

A VISÃO DA MULHER SOBRE SUA SEXUALIDADE DURANTE O PROCESSO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

PRISCILLA BIANCHINI SALOMÃO, LUCIA ALVES DA SILVA LARA, JULIANA BENETTI SILVA BORSATTO, ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA, PAULA DE OLIVEIRA MORA

RESUMO

A infertilidade atinge universalmente cerca de 8% a 15% dos casais, tendo como causas diversos fatores femininos e/ou masculinos. A literatura evidencia que esta condição está, frequentemente, associada a elevadas taxas de disfunção sexual tanto feminina quanto masculina. Sendo assim, este estudo visou avaliar a função sexual e a qualidade de vida das pacientes em investigação no Ambulatório de Esterilidade (AEST) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC-FMRP-USP), em São Paulo, e em tratamento para a infertilidade conjugal presentes no Laboratório de Ginecologia e Obstetrícia do HC-FMRP-USP. Esta avaliação consistiu na aplicação de questionários autoaplicáveis (Inventário da

Função Sexual Feminina – IFSF e Escala de Ansiedade e Depressão – HAD-A e D) e entrevistas semiestruturadas, com uma abrangência biopsicossocial. Foram avaliadas quatro mulheres que se encontram em processo de reprodução assistida, seja por sua infertilidade ou de seu cônjuge. Os resultados deste estudo permitiram avançar na temática e trazer conhecimento para orientar os médicos e os próprios casais, sobre a assistência à função sexual como parte essencial do sucesso esperado.

Palavras-chave: sexualidade; infertilidade; reprodução; comportamento sexual.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é definida como a ausência de concepção após um ano de atividade

de sexual regular, sem uso de método contraceptivo (Ferriani e Navarro, 2004).

Dentre as diversas causas de infertilidade feminina estão: os fatores relacionados às má-formações uterinas; lesões miometriais, cervicais, endometriais e trompas uterinas; alterações endócrinas e idiopáticas. Dentre as masculinas estão os fatores endócrinos, imunológicos, infecciosos, cirúrgicos, traumáticos, congênitos e idiopáticos (Ferriani e Navarro, 2004).

A infertilidade pode cursar com uma variedade de sentimentos negativos, tais como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia, vergonha que desencadeia, por vezes, quadros importantes de estresse. Isso pode ter efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal, podendo desestabilizar as relações do homem, da mulher ou do casal com seu entorno social, com impacto negativo na qualidade de vida (Farinati *et al.*, 2006). Muitos casais que passam por essa situação de infertilidade optam pela re-

produção assistida (RA) com vistas à fecundação.

Os casais que escolhem utilizar as técnicas da reprodução assistida por causa do fator feminino, masculino ou misto priorizam a gravidez, apesar dos procedimentos requererem investimento físico, econômico e principalmente emocional.

Além da possibilidade de êxito, a RA é um processo “mecânico” de gestar, que substitui um evento que deveria ser natural e prazeroso por meio do envolvimento espontâneo entre o homem e a mulher (Montagnini *et al.*, 2009). Ademais, a programação do coito, prevista, pode interferir na qualidade da vida sexual do casal (Corrêa, 2001, p.11). Esses são alguns fatores apontados pelos estudos, os quais indicam que um período prolongado de tempo nas tentativas para engravidar, sem obter sucesso, pode desencadear também, um desgaste para a qualidade do relacionamento conjugal e sexual (Chiba *et al.*, 1997 *apud* Gorayeb *et al.*, 2009).

Respostas que fazem a diferença.

OBJETIVOS

Investigar o impacto da reprodução assistida, na função sexual da mulher. Avaliar sua qualidade de vida quando inserida no processo da RA. Verificar a autoavaliação das mulheres referente à sua vida sexual no processo da RA.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo descritivo foram alocadas 47 mulheres em tratamento para infertilidade no Serviço de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo - UNAERP, em Ribeirão Preto, cidade do estado de São Paulo.

O contato com as mulheres foi realizado pessoalmente, pela pesquisadora responsável, na sala de espera do ambulatório, por meio do diálogo e da breve apresentação do projeto. Após os esclarecimentos foi feito o convite à mulher, pela mesma pesquisadora, para sua participação voluntária.

Critérios de inclusão: mulheres casadas ou em união estável; diagnóstico de infertilidade primária; parceiros sexualmente ativos. Critérios de exclusão: mulheres que tiveram gravidez anterior ou infertilidade secundária; ter filhos adotivos; analfabetas e aquelas com dificuldades cognitivas devido à dificuldade para responderem sozinhas aos questionários e entenderem as perguntas da entrevista. Foram excluídas 28 e incluídas 19 mulheres.

Dessas, nove não tinham disponibilidade de transporte e horário e seis não compareceram no horário agendado para a entrevista. Quatro mulheres realizaram todos os passos necessários para a conclusão do estudo e apresentaram diagnóstico etiológico compatível para se submeterem ao procedimento de Reprodução Assistida de Alta Complexidade pelo método de injeção intracitoplasmática do espermatozoide (ICSI).

A função sexual e a condição emocional das mulheres foram avaliadas mediante a aplicação de instrumentos psicométricos validados para o Português.

A função sexual foi medida pelo seguinte instrumento:

• *Inventário da Função Sexual Feminina (IFSF)*: autoaplicável, validado para a população brasileira por Leite *et al.* (2007), constituído por 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e para cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtém-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Um escore menor ou igual a 26,55 significa risco para a disfunção sexual (Rosen, 2000; Pacagnella *et al.*, 2009).

O estado emocional quanto à presença de ansiedade e depressão foi medido pela:

• Escala Hospitalar de Ansiedade (HAD-A) e Depressão (HAD-D): versão brasileira (Botega *et al.*, 1995) que consta de 14 questões do tipo múltipla escolha, compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, o escore ≥ 8 é compatível com ansiedade e/ou depressão. O questionário destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; é curto e preenchido rapidamente, ao paciente solicita-se que responda com base em como se sentiu durante a última semana. Os conceitos de depressão (centrada na noção de anedonia) e ansiedade são apresentados em separado.

O sentimento das mulheres perante o processo da RA e sua função sexual foram detectados pela:

• *Entrevista semiestruturada*: as questões eram abertas, com a finalidade de apreender como elas construíram ou desconstruíram suas ideias a respeito da sua sexualidade na vigência do tratamento. Essas mulheres foram estimuladas a se expressar livremente sobre o tema, com o objetivo de analisar seus discursos. Com essa técnica buscou-se, especificamente, descobrir os possíveis conflitos e dificuldades sexuais gerados em consequência da RA. O roteiro da entrevista abordou quatro questões:

1) Há quanto tempo você tenta a gravidez pela reprodução assistida?



- 2) Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?
- 3) Como era sua vida sexual antes de você iniciar o tratamento para infertilidade?
- 4) Como está a função sexual do seu parceiro?

A entrevista e os questionários foram aplicados individualmente pela mesma pesquisadora responsável por entrar em contato com as pacientes, em uma sala da Clínica Escola de Psicologia da UNAERP.

Cada mulher passou por um único encontro, momento no qual ela foi entrevistada e respondeu aos questionários. Elas tiveram um tempo adicional para poder questionar livremente sobre seus possíveis anseios e expectativas em relação à sua sexualidade.

Os dados obtidos durante a entrevista individual foram transcritos e, posteriormente, as informações que mais se destacaram ao redor do tema estudado foram analisadas. Ao fim das sessões verificava-se se havia interesse por parte da mulher em atendimento psicoterapêutico. As que tiveram interesse foram orientadas a procurar a Clínica Escola de Psicologia da UNAERP.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, protocolado sob o nº 323 (apresentado no final do artigo), e todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A caracterização das mulheres em relação às variáveis analisadas é evidenciada na *tabela 1*.



Tabela 1. Características clínicas e antropométricas das quatro mulheres.

Variáveis	Sujeitos			
	1	2	3	4
Idade, em anos	35	40	36	30
Escolaridade	Segundo grau completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Causa da infertilidade	Fator feminino	Fatores femininos e masculinos	Fator feminino	Fator feminino
Renda mensal	R\$ 1.800,00	R\$ 3.300,00	R\$ 5.000,00	R\$ 1.500,00
Escore HAD-A	8	7	4	9
Escore HAD-D	2	6	8	3
Escore IFSF	22,5	20,1	25,9	29,1



Das quatro mulheres, duas preencheram o critério para transtorno de ansiedade e uma atingiu o critério que caracteriza transtorno depressivo. Com respeito à função sexual, três apresentaram escore do IFSF compatível com risco para disfunção sexual enquanto que uma apresentou escore compatível com função sexual normal. Na análise do IFSF por domínios, apenas o escore relativo ao domínio da dor coital foi >5 o que indica que essas pacientes não apresentam dor durante as relações sexuais (Tabela 2). Uma vez que escore ≤5 é risco para disfunção sexual daquele domínio (Gerstenberger *et al.*, 2010).

Para visualizar melhor as respostas obtidas das entrevistas semiestruturadas, realizou-se a categorização demonstrada no quadro 1.

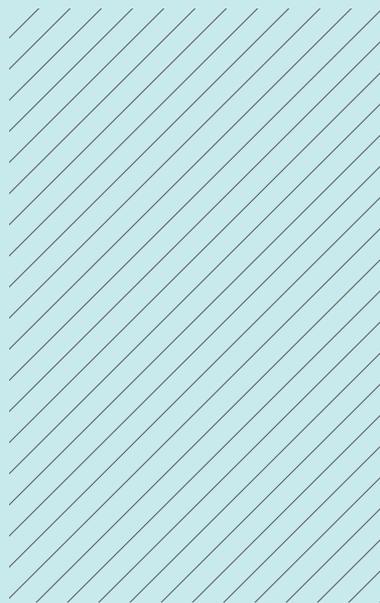


Tabela 2. Domínios do Índice de Função Sexual Feminina das quatro mulheres.

Sujeito	Domínios					
	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Dor	Total
1	2,4	3,3	3,6	4,4	6	22,5
2	2,4	2,1	3,6	2,4	6	20,1
3	3,6	3,3	4,2	4	6	25,9
4	4,8	4,5	4,2	5,2	6	29,1
Média	3,3	3,3	3,9	4	6	



Falar de desempenho pressupõe aceitar que a Sexualidade subentende a representação de um papel (“role”), ou vários papéis em simultâneo: demonstrar a si mesmo a capacidade para seduzir e possuir uma mulher; demonstrar a sua heterossexualidade, exibir as capacidades erécteis do seu pênis e, nesse sentido, sentir-se “normal” do ponto de vista sexual, etc. (Gindin, 1989; París, 1993; Welzer-Lang, 2008).



Quadro 1. Resultado do questionário semiestruturado das quatro mulheres.

Questões	Sujeitos			
	1	2	3	4
Há quanto tempo você tenta a gravidez pela reprodução assistida?	Primeiro ciclo de fertilização Primeira tentativa	Desde 2010 Terceira tentativa	Desde 2010 Mais de uma tentativa	Desde 2010 Terceira tentativa
Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?	Piorou (péssima)	Piorou (desinteresse)	Piorou (dificuldade)	Normal
Como era sua vida sexual antes de você iniciar o tratamento para infertilidade?	Bastante ativa e normal	Tranquila e normal	Normal	Boa, ativa e normal
Como está a função sexual do seu parceiro?	Certo desinteresse	Cauteloso e cuidadoso	Preocupado com a mulher	Normal

Comentários das mulheres referentes às questões das entrevistas semiestruturadas:

- Participante 1, S: [enquanto responde o IFSF dá muitas risadas] “Vocês vão no foco porque sabem que o tratamento atrapalha isso né? Minha situação sexual tá péssima... ruim... porque não tá tendo quase (risos). [...] Eu não tenho vontade.”
- Participante 2, L: “A gente fica mais desligada... fica mais preocupada com o tratamento, não tem aquela mesma situação do

dia a dia do relacionamento, já fica mais pra um quarto, quinto plano... primeiro é o tratamento! [...] Quando você tá no tratamento você não dá muita atenção pra essas coisas.”

- Participante 3, M: “mudou um pouco depois da minha última cirurgia da endometriose... que eu comecei a ter mais dificuldade de ficar molhada... esse tipo de coisa né... por conta da medicação que eu tomei. O médico até passou gel, um monte de coisa pra gente né.

Mas só assim... mas por conta do tratamento não. Lógico que quando você faz e não dá certo, aí você fica um tempo triste, então não dá pra ter.”

• Participante 4, A: *“Pra mim não mudou nada. Bem tranquilo assim... isso não interfere nessa parte sexual. De antes do tratamento é a mesma coisa.”*

Questão 3: Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?

• Participante 1, S: *“Na época que eu tentava engravidar normalmente... que eu não sabia do meu problema... fazia até mais do que devia. Daí depois fiquei sabendo do meu problema, daí parece que foi diminuindo, mas não a ponto de desaparecer, como agora, nas últimas épocas do meu ciclo de tratamento. [...] mas era normal.”*

• Participante 2, L: *“Nós somos muito tranquilos quanto a isso, os dois são calmos, nenhum dos dois tem aquele fogo sexual, então lidamos bem com isso. [...] Então, continuamos ficando pertinho, companheiros como antes, mais a atividade sexual mesmo que diminuiu.”*

• Participante 3, M: *“... eu acho que é normal, tem os dias que um ou o outro não está bem, tem os dias que todo mundo tá quieto, cada um com suas coisas, muito serviço, muita coisa pra pensar... eu acho que é normal. A gente sai, não fica em casa o tempo todo... então eu acho que poderia ser melhor, mas aí eu acho que depende só de mim, porque sou muito fechada, por não conversar.”*

• Participante 4, A: *“Ah, é uma vida ativa assim, boa. Uma vida ativa.”*

Questão 4: Como está a função sexual do seu parceiro?

• Participante 1, S: *“Acho que ele está igual eu vii (risos)... ele também parece que esquece ou, sei lá, acomodou [...] a vez que ele me procurou deu aquela alergia que eu te falei [devido o medicamento que utilizaram], daí fica meio esquisito né!”*

• Participante 2, L: *“O homem é mais assim, tem aquela coisa mais de necessidade né, mas eu acho que assim, eu entendo que talvez ele tenha mais momentos que tivesse interesse, tudo... mas ele respeita muito, então ele fica muito na dele, vai perguntar, vai dar umas dicas, e aí eu que decido ou não (risos).”*

• Participante 3, M: *“Meu marido acho que ele tem medo de fazer alguma coisa diferente... de inovar alguma coisa e eu não gostar, e de repente ficar meio assim, porque eu sou meio retraída nesse aspecto. Então eu acho que ele faz o que ele acha que tá me agradando, ele não tenta muitas coisas novas porque ele imagina que eu não vou gostar, e talvez não vá gostar mesmo (risos).”*

• Participante 4, A: *“Eu procuro mais ele do que ele a mim, porque ele é muito preocupado com as coisas... então quando falta dinheiro você esquece dele! E às vezes, com algum problema lá no trabalho... também você esquece dele! Eu procuro mais ele do que ele a mim porque ele não consegue separar trabalho e casa. Eu já consigo fazer essa separação... é meu ‘desistres’, é na hora do ato sexual, ele já não. Quando ele tá*

estressado ele não tem jeito.” Não houve nenhuma relação com o processo de reprodução assistida em si.

Temas livres verbalizados individualmente pelas mulheres:

• As três participantes que relataram piora na função sexual afirmaram que isso ocorreu após iniciarem o tratamento para infertilidade.

• Todas relacionaram o mau funcionamento sexual com o uso dos medicamentos e, individualmente, todas relacionaram algum outro fator precipitante.



• A participante 1 mencionou ficar com receio de fazer o ultrassom depois de ter tido relação sexual (vergonha do médico).

• A participante 2 disse que a falta de interesse sexual é devida, principalmente, ao estado psicológico porque fica preocupada e concentrada no tratamento.

• A participante 3 relacionou com a cirurgia da endometriose.

• No que diz respeito à expectativa frente ao tratamento, todas relataram estar otimistas e com muita expectativa de sucesso na primeira tentativa.

• As três que não obtiveram êxito com tratamentos prévios, demonstraram uma diminuição gradual da esperança de obter sucesso na RA.

• Outro aspecto que surgiu durante a entrevista foi o assunto da adoção. Todas as pacientes veem a adoção como uma alternativa ao fracasso da RA.

Todas referiram a autocobrança como a mais significativa nessa situação, o que gerou efeitos como o da paciente 2 que disse ficar muito nervosa, por mais que tente se controlar, o nervosismo e a ansiedade tomam conta dela, chega até sentir dores na barriga. O marido também pressiona para fazer as tentativas o quanto antes, e ela diz que esse ‘sonho’ de ter o filho fica permeando a cabeça, mas infelizmente tem de ser realista. A paciente 3 também comentou sobre o fato de não gostar de lidar com perdas e

ser muito competitiva, o que aumenta sua autocobrança.

Nas questões familiares, citadas por todas as mulheres, envolvendo pais, irmãos e outros parentes, duas delas (participantes 1 e 3) não se sentem tão apoiadas pela família pela falta de liberdade tanto para conversar, quanto para contar sobre o tratamento, já as outras duas (participantes 2 e 4) sentiram que podiam contar com a família.

Nesse sentido de expor o tratamento para outras pessoas, as participantes 2 e 3 disseram que preferiram se preservar e não contar sobre o processo às outras pessoas (amigos e conhecidos), pois assim não precisariam dar satisfações caso não desse certo, até mesmo pela dificuldade emocional que estariam passando. As outras duas não trouxeram essa questão durante a entrevista.

O diálogo entre o casal apareceu como um fator importante. Duas (participantes 1 e 4) demonstraram ter um bom diálogo com o cônjuge, com facilidade para falar sobre o assunto da RA. Já as outras duas (participantes 2 e 3) relataram certa dificuldade para conversar com o marido, a primeira por receio de brigas, e a segunda por se dizer muito “fechada”.

Três participantes (pacientes 1, 2 e 4) disseram ter momentos a dois com o cônjuge, como ler um livro, assistir televisão, sair para jantar e passear. A paciente 4 relatou que ela e o parceiro vão para a sacada todo fim de tarde para conversar e colocarem os “pingos nos is”, ela acredita que

isso seja consequência da amizade que sempre existiu entre o casal. Já a paciente 3 referiu que fazem algumas coisas juntos, mas como o diálogo não é bom acabaram tendo dificuldades.

A questão do incômodo pela presença de mulheres grávidas ou com bebês e crianças foi citada por duas participantes, que mostraram aversão a esses tipos de convívio, evitando encontros. A paciente 1 disse sentir raiva quando vê mulher grávida ou com crianças, assim como aquelas pobres com um monte de filhos. A paciente 2 referiu não gostar de encontrar com colegas, pois muitos têm filhos e ela disse não gostar de ver tudo isso, não queria esse ‘mundo’.

Por fim, três participantes citaram outras influências do tratamento para infertilidade. A paciente 1 trouxe que, além de ter influência no relacionamento sexual, ela não deixou de fazer nada que gostava, a não ser a bebida alcoólica que gostava de beber de vez em quando, e agora não pode mais. A paciente 2 disse que pelo fato de o marido também ter problema de infertilidade, ele se sente incapaz, muitas vezes não vê sentido em ter relações sexuais pois “não vai adiantar nada”. E a paciente 4 também citou a questão da bebida alcoólica (no caso a cerveja) que não pode mais tomar, além da influência do tratamento em seu trabalho, pois teve de abrir mão do ‘emprego dos sonhos’ pela empresa ser fora de Ribeirão e ela estar com o plano de ter filho.



RESULTADOS

A RA é um procedimento potencialmente desgastante para os casais tanto pela técnica muitas vezes invasiva, quanto pela expectativa de sucesso na primeira tentativa, com vistas a diminuir ao longo dos ciclos em que não se obtém sucesso. O estudo de Mahlstedt *et al.* (1987) ilustra esta situação ao evidenciar que, no início do tratamento, 56% dos sujeitos diziam que repetiriam o protocolo caso não conseguissem engravidar, mas ao final do processo de tratamento, apenas 37% continuavam com a intenção de repeti-lo, o que sugere o desgaste e a pressão emocional vivenciados pelos casais (Jacob, 2000).

Os dados obtidos nesse trabalho alertam para a possibilidade de alterações, tanto do humor quanto das dificuldades sexuais entre casais inférteis, representadas por disfunções sexuais da mulher e de seu parceiro aparentemente independente de quem seja o portador da infertilidade. É secular o conhecimento sobre a dinâmica existente entre ansiedade e medo para configurar culpa e depressão, fatores esses conhecidos na literatura como associados às disfunções sexuais (Viscott, 1982). A análise das falas das mulheres parece mostrar que a desordem de humor ocorre em paralelo com a forma como cada uma

lida com o diagnóstico da infertilidade e com o processo de RA.

Isso reporta aos resultados de Viscott (1982) que alerta para a possibilidade de sentimentos negativos serem convertidos em resultados positivos caso a pessoa encontre uma forma positiva de lidar com eles, quase sempre associada a um modelo profissional de apoio psicológico com a finalidade de nortear essas pacientes para que possam fazer uma apreciação dos seus próprios sentimentos frente ao cotidiano delas. Essa autoavaliação possibilita o autoconhecimento, o que determina as formas como cada uma lida com a situação vivida.

A participante 4 foi a única, dentre as entrevistadas, a não apresentar risco para a disfunção sexual no questionário IFSF. Em contrapartida, essa paciente obteve escore compatível com ansiedade. Não se pode afirmar que esse quadro foi resultante da condição de infertilidade, porque pode ser um traço pessoal que não interfere com sua função sexual, embora, estudos mais recentes tenham demonstrado que a ansiedade é uma condição que pode coexistir com a disfunção sexual na mulher (Burri *et al.*, 2012).

Identificou-se aqui também a diminuição da esperança de gravidez a cada tentativa infrutífera com possível reflexo no estado de humor dessas pacientes. Outro aspecto que parece influenciar o estado psíquico é a idade, uma vez que três têm acima de 35 anos idade considerada limítrofe a partir da qual problemas adicionais podem interferir no potencial repro-

duto (Meden-Vrtovec, 2004). Isso pode gerar um conflito interno aqui representado na fala da paciente 2 de 40 anos: “...fui descobrir meu problema com 37, 38 anos, daí a gente viu que meu marido também tinha problema né [...] mas se eu soubesse disso antes, com certeza eu teria tentado já...sabendo que de repente ia ter algum problema, tratamento, já teria feito, porque as chances são melhores”. Assim como a paciente 4, de 30 anos, demonstra em sua fala a preocupação maior com a vida profissional conciliada com o desejo de ser mãe: “...essa semana eu abri mão de um emprego dos meus sonhos e ganhar bem mais para trabalhar num lugar que eu tava almejando já fazia um ano... em função da empresa ser fora de Ribeirão e eu estar com esse plano de ter filho. Então assim, pra mim isso foi difícil, eu ter que abrir mão das minhas coisas...abrir mão de ir trabalhar num lugar que eu sempre quis, tudo... por causa do tratamento!”.

CONCLUSÃO

De acordo com a autoavaliação, a maioria das mulheres desse estudo consideraram que houve piora da vida sexual relacionada à infertilidade.



REFERÊNCIAS

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública [online]. 1995;29:355-63.

Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. J Sex Med. 2012;9(7):1887-96.

Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. Gynecol Obstet Invest. 1997;43(3):171-7. *apud* Gorayeb *et al.*, 2009.

Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas — limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.363-70.

Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. Estud Psicol (Campinas). 2006;23(4):433-9.

Ferriani RA, Navarro PAAS. Protocolos de condutas em infertilidade conjugal. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2004. p.27-48.

Gikovate F. O homem, a mulher e o casamento. In: Gaiarsa JA, Azevedo MM, Gaudêncio P, Costa M, Da Costa RP, Lipp MN, Fagundes MCF, Da Silva RT, Dos Santos AG, Gikovate F, Maroni JB, Marra ES. Vida a Dois. São Paulo: Mandarin, 1996. p.127-50.

Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, Sand M. Sexual desire and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2010;7(9):3096-103.

Gorayeb R, Borari ACT, Gomes ACR, Romão APMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de infertilidade. *Estud Psicol (Campinas)*. 2009;26(3):287-96.

Jacob LS. Stress e ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2000.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [online] 2007;29(8):396-401.

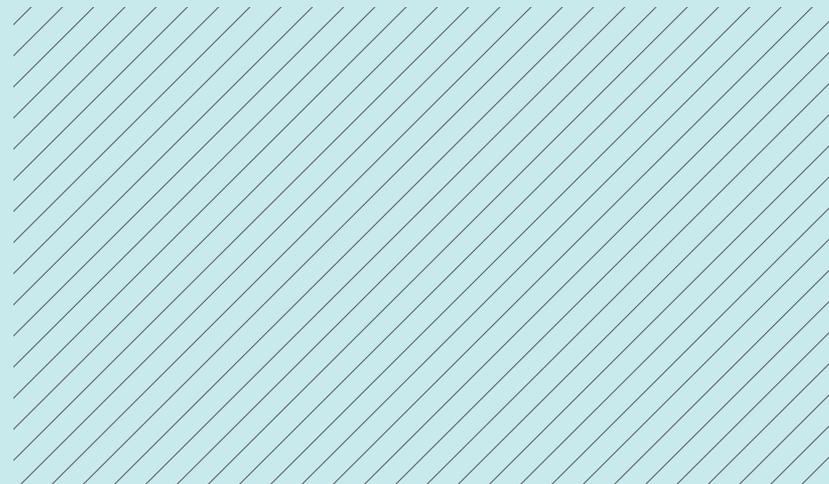
Mahlstedt P, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the *in vitro* fertilization embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf*. 1987;4:232-36.

Meden-Vrtovec H. Ovarian aging and infertility. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(1):5-8.

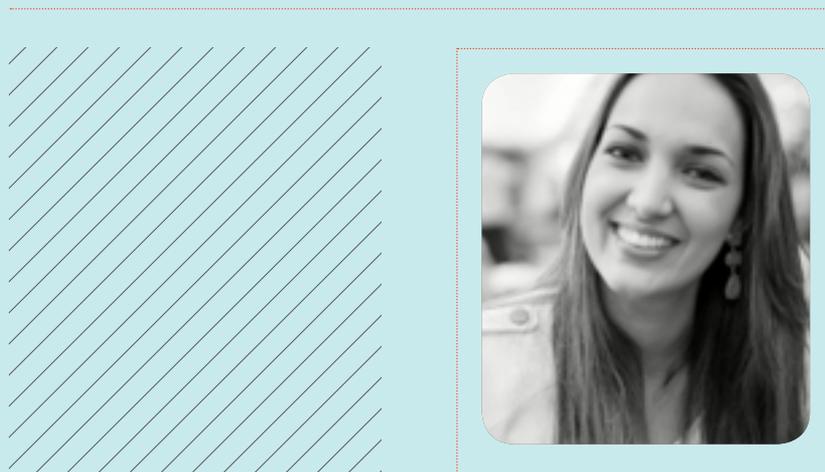
Montagnini MH, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*. *Estud psicol (Campinas)*. 2009;26(4):475-81.

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva: *Ginecologista e Obstetra; Mestre e Doutora; Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.*

Paula de Oliveira Mora: *Psicóloga e Doutora; Professora de Psicologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.*
E-mail: luciaalvess@yahoo.com.br



Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Priscilla Bianchini Salomão: *Psicóloga; Mestranda pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

Lucia Alves da Silva Lara: *Ginecologista e Obstetra; Mestre e Doutora; Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil.*

Juliana Benetti Silva Borsatto: *Psicóloga clínica; Especialista em Sexualidade pelo ProSex da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. SP, Brasil.*

