

A ENFERMAGEM E A REPRODUÇÃO HUMANA

Sonia Maria Oliveira de Barros*

BARROS, S.M.O. A enfermagem e a reprodução humana. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 207-213, 2000.

RESUMO: Este trabalho pretendeu apresentar a infertilidade, sua evolução histórica, a assistência de enfermagem e os dilemas do papel da enfermeira em Reprodução Humana, tendo em vista que a infertilidade é um campo novo no qual as enfermeiras podem fornecer evidências e respostas para muitas questões relacionadas não só as tecnologias reprodutivas e as alternativas para a formação familiar, mas também sobre a qualidade da assistência.

UNITERMOS: Enfermagem. Infertilidade. Infertilidade masculina. Infertilidade feminina.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é a ausência de gravidez, comprovada clínica e hormonalmente, em casal que mantém-se sexualmente ativo sem utilização de métodos contraceptivos, em um período de um ou mais anos, sendo uma condição que afeta muitos casais durante a vida reprodutiva^{4,8,9,10,15,16}. A infertilidade é classificada como primária quando, tanto o homem quanto a mulher, não têm história de concepção anterior, mesmo mantendo-se sexualmente ativos e sem utilização de métodos contraceptivos. É secundária, quando o homem, ou a mulher, ou ambos, conceberam anteriormente, porém, não conseguem fazê-lo novamente, mesmo mantendo-se sexualmente ativos e sem utilização de métodos contraceptivos^{4,9,16}.

HISTÓRICO

Uma das maiores preocupações em todos os povos e em todos os tempos foi conseguir meios

de corrigir a infertilidade conjugal. Os primeiros relatos sobre a fertilidade e a infertilidade datam de 2200 anos a. C.

Na época primitiva existiam rituais de fecundidade, vinculando a maternidade a objetos ou elementos como estátuas, animais, árvores, entre outros, sendo que alguns ignoravam o laço de causalidade entre o ato sexual e a concepção. Caldeus e assírios concediam grande importância à influência dos astros na fecundidade. Outros, como os judeus, consideravam a infertilidade como um castigo de Deus.

Para os povos aborígenes a falta de filhos era uma maldição atribuída à cólera dos antepassados, à influência das bruxas, aos deuses, e por estes as mulheres inférteis invocavam fervorosamente. Tratamentos e rituais de fertilidade são descritos em vários povos: danças entre moças e rapazes da Nigéria do Norte, na África os filhos são sinais de

* Professora Adjunto da Disciplina Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da UNIFESP/EPM. Doutora em Enfermagem Materna e Infantil. Pesquisadora do CNPq.

riqueza, os persas usavam ervas e sucos estimulantes da fertilidade, além de banhos em águas favoráveis à concepção, as curas hidroterápicas na Grécia e Roma.

Na Idade Média¹⁸, no século XI, o livro de Damatroula trata das causas e dos remédios da esterilidade, dizendo que algumas mulheres não concebem por serem muito delgadas, debilitadas ou por excesso de gordura ou, ainda, que por calor excessivo ou demasiada umidade do útero, não podem reter a semente. Alguns homens têm o testículo tão frios e secos que não podem conceber filhos ou não têm força para impulsionar o esperma por defeito do órgão ou ausência de calor.

Podemos encontrar muitos relatos antigos sobre o tratamento da infertilidade, tanto masculina quanto feminina: ingestão de útero de vaca ou ovelha em plena maturidade sexual, uso de pedras preciosas, objetos raros, pulseiras, invocações religiosas, feitiçarias, rituais, flagelações ou evitar tudo que pudesse produzir tristeza na mulher¹⁸.

Assim, a superstição, o maléfico e o ligamento sexual dominaram através dos séculos o capítulo da infertilidade. As forças do mal eram capazes de fazer um homem, impotente e, uma mulher, estéril.

A partir do século XVI, o estudo da infertilidade passou a ter cunho científico, embora houvesse ainda muito de empirismo das épocas anteriores¹⁸.

Paulatinamente a partir da invenção do microscópio por Leenwenhoek em 1590, tivemos: a descrição do espermatozóide no líquido testicular em 1778, a admissão da participação dos ovários no processo reprodutivo em 1833, culminando com Marion Sims colocando o microscópio a serviço do diagnóstico da infertilidade, possibilitando a investigação microscópica da secreção cervical com objetivo de buscar espermatozóides vivos no trajeto do colo.

Entre 1875 e 1890, vários pesquisadores usando animais, concluíram que a fertilização é constituída fundamentalmente pela união do núcleo de um espermatozóide com o de um óvulo. Em 1882 tornaram-se conhecidos os estágios de pré-implantação dos mamíferos¹⁸.

O século XX trouxe o conhecimento dos hormônios e das células reprodutoras.

Embora a primeira gravidez após inseminação artificial esteja registrada em 1799, o início do desenvolvimento da Reprodução Humana ocorreu nos anos setenta^{4,9,10,18,19}. Em 1973, os grupos de pesquisa australianos, trabalhando com animais sugeriram a possibilidade de coleta do óvulo, sua fertilização em laboratório e a transferência do embrião para corrigir a infertilidade de causa tubária.

Em 20 de julho de 1978, ocorreu o nascimento de Louise Joy Brown, na Inglaterra, graças aos trabalhos de Steptoe e Edwards. Em 3 de outubro do mesmo ano, ocorreu o nascimento do segundo bebê, na Índia. Em 14 de janeiro de 1979, em Edinburg na Escócia o terceiro bebê, e nos fins de 1979, a equipe australiana consegue o primeiro sucesso após sete anos de pesquisa, tendo gasto cerca de um milhão de dólares¹⁸.

Em 28 de dezembro de 1981, nasce Elizabeth Jorgan Carr em Norfolk, na Virgínia, por Geogeanne e Howard Jones^{9,10,18}.

No final de 1982 já existiam cerca de 20 clínicas em todo o mundo desenvolvendo programas de fertilização *in vitro*.

No Brasil, em 1984, Nakamura e cols., conseguiram o primeiro caso de sucesso, com o nascimento de Ana Paula, na sua 23ª tentativa¹⁸. Este caso representou um grande avanço na medicina brasileira, pois foi o primeiro caso de sucesso na América Latina.

Atualmente, estima-se que mais de 100 mil crianças já nasceram à partir da técnica de fertilização *in vitro*. Em alguns países industrializados, 2 a 3% de todas as gestações são oriundas desta técnica.

Hoje, a infertilidade é uma condição que afeta, aproximadamente, um entre cinco casais em idade reprodutiva⁴ ou ainda, cerca de 10% dos casais⁵. Durante os últimos 30 anos houve uma explosão de conhecimentos sobre a reprodução humana acompanhada de avanços nos tratamentos médicos. Ainda assim, com métodos diagnósticos e cuidados especializados, apenas 50 a 60% dos casais conseguem engravidar. Isto representa um grande desafio para a enfermeira que cuida de casais com infertilidade^{9,10}.

COMPREENDENDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM REPRODUÇÃO HUMANA.

O processo de nascimento tem sido considerado como um problema de escolha^{3,7}. Muitos casais, em determinado momento do seu relacionamento, decidem que é hora de ter filhos e, então, interrompem o método anticonceptivo que vinham utilizando e, após cinco ou seis meses de relações sexuais não protegidas, 60 % deles concebem, e 90% em um ano. Entretanto, em cerca de 10% deles, a gravidez pode não ocorrer^{4,5,9,10}.

O número de casais inférteis tem aumentado nos últimos anos atingindo cerca de 30% dos casais em idade fértil. Muitos fatores têm sido implicados nesse aumento, entre eles a decisão de desenvolver uma carreira profissional antes de aumentar a família^{9,10}.

Retardar a decisão de ter filhos pode ser um componente indireto da infertilidade, devido ao fato de que algumas doenças, como a endometriose, podem se agravar com o passar do tempo. Outro fator é o aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis o que colocaria as mulheres em risco para problemas nas tubas de Falópio e inflamações pélvicas. Os homens podem ter problemas após infecções, como a gonorréia^{9,10,15}.

Compreendemos a Reprodução Humana como a área da saúde onde ginecologistas, urologistas, psicólogos, enfermeiras e biólogas trabalham de forma integrada e centrada na unidade funcional reprodutora que é o casal infértil⁴.

Na mesma época considerada como o início da Reprodução Humana, o anos setenta, teve também início a demanda por intervenções de enfermagem na área^{9,10,13}. Embora sem preparo formal, as enfermeiras obstetras foram as primeiras a atuar na área. Devido ao aumento da demanda e à necessidade de preparo formal, em 1989 foi realizado o primeiro exame para qualificar as enfermeiras que já atuavam na área, que dessa forma obtiveram o certificado de especialista em endocrinologia reprodutiva e infertilidade pela National Association of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses (NAACOG). Atualmente, as

enfermeiras americanas portadoras do certificado são membros efetivos da American Fertility Society (AFS), e se reúnem anualmente para discutir os avanços na área¹³.

Em nosso meio, observamos a atuação de enfermeiras obstetras em alguns serviços de reprodução humana, não havendo até o momento, o preparo formal das mesmas para esse fim.

No Setor de Reprodução Humana da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), a assistência de enfermagem aos casais inférteis iniciou-se em 1996, tendo como atividades iniciais a educação dos casais inférteis sobre a anatomia e fisiologia da reprodução, sobre o processo de investigação da infertilidade masculina e feminina e, atualmente inclui a consulta de enfermagem individualizada a todos os clientes^{7,16}. Em média, anualmente são atendidos 120 casais inférteis no serviço.

Para a sistematização da assistência de enfermagem no setor de Reprodução Humana foi elaborado um protocolo de levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem, que passou a fazer parte do prontuário clínico dos casais¹⁶. Dessa forma, como em muitos países, a primeira entrevista é realizada pela enfermeira.

A assistência de enfermagem em Reprodução Humana está focada no suporte psicossocial dos clientes em adaptação ao problema da infertilidade, no trabalho em colaboração com outros membros da equipe de saúde, e na educação à saúde do casal infértil^{9,10,13}.

A avaliação da infertilidade deve ser focada no casal, por ser um problema da ambos e não de cada um. O fator feminino pode ser a causa da infertilidade em 30%⁴ ou 40%¹⁰ dos casos; o fator masculino pode ser a causa nas mesmas percentagens. Em 10%¹⁰ ou 30%⁴ dos casais, a infertilidade é causada pela combinação dos fatores masculino e feminino e em 10% dos casos, ocorre a chamada infertilidade sem causa aparente^{4,10}.

A infertilidade pode levar a uma crise de vida pois, o processo de nascimento é visto como básico para a sobrevivência dos seres humanos, por isso a não concepção pode levar a sentimentos de falha, depressão, isolamento, culpa e não realização do desejo de ter filhos¹⁴. O conhecimento desses

sentimentos ajuda o casal na sua busca de soluções para a aceitação dos procedimentos de investigação e, através do fornecimento de informações claras aos casais, ajustar as expectativas à realidade e ao real prognóstico.

Geralmente quando um casal infértil decide investigar o seu problema, apresenta-se amedrontado, envergonhado e ansioso durante a primeira entrevista^{9,11,14}. Eles acreditam que a inability de conceber faz com que não sejam considerados *normais*, que no serviço de reprodução humana o seu relacionamento sexual será amplamente discutido, assim como a anatomia dos seus órgãos genitais será exaustivamente examinada. Por isso a entrevista inicial é muito importante para obtermos a cooperação e a motivação dos casais inférteis. Criando uma atmosfera cordial, empática, sem pré-julgamentos a enfermeira pode assistir ao casal e adequá-los ao processo de avaliação. O conhecimento sobre a sua frustração, medo e ansiedade ajuda o casal a aceitar a sua situação e a oferta de assistência.

A importância dos exames laboratoriais, realizados como rotina no início da investigação, deve ser compreendido pelos casais¹⁵. São eles: hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia de jejum, sorologia para sífilis, hepatite, vírus da imunodeficiência humana, mononucleose e toxoplasmose.

Em seguida, são realizadas as consultas médicas, durante as quais o ginecologista solicitará outros exames subsidiários^{4,6} como a colpocitologia oncótica, o perfil hormonal basal do ciclo menstrual, a ultra-sonografia transvaginal seriada para a monitorização da ovulação e do crescimento endometrial, a biópsia do endométrio, e a histerossalpingografia no processo de investigação para as mulheres assim como, o urologista^{4,8} solicitará a análise do sêmen para os homens e dosagens hormonais de hormônio luteinizante, folículo estimulante e testosterona. Para o casal será solicitado o teste de interação entre o muco cervical e o sêmen para a detecção da isoimunização antiespermatozóide.

A enfermeira agenda e orienta os casais sobre a importância dos exames subsidiários solicitados pelos médicos especialistas para o processo de

investigação da infertilidade. Esta fase da assistência de enfermagem é muito importante para a adesão dos casais, isto porque, eles precisam de disponibilidade de tempo, de resolução para os eventuais problemas trabalhistas, entre outros, além de conseguir lidar com a ansiedade relacionada a investigação.

A idade é de fundamental importância como causa de infertilidade, principalmente em mulheres^{2,9,10}. As mulheres nascem com um determinado número de folículos que começam a amadurecer com a menarca e, finalizam esse processo com a menopausa, aproximadamente na quarta década da vida. O pico de fertilidade ocorre próximo aos 20 anos de idade, para ambos os sexos, e há uma diminuição da fertilidade feminina de 3% ao ano. Sendo assim, com o avançar da idade, a função ovariana diminui e ocorre perda na qualidade dos oócitos, pois os folículos que atendem melhor ao recrutamento folicular foram os primeiros a serem utilizados, além disso, as alterações na vascularização uterina também concorrem para a queda na fertilidade feminina¹⁵.

Quanto à infertilidade masculina, não existem dados concretos mostrando que o fator idade tenha ação direta na fecundidade pois, normalmente, não ocorre perda significativa da função testicular com o avançar da idade. Sabemos que os espermatozoides são produzidos ao longo da vida e que, com o avançar da idade, há diminuição de espermátides maduras prejudicando a qualidade dos espermatozoides. Podem ocorrer também, alterações nos túbulos seminíferos e diminuição das células de Sertoli, que nutrem e sustentam a maturação das células germinativas². A exposição cumulativa aos fatores ocupacionais ou ambientais nocivos, assim como a maior chance de patologias associadas devem ser avaliadas no que se refere ao fator idade.

Além disso, a diminuição da fertilidade, também está diretamente relacionada com a diminuição da frequência da atividade sexual do casal, e a impotência masculina pode, também, estar implicada⁵.

Poucos casais esperam encontrar dificuldades para engravidar, e ficam surpresos quando a gravidez começa a retardar. Sentimentos de

anormalidade ou de culpa são freqüentes, correlações com fatos acontecidos no passado como aborto provocado, uso prolongado de anticoncepcionais hormonais ou fatores religiosos, são os motivos que podem retardar a procura de serviços especializados⁹.

A percepção e as atitudes individuais frente a um problema de saúde podem variar desde uma profunda preocupação até o completo descaso. É comum que o indivíduo diagnostique seu problema, busque as suas experiências pessoais e comunitárias para identificar o valor das sensações. Para aquelas identificadas como banais, o mais provável é que a decisão seja não interferir ou outras soluções que não a de atendimento médico^{12,17}.

A assistência de enfermagem em Reprodução Humana necessita do desenvolvimento de habilidades adicionais para ajudar os casais a entender a fisiologia da fertilidade e da infertilidade, tendo em vista as diferenças culturais, pressões familiares e expectativas pessoais.

A bioética encontra um terreno fértil para as suas questões no campo da reprodução humana: óvulos, espermatozóides e seus proprietários. Embriões com dois proprietários e protegidos pelas leis. Casais estabelecidos em matrimônio com propriedade legal sobre embriões obtidos de doadores, documentos legais de aluguel de úteros e, principalmente, embriões congelados, com pais legais que os desprezam e protegidos legalmente.

Aparecem também graves dilemas ligados à redução embrionária, posto que o êxito do processo se obtém implantando-se grande número de embriões, mas o resultado desejado, o nascimento, é mais provável com apenas um a dois embriões se desenvolvendo.

O número de embriões obtidos após os processos técnicos de estímulo, o quanto deles deve ser transferido e a escolha, por difíceis critérios, dos futuros fetos a serem eliminados pela redução não podem em nenhum momento ser ignorados. Em reprodução assistida, não se pode evitar que um técnico se contemple com o poder de lidar com a vida humana.

Os dilemas do papel da enfermeira na Reprodução Humana

As enfermeiras estão descobrindo como é difícil combinar eficiência profissional e excelência como enfermeiras em reprodução Humana com crescimento e satisfação no trabalho. E a fonte deste conflito são os diferentes modelos de cuidado na área – o modelo de enfermagem e o modelo médico¹.

No modelo médico¹, as funções da enfermeiras são uma extensão das funções médicas. O seu trabalho é ajudar o médico a ser mais produtivo. Isto pode significar maiores ganhos financeiros ou redução das horas de trabalho médico. Em ambos os casos a estrutura é a mesma: as atividades e responsabilidades da enfermeira são determinadas pelo médico e destinam-se a economizar-lhe horas de trabalho. Diante deste objetivo, evidenciam-se a capacidade para solucionar problemas e desenvolver procedimentos técnicos. Há claros benefícios para o trabalho médico: os procedimentos podem ser pagos, e há economia de tempo pois a enfermeira só chamará pelo médico no momento em que for necessário. Neste modelo, o trabalho de enfermagem é medido pela habilidade de desenvolvê-lo independentemente. O resultado é uma grande dose de responsabilidade com um mínimo de autonomia. E este tipo de prática pode se tornar repetitiva e aborrecida.

Para a maioria das enfermeiras, entender o impacto da infertilidade na vida de um casal e o desafio de expandir o seu conhecimento pessoal torna o trabalho interessante. Individualismo e competição também são características do modelo médico. Influenciadas por esse modelo, as enfermeiras podem se recusar a dividir dados e informações ou descrever as intervenções que têm usado para resolver certos problemas. Conhecimento e habilidades são vistos como propriedade privada. O resultado pode ser o isolamento.

Dessa forma, no modelo médico, o papel das enfermeiras é externamente definido, totalmente determinado e monitorado pelo médico empregador. Se o trabalho da enfermeira é o que o

médico quer, mas não o que a enfermeira deseja, os conflitos serão inevitáveis.

As decisões éticas podem ser a maior fonte de estresse, como vimos anteriormente. Se a enfermeira informar ao cliente sobre um erro que ocorreu, é uma decisão entre uma ação moralmente não aceitável ou perder o emprego.

Finalmente, trabalhar com pesquisas científicas pode ser a maior satisfação no trabalho. Muitas enfermeiras no modelo médico, fazem levantamentos bibliográficos, coletam dados, escrevem textos e nunca vêm o seu nome nos artigos publicados, exceto por um breve agradecimento no final juntamente com os digitadores. Elas não têm tempo para pesquisas de enfermagem ou em áreas que tenham interesse pessoal. Dessa forma, a pesquisa pode ser tornar uma atividade cansativa e sem interesse.

No modelo independente de enfermagem¹, os procedimentos continuam a ser importantes, mas a ênfase é colocada no levantamento de dados de interesse para enfermagem, nas intervenções e na habilidade da enfermeira para comunicar de forma clara e simples para os clientes as informações técnicas. Ao invés de uma extensão do papel do médico, a enfermeira é vista como um profissional independente, diferente mas igualmente importante, um membro do time. O médico é visto como o líder, mas a opinião e o conhecimento da enfermeiras é solicitado, valorizado e considerado no processo de tomada de decisões. O cliente é visto neste modelo como um sistema complexo, um indivíduo com problemas médicos e necessidades que emergem de fatores internos e relações sociais. A enfermeira pode ajudar no desenvolvimento das pesquisas no serviço, mas desenvolve também as suas idéias e projetos, quer sejam individuais ou

estudos multicêntricos com outras enfermeiras. E finalmente, o mais importante, seu sistema ético pessoal é respeitado, e não precisa se envolver em nenhuma atividade a qual a sua consciência tenha dúvidas.

Quais seriam os fatores que levariam uma enfermeira a entrar em um continuum de um modelo ou de outro?

Certamente são as atitudes, seu sistema de valores, experiências passadas, e o nível de autoritarismo dos médicos com os quais trabalha. A política da instituição e o direcionamento da enfermagem na instituição talvez seja o mais importante.

Mas os fatores que mais influenciam são aqueles internos, os da enfermeira. E felizmente, estes fatores internos sejam os mais fáceis de mudar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infertilidade é um campo novo para a enfermagem mas as enfermeiras podem fornecer evidências e respostas iniciais para muitas questões relacionadas não só às tecnologias reprodutivas e às alternativas para a formação familiar, mas também sobre a qualidade da assistência. Ainda há muitas dúvidas sobre o impacto das tecnologias sobre a estrutura familiar; o resultado das intervenções de enfermagem sobre as opções de tratamento e diagnóstico do casal infértil, e qual o impacto dessas tecnologias no futuro desenvolvimento da criança.

O trabalho da enfermeira em reprodução humana oferece oportunidades de conhecimentos, desafios, relacionamento pessoal com clientes e outros profissionais. É um papel que veio com a época em que vivemos, e o futuro da enfermagem é agora!

BARROS, S.M.O. [Nursing and human reproduction]. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 207-213, 2000.

ABSTRACT: The objective of this study was to present infertility, its historical evolution, nursing assistance and dilemma regarding the nurses's role in Human Reproduction, since infertility is a new field in which the nurses may provide evidence and answers for many questions not only regarding reproductive technologies and alternatives for the family formation bur also for the quality of care.

UNITERMS: Nursing. Infertility. Male infertility. Female infertility.

BARROS, S.M.O. [La enfermería y la reproducción humana]. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 207-213, 2000.

RESUMEN: Este trabalho teve por objetivo apresentar a infertilidade, sua evolução histórica, a assistência em enfermagem e os dilemas do papel da enfermeira na Reprodução Humana, considerando-se que a infertilidade é um campo novo onde as enfermeiras podem fornecer evidências e respostas e as alternativas para a formação familiar, mas também sobre a qualidade da assistência.

UNITÉRMINOS: Enfermeira. Infertilidade. Infertilidade masculina. Infertilidade feminina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNSTEIN, J. Development of the nursing role in reproductive endocrinology and infertility. In: GARNER, C. **Principles of infertility nursing**. Flórida: CRC Press, 1991. Cap.10, p. 169-178.
2. BADALOTTI, M., PETRACO, A. A idade e fertilidade. In: BADALOTTI, M., TELOKEN, C., PETRACCO, A. **A fertilidade e infertilidade humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. Cap.10, p. 101-11.
3. BARROS, S.M.O. Assistência de enfermagem em reprodução humana. *Nursing*, n. 13, p. 12-13, jun. 1999.
4. CEDENHO, A.P., FREITAS, V. **Introdução ao primeiro curso de graduação em reprodução humana**, São Paulo: Universidade Federal da São Paulo/Escola Paulista de Medicina 1997. p 1.
5. FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada de Reprodução Humana. **Infertilidade conjugal**: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 1997a. Cap.1, p.1-4: Aspectos epidemiológicos de infertilidade conjugal.
6. FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada de Reprodução Humana. **Infertilidade conjugal**: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 1997b. Cap. 2, p. 5-23: Roteiro semiológico mínimo da infertilidade feminina.
7. FERNANDES, K., BARROS, S.M.O. Assistência de enfermagem em reprodução humana: educação à saúde segundo o perfil reprodutivo. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, São Paulo, 1998. **Anais**. São Paulo: UNIFESP, 1998. p. 131.
8. FOURCROY, J.L. The urologic evaluation of the infertile male. In: CENTOLA, G.M., GINSBURG, K.A. **Evaluation and treatment of the infertile male**, Great Britain: Cambridge University Press, 1996. p. 215-234.
9. GARNER, C. **Principles of infertility nursing**. Flórida: CRC Press, 1991. Cap.1, p. 3-7.
10. GARNER, C. Infertility. In: NICHOLS, F.H.; ZWELLING, E. **Maternal-newborn nursing: theory and practice**. USA: Saunders, 1997. p. 296-301.
11. GIBBS, I.D. Health assessment of the adult urology patient. In: KARLOWICZ, K. A. **Urologic nursing: principles and practice**. USA: Saunders, 1995. p. 33-85.
12. GOMES, K.R.O. **Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência**: estudo da região sul do município de São Paulo. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
13. JAMES, C. Expansion of rein scope to include well woman care before, during and aft Infertility treatment. In: **A nurse's vision for the mission – perspectives to improve the view**: view from the trenches. EUA: American Society for Reproductive Medicine, 1997. p. 51-73.
14. KUSNETZOFF, J.C. Aspectos emocionais do casal infértil. In: BADALOTTI, M., TELOKEN, C., PETRACCO, A. **A fertilidade e infertilidade humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. Cap.3, p. 19-29.
15. LEVY, M. et al. Critérios atuais no estudo da esterilidade. In: SOUZA, L.R. et al. **Manual prático de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 1, p.1-6.
16. MAMEDE, F.V., BARROS, S.M.O. **Sistematização da assistência de enfermagem em Reprodução Humana**. São Paulo, 1997. Monografia - Especialização em Enfermagem Obstétrica, UNIFESP/EPM.
17. MURRAY, C.J.L., CHEN, L.C. Understanding morbidity change. *Popul. Div. Rev.*, v. 18, p. 481-503, 1992.
18. NAKAMURA, M. Histórico da esterilidade conjugal. In: NAKAMURA, M., POMPEO, A.C.L. **O casal estéril**: conduta diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1990. Cap. 1, p. 3-9.
19. PETRACCO, A., BADALOTTI, M. Infertilidade: definições e epidemiologia. In: BADALOTTI, M., TELOKEN, C., PETRACCO, A. **A fertilidade e infertilidade humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. Cap.1, p. 3-8.
20. PINELLI, F.G.S. **Enfermagem em puerpério**: aplicação de um modelo de aprendizagem. São Paulo, 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo.