretudo analisada no âmbito do debate sobre o aborto, sendo associada a questões como a dignidade da vida humana ou personalidade (BORGSMANN, 2009). Nesse sentido, uma vasta investigação sugere que efetivamente as opiniões dos(as) beneficiários(as) de PMA sobre os embriões e até mesmo os sentimentos nutridos por estes podem afetar as suas decisões sobre os mesmos, quer estas residam na doação ou no descarte dos embriões (e.g., DE LACEY, 2005; GOEDEKE, DANIELS, THORPE E DU PREEZ, 2017; NEWTON, MCDERMID, TEKPEY E TUMMON, 2003). Alguns autores mostram que os(as) beneficiários(as) de PMA percebem os embriões como pessoas potenciais ou irmãos (MCMAHON, GIBSON, COHEN, LESLIE, TENNANT E SAUNDERS, 2000). Outros mostram que os(as) beneficiários(as) os consideram como filhos ou como um pequeno bebê (BRINDEN, AVERY, MARCUS E MACNAMEE, 1995; LARUELLE E ENGLERT, 1995; DE LACEY, 2005) salientando assim a componente emocional do processo e o peso que os embriões podem ter naquilo que traz “sentido à vida”.

Nachtigall, Becker, Tober, Friese e Butler (2005), num estudo que procura compreender como os(as) beneficiários(as) de PMA concebem os seus embriões e que aborda a questão sobre qual o destino a dar-lhes (i.e., doação ou descarte), mostrou que os(as) beneficiários(as) de PMA conceitualizam os seus embriões congelados como “entidades vivas” com capacidade de experienciar desconforto e até sofrer, mas também como crianças “virtuais” cujos interesses devem ser considerados e protegidos, membros da família e irmãos das crianças já nascidas, “seguros de vida” genéticos ou psicológicos ou até mesmo recordações simbólicas passadas da sua infertilidade.

As representações que os(as) beneficiários(as) de PMA têm sobre os seus embriões juntamente com as questões do “sentido da vida” a residirem na parentalidade podem estar também intimamente relacionadas com as posições que estes tomam acerca da ciência e tecnologia de reprodução. As questões sobre o “sentido da vida” assumem um caráter mais social e até moral pelo que podem ser incongruentes com visões mais positivas da ciência e tecnologia médica de reprodução.

Também a relação entre “sentido da vida” e representação do embrião durante o processo de FIV, assim como a relação entre “sentido da vida” e atitudes face à ciência e tecnologia, estão entre os aspectos que se pretende elucidar neste artigo.

## “FÉ QUE MOVE MONTANHAS”

O processo de PMA e especificamente as técnicas de FIV são muitas das vezes a esperança para promover esse “sentido da vida”, mas quando esse processo é difícil e pautado por vários insucessos pode também ocorrer revolta e alguma descrença na ciência e na tecnologia médica de reprodução, permitindo o início de outros caminhos entre os quais reside a fé e a religião.

A religião constitui um porto de abrigo em áreas difíceis e desafiantes (ROMEIRO, CALDEIRA, BRADY, TIMMINS E HALL, 2017), podendo ter um papel importante no contexto da PMA. Por exemplo, Freda, Devine e Semelsberger (2003) descrevem a experiência de uma perda gestacional em situação de infertilidade como um conjunto de etapas entre as quais: novo começo; luta interna entre esperança e desesperança; corrida contra o tempo; raiva/frustração; falta de compreensão por parte dos outros; culpa; sentimentos de solidão/dormência; ganho de forças a partir da experiência. É nesses casos que a fé e a religião podem desempenhar um papel importante enquanto estratégia de *coping* para lidar com as situações mais adversas (TOSCANO E MONTGOMERY, 2009).

Alguma literatura mostra que os(as) beneficiários(as) de PMA equilibram a sua fé ou crença num poder superior (normalmente Deus) com o seu poder pessoal. Nos momentos em que não há fé ou crença num poder superior, a desesperança surge e com ela a preocupação e *stress* durante o processo. Normalmente, quando o sucesso dos tratamentos é alcançado, o mesmo é atribuído a Deus ou ao dom de Deus (TOSCANO E MONTGOMERY, 2009), o que mostra que a fé desempenha um papel tão ou mais importante que a ciência e tecnologia.

Por fim, neste artigo pretende-se, especificamente, explorar e compreender a relação entre religião e atitudes negativas face à ciência e tecnologia e a relação entre atitudes favoráveis à ciência e tecnologia e dignidade da criança no processo de FIV.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Foi realizado um inquérito *online* a uma amostra de 85 beneficiárias(os) (97,6% biologicamente mulheres e identificadas como tal) de fertilização *in vitro*/injeção intracitoplasmática de espermatozoide (FIV/ICSI). As suas idades eram compreendidas entre os 27 e os 55 anos ( $M = 37,67$ ;  $DP = 5,00$ ). A maioria das(os) beneficiárias(os) eram heterossexuais (92,9%), 3,5% eram homossexuais e 3,5% bissexuais. A maioria era de pessoas casadas (57,6%) ou que coabitavam com outra pessoa (40%) à data da coleta dos dados. Apenas uma minoria era solteira (24%). Das(os) inquiridas(os) que viviam com outra pessoa, faziam-no em média há 9,64 anos ( $DP = 4,84$ ). As(os) beneficiárias(os) eram todas(os) portuguesas(es), à exceção de uma, que era brasileira. A grande maioria tinha trabalho (85,9%) e níveis de educação superior (68,3%).

No momento da obtenção dos dados, 27,1% das(os) beneficiárias(os) tinham o processo de PMA em curso ou já previsto, 14,1% encontravam-se no decurso da gravidez, 28,2% tinham o processo concluído sem gravidez alcançada e 30,6% já tinham um parto realizado. Entre os motivos para ter filhos, a própria idade das(os) beneficiárias(os) toma destaque por metade da amostra (50%). Para 78,8% das(os) beneficiárias(os), o que motivou a recorrer à PMA foi terem recebido juntamente com o parceiro(a) um diagnóstico de infertilidade. Uma parcela de 88,2% não tem filhos decorrentes de uma gravidez espontânea; 9,4% tem pelo menos um filho antes de ter recorrido à PMA e apenas 2,4% têm pelo menos um filho depois de ter recorrido à PMA. O principal motivo reportado por essas(es) beneficiárias(os) para ter um filho é constituir família ( $M = 5,79$ ;

$DP = 0,49$ ), seguindo-se pelo desejo de criar um filho ( $M = 5,54$ ;  $DP = 0,68$ ), e pelo desejo de ter um filho com a pessoa que se ama ( $M = 5,42$ ;  $DP = 1,11$ ).

## PROCEDIMENTO E MATERIAIS

O questionário esteve *online* pelo período de três meses (entre 28 de outubro de 2019 e 31 de janeiro de 2020), tendo sido divulgado junto de uma instituição de pacientes (a Associação Portuguesa de Fertilidade), associações LGBT (ILGA e famílias arco-íris) e redes sociais (nomeadamente no Facebook). As(os) beneficiárias(os) eram convidadas(os) a responder a um conjunto de questões sendo as mais relevantes descritas seguidamente.

De forma a cobrir um conjunto de variáveis biopsicossociais no processo de (in)fertilidade, as(os) beneficiárias(os) responderam a perguntas incluindo questões sociodemográficas como a idade (em anos) e a religião (se tem ou não tem religião), mas também sobre o número de ciclos de FIV iniciados e concluídos, sobre a necessidade de apoio psicológico (teve/não teve essa necessidade) durante todo o processo de FIV (antes, durante e depois da FIV), sobre a oferta ou não desse apoio psicológico em caso de necessidade (foi oferecido/não foi oferecido) durante todo o processo de FIV (antes, durante e depois da FIV). O questionário incluiu ainda seis itens sobre o “sentido da vida” em ter filhos (e.g.: o fato de ser mãe/pai dá sentido à vida), numa escala tipo likert de seis pontos, em que a posição 1 correspondia a “discordo totalmente” e a 6 correspondia a “concordo totalmente”. Incluíram-se, ainda, oito itens sobre concepções/estatuto acerca do embrião (e.g. “ O que representa para si um embrião no momento da FIV? Um agrupamento de células”) na mesma escala de likert; oito itens atitudinais sobre ciência e tecnologia (e.g. A ciência e tecnologia podem resolver qualquer problema) na mesma escala de likert; bem como seis itens sobre a dignidade e respeito pela criança durante o processo de FIV (e.g. Considero que os procedimentos de FIV utilizados respeitam os direitos da criança) na mesma escala de likert. Foi igualmente perguntado às(aos) beneficiárias(os) sobre o arrependimento em ter tentado FIV quando esta não resultou em gravidez (Se já fez ciclos de FIV, mas infelizmente o resultado não foi a gravidez, arrepende-se de ter tentado?), tendo como resposta sim ou não. A confidencialidade dos dados foi garantida, bem como foi obtido o consentimento informado de todos os participantes antes da coleta de dados.

## **Análise de dados**

A análise de dados foi realizada com recurso à versão 26 do *software* SPSS (IBM CORP., 2019). Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas mais relevantes para caracterização da amostra, bem como análises descritivas das variáveis relevantes aos resultados principais, correlações de *Pearson* e um teste *t* de *student* para verificar diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem religião na percepção de que “estamos demasiado dependentes da tecnologia e não dependemos o suficiente da fé”.

## **RESULTADOS**

### **Relação entre idade cronológica e ciclos de FIV iniciados e concluídos**

A idade cronológica das(os) beneficiárias(os) de FIV apresenta uma associação significativa positiva com os ciclos de FIV iniciados ( $r= 0,327$ ;  $p<0,01$ ) e concluídos ( $r= 0,416$ ;  $p<0,01$ ) pelas mesmas. Estes resultados mostram que quanto mais velhas(os) as(os) beneficiárias(os) de FIV, maior o número de ciclos de FIV iniciados e concluídos.

### **Relação entre a necessidade de apoio psicológico e a percepção de arrependimento de ter realizado FIV quando não se alcançou uma gravidez**

Os resultados mostraram uma associação significativa positiva entre quem sentiu necessidade de apoio psicológico antes da FIV ( $r= 0,293$ ;  $p<0,05$ ), durante a FIV ( $r= 0,293$ ;  $p<0,05$ ) e depois da FIV ( $r= 0,240$ ;  $p<0,05$ ) com a percepção de arrependimento de ter realizado FIV quando não resultou em gravidez. Por outras palavras, as(os) beneficiárias(os) que mais sentiram necessidade de apoio psicológico durante todo o processo de FIV foram também as que mais se arrependeram de ter realizado a FIV quando esta não resultou numa gravidez.

### **Relação entre a necessidade de apoio psicológico depois da FIV e a representação do embrião durante a FIV enquanto início de vida**

Os resultados mostraram uma associação significativa positiva entre quem sentiu necessidade de apoio psicológico depois da FIV e a representação do embrião enquanto início de vida ( $r= 0,252$ ;  $p<0,05$ ). Quanto maior a representação do embrião enquanto início de vida para estas(es) beneficiárias(os), maior a necessidade de apoio psicológico depois da FIV.

### **Relação entre o apoio psicológico recebido depois da FIV e a representação do embrião**

Os resultados mostraram, igualmente, uma associação significativa positiva entre a quem foi oferecido apoio psicológico depois da FIV e a representação do embrião enquanto início de vida ( $r= 0,252$ ;  $p<0,05$ ). Por outras palavras, aquelas(es) a quem foi oferecido apoio psicológico depois da FIV têm uma representação maior do embrião enquanto início de vida.

### **Relação entre “sentido da vida” e representação do embrião durante o processo de FIV**

Os resultados mostraram uma associação significativa negativa entre a percepção de que ser pai ou mãe dá sentido à vida e a representação do embrião enquanto parte do processo de PMA ( $r= -0,282$ ;  $p<0,01$ ). Nomeadamente, quem considera que ser pai ou mãe dá sentido à vida representa menos o embrião enquanto apenas uma parte do processo de PMA.

Por sua vez, foram encontradas associações significativas positivas entre a percepção de ser pai ou mãe enquanto sentido da vida com a representação do embrião enquanto início de vida ( $r= 0,282$ ;  $p<0,01$ ), um ser humano ( $r= 0,339$ ;  $p<0,01$ ), uma pessoa em potencial ( $r= 0,396$ ;  $p<0,01$ ) e quase um verdadeiro bebê ( $r= 0,334$ ;  $p<0,01$ ). Por outras palavras, quem tem uma maior percepção de que ser pai ou mãe dá sentido à vida representa mais o embrião enquanto início de vida, um ser humano, uma pessoa em potencial ou mesmo um quase verdadeiro bebê.

### **Relação entre “sentido da vida” e atitudes negativas face à ciência e tecnologia**

Foram encontradas associações significativas entre a percepção de “sentido da vida” e atitudes desfavoráveis face à ciência e tecnologia. Nomeadamente, quem considera que ser pai ou mãe dá sentido à vida considera igualmente que estamos demasiado dependentes da tecnologia e não dependemos o suficiente da fé ( $r= 0,247$ ;  $p<0,05$ ). Especificamente, quem considera que uma mulher só se realiza completamente quando é mãe também considera que estamos demasiado dependentes da tecnologia e não dependemos o suficiente da fé ( $r= 0,236$ ;  $p<0,05$ ). Por fim, o mesmo acontece para quem considera que um homem só se realiza completamente quando é pai ( $r= 0,223$ ;  $p<0,05$ ).

### **Relação entre religião e atitudes negativas face à ciência e tecnologia**

Foi encontrada uma associação significativa positiva entre as questões sobre religião e as atitudes negativas face à ciência e tecnologia. Nomeadamente, quem considera que ser pai ou mãe é uma obrigação moral ou religiosa também considera que estamos demasiado dependentes da tecnologia e não dependemos o suficiente da fé ( $r= 0,317$ ;  $p<.01$ ). Ainda, existem diferenças entre quem tem e quem não tem religião relativamente à consideração de que estamos demasiado dependentes da tecnologia e não dependemos o suficiente da fé ( $t(83)= 2,519$ ;  $p= 0,014$ ). Quem tem religião ( $M= 3,35$ ;  $DP= 1,58$ ), comparativamente com quem não tem ( $M= 2,45$ ;  $DP= 1,60$ ), considera mais que estamos demasiado dependentes da tecnologia e que não dependemos o suficiente da fé.

### **Relação entre atitudes favoráveis à ciência e tecnologia e a dignidade da criança no processo de FIV**

Os resultados mostraram associações significativas positivas entre atitudes favoráveis face à ciência e tecnologia e a dignidade da criança no processo de FIV. Nomeadamente, quem considera que a ciência e tecnologia torna as vidas mais saudáveis, fáceis e confortáveis considera igualmente que se deve sempre informar a criança que provém de um processo de FIV ( $r= 0,220$ ;  $p<0,05$ ) e/ou que provém de uma doação de gâmetas ( $r= 0,244$ ;  $p<0,05$ ). Ainda, quem considera que a ciência e tecnologia podem resolver qualquer problema considera igualmente que os procedimentos de FIV realizados respeitam os direitos da criança ( $r= 0,277$ ;  $p<0,05$ ), bem como que se deve informar a criança que provém de um processo de FIV ( $r= 0,256$ ;  $p<0,05$ ) e de um embrião congelado ( $r= 0,263$ ;  $p<0,05$ ).

## **DISCUSSÃO**

Nesse artigo pretendeu-se explorar e compreender o caminho biopsicossocial de beneficiárias(os) de PMA no processo da (in)fertilidade. Nomeadamente, tentou-se explorar o papel do “relógio biológico” na (in)fertilidade através da idade cronológica, bem como explorar e compreender o ajuste emocional durante o processo de PMA. Ainda, exploraram-se questões de carácter moral e social relacionadas com o “sentido da vida” na parentalidade e representação e/ou estatuto dado ao embrião pelas(os) beneficiárias(os) de PMA, bem como a relação entre o “sentido da vida”, fé/religião e atitudes face à ciência e tecnologia. Por fim, procurou-se explorar a relação entre as atitudes dessas(es) beneficiárias(os) face à ciência e tecnologia e a dignidade e respeito pela criança durante o processo de PMA.

Efetivamente, este estudo mostrou que o caminho da (in) fertilidade traduz-se numa rede de fatores biopsicossociais que fazem com que o processo não se desenrole de forma linear, sendo um processo difícil e intrincado feito de altos e baixos. Pelos resultados obtidos neste estudo, a idade parece desempenhar sobretudo um papel duplamente inibidor e penalizador no que toca ao atingir o sucesso no processo de PMA. Por um lado, inibe e penaliza biologicamente, visto que existe uma panóplia de evidências que sugerem que a fecundidade diminui com a idade (e.g., WYNDHAM *ET AL.*, 2012), para além de o número de ciclos de FIV iniciados e concluídos aumentar com a idade. Por outro lado, inibe e penaliza socialmente, visto que culpabiliza a mulher pela infertilidade devido ao fato de esta se ter permitido adiar a gravidez, o que é reforçado com a necessidade de um aumento no número de tratamentos (e.g. ciclos de FIV; FRIESE *ET AL.*, 2006; GREIL, SLAUSON-BLEVINS E MCQUILLAN, 2010). Contudo, não é possível esquecer que a ciência e as tecnologias médicas de reprodução tornaram possível a extensão do número de anos férteis para além da barreira biológica histórica tradicional da menopausa, tendo isto implicações para quem as questões de (in) fertilidade assumem um papel de destaque na sua vida visto que implicam uma reestruturação psicológica e social de todo o curso da vida (BECKER, 2000). Essa reestruturação implica alterações ao nível das expectativas, papéis, estereótipos e ideologias sobre todas as questões que envolvem a paternidade e maternidade. É aqui que o apoio psicológico pode ser fundamental durante o processo de PMA. Nomeadamente, neste estudo verificou-se que o arrependimento de ter realizado FIV, quando esta não é bem-sucedida, envolve uma maior necessidade de apoio psicológico, visto que implica igualmente uma maior reestruturação no processo dado. Isso ocorre porque era expectável que a tecnologia pudesse de alguma forma suprimir as dificuldades de origem interna (biológica e psicológica) que podem estar na origem da infertilidade. Para muitas mulheres ainda pode ser expectável que a ciência e tecnologia médica de reprodução “resolva tudo” no que toca à infertilidade em detrimento de todos os outros fatores que afetam uma gravidez futura. Quando isto não acontece, a necessidade de apoio psicológico é superior para poderem lidar de forma mais estruturada com a situação atual e seguir em frente no processo. Dado isto, não é também de estranhar que essa necessidade e esse apoio sejam superiores quando os embriões são vistos como possíveis seres integrados no quadro familiar e não apenas como parte do processo de PMA (DE LACEY, 2005; NACHTIGALL *ET AL.*, 2005), à semelhança do que este estudo sugere.

A infertilidade pode também criar uma falta de “sentido de/na vida” (MOSALANEJAD E KOOLEE, 2013). Os resultados mostram que quando o “sentido da vida” é muito centrado na parentalidade, os significados atribuídos ao embrião são mais no sentido de um ser integrado no quadro familiar do que propriamente apenas e unicamente numa oportunidade para se alcançar uma gravidez (DE LACEY, 2005; NACHTIGALL *ET AL.*, 2005). O “sentido da vida” remete para questões de natureza existencial e traduz-se num sentimento alargado e enraizado que pode expressar-se também através do papel social desejado que é ser mãe ou ser pai (PRINDS *ET AL.*, 2014). Por outras palavras, as questões relacionadas com o fato de que ser pai ou ser mãe dá sentido à vida e com a noção de que um homem ou uma mulher só se realizam completamente quando são pais têm uma tônica de influência e pressão social, dado que nas sociedades contemporâneas ser pai e ser mãe é algo desejado e valorizado (GREIL *ET AL.*, 2010). Esses resultados mostram que o “sentido da vida” centrado na parentalidade tal como todo o processo de (in) fertilidade é uma construção social que implica um processo de proximidade com o embrião. Essa proximidade é marcadamente afetiva tal como demonstrado noutros estudos (e.g., DELAUNAY E SANTOS, 2020).

Por sua vez, este “sentido da vida” centrado na parentalidade parece estar relacionado com atitudes menos favoráveis face à ciência e tecnologia nomeadamente na consideração de que estamos demasiado dependentes da tecnologia e não o suficiente da fé, remetendo para a importância das questões da fé e religião no processo de (in) fertilidade. As questões de “sentido da vida” têm na sua origem características de natureza existencial, moral, filosófica e religiosa que permitem essa associação. A infertilidade pode ser a causa de uma “crise espiritual” entre os casais (ROMEIRO *ET AL.*, 2017), levando frequentemente à experiência de sentimentos contraditórios, insignificantes e instáveis, o que pode levar a que estes desacreditem na ciência e tecnologia e se apoiem na fé. Dessa forma, as questões de “sentido da vida”, existência, conhecimento e valores podem ter uma relação com a espiritualidade e religião, que são muitas das vezes vistas como incompatíveis com o conhecimento transmitido pela ciência e tecnologia. Assim, pais que centram muito o “sentido da vida” na parentalidade podem estar tendencialmente mais apoiados em questões relacionadas com a fé do que com a tecnologia.

A fé e religião desempenham, portanto, um papel importante no processo de PMA, e mostram como o contexto pode moldar a experiência de (in) fertilidade (GREIL, *ET AL.*, 2010). Para quem tem religião ou acredita num poder superior, os resultados bem-

sucedidos no processo de PMA são atribuídos a esse poder superior (TOSCANO E MONTGOMERY, 2009) em detrimento do resto, incluindo a ciência e tecnologia, o que pode explicar o fato de as(os) beneficiárias(os) religiosas(os) que acreditam que ser pai ou mãe é uma obrigação moral e/ou religiosa considerarem que existe uma dependência muito grande da tecnologia e não tanto da fé.

Por fim, os resultados mostraram que quem tem uma atitude mais favorável face à ciência e tecnologia médica de reprodução considera que o processo de PMA dignifica a criança e que esta deve ser respeitada. Nomeadamente que esta criança tem o direito de ser informada sobre o seu modo de concepção, seja o recurso à FIV ou à doação de gâmetas de terceiros (LASSALZEDE, PACI, ROUZIER *ET AL.*, 2017; TALLANDINI, ZANCHETTIN, GRONCHI E MORSAN, 2016). O progresso nas técnicas de PMA tem levantado também uma série de questões éticas (e.g. HALMAN, ABBEY E ANDREWS, 1992; SHREFFLER, JOHNSON E SCHEUBLE, 2010), nomeadamente o fato de algumas técnicas aumentarem o risco de gravidezes múltiplas ou envolverem a prática de abortos seletivos. Outras questões éticas estão relacionadas com a construção da família e das relações de parentesco e o fato de as pessoas acharem de alguma forma problemático as crianças nascerem sem ser de forma natural<sup>3</sup>, isto é, nascerem através do auxílio da PMA (MACKLIN, 1991). Nesse sentido, essas questões éticas talvez possam não estar tão salientes para quem tem uma atitude mais favorável à ciência e tecnologia de PMA. Estes podem ver a PMA apenas como um processo para gerar uma vida, considerando que as crianças são dignificadas e respeitadas durante todo o processo.

### Limitações

Não obstante das evidências reveladas por este estudo, este pauta-se por algumas limitações. Nomeadamente, dada a sua natureza correlacional, é inexequível compreender a intensidade e direção de algumas das relações apresentadas e veiculadas anteriormente. Para além disso, limitações decorrentes da dimensão e características da amostra em estudo também podem ser destacadas. Dado o processo de PMA ser dinâmico e imprevisível, tornou-se difícil aceder a uma amostra suficiente e diversa em termos de experiências de

---

<sup>3</sup> No entanto, a oposição entre os termos “natural” e “artificial” no que se refere à concepção e reprodução humanas, que dominou os debates em redor da PMA nos primórdios da aplicação destas técnicas, tem vindo gradualmente a deixar de ser utilizada, sendo substituída pelo uso de expressões como “reprodução medicamente assistida” por oposição a “conceber de forma espontânea”. Inclusive a inseminação artificial foi chamada mais recentemente de inseminação “alternativa”, uma vez que há quem considere o termo “artificial” falacioso e depreciativo (SHANLEY, 2001).

PMA para realizar determinadas análises relevantes ao estudo. Por exemplo, seria interessante compreender a relação entre a idade e quem recorreu à doação de ovócitos, esperma, embriões ou eventualmente à adoção de uma criança, mas estas subamostras são insuficientes para realizar essas análises.

## **Implicações**

Contudo, esse estudo revela importantes implicações teóricas e metodológicas para essa área de estudos. Especificamente, revela que o processo de (in) fertilidade é um processo de construção — pessoal e social, conforme Greil, *et al.* (2010) — que deve ser visto com uma lente interdisciplinar e interseccional, onde variadas questões, de múltiplas naturezas e em diversas áreas de estudos, se envolvem. Os estudos realizados sobre a representação da (in) fertilidade devem ser, por isso, realizados com diferentes metodologias (qualitativas e quantitativas) e discutidos de forma interdisciplinar.

Em suma, o caminho biopsicossocial da (in) fertilidade assume-se como um todo onde a idade dificulta, o apoio psicológico auxilia, o “sentido da vida” reivindica, a fé e religião movem, a ciência e tecnologia amparam de forma ambivalente e, em última instância, a criança é desejada, dignificada e respeitada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BECKER, Gay. (2000). *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley, CA: University of California Press.

BORGMANN, Caitlin E. (2009). The Meaning of “Life”: Belief and Reason in the Abortion Debate. *Columbia Journal of Gender and Law*. V.18, n. 2, p. 551-608.

BRINSDEN, Peter R.; AVERY, Susan M.; MARCUS, Samuel F.; MACNAMEE, Michael C. (1995). Frozen embryos: decision time in the UK. *Human Reproduction*. V. 10, p. 3083–3084.

CALLAN, Victor J.; HENNESSEY, John F. (1988). Emotional aspects and support in in vitro fertilization and embryo transfer programs. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. V. 5, n. 5, p. 290–295.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2004). Assisted reproductive technology success rates: National summary and fertility clinic reports. US Department of Health and Human Services, December, p. 25.

DE LACEY, Sheryl. (2005). Parent identity and ‘virtual’ children: Why patients discard rather than donate unused embryos. *Human Reproduction*. V. 20, n. 6, p. 1661–1669.

DELAUNAY, Catarina; SANTOS, Mário JDS. (2020). Proximidade e distanciamento aos mundos do embrião in vitro: experiências significantes em tempos de desassossego, *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política*. V. 14, n. 1, p.14-40.

- EDWARDS, Robert G.; FISHEL, S. B.; COHEN, J.; FEHILLY, C. B.; PURDY, J. M.; SLATER, J. M.; ... WEBSTER, J. M. (1984). Factors influencing the success of in vitro fertilization for alleviating human infertility. *Journal of In vitro Fertilization and Embryo Transfer*. V. 1, n. 1, p. 3.
- EXLEY, Catherine; LETHERBY, Gayle. (2001). Managing a disrupted lifecourse: Issues of identity and emotion work. *Health*, V. 5, n. 1, p. 112-132.
- FREDA, Margaret. C.; DEVINE, Kit S.; SEMELSBERGER, Carrie. (2003). The lived experience of miscarriage after infertility. *American Journal of Maternal/Child Nursing*. V. 28, n. 1, p. 16–23.
- FREEMAN, Ellen, W.; BOXER, Andrea, S.; RICKELS, Karl, R.; TURECK, Richard; MASTROIANNI JR., Luigi. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*. V. 43, n. 1, p. 48–53.
- FORMANEK, Ruth. (1990). Continuity and change and ‘the change of life’: Premodern views of the menopause. In FORMANEK, Ruth (Ed.), *The meanings of menopause: Historical, medical and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- FRIESE, Carrie; BECKER, Gay; NACHTIGALL, Robert D. (2006). Rethinking the biological clock: Eleventh-hour moms, miracle moms and meanings of age-related infertility. *Social Science & Medicine*. V. 63, n. 6, p. 1550–1560.
- GOEDEKE, Sonja; DANIELS, Ken; THORPE, Mark; DU PREEZ, Elizabeth. (2017). The fate of unused embryos: discourses, action possibilities, and subject positions. *Qualitative Health Research*. V. 27, n. 10, p. 1529-1540.
- GREIL, Arthur L., SLAUSON-BLEVINS, Kathleen; MCQUILLAN, Julia. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*. V. 32, n. 1, p. 142-160.
- HALMAN, Jill; ABBEY, Antonia; ANDREWS, Frank M. (1992). Attitudes about Infertility Interventions among Fertile and Infertile Couples. *American Journal of Public Health*, V. 82, n. 2, p. 191-194.
- HOCHSCHILD, Arlie R. (1983) *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feelings*. London: University of California Press.
- IBM CORP. RELEASED 2019. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- LARUELLE, Chantal; ENGLERT, Yvon. (1995). Psychological study of in vitro fertilization–embryo transfer participants’ attitudes toward the destiny of their supernumary embryos. *Fertility and Sterility*. V. 63, p. 1047–1050.
- LASSALZEDE, Thierry; MARINE, Paci; ROUZIER, Jocelyne; CAREZ, Sophie; GNISCI, Audrey; SAIAS-MAGNAN, Jacqueline; DEVEZE, Carole; PERRIN, Jeanne; METZLER-GUILLEMAIN, Catherine. (2017). Sperm donor conception and disclosure to children: a 10-year retrospective follow-up study of parental attitudes in one French center for the study and preservation of eggs and sperm (CECOS). *Fertility and Sterility*. V. 108, n. 2, p. 247-253.
- LEADER, Arthur- (2006). Pregnancy and motherhood: The biological clock. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. V. 4, n. 1, p. 3-6.

- MACKLIN, Ruth. (1991). Artificial means of reproduction and our understanding of the family. *The Hastings Center Report*. V. 21, n. 1, p. 5–11.
- MAHLSTEDT, Patricia, P.; MACDUFF, Susan; BERNSTEIN, Judith. (1987) Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. V., 4, n. 4, p. 232–236.
- MCKAUGHAN, Molly. (1987). *The biological clock: Reconciling careers and motherhood in the 1980s*. New York: Doubleday.
- MCMAHON, Catherine A.; GIBSON, Frances, L.; COHEN, Jennifer; LESLIE, Garth, I.; TENNANT, Christopher, C.; SAUNDERS, Douglas, M. (2000). Mothers conceiving through in vitro fertilization: siblings, setbacks and embryo dilemmas after five years. *Reproduction Technology*. V. 10, p. 131–135.
- MOSALANEJAD, Leili; KHODABAKSHI KOOLEE, Anahita. (2013). Looking at Infertility Treatment through The Lens of The Meaning of Life: The Effect of Group Logotherapy on Psychological Distress in Infertile Women. *International journal of fertility & sterility*. V. 6, n. 4, p. 224–231.
- NACHTIGALL, Robert; BECKER, Gay; TOBER, D., FRIESE, Carrie; BUTLER, Anneliese. (2005). Parents' conceptualization of their frozen embryos complicates the disposition decision. *Fertility and Sterility*. V. 84, n. 2, p. 431–434.
- NEWTON, Christopher, R.; MCDERMID, Ann; TEKPETEY, Francis; TUMMON, Ian, S. (2003). Embryo donation: attitudes toward donation procedures and factors predicting willingness to donate. *Human Reproduction*. V. 18, p. 878–884.
- PRINDS, Christina; HVIDT, Niels C.; MOGENSEN, Ole; BUUS, Niels. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*. V. 30, n. 6, p. 733-741.
- ROMEIRO, Joana; CALDEIRA, Sílvia; BRADY, Vivienne; TIMMINS, Fiona; HALL, Jenny. (2017). Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. V., 26, p. 3917-3935.
- SEIBEL, Mabelle, M.; LEVIN, Susan. (1987). A new era in reproductive technologies: The emotional stages of in vitro fertilization. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. V. 4, n. 3, p. 135–140.
- SHANLEY, Mary L. (2001). *Making babies, making families*. Boston: Beacon Press.
- SHAW, Paula; JOHNSTON, Marie; SHAW, Robert. (1988). Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. V. 9, n. 3, p.171–180.
- SHREFFLER, Karina; JOHNSON, David; SCHEUBLE, Laurie K. (2010). Ethical problems with infertility treatments: Attitudes and explanations. *The Social Science Journal*. V. 47, p. 731-746.
- TALLANDINI, Maria Anna; ZANCHETTIN, Liviana; GRONCHI, Giorgio; MORSAN, Valentina. (2016). Parental disclosure of assisted reproductive technology (ART) conception to their children: a systematic and meta-analytic review. *Human Reproduction*. V. 31, n. 6, p. 1275–1287

TOSCANO, Sharyl Eve; MONTGOMERY Rebecca M. (2009). The lived experience of women pregnant (including preconception) post in vitro fertilization through the lens of virtual communities. *Health Care for Women International*. V. 30, n. 11, p. 1014–1036.

UTIAN, Wulf. H. (1990). The menopause perspective: From potions to patches. In M. FLINT, M.; KRONENBERG, F.; UTIAN, Wulf, H. (Eds.), *Multidisciplinary perspectives on menopause*. New York: The New York Academy of Sciences.

WYNDHAM, Nichole; FIGUEIRA, Paula; PATRIZIO, Pasquale. (2012). A persistent misperception: assisted reproductive technology can reverse the “aged biological clock”. *Fertility and Sterility*. V. 97, n. 5, p. 1044-1047.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando; ADAMSON, Geoffrey David; DE MOUZON, Jacques; ISHIHARA, O.; MANSOUR, Ragaa; NYGREN, K.; SULLIVAN, Elizabeth; VAN DER POEL, S. on behalf of ICMART and WHO. (2009). The ICMART and the WHO revised glossary on ART terminology?. *Human Reproduction*. V. 24, n. 11, p. 2683–2687.

**Rita Morais**

Doutorada em Psicologia. Investigadora Integrada do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (NOVA FCSH)

**Catarina Delaunay**

Doutorada em Sociologia. Investigadora Integrada do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (NOVA FCSH)