

Motivos de descontinuidade ao tratamento em casais submetidos à Reprodução Assistida em um Hospital-Escola de Pernambuco: estudo transversal.

Amanda Costa e Silva ¹, Leopoldo Nelson Fernandes ², Maria do Carmo Vieira da Cunha ³, Luciana Andreto ⁴, Arali Leão ⁵, Madalena Caldas ⁶.

¹ Acadêmica da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

² Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco e orientador.

³ Mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Pernambuco e coorientadora.

⁴ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco e coorientadora.

⁵ Bacharel em enfermagem pela Universidade Salgado Filho e coorientadora.

⁶ Especialista em Reprodução Assistida pela American Society for Reproductive Medicine, membro da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida e coorientadora.

Autor responsável para correspondência:

Amanda Costa e Silva

Rua Ary Barroso, n° 90- Centro- Garanhuns/PE

Tel: 81- 99666-8154

Email: amandita.liz@gmail.com

Financiamento: não há

Conflitos de interesse: não há

Resumo

Cenário: A infertilidade pode provocar efeitos psicológicos devastadores, causando sofrimento emocional para homens e mulheres, tanto na esfera individual quanto sócio-conjugal. **Objetivo:** Identificar os motivos que levaram a descontinuidade ao tratamento em casais em acompanhamento em um Serviço de Reprodução Humana da cidade do Recife/PE. **Método:** Estudo transversal, realizado no período de novembro de 2014 à abril de 2015 no Ambulatório de Reprodução Humana do IMIP. A população foi composta por mulheres que haviam descontinuado o tratamento entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013. A coleta de dados foi realizada através de telefone disponibilizado no setor. O banco de dados foi digitado no programa EXCEL com dupla entrada, validado no Epi Info 3.5.2 e analisado no Stata 12.1, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o protocolo nº 25848013.8.0000.5569. **Resultados:** Entre as participantes prevaleceu idade entre 40 e 50 anos (58,24%), 53,85% apontaram alteração no comportamento das pessoas pelo fato de não possuir filhos, 45,05% afirmaram ter interrompido o tratamento por orientação médica e 14,29% por estresse psicológico. **Conclusão:** Um número considerável de participantes no estudo, independente do motivo de descontinuidade, demonstraram estresse emocional em decorrência do tratamento.

Palavras-chave: infertilidade, descontinuidade, FIV, estresse psicológico.

Abstract

Context: Infertility can have devastating psychological effects, causing emotional distress for men and women in both the individual and socio-marital sphere. **Objective:** Identify the reasons that led to treatment discontinuation of couples being followed by a Human Reproduction Service of Recife / PE. **Methods:** Cross-sectional study, conducted from November 2014 to April 2015 Human Reproduction Outpatient Clinic of IMIP. The population consisted of women who had discontinued treatment between January 2009 and December 2013. The data collection was done by telephone available at the clinic. The database was inserted in the EXCEL software with double entry, validated in Epi Info 3.5.2 and analyzed in Stata 12.1. The absolute and relative frequencies were calculated. The study was approved by the Research Ethics Committee of IMIP under the Protocol No 25848013.8.0000.5569. **Results:** Among the participants prevailed the age between 40 and 50 years (58.24%). Of the total, 53.85% pointed out some behavior change because the fact that they do not have children, 45.05% said they had stopped treatment by medical personnel orientation and 14.29% for psychological stress. **Conclusion:** A considerable number of participants in the independent study of discontinuity reason showed emotional stress as a result of treatment.

Keywords: infertility, discontinuity, IVF, psychological stress.

Introdução

A OMS (Organização Mundial de Saúde) considera a infertilidade como um problema de saúde pública. Neste contexto, é definido como infértil o casal que, após dois anos de vida sexual ativa e sem uso de método contraceptivo, não conseguiu engravidar. Há um consenso, no entanto, que considera que deva ser realizada uma investigação dos fatores envolvidos, após um ano de tentativas sem sucesso.¹

O número de indivíduos inférteis aumentou consideravelmente nos últimos anos, alcançando quase 30% dos casais em idade fértil, sendo que fatores exclusivamente masculinos ou femininos representam, em conjunto, 70% dos casos, cada um deles, isoladamente, responsabilizando-se por 35% dos casos. Já o conjunto envolvendo fatores tanto femininos quanto masculinos, simultaneamente, representam 20% dos casos. Os 10% restantes são decorrentes de razões aparentemente inexplicáveis.²⁻³

Antigamente acreditava-se que os problemas de fertilidade estivessem exclusivamente ligados à mulher, o que foi desmistificado com o avanço de estudos e pesquisas. É importante que a avaliação do casal seja feita em conjunto, nunca partindo do pressuposto de que o problema seja unicamente feminino ou masculino. A constatação da infertilidade, a investigação de sua etiologia, o transcurso do tratamento e o grande desgaste emocional que ocorre em cada uma dessas fases fazem parte da busca pelo delicado processo de engravidar.⁴

O avanço da idade é considerado um fator decisivo na fertilidade feminina, em função do decréscimo na reserva ovariana, queda na qualidade oocitária e de alterações cromossômicas importantes.⁵ Uma limitação importante ocorre à medida que a idade aumenta, havendo queda gradativa a partir dos 35 anos e tornando-se mais evidente a

partir dos 40 anos de idade.⁶ Além disso, a influência da idade é muito mais relevante nas mulheres do que nos homens, nos quais a idade superior a 40 anos não demonstra relação considerável na qualidade do embrião e nos índices de implantação.⁷

Além da gravidez tardia, fatores masculinos e femininos podem estar relacionados à infertilidade. Quando o fator é masculino, a postura e o feedback emocional dos homens apresentam-se de forma diferente daquela das mulheres, pois precisam lidar com as dificuldades do tratamento e com a postura dos outros diante da infertilidade. Sentem-se, nesta situação, responsáveis pela dificuldade vivida e pelo sucesso do tratamento.⁸

As mulheres, no entanto, costumam demonstrar o mesmo sentimento independente da causa ser masculina ou feminina, para elas, a maternidade é algo fundamental para a sua identidade e ter um filho constitui-se no maior objetivo de suas vidas, o que torna a infertilidade uma enorme fonte de tristeza e sofrimento emocional.⁹

Ainda sem conhecer as dificuldades relacionadas ao tratamento da infertilidade, os casais empenham-se no projeto de engravidar através de técnicas de reprodução humana assistida (RHA), porém, deparam-se, com uma dura realidade: triagens médicas rigorosas, procedimentos invasivos dolorosos, desgaste e estresse emocional e reações adversas às medicações. Estas e outras dificuldades vivenciadas durante o tratamento costumam levar à interrupção dos ciclos terapêuticos antes da consecução da tão desejada gravidez. Elevados índices de descontinuidade ao tratamento em RHA, são, portanto, uma característica comum nos mais variados estudos. Uma alta taxa de abandono, após o primeiro ciclo de tratamento, costuma coincidir com a falta de financiamento por parte do sistema público de saúde, entretanto, algumas publicações evidenciam que razões emocionais e prognósticos desfavoráveis costumam contribuir para uma descontinuidade tardia.^{10,11,12,13,14}

Goldfarb *et. al* (1997) ¹⁵, demonstraram que a ausência de subsídios foi o fator determinante para a descontinuação ao tratamento após um ciclo de Fertilização in Vitro- FIV sem sucesso, entretanto, Emery *et. al* (1997) ¹⁶, relataram que um em cada cinco casais se desligaram antes mesmo que as tentativas ofertadas pelo programa se esgotassem. Em contrapartida Olivius *et. al* (2004) ¹⁷, documentaram recentemente um percentual de abandono de 54%, com 26% dos casais interrompendo o tratamento por motivos psicoemocionais apesar de ainda haver disponibilidade de alternativas financiadas pelo Estado.

Como pode ser observado, as razões para descontinuidade ao tratamento costumam ser as mais variadas. Este estudo objetiva identificar os motivos que levaram à interrupção do tratamento em mulheres acompanhadas em hospital de referência na cidade do Recife/PE. Além disso, o estudo irá caracterizar o perfil biopsicossocial, os antecedentes pessoais e clínicos das participantes, bem como comparar e relacionar variáveis, a fim de viabilizar intervenções futuras pela equipe de saúde em problemas que possam influenciar negativamente o desfecho do mesmo.

Método

Foi realizado um estudo descritivo, tipo corte transversal em mulheres que estiveram em tratamento de fertilização no Serviço de Reprodução Humana do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, no período compreendido entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013.

O Ambulatório de Reprodução Humana do IMIP foi instituído em 2009 e atualmente, é composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais das áreas de

ginecologia, andrologia, reprodução humana, psiquiatria, enfermagem e psicologia. Os atendimentos são prestados à pacientes procedentes de diversas cidades do Nordeste. O setor realiza em média 06 (seis) Fertilizações in Vitro- FIV e 02 (duas) Inseminações Artificiais – IA a cada mês.

A amostra do estudo foi constituída por mulheres, que haviam descontinuado o tratamento e não faziam mais parte do programa de fertilização. Todas as participantes foram abordadas por telefone e antes de iniciar a pesquisa foi lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE. Ao todo foram realizados 297 telefonemas, o que corresponde ao número total de interrupções ao tratamento no período referente ao estudo. Deste total: 91 questionários foram aplicados com êxito, 173 pacientes não possuíam mais o mesmo número de telefone e 33 negaram-se a participar do estudo. Para o segundo grupo foi encaminhado aerograma para o endereço constante no banco de dados do setor, solicitando que fosse informado telefone atualizado para que pudesse ser realizada uma nova tentativa de contato, porém, não houve retorno a nenhum dos envios.

A coleta de dados realizou-se por meio da aplicação de questionário durante telefonema realizado em horários flexíveis sem que os mesmos pudessem causar qualquer tipo de constrangimento, intimidação ou transtorno às participantes. O questionário continha perguntas de cunho sociodemográfico, de antecedentes pessoais e clínicos, além, dos motivos ou circunstâncias que levaram a descontinuidade ao tratamento. Para todas as participantes, foi disponibilizado espaço para suporte psicológico no serviço de saúde mental do setor.

O banco de dados foi digitado no programa EXCEL com dupla entrada, validado no Epi Info 3.5.2 e analisado no Stata 12.1., sendo calculadas as frequências

absolutas e relativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o protocolo nº 25848013.8.0000.5569.

Resultados

Na tabela 1 está representado o perfil biopsicossocial. A população do estudo foi composta por 91 sujeitos, todos do sexo feminino. Entre as participantes prevaleceu idade entre 40 e 50 anos (58,24%), procedência da cidade do Recife (52,74%), religião católica (46,16%), escolaridade em nível superior (41,75%), renda mensal individual entre 03 e 05 salários (38,46%), renda mensal do casal entre 03 e 05 salários (43,96%), estado civil casado (73,60%) com tempo de união conjugal ≥ 10 anos (68,13%). Sobre possuir filhos em outros relacionamentos 87,90% afirmaram que não, a mesma negativa ocorre com filhos no relacionamento atual (76,90%), filhos adotivos na relação atual (86,80%) e filhos adotivos em outro relacionamento (95,60%). No quesito “maior desejo de ter filhos”, 68,20% afirmaram que o interesse parte do casal.

Tabela 1- Perfil biopsicossocial de pacientes submetidas à RHA em um Hospital-Escola de Pernambuco. 2015

<i>Variáveis</i>	<i>N=91</i>	<i>%</i>
<i>Idade (anos)</i>		
29 – 39	36	39,56
40 – 50	53	58,24
>50	2	2,20
<i>Procedência</i>		
Recife	48	52,74
Região Metropolitana do Recife	24	26,37

Interior do Estado de PE	18	19,80
Outros Estados	1	1,10
<i>Religião</i>		
Católica	42	46,16
Evangélica	37	40,66
Espírita	5	5,49
Sem religião	7	7,69
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental	18	19,80
Médio	35	38,46
Superior	38	41,75
<i>Renda mensal individual em salários mínimos (SM)</i>		
Até 2	26	28,60
3 – 5	35	38,46
6 – 10	29	31,86
> 10	1	1,10
<i>Renda mensal do casal (SM)</i>		
Até 2	32	35,16
3 – 5	40	43,96
6 – 10	16	17,58
> 10	3	3,30
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	2	2,20
Casado	67	73,60

União Estável	11	12,10
Viúvo	2	2,20
Separado/Divorciado	9	9,90
<i>Tempo de União Conjugal (anos)</i>		
≤ 1	2	2,20
2 – 5	3	3,30
6 – 9	24	26,37
≥ 10	62	68,13
<i>Filhos de outros relacionamentos</i>		
Não	80	87,90
Sim	11	12,10
<i>Filhos na relação atual</i>		
Não	70	76,90
Sim	21	23,10
<i>Filhos adotivos na relação atual</i>		
Não	79	86,80
Sim	12	13,20
<i>Filhos adotivos em outros relacionamentos</i>		
Não	87	95,60
Sim	4	4,40
<i>O desejo de ter filhos parte</i>		
Mulher	8	8,00
Homem	21	23,80
Os dois	62	68,20

Na tabela 2 estão representados os antecedentes pessoais dos casais. Entre as entrevistadas, 45,05% afirmaram não fazer uso de método contraceptivo entre 06 e 10 anos, 53,85% apontaram alteração no comportamento das pessoas pelo fato de não possuir filhos e 74,73% o questionamento do casamento por terceiros. Modificação no rendimento de trabalho devido à investigação realizada no Serviço foi mencionada por 26,37%, o mesmo ocorre com alteração na vida sexual após o tratamento pontuada por 31,87%. Um número significativo classificou sua vida sexual como péssima, ruim ou regular antes e após o tratamento com 13,19% e 26,38%, respectivamente. Dificuldades na vida sexual da participante e do parceiro foram relatadas por 20,88% e 12,09%, de modo respectivo. Sobre o parceiro conversar com naturalidade sobre as dificuldades de engravidar, 32,97% afirmaram que não e quanto ao conhecimento do tratamento pelos familiares, 4,40% afirmaram não ter mencionado este evento à família.

Tabela 2- Antecedentes pessoais dos casais submetidos à RHA em um Hospital-Escola de Pernambuco. 2015

<i>Variável</i>	<i>N= 91</i>	<i>%</i>
<i>Tempo de relação sexual sem proteção (anos)</i>		
1 - 5	10	10,98
6 – 10	41	45,05
11 – 15	22	24,20
16 – 20	11	12,08
> 20	7	7,69
<i>Observado modificações no comportamento das pessoas por não ter filhos</i>		
Sim	49	53,85
Não	42	46,15

As pessoas questionaram seu casamento por não ter filhos

Sim	68	74,73
Não	22	24,18
Não sabe	01	1,10

Houve modificação no rendimento de trabalho após o início do tratamento de RHA

Sim	24	26,37
Não	67	73,63

Sua vida sexual sofreu modificação após o tratamento

Sim	29	31,87
Não	62	68,13

Descrição da vida sexual antes do tratamento

Péssima	1	1,10
Ruim	1	1,10
Regular	10	10,99
Boa	53	58,24
Ótima	26	28,57

Descrição da vida sexual após o tratamento

Péssima	3	3,30
Ruim	1	1,10
Regular	20	21,98
Boa	44	48,35
Ótima	23	25,27

Você tem dificuldades na relação sexual

Sim	19	20,88
Não	72	79,12

Seu parceiro tem dificuldades na relação sexual

Sim	11	12,09
Não	80	87,91

Seu parceiro fala com naturalidade sobre as dificuldades de engravidar

Sim	61	67,03
Não	30	32,97

Seus familiares sabem do tratamento

Sim	87	95,60
Não	4	4,40

Na tabela 3 estão representados os antecedentes clínicos e os motivos que levaram à descontinuidade ao tratamento. A maioria (69,23%) afirmou nunca ter realizado nenhum tratamento de RHA, 20,88% das participantes que realizaram mencionaram a FIV como escolha e 46,15% informaram ter realizado 01 cirurgia no aparelho reprodutor. Sobre apresentar algum problema psiquiátrico ou realizar algum tratamento psiquiátrico com medicação, 35,16% e 15,38% afirmaram que sim, o mesmo ocorre com a realização de algum tratamento de psicoterapia no passado ou atualmente com 28,57% e 6,59%, respectivamente. A maioria (68,13%) afirmou ter iniciado o tratamento entre 31 e 40 anos e 62,63% terem interrompido na mesma faixa etária, 48,35% informaram ter aguardado pelo início do tratamento entre 03 e 04 anos, 69,23% apresentaram como causa da infertilidade o fator feminino, 43,95% participaram do tratamento na Instituição entre 04 e 06 anos e 82,42% informaram ter realizado apenas 01 tentativa para engravidar até que se interrompesse o tratamento. Sobre os motivos de descontinuidade ao tratamento, a maioria afirmou ter interrompido por orientação

médica (45,05%), 14,29% por estresse psicológico e 10,99% pelo tempo na fila de espera até que se iniciasse o tratamento.

Tabela 3- Antecedentes clínicos e motivos que levaram a descontinuidade ao tratamento em casais submetidos à RHA em um Hospital-Escola de Pernambuco. 2015

<i>Variável</i>	<i>N = 91</i>	<i>%</i>
<i>Realizou algum tratamento de RHA</i>		
Não	63	69,23
1 vez	13	14,29
2 vezes	12	13,19
3 vezes ou mais	3	3,30
<i>Qual tratamento para engravidar foi submetida (geral)</i>		
Indução à ovulação	6	6,59
Inseminação artificial	7	7,69
Fertilização in vitro	19	20,88
Nenhum	59	64,84
<i>Realizou alguma cirurgia do aparelho reprodutor</i>		
Não	30	32,97
1 vez	42	46,15
2 vezes	11	12,09
3 vezes ou mais	8	8,79
<i>Já apresentou algum problema psiquiátrico</i>		
Sim	32	35,16
Não	59	64,84

Já realizou algum tratamento psiquiátrico com medicamentos

Sim	14	15,38
Não	77	84,62

Já fez tratamento de psicoterapia

Sim	26	28,57
Não	65	71,43

Está realizando algum tratamento de psicoterapia no momento

Sim	6	6,59
Não	85	93,41

Iniciou o tratamento com qual idade (anos)

21 – 30	23	25,27
31 – 40	62	68,13
> 40	6	6,60

Idade que interrompeu o tratamento (anos)

23 – 30	9	9,90
31 – 40	57	62,63
41 – 48	25	27,47

Tempo na fila de espera (anos)

< 1	19	20,87
1 – 2	18	19,80
3 – 4	44	48,35
> 4	10	10,98

Quem recebeu o diagnóstico de infertilidade

Homem	20	21,98
Mulher	63	69,23

Os dois	5	5,49
Não sabe	2	2,20
Causa desconhecida	1	1,10

Quanto tempo participou do tratamento na instituição (anos)

≤ 3	42	46,15
4 – 6	40	43,95
7 – 10	9	9,90

Quantidade de tentativas até interromper o tratamento (geral)

Nenhuma	1	1,10
1	75	82,42
2	8	8,79
3 ou mais	7	7,69

Motivo da interrupção ao tratamento

Orientação médica	41	45,05
Conselho de amigos/familiares	1	1,10
Tentativas ofertadas pelo programa encerradas	7	7,69
Após ter engravidado	10	10,99
Por estresse psicológico	13	14,29
Desconforto físico com o tratamento	2	2,20
Separação do casal	6	6,59
Distância do IMIP	1	1,10
Tempo na fila de espera	10	10,99

Discussão

Classifica-se como *censura ativa* o fenômeno de descontinuidade ao tratamento por pacientes que interrompem o mesmo por orientação médica, enquanto os que decidem interromper por motivos pessoais são classificados como *censura passiva*.¹⁸ O estudo propôs-se a investigar primordialmente quais os motivos que levaram às participantes a interromper o tratamento. Ambos os aspectos acima foram contemplados neste estudo, que mostrou predominância da *censura ativa*, o que confronta a maioria da literatura¹⁴, que destaca a *censura passiva* como a mais recorrente e que mais afeta os casais.

Embora apenas 14,29%, das mulheres, nesta amostra tenham descontinuado o tratamento por considera-lo estressante, o fator psicológico não deve ser negligenciado em termos de importância, pois o impacto emocional do tratamento é claro, com repercussões em diversos aspectos de suas vidas sexual, laboral, psicoemocional e interpessoal. Neste estudo constatamos que 26,37% das mulheres percebiam que seu rendimento no trabalho havia se modificado, 21,98% consideraram sua vida sexual apenas regular após o tratamento, 12,09% dos parceiros tinham dificuldades na relação sexual, e 32,97% dos parceiros tinham dificuldades de conversar sobre a infertilidade.

Encontramos uma prevalência de descontinuidade por indicação médica de 45,05% e de desconforto físico com o tratamento de 2,20%, a descontinuidade por indicação médica deveu-se ao não preenchimento de critérios necessários ao início do tratamento. O desconforto físico foi vivenciado durante todas as etapas do tratamento, decorrente dos procedimentos invasivos dolorosos ou dos efeitos adversos ocasionados pelas medicações. A maioria das publicações¹⁴, no entanto, evidenciam baixos percentis de aconselhamento médico como motivo de descontinuidade, o que pode ser

corroborado com os achados de Rajkhowa *et.al* (2006) ¹⁹, que identificaram um percentual de menos de 10% de casais que citaram orientação médica e desconforto físico, como motivo de descontinuidade.

O estresse psicológico foi apontado por 14,29% como fator de interrupção passiva, percentual bem menor do que os encontrados na literatura. Ashraf *et. al* (2009) ²⁰, relataram uma prevalência de 50% de descontinuidade por razões psicológicas, já Olivius *et. al* (2004) ¹⁷, apontaram uma taxa de abandono de 26% pelos mesmos motivos. Domar *et.al* (2004) ²¹, descreveram a carga psicológica como o motivo mais comum para a interrupção do tratamento, achado confirmado por Goldfarb *et.al* (1997) ¹⁵, que demonstraram que o estresse psicológico foi a razão mais significativa para a descontinuação ao tratamento. Boivin *et. al* (1995) ²², demonstraram uma relação negativa entre estresse emocional e um bom resultado nos ciclos de fertilização, onde níveis elevados de ansiedade pareciam associar-se a menores índices de gravidez. Verifica-se, assim, a necessidade de oferecer um melhor suporte emocional a estas mulheres, amparado em triagens para verificar a necessidade de apoio psicológico, consultas individuais e em grupos com profissionais especializados, onde possam expor e compartilhar seus medos e angústias.

Ao pesquisar as motivações que levaram casais subférteis a interromper um tratamento de fertilização, Brandes *et. al* (2009) ²³, observaram uma prevalência de gravidez espontânea de 10%, achado compatível com o nosso que demonstrou que 10,99% das participantes interromperam o tratamento por ter engravidado. Observamos que a taxa de gravidez espontânea é relativamente baixa, se considerarmos que no presente estudo 68,13% das participantes iniciaram o tratamento com uma idade entre 31 e 40 anos e que no início do mesmo já participam de técnicas de indução de ovulação e coitos programados. Estudos confirmam ^{24,25}, que os achados menos satisfatórios em

tratamentos de RHA são encontrados em mulheres acima de 40 anos e estão relacionados a uma diminuição nas taxas de implantação, maior número de abortos espontâneos, baixo feedback em técnicas de estimulação ovariana e baixa qualidade de oócitos captados.

Para tornar mais clara a importância do número de tentativas disponíveis para cada casal em programas de RHA, lançamos mão da definição de Templeton *et.al* (1996)²⁶, que afirmam que o primeiro ciclo de tratamento é, estatisticamente, a tentativa de maior sucesso, porém, um maior número de tentativas aumentam consideravelmente as chances de uma boa implantação e de uma consequente gravidez. Em estudo publicado Tan *et. al* (1992)²⁷, definiram que o índice de gestação estimado após quatro tentativas foi de aproximadamente 54% e Sharma *et. al* (2002)¹², em torno de 75%. No presente estudo, o reduzido número de tentativas ofertadas pelo programa foi apontado por 7,69% como motivo de interrupção. No serviço onde ocorreu a pesquisa, apenas duas tentativas são ofertadas a cada casal participante e, caso não ocorra gravidez ao longo dos dois ciclos, o casal é automaticamente desligado do programa. Consideramos que isso pode gerar desamparo e sentimentos de impotência, devido à falta de condições financeiras para novas tentativas em serviços privados.

Mesmo que o programa seja totalmente financiado pelo sistema público de saúde, é importante ressaltar o gasto dos casais com transporte, alimentação, ausências no trabalho, etc. Este fato foi corroborado por J. Kelly *et. al* (2006)²⁸, que observaram a importância de se conversar a respeito dos gastos indiretos de pacientes em programas de RHA, bem como, planejar e aconselhar estes pacientes acerca da viabilidade do tratamento. Fontenele *et. al* (2013)²⁹, afirmam haver um estranhamento por parte de pacientes, adaptadas a serviços médicos próximos de suas residências, que precisam se

dirigir a unidades especializadas consideravelmente distantes. Justamente por não haver um sentimento de familiaridade com estes serviços, apresentam dificuldades para discorrer sobre dúvidas, medos e anseios referentes ao tratamento. A distância entre a residência e o Serviço de RHA apesar de pouco expressiva foi citada por 1,10% como motivo de descontinuidade. Troude *et. al* (2014)³⁰, demonstraram uma prevalência de descontinuação ao tratamento de 6% , entre pacientes que migraram para outros centros de RHA, os motivos, porém, que levaram a esta decisão não foram relatados no estudo. Brandes *et. al* (2009)²³, no entanto, demonstraram resultados equivalentes aos nossos quando menos de 1% dos pacientes, interromperam o tratamento por motivos financeiros.

A grande espera pelo início do tratamento costuma gerar sentimentos como ansiedade, angústia e impotência. Fontenele *et. al* (2013)²⁹, em estudo qualitativo descreveram os sentimentos de algumas participantes na fila de espera de um serviço de RHA como momentos comoventes, em que a angústia da espera parecia esgotar os ânimos das pacientes, seus familiares e amigos. Estes dados podem corroborar o que encontramos em nosso estudo, onde 6.59% dos casais descontinuaram o tratamento em consequência de separação. Evidenciamos também que 48,35% das participantes aguardaram um tempo de espera entre 03 e 04 anos, o que foi apontado por 10,99% das entrevistadas como motivo de descontinuidade.

Brandes *et. al* (2009)²³, publicaram que 6% dos casais, que iniciaram o tratamento de FIV, o interromperam após o primeiro ciclo, por não se sentir à vontade com o mesmo. Durante o estudo revelaram que apesar do diagnóstico de infertilidade, não estavam dispostos a participar de nenhum tipo de tratamento e que cederam após a pressão de familiares e amigos. Em nosso estudo, 4,40% das participantes, admitiram

não revelar a familiares, a realização do tratamento e 1,10% descontinuaram o mesmo por pressão de amigos e familiares. É incontestável a importância do suporte e apoio familiar para casais diagnosticados com infertilidade. Fato este assegurado por Cunha *et.al* (2008) ³¹, que afirmam que a relação sociofamiliar pode atuar como fator de suporte emocional, atenuação do sofrimento e melhora na qualidade de vida. No entanto, verificamos em nosso estudo, que é imprescindível que todos entendam que ter filhos e o tratamento configura-se como uma opção do casal e não como obrigação.

Em nosso estudo, 53,85% das participantes apontaram alteração no comportamento das pessoas em relação a elas pelo fato de não terem filhos e 74,73% tiveram o casamento questionado por terceiros pelo mesmo motivo. Cunha *et. al* (2008) ³¹, constataram uma existência mais elevada de transtorno mental comum (TMC) em pacientes que afirmaram ter ocorrido modificação no relacionamento com terceiros (73,5%) e nos que afirmaram ter sentido o casamento questionado pelo fato de ainda não terem filhos (74,1%). Constataram ainda, que seus achados sugerem, que o sofrimento emocional que muitas mulheres enfrentam ao se deparar com o diagnóstico de infertilidade e durante a busca por uma solução em tratamentos de reprodução humana, poderiam levar a ocorrência de TMC.

Nosso estudo demonstra ainda que as dificuldades na vida sexual, laboral e sociofamiliar do casal, provocadas pelo diagnóstico e tratamento da infertilidade, podem contribuir para a descontinuidade ao tratamento.

Conclusões

Embora os resultados deste estudo sejam limitados pela subjetividade de algumas respostas durante a aplicação do questionário, em decorrência do constrangimento de responder a algumas perguntas mais íntimas, é evidente, a presença de sofrimento emocional em um número considerável de participantes. As dificuldades sociofamiliares e conjugais por elas vivenciadas, justificam, a realização de novos estudos, com a inclusão dos parceiros, para que possa ser avaliado o impacto emocional no casal ao longo do tratamento. É importante ressaltar a necessidade do suporte emocional por profissionais habilitados, bem como da multidisciplinaridade das equipes, no intuito de identificar, o mais precocemente, os casais sujeitos a transtornos psíquicos e assim minimizar os impactos do diagnóstico e do tratamento que contribuem para sua descontinuidade.

Bibliografia

1. Rowe JP, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ. Manual da OMS sobre padronização de exames e diagnóstico de infertilidade em casais. São Paulo: Santos; 1998.
2. Delgado MJC. O desejo de ter um filho... As vivências de um casal infértil [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2007.
3. Graner VR, Barros SMO. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43 (1): 103-9.
4. Jacob LS, Estresse na gênese e no tratamento da infertilidade In R. M.M. Melamed & J Quayle (Orgs.), Psicol. em reprodução assistida: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006: 121-153.
5. Mitsui A, Yoshizawa M, Matsumoto H, Fukui E. Improvement of embryonic development and production of offspring by transferring meiosis-II chromosomes of senescent mouse oocytes into cytoplasts of young mouse oocytes. J Assist Reprod Genet. 2009; 26 (1): 35-9.
6. Committee on Gynecologic Practice of American College of Obstetricians and Gynecologists; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Age-related fertility decline: a committee opinion. Fertil Steril. 2008; 90(3): 486-7.
7. Bellver J, Garrido N, Remohí J, Pellicer A, Meseguer M. Influence of paternal age on assisted reproduction outcome. Reprod Biomed Online. 2008; 17(5): 595-604.
8. Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. Fertility and Sterility, 43 (3), 335-45.
9. Berg, B.J., Wilson, J.F. & Weingartner, P.J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. Social Science and Medicine, 33 (9), 1071-1080.

10. Croucher CA, Lass A, Margara R and Winston RM (1998). Predictive value of the results of a first in-vitro fertilisation cycle on the outcome of subsequent cycles. *Hum Reprod* 13,403–408.
11. Roest J, van Heusden AM, Zeilmaker GH and Verhoeff A (1998). Cumulative pregnancy rates and selective dropout of patients in in-vitro fertilization treatment *Hum Reprod* 13,339–341.
12. Sharma V, Allgar V and Rajkhowa M (2002). Factors influencing the cumulative conception rate and discontinuation of in-vitro fertilisation treatment for infertility. *Fertil Steril* 78,40–46.
13. Schroder AK, Katalinic A, Diedrich K and Ludwig M (2004). Cumulative pregnancy rates and drop out rates in a German IVF programme: 4102 cycles in 2130 patients. *Reprod Biomed Online* 8,600–606.
14. Smeenk JM, Verhaak CM, Stolwijk AM, Kremer JA and Braat DD (2004). Reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program. *Fertil Steril* 81,262–268.
15. Goldfarb J, Austin C, Lisbona H, Loret De Mola R, Peskin B and Stewart S (1997). Factors influencing patients' decision not to repeat IVF. *J Assist Reprod Genet* 14,381–384.
16. Emery JA, Slade P and Libberman BA (1997). Patterns of progression and nonprogression through in vitro fertilisation treatment. *J Assist Reprod Genet* 14,600–602.
17. Olivius C, Friden B, Borg G and Bergh C (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilisation treatment? A cohort study. *Fertil Steril* 81,258–261.
18. Verhagen, T.E.M., Dumoulin, J.C.M., Evers, J.L.H., Land, J.A. (2008). What is the most accurate estimate of pregnancy rates in IVF dropouts?. *Human Reproduction*, vol.23 n.8, pp. 1793-1799.
19. M.Rajkhowa, A.Mcconnell, G.E.Thomas.(2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction* Vol.21, No.2 pp. 358–363, 2006.

20. M.Ashraf, S.Sahar, M.Farzaneh, K.Kiandokht and K.Soraya. Discontinuation Decision in Assisted Reproductive Techniques. *Royan Institute International Journal of Fertility and Sterility* Vol 2, No 4, Feb-Mar 2009, Pages: 173-178.
21. Domar AD (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertil Steril* 81,271–273.
22. Boivin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. *Fertility and Sterility*, 64 (4), 802-810.
23. M. Brandes, J.O.M. Van der Steen, S.B. Bokdam, C.J.C.M. Hamilton, J.P. de Bruin, W.L.D.M. Nelen and J.A.M. Kremer (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, Vol.24, No.12 pp. 3127–3135, 2009.
24. Shulman A, Ben-Nun I, Ghetler Y, Kaneti H, Shilon M, Beyth Y. Relationship between embryo morphology and implantation rate after in vitro fertilization treatment in conception cycles. *Fertil Steril*. 1993;60(1):123-6.
25. Franco Junior JG, Baruffi RLR, Mauri AL, Alcantra JBO, Peterson C, Campos MS. Influência da idade da paciente nos resultados de um programa de fertilização in vitro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1993;15(1):29-31.
26. Templeton A, Morris JK and Parslow W (1996) Factors that affect the outcome of in-vitro fertilisation treatment. *Lancet* 348,1402–1406.
27. Tan SL, Royston P, Campbell S, Jacobs HS, Betts J, Mason B and Edwards RG (1992) Cumulative conception and live birth rates after in vitro fertilisation. *Lancet* 339,1390–1394.
28. J Kelly, C Hughes and RF Harrison (2006). The Hidden Costs of IVF. *The Irish Medical Journal- Irish Medical Organisation*. *Ir Med J*. 2006 May; 99(5): 142-3.
29. Fontenele C.V, Tanaka A.C.A (2013). Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. *Pysis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 93-108, 2013.

30. Troude P, Guibert J, Bouyer J, Rochebrochard E (2014). Medical factors associated with early IVF discontinuation. *Reproductive BioMedicine online*. Volume 28, Issue 3, March 2014, Pages 321–329.
31. Cunha MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludemir AB, Novaes M (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Rev. Psiquiatr RS*. 2008; 30(3):201-210.

