



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas
Brasil

Marcondes Farinati, Débora; dos Santos Rigoni, Maisa; Campio Müller, Marisa
Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde
Estudos de Psicologia, vol. 23, núm. 4, octubre-diciembre, 2006, pp. 433-439
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336256011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde

Infertility: a new field in Psychology health

Débora Marcondes **FARINATI**¹

Maisa dos Santos **RIGONI**²

Marisa Campio **MÜLLER**³

Resumo

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentem dificuldades para levar a cabo seu projeto de paternidade e maternidade em algum momento de suas vidas. Desejar ter filhos mas se deparar com uma impossibilidade nesse processo produz uma ampla gama de sentimentos, tais como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, desencadeando por vezes quadros importantes de estresse. A situação de infertilidade pode provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal, e mesmo desestabilizar as relações do sujeito com seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida. Assim, este artigo objetiva propor uma visão integrada do sujeito segundo a qual os processos físicos estão intimamente relacionados com os psicológicos e sociais, incluindo a infertilidade como um campo de interesse da Psicologia da Saúde. Realizou-se, com essa finalidade, uma revisão de literatura.

Palavras-chave: ansiedade; depressão; infertilidade; psicologia da saúde.

Abstract

According to the World Health Organization, it is estimated that between 60 and 80 million people all around the world have faced difficulties to carry their parenthood projects out at some time of their lives. When a person, who wishes to have a baby, realizes this life project is impossible to become true, a lot of feelings are brought out, such as: fear, anxiety, sadness, frustration, depreciation, shame, and sometimes, it unleashes important stress situations. Infertility may provoke devastating effects in individual and conjugal spheres interfere in social relationships and quality of life. Thus, this article proposal is an integrated view of the subject considering the physical processes are intimately related to the psychological and social ones, and Infertility is part of the Psychology Health field. A literature review was accomplished to achieve this study objective.

Key words: anxiety; depression; infertility; health psychology.

Desde os tempos primitivos o homem tenta compreender os mistérios de sua origem, da natureza, de sua transitoriedade, da finitude e da morte. Saúde e

doença e viver e morrer constituíram e constituem dualidades organizadoras das relações entre o homem, seus pares e o meio em que vivem.

▼▼▼▼

¹ Mestranda em Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Bolsista CAPES.

² Mestranda em Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Bolsista CNPq.

³ Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 803, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.C. MÜLLER.

As concepções sobre o homem e seus processos de desenvolvimento e de padecimento foram sofrendo modificações através dos tempos. O adoecer na Antigüidade era obra de forças sobrenaturais, sendo a cura buscada por meio de rituais religiosos. Viver, morrer e curar estavam intimamente relacionados com o sistema de crenças de cada povo. Com o transcorrer dos séculos, o pensamento religioso foi sendo lentamente substituído por uma visão de saúde e doença mais ligada aos conhecimentos médicos (Volich, 2002). O corpo do homem passa a ser visto de forma objetiva e seu funcionamento como fruto exclusivo de processos biológicos, chegando, na visão extremada de Descartes, a uma completa dissociação do sujeito humano em corpo e mente.

O corpo, território da Medicina, e a mente, território da Psicologia, caminhavam em paralelo na compreensão do sujeito humano. Na atualidade, esse paralelismo vem dando, a passos lentos, lugar a uma concepção de sujeito na qual não mais é possível desvinculá-lo de seus aspectos biopsicossociais. A partir dessa concepção, surge a Psicologia da Saúde, um ramo da Psicologia cuja preocupação se centra na análise dos comportamentos e estilos de vida individuais que afetam a saúde física das pessoas (Brannon & Feist, 2000).

Segundo Miyazaki (2004), a Psicologia da Saúde é uma área relativamente nova que tem se desenvolvido de maneira crescente no Brasil e no exterior, e pode ser definida como o conjunto de contribuições da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde assim como para a prevenção e tratamento das doenças, participando na análise do sistema de saúde e na definição de políticas de saúde.

A Psicologia da Saúde é vista como um dos principais campos aplicados da Psicologia na atualidade, com o psicólogo se integrando cada vez mais ao coletivo de profissionais da saúde (Remor, 1999). Carrobles (1993) amplia o conceito de Psicologia da Saúde, definindo-a como um campo de especialização da Psicologia com interesse focado nos problemas de saúde, especialmente físicos ou médicos, com a primordial função de prevenir a ocorrência desses problemas ou de tratá-los. Para tanto, utiliza-se de metodologia, princípios e conhecimentos da atual Psicologia científica, embasando-se no ponto de vista

de que o comportamento constitui, juntamente com causas biológicas e sociais, os principais determinantes da saúde e da maior parte das doenças e problemas humanos de saúde atualmente existentes.

Essa definição de Psicologia da Saúde se adapta ao conceito de saúde como totalidade, dentro do modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentando-a como uma disciplina integradora, na qual os diferentes elementos ou determinantes (biológicos, psicológicos e sociais), que toda a conduta saudável ou insana comporta, e os diferentes campos de especialização (Psicologia, Ciências Biomédicas e Ciências Sociais) interagem com o objetivo de tratar ou controlar condutas e prevenir a ocorrência dos comportamentos insanos e assegurar e promover a instauração de comportamentos saudáveis (Remor, 1999).

De acordo com Camon (2000), Psicologia da Saúde é a prática de levar o paciente/indivíduo à busca do bem-estar físico, mental e social, incluindo a performance de uma abordagem que teria que inserir a participação de outros profissionais da área da saúde. A atuação da Psicologia da Saúde envolve todas as fases do atendimento ao paciente - primária, secundária e terciária. Os limites da atuação da Psicologia da Saúde vão além do próprio enquadramento com as práticas clínica e médica, estendendo-se também para uma atuação de intervenção no campo social do paciente.

A partir dessa visão integrada de sujeito propomos pensar o tema da infertilidade como campo de interesse para a Psicologia da Saúde.

Aspectos psicológicos e sociais

Desde muito cedo em seu desenvolvimento, muitas pessoas constroem um projeto de vida: crescer, encontrar um par amoroso e com ele dar início a uma nova família, e nesse contexto, diferentes motivações podem dar origem ao desejo de ter um filho.

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

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentem dificuldades para levar a cabo seu projeto de paternidade e maternidade em algum momento de suas vidas e calcula-se que esse índice atinja aproximadamente 20% dos casais em idade reprodutiva. No ano de 2000, aproximadamente de 5,0 a 6,3 milhões de mulheres nos Estados Unidos apresentaram problemas de infertilidade, estimando-se para 2025 um incremento desse índice para 5,4 a 7,76 milhões (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan & Sieber, 2001).

O processo reprodutivo humano é bastante complexo, sendo estimado em 16,6% o resultado de gestação para um casal normal, após relação sexual em período ovulatório. Isso prova que a fertilidade humana é baixa se comparada a outras espécies. Considera-se infertilidade a falta de gravidez após um ano de relações sexuais sem nenhum método de anticoncepção (Badalotti & Petracco, 1997).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) afirma que dentro do campo da saúde reprodutiva se encontram a esterilidade e a infertilidade, que representam uma situação carencial que, se não compromete a integridade física do indivíduo, pode incidir negativamente no desenvolvimento da pessoa, do casal e ter efeito desestabilizador sobre a personalidade.

Estudiosos da área estão de acordo em admitir que a infertilidade para os sujeitos que atravessam esta problemática é uma experiência médica ou física - devido aos inúmeros procedimentos e exames aos quais são submetidos, psicológica - pela intensidade de dificuldades de ordem emocional desencadeadas, e social - uma vez que o convívio com a família, com casais com filhos e as relações laborais muitas vezes sofrem prejuízos. Essa experiência por vezes requer a definição das identidades dos sujeitos como indivíduos e como casal (McDaniel, Hepworth & Loherty, 1992).

Para Ribeiro (2004), o desejo de sermos pais como nossos pais floresce de nossa trama identificatória; e os sentidos possíveis de ser homem e de ser mulher perpassam as funções parentais. A capacidade de procriação parece ser um significativo referencial da identidade de gênero, o qual diante do diagnóstico de infertilidade exige um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade.

É imperativo se ter em conta a transição desses casais de se verem esperançosos com a possibilidade da gravidez para o reconhecimento de seus limites para atingi-la. Para os casais que atravessam problemas de fertilidade, assim como para suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo fácil, direto e linear. Vai além da escolha de um par amoroso, da interação sexual, da gravidez e do parto. A infertilidade pode desencadear a revivescência de antigos traumas, perdas, sentimentos de inadequação, ciúme, inveja, tudo dentro de um processo marcado por longos períodos de interação com profissionais médicos que terminam por se envolver intimamente no sistema do casal. Esses problemas advêm de um intenso estresse devido à não realização da gravidez e das ilusões a ela relacionadas (Kusnetzoff, 1997).

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

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

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

A experiência de infertilidade pode gerar culpa e vergonha, muitas vezes produzindo um estigma social, que pode acarretar alienação e isolamento. Uma acentuada queda na auto-estima, carregada de sentimentos de inferioridade, é capaz de configurar

quadros importantes de depressão e de ansiedade elevada, podendo desencadear severas perturbações nas esferas emocional, da sexualidade e dos relacionamentos conjugais.

Se considerarmos o conceito da OMS: "saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se reduzindo a mera ausência de doença ou enfermidade", podemos dizer que a infertilidade é um grave problema de saúde em muitos países em todo o mundo, pois incrementa severamente o sofrimento social (Daar et al., 2002).

A construção do projeto parental

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

Diversas motivações se encontram presentes no desejo de ter um filho, que pode ser a expressão de um ato criador e produtivo dentro de um vínculo fecundo do casal; podendo constituir um dos destinos possíveis para a realização da condição masculina e feminina. Segundo Freud (1914/1996), desejos de imortalidade, de se aperfeiçoar através do filho, de realizar antigos sonhos e projetos inalcançados podem se encontrar nas raízes do projeto parental.

Assim como o projeto de parentalidade está ligado a aspectos saudáveis da vida de um indivíduo e de um casal, ele também pode ser buscado como saída para resolução de conflitos. Por exemplo, um filho pode estar sendo desejado para preencher lacunas na vida dos pais; para tentar salvar o casamento; para evitar a solidão e até mesmo para atender à pressão cultural e familiar, uma vez que filho é visto como um atributo de valor, potência e poder.

O contexto reprodutivo é formado na história de cada indivíduo a partir de uma constelação de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos imaginários e reais que caracterizam a singularidade e a subjetividade da verdade de cada um. O fato de o desejo de maternidade e paternidade estar intimamente relacionado com as vivências singulares de cada sujeito indica que a experiência emocional da infertilidade igualmente terá um caráter eminentemente singular. A teoria psicodinâmica em muito tem contribuído para a compreensão dos conflitos vivenciados pelos casais inférteis, contudo as pesquisas atuais realizadas nesse campo possuem referenciais teórico e terapêutico diversos que devem ser considerados. Dentre os fenômenos que têm merecido maior atenção por parte dos pesquisadores, encontram-se a ansiedade, a depressão e o estresse.

Ansiedade, depressão e estresse na infertilidade

Muitos estudos têm reportado a ansiedade e a depressão como tendo uma grande prevalência no campo da infertilidade, principalmente feminina (Beutel, et al., 1999; Golombok, 1992; Lok, Lee, Cheung, Lo & Haines, 2002). Esses sintomas têm sido postulados como causa e ou como consequência da infertilidade (Greil, 1997) e, tendo em vista o grande prejuízo que impingem sobre a qualidade de vida, vêm merecendo muita atenção por parte dos pesquisadores da área. Em estudo recente, Chen, Chang, Tesai & Juang (2004) encontraram que 40,2% das mulheres em procedimento para tratamento de infertilidade por técnicas de reprodução assistida no centro onde o estudo foi desenvolvido possuíam algum tipo de desordem psiquiátrica. Dentre as desordens mais freqüentes apontadas nessa pesquisa encontravam-se as de cunho depressivo (26,8%) e as de ansiedade (28,6%). Esses achados corroboraram estudos anteriores (Anderson, Sharpe, Rattray & Irvine, 2003; Demytteanaere et al., 1998; Domar, Broome, Zuttermeister, Seiber & Friedman, 1992; Lukse & Vacc, 1999; Matsabayashi, Hosaka, Suziji & Makino, 2001; Oddens, Den & Nieuwenhuyse, 1999).

Golombok (1992) refere que a ansiedade pode ser decorrência da natureza estressante dos processos de tratamento e do temor de que fracassem, e a depressão pode ser devida à inabilidade para conceber.

É certo que não podemos reduzir a causa dos sintomas de depressão e de ansiedade somente a esses aspectos, ainda mais se considerarmos os aspectos psicodinâmicos da infertilidade. Nesse sentido, mais do que uma classificação psiquiátrica, esses sintomas merecem ser investigados dentro da história pessoal e conjugal do sujeito infértil.

O estresse, igualmente, tem merecido significativa atenção quando se trata do tema da infertilidade e dos tratamentos por meio da reprodução assistida. A maioria dos estudos contemporâneos afirma que a infertilidade é a origem do estresse psicológico, contrariando antigos estudos que o colocam como causa (Jacob, 2001). Mesmo os psicanalistas que ainda consideram os aspectos psicogênicos da infertilidade concordam que o intenso estresse da infertilidade pode provocar regressões para estágios anteriores do desenvolvimento psíquico. A infertilidade pode evocar poderosas e assustadoras fantasias e estimular a inveja, atingindo a personalidade como um todo (Ribeiro, 2004).

Muitos estudos têm focado o estresse em casais inférteis que se submetem a tratamentos de fertilização assistida, o impacto emocional do tratamento e suas falhas, assim como suas implicações para o aconselhamento psicológico (Klonoff-Cohen et al., 2001).

O estresse emocional para Lipp (2002) é uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais que se desenvolvem em etapas. Todo ser humano está sujeito a fatores estressantes que podem, em determinadas circunstâncias, ultrapassar sua capacidade de resistir física e emocionalmente.

A correlação entre estresse e sucesso nos procedimentos de fertilização tem sido igualmente objeto de investigação. Nessa linha se destaca um estudo realizado na Califórnia que, por meio de um trabalho prospectivo com 151 mulheres submetidas a tratamento por fertilização assistida, de sete clínicas, verificou que quanto mais negativamente a mulher "olha" sua vida, quanto maior o estresse verificado, menor a taxa de sucesso nesses procedimentos. Os pesquisadores referem que o estresse diminui as taxas de sucesso, possivelmente pela alteração ocasionada por ele sobre uma série de mecanismos neuroendócrinos (Klonoff-Cohen et al., 2001).

Ainda dentro do campo do estresse, alguns estudos foram realizados objetivando avaliar as diferenças no estado emocional entre homens e mulheres que atravessam problemas de infertilidade. Um estudo realizado no Canadá em 1991, com 449 casais, apontou que as mulheres inférteis possuem um risco maior para desenvolver estresse psicológico do que os homens, e que homens e mulheres possuem percepções diferentes sobre tal situação, o que pode gerar descompassos na esfera conjugal (Wright et al., 1991). Outro estudo que averiguou o efeito da infertilidade sobre a comunicação e o ajustamento do casal por meio das diferenças entre as esposas e os esposos revelou que ter filhos era mais importante para as mulheres do que para os homens, e que elas se envolvem mais nos tratamentos em busca do bebê, falando mais sobre o tema e experienciando uma acentuada queda em sua auto-estima se comparadas com seus maridos. Quando os maridos viam o projeto de ter filhos como importante, conversando com suas esposas a respeito e se envolvendo nos tratamentos, o efeito da infertilidade era menos negativo (Pasch, Dunkel-Schelten & Cristensen, 2002).

Embora inerente aos tratamentos de fertilização *in vitro*, não se deve esquecer que o estresse é somente uma parte da longa jornada em busca da gravidez e que a dificuldade para conceber que é realmente o problema (Hammarberg, Astbury & Baker, 2001).

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

Independentemente do modelo adotado para a compreensão da problemática da infertilidade e de suas terapêuticas, principalmente a partir das técnicas de reprodução assistida, é consenso o sofrimento inerente à dificuldade de realizar o desejo de formação familiar e a necessidade de que sejam oferecidas, além de tratamentos médicos, intervenções psicológicas.

Possibilidades de intervenção psicológica

Ao falarmos em possibilidades de intervenção psicológica com casais inférteis, estamos marcando a existência de diferentes modalidades terapêuticas que são decorrentes do modelo teórico utilizado para a compreensão da infertilidade. Destacam-se a psicoterapia de orientação psicanalítica, as terapias cognitivo-comportamentais e as propostas de Counselling. Independentemente do modelo teórico-técnico adotado, a presença do psicólogo ou de um profissional de saúde mental nas equipes que trabalham com casais inférteis é de fundamental importância. Tal presença se justifica pela necessidade de contemplar o fenômeno da infertilidade como um problema de saúde *lato sensu*, ou seja, que requer, sobre o sujeito que sofre, um olhar integrado a partir de um trabalho interdisciplinar.

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

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

Em geral todas as abordagens visam auxiliar os indivíduos inférteis a lidar com os medos, angústias e fantasias despertados pela infertilidade, assim como auxiliar a refletir sobre as decisões que deverão tomar em relação aos tratamentos, proporcionando escuta e apoio. Tendo em vista o caráter estressante dos procedimentos para tratamento da infertilidade, a ansiedade gerada por eles, o intenso desgaste pessoal e conjugal, o importante impacto produzido sobre os planos e projetos futuros, bem como pela freqüência do desencadeamento de quadros depressivos, os aspectos emocionais envolvidos na infertilidade têm

merecido especial atenção das Sociedades Européia e Americana de Reprodução Humana, as quais recomendam a presença de um profissional de saúde mental nas equipes.

Para concluir, uma abordagem em Psicologia da Saúde prioriza o sujeito em sua integralidade e propõe uma visão segundo a qual os processos físicos estão intimamente relacionados com os psicológicos e sociais. A infertilidade possui causas multideterminadas, portanto não se admite uma intervenção que exclua a dimensão emocional e nem o contexto ambiental no qual está inserida.

A partir desses preceitos, não podemos falar em tratar enfermidades, mas sim em tratar sujeitos, escutando seu sofrimento para além de uma dimensão exclusivamente orgânica. A infertilidade nessa perspectiva é ainda mais pungente na busca de um entendimento interdisciplinar, pois estamos tratando de destacar os processos sociais, psicológicos, além dos aspectos biológicos que nela estão envolvidos. Os casais que atravessam uma problemática dessa ordem precisam do olhar do médico, do profissional de saúde mental, do apoio social e de todos os profissionais que estão comprometidos com seu tratamento. Escutar o casal de maneira ampla é considerar que diferentes fatores estão inter-relacionados quando um problema é diagnosticado. A Psicologia da Infertilidade e da Reprodução Assistida é um campo novo e fecundo, e em nosso entender está em perfeita consonância com os objetivos da Psicologia da Saúde.

Referências

- Applegarth, L. (1995). The psychological aspects of infertility. In W. Keve, R. Chang, R. Rebar & M. Soules (Eds.), *Infertility: evaluation and treatment*. New York.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (4), 353-355.
- Badalotti, M., & Petracco, A. (1997). Infertilidade: definições e epidemiologia. In M. Badalotti, A. Petracco & C. Telóken (Eds.), *Fertilidade e infertilidade humana* (pp.3-7). Rio de Janeiro: Medsi.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kierchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weider, W. (1999). Treatment-related stresses and depressive in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrology*, 31 (1), 27-35

- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. España: Thompson Editores Spain Paraninfo.
- Bury, M. (1982). Choric Illness as a biographic disruption. In E. Hardy. *Reprodução assistida: consequências psicológicas e sociais*. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, 7-10 de novembro de 1998, Porto Alegre.
- Camon, V. A. A. (Org.). (2000). Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira.
- Carrobles, J. A. (1993). La Psicología de la salud: estado actual y perspectivas. *Psico*, 30 (1), 205-217.
- Chatel, A. (1988). Sortir la maternité du laboratoire. In M. M. A. Silva (Ed.), *Tecnologias reprodutivas: a concepção em sexualidade e reprodução humana*. Montreal (1991).
- Chen, T-H., Chang, S-P., Tesai, C. F., & Juang, K-D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19 (10), 2313-2318.
- Daar, A. S., & Merali Z. (2002). Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In V. Effy, J. Patric & P. David Griffin (Eds.), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: report of WHO meeting* (pp.15-21). Geneva: WHO.
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D' Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome *in vitro* fertilization. *Fertility and Sterility*, 69 (6), 1026-1033.
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Friedman. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58 (6), 1158-1163.
- Fernández-Ballesteros, R., & Carrobles, J. A. (1988). Perspectivas de la Psicología de la Salud en Europa. *Psico*, 30 (1), 205-217.
- Freud, S. (1914/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In J. Strachey (Ed.), *Edição standart das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7 (2), 208-212.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Sciencie Medical*, 45 (11), 1679- 1704.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16 (2), 374-383.
- Hardy, E. (1998, novembro). Reprodução Assistida. In *Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana* (pp.39-44). Porto Alegre, Brasil.
- Jacob, L. S. (2001). *Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing *in vitro* fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76 (4), 675-687.
- Kusnetzoff, J. C. (1997). Aspectos emocionais do casal infértil. In M. Badalotti, A. Petracco & C. Telóken (Eds.), *Fertilidade e infertilidade humana* (pp.19-29). Rio de Janeiro: Medsi.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do inventário de stress para adultos de Lipp* (ISSL) (2a. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lok, I. H., Lee, D. T., Cheung, W. S., Lo, W. K., & Haines, C. J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53 (4), 195-199.
- Lukse, M. P., & Vacc, N. A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 93, 245-251.
- Matsabayashi, H., Hosaka, T. S. I., Suziji, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in japan. *Human Reproduction*, 16 (5), 966-969.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Loherty, W. (1992). Terapia familiar medica con parejas enfrentadas a la infertilidad. *The Amercian Journal of Therapy*, 20 (2), 101-122.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2004). Psicologia da Saúde: ensino, pesquisa e extensão de serviços em hospital escola. *Mesa redonda proferida no V Congresso Latino-americano de Psicoterapias Cognitivas*. Porto Alegre.
- Monga, M., Alexandrescu, B., & Katz, S. E. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63 (1), 126-30.
- Moreira, S., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2005). Aspectos psicológicos da infertilidade conjugal. *Femina*, 33 (1), 19-24.
- Ooddens, B. J., Den, T. I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human reproduction*, 14 (1), 255-261.
- Pasch, L., Dunkel-Schelter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husband's and wife's approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 17 (6), 1241-1247.
- Remor, E. A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Psico*, 30 (1), 205-217.
- Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seibel, D., & Carvalho, C. A. P. (1998). Respostas emocionais do casal na reprodução humana. In *18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana* (pp.9-11). Porto Alegre.
- Volich, R. M. (2002). *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55 (1), 100-108.

Recebido em: 8/9/2004
 Versão final reapresentada em: 17/5/2005
 Aprovação em: 11/11/2005