

MENOPAUSA PRECOCE

Aspectos psicossociais e possibilidades de intervenção

Cássia Cançado Avelar; Isabela Machado da Silva; Vanya Sansivieri Dossi

Diferente das células e tecidos do corpo humano, que continuam se reproduzindo ao longo da vida, a quantidade de células germinativas femininas é determinada geneticamente. Cada mulher nasce com os oócitos - ou ovócitos – que terá por toda a sua vida. Após a primeira menarca, esses oócitos amadurecem e os óvulos são liberados pelos ovários mês a mês. Entende-se por menopausa precoce ou falência ovariana prematura (FOP) a perda da função ovariana temporária ou definitiva antes dos 40 anos. Com isso, a mulher também deixa de produzir estrogênio e progesterona. (CABRAL, 2001)

Os estudos sobre a FOP identificam que alguns fatores favorecem seu surgimento. Os mais encontrados são: fatores hereditários; tabagismo e anomalias genéticas ou ováricas (BLASCO, 1996; GANDARA; ALONSO; FUERTES, 1997; SCHNEIDER, 1992). Entre os fatores etiológicos relacionados à FOP, destacam-se: distúrbios da imunidade, associados a deficiências de outras glândulas como tireóide e supra-renal; doenças autoimunes, como a artrite reumatoide, o lúpus e a diabetes; distúrbios estruturais ou de ação das gonadotrofinas; deficiências enzimáticas; exposição a toxinas; epilepsia; outras doenças, como caxumba, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose; fatores idiopáticos e agressões ao tecido ovariano relacionadas a neoplasias, leucemia, tumores, radioterapia e quimioterapia (www.endocrino.org.br; GOSWAMI; CONWAY, 2005). A menopausa precoce pode estar também relacionada a cirurgias de retirada dos ovários, laqueaduras e histerectomias (retirada do útero). Quanto às causas genéticas podemos citar as ligadas a alterações no cromossoma X (Síndrome de Turner). Outra causa importante para a FOP é a Síndrome do X Frágil, uma condição genética em que portadoras da alteração, em grau leve, teriam menopausa precoce, podendo haver casos na família de crianças com deficiência mental, que seriam os portadores da alteração plena (FERREIRA, 2014). Na maioria dos casos, porém, a FOP apresenta etiologia indeterminada sendo que, nos chamados casos idiopáticos, é importante avaliar a possível relação com alterações emocionais e vice-versa (GOSWAMI; CONWAY, 2005).

A FOP acomete aproximadamente 1 em cada 1000 mulheres antes dos 20 anos; 1 em cada 250 mulheres em torno dos 35 anos e 1 em cada 100 mulheres aos 40 anos (LIMA; TEDESCO, 2008). Além disso, está relacionada a 2 a 3% dos casos de infertilidade feminina (GOSWAMI; CONWAY, 2005).

Como possíveis consequências da FOP, tem-se sintomas como secura vaginal, incontinência urinária, perda da libido, dor no ato sexual, calores e suores noturnos, palpitações, ganho de peso - especialmente no abdome, dores de cabeça, inchaço dos seios e no corpo, náuseas e distúrbios gastrointestinais, dores musculares e nas juntas, insônia e queda de cabelo. Embora os sintomas possam ser similares aos que ocorrem na menopausa normal, na FOP ocorrem diferenças marcantes: o

impacto emocional da parada da menstruação em mulheres jovens difere significativamente das mais velhas, cujo fato já era esperado (LIMA; TEDESCO, 2008).

Aspectos psicossociais

Na sociedade ocidental, a menopausa tende a ser abordada a partir de uma compreensão eminentemente biomédica (BOUGHTON, 2002). No entanto, é necessário considerar que, embora a FOP constitua uma experiência corporal, a mesma é subjetivamente experienciada, em um contexto que se caracteriza por uma dissonância entre aquilo que é socioculturalmente esperado para a faixa etária vivenciada e a realidade biológica efetivamente experienciada por essas mulheres (BOUGHTON, 2002). Portanto, relaciona-se a FOP a questões como a reavaliação da identidade e da auto-imagem, sentimentos de incerteza, culpa, angústia, ansiedade, irritabilidade e depressão, bem como prejuízos ao bem-estar sexual e implicações relacionais (SINGER, 2012). Dessa forma, identifica-se que, além da infertilidade, essas mulheres enfrentam desafios adicionais (SINGER, 2012), os quais tendem a estar relacionados à forma como é vista a menopausa (BOUGHTON, 2002).

Nesse sentido, o diagnóstico de FOP constitui uma revelação inesperada, que, embora não ameace a vida, altera o seu curso (GROFF et al., 2005). Assim, são comuns sentimentos de confusão, depressão, ansiedade, sensação de vazio e perda, choque, raiva, negação, alívio e curiosidade. A reação de cada paciente, no entanto, depende da forma como se dá o diagnóstico. Em um estudo internacional, desenvolvido por Groff et al. (2005), constatou-se que 71% das participantes se disseram insatisfeitas ou muito insatisfeitas com a forma como o diagnóstico lhes foi apresentado e que 55% gostariam que o médico tivesse dedicado mais tempo a lhes comunicar o diagnóstico e que lhes tivesse fornecido mais informações sobre a FOP. É necessário atentar que a falta de informação sobre o diagnóstico apresentado gera impacto sobre o senso de controle dessas mulheres e conseqüentemente sobre a sua capacidade de lidar com a situação que se apresenta. Dessa forma, existe uma relação entre a forma de comunicação do diagnóstico e o grau de sofrimento manifestado.

Além da infertilidade, mulheres com diagnóstico de FOP relatam uma série de preocupações. O risco de desenvolver osteoporose, questões em relação à autoimagem, temor da morte, os efeitos do uso de hormônios a longo prazo, o impacto que essa condição exercerá sobre seus relacionamentos, potenciais prejuízos cognitivos e a perda da feminilidade, bem como da sexualidade são algumas delas (DEEKS et al., 2011; SINGER et al., 2011).

No que se refere ao impacto cognitivo da FOP, os resultados são controversos. Alguns autores destacam que, em virtude das propriedades neuromoduladoras e neuroprotetoras do estrogênio, pode haver prejuízos à fluência verbal, bem como às memórias verbal e visual (VEARNCOMBE; PACHANA., 2009).

Já que no tange ao impacto da FOP sobre a sexualidade, sugere-se que, com ela, o sexo pode

perder o seu significado primário para algumas mulheres: a reprodução. Além disso, o estrógeno está relacionado à excitação, à lubrificação e ao orgasmo, que podem ser prejudicados em função da queda na produção desse hormônio (GRAZZIOTIN, 2010). Heiman e Meston (2007) identificaram em seu estudo seis grandes categorias de transtornos da função sexual na menopausa precoce, tais como: transtornos do desejo sexual; transtorno orgástico; transtornos dolorosos sexuais; falta de prazer durante o sexo; perda da satisfação sexual e outras disfunções sexuais não especificadas (anestesia com orgasmo e a dor genital durante as atividades com ausência de coitos).

Segundo Sarrel (1990), a função sexual em mulheres jovens com menopausa precoce é semelhante, em alguns aspectos, a de mulheres com menopausa fisiológica. Algumas delas têm dificuldades no relacionamento sexual com seus parceiros, mas a frequência, intensidade e impacto desses problemas diferem muito das descritas em mulheres com menopausa fisiológica. De acordo com o autor, a diferença está na intensidade desses mesmos sintomas, pois uma mulher mais jovem sofre mais em termos físicos e psicológicos, simplesmente porque a menopausa chegou mais cedo do que o habitual. De acordo com Gutiérrez (2001), no imaginário feminino, a menopausa representaria envelhecimento, maior proximidade da morte e decadência sexual, favorecendo estados depressivos.

Essas mudanças na sexualidade podem, assim, apresentar um impacto negativo sobre a autoconfiança e a autoestima, favorecendo sentimentos de ansiedade e depressão (GRAZZIOTIN, 2010). A esse respeito, um estudo desenvolvido por Danaci et al. (2003) reportou que a diminuição da frequência de relações sexuais na menopausa foi atribuída à maior ocorrência de estados depressivos ou de maior ansiedade. Além disso, eventuais sentimentos de culpa em relação aos impulsos e desejos sexuais podem contribuir para uma maior prevalência de disfunções sexuais (CHIENCHI et al., 1997; DANACI et al., 2003).

Deve-se destacar, no entanto, que o impacto exercido pela FOP sobre a sexualidade dependerá de diversas questões. A qualidade do relacionamento, o histórico sexual, o status conjugal e os fatores socioculturais são assim aspectos que devem ser considerados (GRAZZIOTIN, 2010).

De forma semelhante, também é necessário considerar outros fatores ao buscar-se compreender o impacto socioemocional da FOP, de forma geral. Sua causa, o estágio desenvolvimental em que o paciente se encontra e a coexistência de outras possíveis doenças são exemplos de questões relevantes a que se deve atentar.

Deeks et al. (2011) sugerem que mulheres que enfrentam a FOP em virtude de causas cirúrgicas tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade, depressão e insatisfação com a imagem corporal. Já aquelas em que a FOP está relacionada a causas espontâneas referem maiores índices de dificuldade sexual.

Sobre o estágio desenvolvimental, é necessário considerar que cada fase do ciclo vital apresenta especificidades que influenciarão a forma como se lida com a FOP. A adolescência, por exemplo, constitui uma fase de maior vulnerabilidade, dadas as diversas transformações físicas,

emocionais e sociais vivenciadas pelo jovem (GRAZZIOTIN, 2010). As alterações hormonais que acompanham a FOP podem inclusive vir a afetar esse processo de transformações físicas da adolescente. Há, neste contexto, uma sobreposição de crises, ou seja, a adolescente passa por uma transição dupla no desenvolvimento de sua identidade. Dado o vínculo estreito que tende a marcar o relacionamento da adolescente com sua família, a FOP tende a exercer um impacto significativo sobre ambas (COVINGTON et al., 2011). Já na adultez jovem, é possível que a FOP venha a exacerbar questões relacionadas à auto imagem, que tendem a adquirir especial relevância neste período desenvolvimental. Além disso, deve-se destacar que a FOP acarreta uma situação de elevada falta de sincronia entre a paciente e seus pares: a paciente lida com o encerramento precoce de seu ciclo reprodutivo e com todas as possíveis repercussões desse fato enquanto suas amigas e conhecidas na mesma faixa etária pensam em ter filhos e ampliar a família, o que pode fazer com que se sintam deslocadas em meio a seu ciclo social (BOUGHTON, 2002).

Pacientes oncológicas

Ao refletirmos acerca de outras doenças que podem acompanhar a FOP, podemos ressaltar o câncer, que tem a FOP como consequência comum entre mulheres jovens. Tanto a neoplasia como seus respectivos tratamentos - como a quimioterapia e a irradiação abdominal - tendem a comprometer as células germinativas e a função hormonal, de forma que se mostram frequentemente associados a quadros de infertilidade permanente. A FOP é consequência frequente desse quadro, em especial em pacientes com mais de 30 anos (HALLAK, [S. D.]).

A doença oncológica tende a apresentar duas questões antagônicas: morte e projeto de vida (GARDINO; EMANUEL, 2010; SCHOVER, 1999). Cada uma por si e ambas em conjunto remetem para a eterna questão da morte e imortalidade: a infertilidade não é mortal, mas mata a continuidade; a doença oncológica remete à ideia da morte e da sua finitude. Da doença oncológica e da sua cura, através dos seus tratamentos, vem muitas vezes a infertilidade, o que implica que mesmo que o indivíduo não “morra”, acaba por se sentir um pouco morto, porque a sua reprodução pode ficar inviabilizada (AVELAR, 2013).

Câncer e infertilidade são acontecimentos de vida carregados de emoções, ajustamentos e dificuldades psicológicas, e a junção destes fatores num mesmo indivíduo/tempo provoca uma reação emocional por vezes devastadora (AVELAR, 2013). Depois da crise que implicou uma reação emocional à doença, tendo passado por várias fases de vivência emocional como: Choque – Negação – Raiva – Depressão – Aceitação (KÜBLER-ROSS, 1992), o paciente oncológico, em alguns casos, tem uma nova perda inerente que daí advém – sua fertilidade. Assim, mesmo que recuperado fisicamente, fica na maior parte das vezes com sua autoestima e autoimagem alteradas e abaladas, por isso, como pontua Garcia et al. (2000), todos os processos que impeçam perdas maiores só poderão ser benéficos no processo

de reabilitação física e psíquica deste indivíduo.

Mesmo para pessoas que não planejavam ter filhos antes da doença oncológica, a ameaça de infertilidade resulta em um profundo sentimento de perda. Estudos mostram que ambos, homens e mulheres jovens com diagnóstico de câncer, valorizam a paternidade após a doença (SÁEZ-MANSILLA et. al., 2011; SCHOVER, 2009). Segundo Schover (2009), 75% dos sobreviventes que estavam sem filhos no momento do diagnóstico, gostariam de tê-los no futuro, ressaltando que a angústia pode ser um sentimento para os que não se tornam pais após um tratamento oncológico bem sucedido.

Segundo Letourneau et al. (2012), receber aconselhamento especializado sobre a perda reprodutiva e a preservação da fertilidade está associado a menos pesar e maior qualidade de vida para os sobreviventes. Mulheres em idade reprodutiva devem ter aconselhamento de especialistas e deve ser-lhes dada a oportunidade de tomar decisões ativas sobre a preservação da fertilidade. É importante que as decisões relativas à manutenção da fertilidade sejam trabalhadas, além da abordagem médica, também no contexto psicológico, onde o paciente possa partilhar todos os seus medos, ansiedades, valores, crenças e mitos (AVELAR, 2013).

Atendimento psicológico e outras possibilidades de intervenção

Embora a FOP represente uma situação potencialmente desafiadora, os estudos sobre o tema referem diferentes estratégias de enfrentamento a que essas mulheres podem recorrer. A aquisição de informações sobre essa condição e a busca de apoio junto à rede de contatos, bem como a procura por auxílio profissional ou grupos de apoio são algumas delas. De acordo com dados internacionais, 76% das mulheres com FOP que buscaram auxílio profissional consideraram-no benéfico, sendo que, entre aquelas que se uniram a grupos de apoio, essa taxa foi de 85%. Conhecer outras mulheres que enfrentam o mesmo diagnóstico foi considerado positivo por 80% das participantes, fazendo-as se sentir bem emocionalmente. No entanto, ainda são poucas as pacientes que buscam esses recursos: 33 e 20% respectivamente (GROFF et al., 2005).

Quanto ao atendimento psicológico, o primeiro objetivo é ajudar a paciente a lidar com o diagnóstico. É fundamental fornecer informações sobre a causa e as perspectivas da POF e opções de tratamento disponíveis. Esta informação deve ser dada de uma maneira sensível e oportuna. Os efeitos de diagnóstico de FOP podem, potencialmente, ter um impacto significativo sobre a psique da mulher, como ela compreende 'menopausa' e 'infertilidade'.

Essas mulheres tendem a manifestar ansiedade e depressão. Atrasos no diagnóstico e falta de sensibilidade na transmissão das informações podem exacerbar tais sentimentos. Psicólogos desempenham um papel importante na gestão multidisciplinar. Grupos de apoio também podem ser auxiliares valiosos para ajudar a mulher na aceitação do diagnóstico e na busca de perspectivas (ARORA; POLSON, 2011).

De acordo com Singer (2012), a melhor compreensão dos profissionais de saúde ajuda a paciente no processo de aceitação e adaptação, principalmente quando estas recebem apoio psicológico. A oferta de apoio emocional é indicada para todas as pacientes, mas especialmente para as adolescentes e as mulheres solteiras cuja tendência é não acessar o suporte de sua própria rede social. Dessa forma, compreende-se que as mulheres com diagnóstico de FOP se beneficiam da oferta de apoio emocional, sendo que uma boa compreensão dos aspectos físicos desta condição é importante no aconselhamento destas pacientes.

Em um estudo internacional, realizado por Mann et al. (2012), em que se avaliaram 136 pacientes, constatou-se que o funcionamento psicossocial foi relativamente pobre entre aquelas com FOP quando comparadas com mulheres com menopausa fisiológica, sendo que, em 71% daquelas, as preocupações com a fertilidade foram preponderantes. Os autores reforçam, portanto, que mulheres com menopausa precoce se beneficiam com intervenções voltadas ao seu funcionamento psicossocial e a sua qualidade de vida. Destacam, no entanto, que a abordagem dessas pacientes deve levar em consideração as particularidades de cada uma, sugerindo que os tratamentos individualizados podem ser mais eficazes.

Dessa forma, o profissional de saúde que acolhe a paciente com FOP deve esforçar-se para ver e sentir o mundo da mesma forma como ela o vivencia. A função do profissional é criar uma atmosfera na qual a paciente possa ser realmente ela própria e na qual ela descarregará o impulso à realização de si mesma – aceitação. Quando a paciente reconhece e aceita o fato, ela pode determinar objetivos de vida e novos rumos (LIMA; TEDESCO, 2008).

O psicólogo deve oferecer um espaço de escuta, em que as questões apresentadas pela paciente possam ser trabalhadas, buscando a compreensão das razões de suas ações e decisões. Dessa forma, será possível a transformação de um diagnóstico de infertilidade por FOP na possibilidade de realizar o desejo de ter filho (FARINATI; MONTAGNINI; LOPES, 2013).

No caso específico das pacientes oncológicas, Quinn et al. (2010) pontuam ser benéfico ter em conta a história de vida do paciente, a sua história reprodutiva, seus planos, suas estratégias de enfrentamento (*coping*) e características de personalidade, para que as decisões e questões ético-morais inerentes à tomada de decisões possam ser feitas da forma o mais informada e consciente possível. Porém, o trabalho psicológico neste contexto peca pela urgência, sendo que muitas vezes a questão é posta quando o paciente acaba de ser invadido por uma notícia devastadora (AVELAR, 2013).

Neste sentido, Tschudin e Bitzer (2009) ressaltam que o psicólogo, no contexto da preservação da fertilidade, deve ter um conhecimento profundo e manter-se sempre atualizado acerca dos tratamentos e de sua eficiência, pois assim estará capacitado para atender às necessidades individuais de cada paciente e as várias questões significativas que deverão ser abordadas e definidas durante um curto período de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico. Os autores orientam que “as estratégias de *counseling* devem levar em conta a questão individual do paciente e o contexto

de sua vida presente, devendo ser prestado de forma clara, transparente e precisa, visando atender as necessidades emocionais do paciente”. Concluem que uma estratégia útil é o modelo desenvolvido por Miller e Rollnick (2002) sobre as habilidades de comunicação e escuta ativas utilizadas na abordagem centrada no paciente.

Técnicas de Reprodução Assistida

Dentre as mulheres acometidas pela FOP, aproximadamente 5% podem vir a experienciar uma gestação espontânea. Nos demais casos, no entanto, pode ser necessário recorrer às chamadas técnicas de reprodução assistida - TRA (BRICAIRE et al., 2013). Nestes casos, há a indicação de tratamento de fertilização *in vitro* com óvulos doados, os quais são fertilizados com os espermatozoides do parceiro da mulher que irá receber os óvulos (receptoras). Após a formação dos embriões, estes são transferidos para o útero das receptoras.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013) estipulou algumas normas para esse tipo de tratamento:

- A doação de óvulos é realizada de forma anônima (as receptoras não podem conhecer a identidade da doadora dos óvulos e vice-versa)
- Não pode haver caráter comercial ou lucrativo.
- A seleção das pacientes doadoras é de responsabilidade da clínica. As pacientes que irão doar os seus óvulos têm que ter idade inferior a 35 anos, serem saudáveis, não apresentarem nenhuma história de doença genética e terem exames infecciosos negativos. Os casais (doadores e receptores) serão pareados de acordo com as características físicas e o tipo sanguíneo.

Com os avanços das tecnologias de reprodução assistida, a criopreservação de óvulos/embriões também pode ser utilizada, sempre que uma iminente insuficiência ovariana primária seja antecipada devido à terapia ou a razões biológicas (SHAH; NAGARAJAN, 2014). Portanto, em caso de desejo de gravidez, a paciente deve ser encaminhada para uma unidade especializada para análise, avaliação e indicação de tratamento: a fertilização *in vitro* com doação de óvulos ou a criopreservação.

A FOP está associada com um risco aumentado de angústia emocional e depressão. Dessa forma, o apoio psicológico é essencial e deve fazer parte do tratamento (BRICAIRE et al., 2013).

Relato de uma experiência de atendimento psicológico a uma paciente com FOP

Paciente buscou uma clínica de reprodução assistida, possuindo como opções o tratamento com óvulos doados ou a criopreservação. No atendimento psicológico, abordou-se a dor do diagnóstico

de FOP, a relação entre feminilidade e fertilidade, a preocupação com o envelhecimento precoce, autoimagem e autoestima, o comprometimento sexual, o medo das perdas relacionadas à fertilidade e o impacto do diagnóstico sobre a relação conjugal. Além disso, trabalhou-se o luto pela carga genética perdida, buscando-se auxiliar a paciente na tomada de decisão entre (a) não ter filhos, (b) adotar, (c) recorrer à ovodoação ou (d) fazer uso da criopreservação.

No atendimento a esse caso, foi possível constatar que, além das questões inerentes à FOP, existem também questões relacionadas ao uso das TRA que devem ser trabalhadas pelo profissional. No caso específico da opção pela ovodoação destacam-se: (a) a transição entre a condição de infértil e de gestante, (b) as fantasias e receios com relação à doadora, (c) a ansiedade relacionada à espera pelo tratamento, (d) o sigilo e (e) as futuras implicações psicossociais. Já no caso do uso da criopreservação, mostra-se relevante abordar: (a) a incerteza de uma gravidez futura e (b) o descarte ou doação dos gametas congelados, no caso da morte da paciente ou da decisão de não mais ter filhos.

Considerações finais

Destaca-se a necessidade de pesquisas nacionais que abordem o tema, considerando os aspectos psicossociais envolvidos e incluindo também os cônjuges e outros familiares dessas mulheres e meninas. A escassez de estudos nacionais sobre o tema não nos permite ter uma melhor compreensão acerca de como a forma como a fertilidade e a menopausa são compreendidas em nossa cultura influencia a vivência da FOP, o que poderia auxiliar o desenvolvimento de estratégias de intervenção destinadas a essa população.

Dado o potencial impacto dessa condição sobre a paciente e seus familiares deve-se buscar incluir o psicólogo na equipe multiprofissional, de forma que esse profissional possa auxiliar na elaboração de formas de comunicação do diagnóstico. Os profissionais da psicologia também devem buscar se envolver no desenvolvimento e implementação de diferentes fontes de apoio, tais como materiais informativos, que abordem também os aspectos psicossociais; grupos de apoio; orientação a pais, bem como psicoterapia e aconselhamento psicológico para a mulher e seus familiares. Nesse contexto, é de grande importância que o profissional estenda sua atenção ao cônjuge e aos familiares, por se tratar de um evento que também impacta seus projetos de vida. O profissional deve, ainda, considerar as especificidades de cada caso, especialmente no que diz respeito às causas relacionadas à FOP, ao estágio desenvolvimental em que se encontra a paciente e às demais condições médicas associadas.

No caso das pacientes oncológicas, é necessário destacar ainda que o desejo de maternidade biológica é uma questão importante para os sobreviventes do câncer, o que implica suporte emocional para a tomada de decisão, quando se tem indicação de criopreservação. Se ao doente oncológico for

dada a possibilidade e a esperança da manutenção da sua fertilidade é uma parte de si que já não morrerá e um motivo a mais para manter-se vivo.

Referências

ARORA P.; POLSON D. W. Diagnosis and management of premature ovarian failure. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 13, p. 67–72. 2011.

AVELAR, C. C. Criopreservação Oncológica: Aspectos Psicológicos. In: STRAUBE; K. M; MELAMED R. M. M. (Eds.). **Temas contemporâneos de psicologia em reprodução assistida**. São Paulo/Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013. 111-117.

BLASCO, S. **Una Etapa Vital Menopausia**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

BOUGHTON, M. Premature menopause: multiple disruptions between the woman's biological body experience and her lived body. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 5, p.423-30. 2002.

BRICAIRE, L. et al. Premature ovarian failures. **Presse Medicale**, v. 42, n. 11, p. 1500-1507. 2013.

CABRAL, M. M. C. Situando a Menopausa: Tempo, Nomenclatura e Tipologia. **Revista Interloquções**, v. 1, n. 1, p. 65-85. 2001.

CHIENCHI L. M. et al. Sexuality in the climacterium. **Clin Exp Obstet Gynecol**, v. 24, p. 158-59. 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução n. 2.013/2013**. Em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf. Acesso em 10 fevereiro 2015.

COVINGTON, S. N. et al. A family systems approach to primary ovarian insufficiency. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, v. 24, p. 137-141. 2011.

DANACI, A. E. et al. Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopause period. **West Indian Med J**, v. 52, p. 27-10. 2003

DEEKS A. A. et al. Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects. **Climacteric**, v. 14, n. 5, p. 565-72. 2011.

FARINATI, D.; MONTAGNINI, H.; LOPES, H. P. Doação de Gametas e suas repercussões: a questão do segredo e vínculos emocionais. **1º Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida**. São Paulo/Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013. p. 59-67.

FERREIRA, F. P. **Menopausa precoce**. Em: < www.facebook.com/neovita.neovita?fref=ts>. Acesso em: 11 fevereiro 2015.

GÁNDARA J. J. M de la; ALONSO, A. A.; FUERTES, J. C. **Menopausia y Transtornos Psicosomáticos**. Madri: Cauce Editorial, 1997.

GARCIA, M. A. A. et al. A depressão em pacientes com câncer: uma revisão. **Rev Cient Med**, v. 9, n. 2, p. 80-85. 2000.

GARDINO, S. L.; EMANUEL, L. L. Choosing life when facing death: understanding fertility preservation decision-making for cancer patients. **Oncofertility Cancer Treatment and Research**, v. 156, p. 447-58. 2010.

GOSWAMI D.; CONWAY, G. S. Premature ovarian failure. **Hum Reprod Update**, v. 11, n. 4, p. 391-410. 2005.

GRAZIOTTIN, A. Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. **Ann. N.Y. Acad. Sci.**, v. 1205, p. 254–261. 2010.

GROFF, A. A. et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. **Fertil Steril.**, v. 83, n. 6, p.1734-41. 2005.

GUTIÉRREZ, E. F. Más allá del climaterio: nuestra erótica sexualidad. **Rev Colomb menopaus**, v 7, p. 291-96. 2001.

HALLAK, J. **Câncer e fertilidade: Ainda é possível ter filhos?** Em: <<http://www.cito.med.br/?menu=artigos&idcat=8&idmenu=61&idartigos=551>>. Acesso em: 08 fevereiro 2015.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LETOURNEAU, J. M. et al. Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. **Cancer**, v. 118, n. 6, p. 1710-17. 2012.

LIMA, S. M. R. R.; TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da falência ovariana prematura, **Femina**, v. 36, n. 1, p. 165-169. 2008.

MANN, E. et al. Psychosocial adjustment in women with premature menopause: a cross-sectional survey. **Climacteric**, v. 15, n. 5, p. 481-9. 2012

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people for change**. New York: Guilford Press, 2002.

QUINN, G. P. et al. Frozen hope: fertility preservation for women with cancer. **J Midwifery Women's Health**, v. 55, n. 2, p. 175-80. 2010.

SÁEZ-MANSILLA, C. et al. Psychosocial characteristics in young women with cancer undergoing

ovarian tissue cryopreservation. **J Assist Reprod Genet**, v. 28, n. 11, p. 1031-36. 2011.

SARREL, P. M. Sexuality and menopause. **Obstet Gynecol.**, v. 75, n. 4 Suppl, p.26S-35S. 1990

SCHNEIDER, S. **Menopausa: la otra fertilidad**. Barcelona: Ediciones Urano, 1992.

SCHOVER, L. R. Psychosocial aspects of infertility and decisions about reproduction in young cancer survivors: a review. **Med Pediatr Oncol**, v. 33, n. 1, p. 53-59. 1999.

SCHOVER, L. R. Patient attitudes toward fertility preservation. **Pediatr Blood Cancer**, v. 53, n. 2, p. 281-84. 2009.

SHAH, D.; Nagarajan, N. Premature menopause – Meeting the needs. **Post Reprod Health**, v. 20, n. 2, p. 62-68. 2014

SINGER, D. 'It's not supposed to be this way': Psychological aspects of a premature menopause. **Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice**, v. 12, n. 2, p. 100-108. 2012.

SINGER D. et al. The silent grief: psychosocial aspects of premature ovarian failure. **Climacteric**, v. 14, n. 4, p. 428-37. 2011.

TSCHUDIN, S.; Bitzer, J. Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. **Hum Reprod**, v. 15, n. 5, p. 587-97. 2009.

VEARNCOMBE, K. J.; PACHANA, N. A. Is cognitive functioning detrimentally affected after early, induced menopause? **Menopause: The Journal of The North American Menopause Society**, v. 16, n. 1, p. 188-198. 2009.