

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO**

**FIGUEIRA - IMIP**

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA NOS  
CASAIS EM TRATAMENTO DE FERTILIDADE NO IMIP:  
UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**CAIO DE SOUSA COSTA GONÇALVES**

**ÍTALA PAULA FEITOSA PRAZERES DOS SANTOS**

**RECIFE, JULHO/2015**

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO**

**FIGUEIRA - IMIP**

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para conclusão da graduação em medicina.**

**Aluno de Iniciação Científica: Caio de Sousa Costa Gonçalves.**

Aluno bolsista PIBIC, financiado pelo CNPq. Acadêmico do 6º período da graduação do Curso Médico da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: 81 988337679  
E-mail: caiokiu@hotmail.com

**Aluna Colaboradora: Ítala Paula Feitosa Prazeres dos Santos**

Acadêmica do 6º período da graduação do Curso Médico da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: 81 999623114 E-mail: itala\_feitosa@hotmail.com

**Colaborador: David Pinheiro**

Médico Residente de Psiquiatria, do segundo ano, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) - Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa vista  
Telefone: 85 999370205

**Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa**

Psicólogo do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) -  
Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa vista Telefone: 81 992451890

**Coorientadora: Maria do Carmo Vieira da Cunha**

Psiquiatra do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) -

Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa vista

Telefone: 81 99961-7254

## RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar a ansiedade, a depressão e a desesperança em casais sob acompanhamento do serviço de Reprodução Humana do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODO:** Estudo descritivo, tipo corte transversal, entre julho de 2014 a julho de 2015. A população composta por casais acompanhados pelo Serviço de Reprodução Humana do IMIP. Os instrumentos utilizados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), a Escala de Desesperança de BECK – BHS, além do Questionário Biosociodemográfico. A HADS foi avaliada em normal, leve, moderada e grave. A BHS foi avaliada em mínimo, leve, moderado e grave. A análise quantitativa através dos softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010, com 95% de confiança. **RESULTADO:** O total de 272 participantes, sendo 156 mulheres e 116 homens, com média de idade de 36,75 anos, onde 67,6% residem na região metropolitana do recife sendo 27,6% no Recife. O estado civil casado com 84,5%, e a renda entre 3-5 salários mínimos (52,2%). A média 102 meses de relações sexuais sem utilizar métodos contraceptivos e média de 70,6 meses de avaliação médica. 81,6% dizem não haver modificações na vida sexual com a investigação. A dificuldade para falar sobre infertilidade é observada em 13,24% dos parceiros (as). Na vida profissional, a modificação no rendimento em 8,8%. A avaliação da ansiedade e depressão foi observada a classificação de ansiedade normal (79%) e depressão normal (87,9%). **CONCLUSÃO:** A ansiedade, a depressão e a desesperança podem ser usados como parâmetros para demonstrar que a infertilidade deve ser tratada de maneira holística.

**Palavras-chaves:** ansiedade; depressão; esperança; infertilidade; psicologia social.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** Assess anxiety, depression and hopelessness of couples followed up by the Human Reproduction Service of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **METHODS:** A descriptive, cross-sectional type , from July 2014 to July 2015. The population consists of couples accompanied by the Human Reproduction Service IMIP. The instruments used were the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Hopelessness Scale BECK - BHS, beyond Biosociodemográfico Questionnaire. The HADS was assessed in normal, mild, moderate and severe. The BHS was valued at least mild, moderate and severe. The quantitative analysis through the SPSS 13.0 software for Windows and Excel 2010 with 95% confidence. **RESULTS:** A total of 272 participants, 156 women and 116 men with an average age of 36.75 years, where 67.6% live in the metropolitan region of the reef being 27.6% in Recife. The married civil state with 84.5%, and the income of 3-5 minimum wages (52.2%). The average 102 months of sex without using contraception and average of 70.6 months of medical evaluation. 81.6% say there is no changes in sexual life with the investigation. The difficulty to talk about infertility is observed in 13.24% of the partners (as). In working life, the change in revenue by 8.8%. The assessment of anxiety and depression was observed at normal rating anxiety (79%) and standard depression (87.9%). **CONCLUSION:** Anxiety, depression and hopelessness can be used as parameters to demonstrate that infertility should be treated holistically.

**Keywords:** anxiety; depression; hope; infertility; social psychology.

## **LISTA DE LEGENDAS:**

Tabela 1 – Caracterização Sócio-demográfica.

Tabela 2 – Perfil Familiar.

Tabela 3 – Vida sexual e intervenções.

Tabela 4– Alterações na dinâmica familiar, nas relações interpessoais e vida profissional.

Tabela 5 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário Beck de Desesperança (BHS).

HADS-A: Itens que avaliam a ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

HADS-D: Itens que avaliam a depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

## I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a infertilidade como um problema que afeta homens e mulheres em todas as partes do mundo. Define-a como a falta de concepção após, pelo menos, 12 meses de relações sexuais sem proteção. Segundo o Manual da OMS Sobre Padronização de Exame e Diagnóstico da Infertilidade em Casais, a cada ano surgem dois milhões de novos casos de infertilidade e cerca de 8% dos casais apresentam algum problema de infertilidade durante sua vida reprodutiva<sup>1</sup>. Isto representa uma pressão significativa nos recursos financeiros dos sistemas de saúde<sup>2</sup>.

A incapacidade de conceber filhos é uma situação que pode gerar apreensão, ansiedade, tensão, frustração e sentimentos de perda em muitos casais<sup>3</sup>. Tais sentimentos manifestam-se de maneiras diferentes dependendo da subjetividade individual, preconceitos culturais, morais, econômicos, espirituais e sociais e, nesse sentido, o impacto da infertilidade sobre o bem-estar psicológico dos casais envolvidos tem sido objeto de crescente atenção nos últimos anos.

O diagnóstico da infertilidade pode ser algo devastador na vida de um casal. A crise vivida após o diagnóstico pode ser controlada e até superada. Esta superação vai depender de uma série de fatores, como personalidade e formação dos cônjuges, grau de informação, apoio social e psicológico. Um complicador que os autores destacam nesta condição é a aparência saudável do casal, o que motiva pequena ou quase nenhuma atenção dos profissionais de saúde, geralmente treinados para uma medicina curativa e segmentada. Ou seja, a sociedade, e até a medicina, sempre deu mais atenção às doenças que apresentam lesões visíveis, entretanto, pela lesão não ser “aparente”, as repercussões psicológicas e na qualidade de vida nos casais que se submetem a tratamento para

infertilidade não devem ser negligenciadas e merecem interesse da comunidade científica<sup>4</sup>.

Uma revisão crítica da literatura sobre a infertilidade e o sofrimento psicológico relacionado, observa que o impacto da infertilidade sobre o bem-estar psicológico dos casais tem sido objeto de uma crescente atenção nos últimos anos. Parece fora de dúvida que a infertilidade é uma experiência profundamente aflitiva para muitos casais<sup>5</sup>. Assim, a infertilidade é reconhecida como uma experiência potencialmente estressante e através de teorias psicológicas busca-se identificar as condições sob as quais aqueles que se confrontam com a infertilidade são vulneráveis a uma extrema angústia e a uma ruptura em sua vida ou têm maior probabilidade de mostrar um funcionamento adaptativo<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, o estudo dos aspectos emocionais da infertilidade vem sofrendo mudanças. Um exemplo disso é a compreensão do conceito geral de infertilidade psicogênica, no qual, com poucas exceções, a angústia passou a ser vista como resultado e não como a causa da infertilidade. Nesse contexto, a avaliação e a abordagem também deixaram de ser vistos como problema exclusivamente feminino, mudando o manejo de uma questão individual para a visão do casal como unidade<sup>7</sup>.

Quando o casal inicia o tratamento, poderão já ter decorrido seis ou mais anos desde o início da sua infertilidade e pelo menos quatro, desde o início dos tratamentos<sup>8</sup>. Assim, as consequências do tratamento parecem apresentar certo grau de cronicidade, denotando a importância de uma equipe de saúde multidisciplinar que possa dar suporte ao longo do tratamento.

Estudo realizado em Recife sobre os aspectos psicológicos do tratamento de reprodução humana investigou 60 mulheres referenciadas por ambulatórios de esterilidade e encontrou que 53,3% apresentavam Transtorno Mental Comum (TMC). Esses achados sugerem que as condições psíquicas das mulheres durante o tratamento para infertilidade,

ao se deparar com o diagnóstico, podem elevar a ocorrência de TMC<sup>9</sup>. O quadro atual das pesquisas sobre infertilidade feminina mostra efeitos psicológicos múltiplos e inter-relacionados, abrangendo desde aqueles propriamente pessoais, até as dificuldades para o relacionamento conjugal, implicando mesmo em prejuízo para o relacionamento social mais extenso. Entre as principais variáveis psicológicas, destacam-se estresse, sentimento de perda e o comprometimento da autoestima<sup>10,11, 12.</sup>, culpa, ansiedade, angústia, depressão, sentimentos de inadequação, problemas sexuais, com as suas diferenças no impacto entre os gêneros, afetando diretamente a qualidade de vida do casal<sup>13</sup>.

Apesar do casal ser tratado como uma unidade, existem relatos que o desgaste emocional causado pela infertilidade é maior nas mulheres que nos homens e mulheres que procuram tratamento de infertilidade têm maiores taxas de sintomas depressivos e de ansiedade<sup>14</sup>. Frequentemente, as opções de tratamento são limitadas e os procedimentos são considerados por muitos casais como a última chance. Esse aspecto parece estar associado a níveis de ansiedade e desgaste emocional para as pessoas que procuram o tratamento de infertilidade quando comparadas a pessoas da população em geral<sup>15</sup>.

Cerca de uma em cada cinco mulheres e um em cada dez homens relataram ter experiências de infertilidade, aproximadamente metade deles havia procurado ajuda médica para o tratamento. Tanto as mulheres como os homens inférteis tiveram uma tendência a ter mais morbidade psiquiátrica do que mulheres e homens que não experimentaram a infertilidade, sendo observados transtornos de ansiedade e distímia entre mulheres sem filhos inférteis e distúrbios de pânico entre as mulheres inférteis com uma criança atual. Além disso, homens inférteis sem filhos tinham pior qualidade de vida em comparação com os homens não experimentam a infertilidade.

Muitos esforços estão sendo realizados para integrar a experiência da infertilidade com aspectos teóricos, psicológicos e realidade social em debate para a construção de novas

políticas de saúde pública<sup>15</sup> e o objetivo deste estudo é avaliar os níveis de ansiedade, depressão e desesperança dos casais em acompanhamento no serviço de Reprodução Humana do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

## **II. MÉTODO:**

Realizou-se um estudo descritivo do tipo corte transversal no período de agosto de 2014 a julho de 2015, no Serviço de Reprodução Humana do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, na cidade do Recife. Foram incluídos casais em avaliação e em tratamento para fertilização. O número total de participantes foi de 272, sendo 156 mulheres e 116 homens. Todos os casais já chegaram ao serviço de Reprodução Humana com o diagnóstico de infertilidade, a diferença entre eles é que os casais em avaliação estão ainda realizando exames e são recém-chegados ao serviço, já os casais em tratamento estão realizando inseminação ou fertilização in vitro. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os casais que se recusaram a participar da pesquisa ou que tenham sido desligados do tratamento não foram incluídos na população de estudo.

Os dados foram coletados nos dias das consultas de rotina no Serviço de Reprodução Humana do IMIP, utilizando três instrumentos: um questionário biosociodemográfico, elaborado pelos pesquisadores, com perguntas fechadas para coletar dados referentes a características socioeconômicas e demográficas, além de informações sobre a saúde mental e saúde reprodutiva; A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), apresenta 14 itens, dos quais sete voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3, compondo pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. A avaliação dos dados foi realizada de acordo com o manual HADS, que indica que pontuações entre 0 e 7 são consideradas “normais”, entre 8 e 10 são consideradas “leve”, entre 11 e 14 são consideradas “moderadas” e entre 15 e 21 são consideradas “grave”. Sendo assim, considera-se participantes no intervalo de 0 a 7 como estando no intervalo normal, sem

transtorno de humor, participantes no intervalo de 8 a 10 como sugestivo a presença de transtorno de humor, e participantes acima da pontuação 11 como provável presença de transtorno de humor; e o Inventário Beck de Desesperança (BHS), que apresenta breve instrução de aplicação na sua folha de resposta, é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens cada um com duas alternativas de Certo ou Errado, consistindo em afirmações que envolvem cognições e desesperança, ideação suicida, sentimentos de desamparo, limitação da vida. A soma dos escores em cada item é dividida em quatro categorias de níveis de manifestações de Desesperança: 0 a 4 = nível mínimo; 5 a 8 = nível leve; 9 a 13 = nível moderado; 14 a 20 = nível grave.

Os dados foram coletados e codificados para organização em planilhas no Excel for Windows 8, e posteriormente analisados através dos softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados serão apresentados na forma de tabelas com as respectivas frequências absolutas e relativas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, vide número do CAAE: 25848013.8.0000.5569, seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, consoante com a Declaração de Helsinque em todas as suas edições.

### III. RESULTADO:

Os participantes da pesquisa ingressaram no serviço de reprodução humana nos anos de 2004 a 2014, sendo a variação da idade no momento da pesquisa de 24 a 67 anos com média de 36,75 anos (DP= 6,18 e mediana= 35,5). Apesar da coleta de dados abordar o casal, há uma diferença no número de mulheres e homens entrevistados devido à: ausências no dia da consulta, não responder corretamente aos questionários ou não concordar em participar da pesquisa. O número total de participantes foi de 272, sendo 156 mulheres e 116 homens.

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	156	57,4
Feminino	116	42,6
<b>Idade</b>		
Média	36,75	
Até 30 anos	33	12,6
Entre 31 e 40 anos	169	64,5
Mais de 40 anos	60	22,9
<b>Qual seu Estado Civil?</b>		
Solteiro	7	2,6
Casado	230	84,5
Viúvo	1	0,4
Relação Estável	28	10,3
Outros	3	1,1
Não Informado	3	1,1
<b>Qual o tempo da união conjugal atual?</b>		
0-1 ano	2	0,7
2-5 anos	32	11,8
6-9 anos	95	34,9
Mais de 10 anos	137	50,4
Não Informado	6	2,2
<b>Reside</b>		
Recife	75	27,6
RMR	109	40,0
Interior do Estado	77	28,3
Outros estados	10	3,7

Não Informado	1	0,4
<b>Praticante de religião?</b>		
Sim	219	80,5
Não	49	18,0
Não Informado	4	1,5
<b>Qual sua religião?</b>		
Católico	130	47,7
Evangélico	106	39,0
Espírita	10	3,7
Outros	1	0,4
Não tem	24	8,8
Não Informado	1	0,4
<b>Você está trabalhando?</b>		
Sim	225	82,8
Não	45	16,5
Não Informado	2	0,7
<b>Escolaridade</b>		
Nenhum	1	0,4
Fundamental inc.	38	14,0
Fundamental comp.	14	5,1
Médio inc.	12	4,4
Médio comp.	117	42,9
Superior inc.	25	9,2
Superior comp.	32	11,8
Pós- graduação	32	11,8
Não Informado	1	0,4
<b>Qual a sua renda mensal?</b>		
Nenhuma	18	6,6
Entre 0 e 1 salários mín.	38	14,0
Entre 1 e 2 salários mín.	117	43,1
Entre 3 e 5 salários mín.	83	30,5
Entre 6 e 10 salários mín.	5	1,8
Acima de 10 salários mín.	2	0,7
Não Informado	9	3,3
<b>Qual a renda do casal?</b>		
Nenhuma	1	0,4
Entre 0 e 1 salários mín.	15	5,5
Entre 1 e 2 salários mín.	70	25,7
Entre 3 e 5 salários mín.	142	52,2
Entre 6 e 10 salários mín.	32	11,8
Acima de 10 salários mín.	6	2,2
Não Informado	6	2,2

Na tabela 1, observa-se a caracterização sociodemográfica. A maior quantidade dos casais reside na região metropolitana do Recife (67,6%), sendo 27,6% no Recife. Ainda há uma grande parte que reside no interior do estado (28,3%) e um parte menor que reside em

outros estados (3,7%). O estado civil predominante é casado (84,5%), havendo também um grande número de casais em relações estáveis (10,3%). Quanto ao tempo de união, observa-se que mais da metade dos entrevistados estão juntos a mais de 10 anos (50,4%). Um grande percentual com tempo de união entre 6-9 anos (34,9%) e os demais com tempo de união inferior a 6 anos, 2-5 anos (11,8%) e 0-1 ano (0,7%).

Conforme apresentado na tabela 1, 80,5% praticam alguma religião, sendo as religiões católicas e evangélicas as mais frequentes, (47,7% e 39%, respectivamente). No que se refere a instrução, observa-se maior frequência com ensino médio completo (42,9%), e que poucos possuem ensino superior completo ou pós-graduação (23,6%). Quanto a renda do casal, mais da metade dos casais recebem entre 3-5 salários mínimos (52,2%).

**Tabela 2-Perfil familiar.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Você tem filhos na relação atual?</b>		
Sim	14	5,1
Não	257	94,5
Não Informado	1	0,4
<b>Quantos casamentos anteriores você teve?</b>		
0	189	73,5
1	60	23,3
2	6	2,3
3	2	0,8
<b>Você tem filhos em outros casamentos?</b>		
Sim	41	15,1
Não	226	83,1
Não Informado	5	1,8
<b>Você tem filhos adotivos na relação atual?</b>		
Sim	13	4,8
Não	259	95,2
<b>Você adotou filhos em outros casamentos?</b>		
Sim	1	0,4
Não	265	97,4
Não Informado	6	2,2
<b>Seu parceiro(a) tem filhos em outros casamentos?</b>		
Sim	44	16,2
Não	228	83,8
<b>Seu parceiro(a) tem filhos adotivos em outros casamentos?</b>		
Sim	1	0,4

Não	270	99,2
Não Informado	1	0,4
<b>Quem mais deseja ter filhos?</b>		
Você	7	2,6
Seu cônjuge	5	1,8
Os dois	259	95,2
Outros	1	0,4

O perfil familiar caracterizado na tabela 2, demonstra que mais da metade dos casais estão no primeiro casamento (73,54%). Da relação atual, apenas 5,1% possuem filhos. Já dos entrevistados que já tiveram outro casamento, 15,1% possuem filhos de relações anteriores. Dos entrevistados, 4,8% possuem filhos adotivos da relação atual e 0,4% possuem filhos adotivos de relações anteriores. Quanto ao desejo de ter filhos, 95,2% afirmam que ambos os cônjuges desejam ter filhos igualmente.

**Tabela 3-** vida sexual dos casais e intervenções.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Média do tempo em meses em que os casais mantêm relações sem evitar a concepção:</b>	<b>102</b>	
<b>Desvio padrão</b>	<b>52,88</b>	
<b>Média do tempo em meses em que os casais fazem avaliações médicas:</b>	<b>70,6</b>	
<b>Desvio padrão</b>	<b>39,85</b>	
<b>Você sente prazer na relação sexual?</b>		
Sim	262	96,4
Não	2	0,7
Não Sabe	3	1,1
Não Informado	5	1,8
<b>A sua vida sexual sofreu modificações com a investigação que você está fazendo?</b>		
Sim	41	15,1
Não	222	81,6
Não Sabe	6	2,2
Não Informado	3	1,1
<b>Como você descreveria sua vida sexual <u>antes</u> de frequentar o ambulatório de Reprodução humana?</b>		
Péssima	1	0,4
Ruim	3	1,1
Regular	37	13,6
Boa	131	48,1
Ótima	99	36,4
Não Informado	1	0,4

**Como você descreveria sua vida sexual depois de frequentar o ambulatório de Reprodução humana?**

Péssima	0	0,0
Ruim	1	0,4
Regular	36	13,2
Boa	131	48,2
Ótima	100	36,8
Não Informado	4	1,5

**Você tem dificuldades na relação sexual?**

Sim	29	10,7
Não	241	88,6
Não Informado	2	0,7

**Seu parceiro (a) tem dificuldades na relação sexual?**

Sim	22	8,1
Não	245	90,1
Não Sabe	3	1,1
Não Informado	2	0,7

**Você já realizou alguma técnica de reprodução assistida?**

Não	211	77,7
Uma vez	42	15,4
Duas vezes	8	2,9
Três vezes	2	0,7
Quatro vezes ou mais	5	1,8
Não Informado	4	1,5

**Qual o tratamento para engravidar que você já foi submetido(a)?**

Indução Ovulação	44	16,2
Inseminação artificial	5	1,8
Fertilização in vitro	34	12,5
Nenhuma	158	58,1
Mais de uma	16	5,9
Não Informado	15	5,5

**Você já se submeteu a alguma cirurgia no aparelho reprodutor e/ou genital?**

Não	151	55,5
Sim, uma vez	91	33,5
Sim, duas vezes	24	8,8
Sim, três ou mais vezes	3	1,1
Não Informado	3	1,1

Representado na tabela 3, os dados coletados quanto ao tratamento de infertilidade e a vida sexual do casal, registram a média 102 meses (desvio padrão de 52,88) de relações sexuais sem utilizar métodos contraceptivos. Além de apresentarem média de 70,6 meses

(desvio padrão de 39,85) de avaliação médica. Dentre os casais, 20,8% já realizaram algum procedimento de reprodução assistida, sendo os procedimentos mais realizados a indução a ovulação (16,2%) e a fertilização in vitro (12,5%). Cerca de 5,9% dos entrevistados já realizaram mais de uma técnica de reprodução assistida. A maioria dos casais (81,6%) dizem não haver modificações na vida sexual com a investigação para o tratamento, descrevendo a vida sexual antes do acompanhamento como boa ou ótima (48,1% e 36,4%, respectivamente) e, após o início do tratamento, frequências semelhantes avaliaram como boa ou ótima (48,2% e 36,8%, respectivamente). Dos entrevistados, 96,4% dizem ter prazer na relação sexual, porém, 10,7% referem ter dificuldades durante a relação e 8,1% percebem que o parceiro (a) apresentam dificuldades.

**Tabela 4-** Alterações na dinâmica familiar, nas relações interpessoais e vida profissional.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Observou alguma modificação no relacionamento das pessoas com você por não ter filhos?</b>		
Sim	82	30,1
Não	172	63,2
Não Sabe	17	6,3
Não Informado	1	0,4
<b>Você deixou de frequentar algum lugar com receio de ser questionada(o) em relação ao fato de ainda não ter filhos?</b>		
Sim	28	10,3
Não	241	88,6
Não Sabe	1	0,4
Não Informado	2	0,7
<b>Você evitou lugares que poderia encontrar mulheres grávidas ou crianças?</b>		
Sim	22	8,1
Não	247	90,8
Não Sabe	2	0,7
Não Informado	1	0,4
<b>Você sentiu que as pessoas questionaram seu casamento por não ter ainda filhos?</b>		
Sim	156	57,3
Não	108	39,7
Não Sabe	7	2,6
Não Informado	1	0,4

**Você percebeu alguma modificação no seu rendimento de trabalho por conta da sua avaliação/tratamento na Reprodução Humana?**

Sim	24	8,8
Não	232	85,3
Não Sabe	10	3,7
Não Informado	6	2,2

**O seu interesse no trabalho se modificou?**

Sim	34	12,5
Não	229	84,2
Não Sabe	4	1,5
Não Informado	5	1,8

Na dinâmica familiar, relações interpessoais e vida profissional, representados na tabela 4, observa-se que 10,70% dos casais não contaram a família sobre o tratamento, e para 13,24% dos entrevistados, o parceiro (a) não fala com naturalidade sobre a dificuldade de engravidar. Há a referência do sentimento que as pessoas questionam o casamento pelo fato de não terem filhos em 57,3% dos participantes, 30,1% observaram modificação no relacionamento interpessoal, 10,3% deixaram de frequentar lugares por receio de serem questionados ao fato da ausência de filhos e 8,1% deixaram de frequentar lugares que poderiam encontrar mulheres grávidas ou crianças. Na vida profissional poucos relataram modificação no rendimento (8,8%) ou modificação no interesse (12,5%) pelo trabalho. Em relação a saúde mental, 5,1% dos entrevistados que já apresentaram algum problema psiquiátrico, 3,7% já realizaram algum tratamento psiquiátrico com medicação, e 8,5% já realizaram tratamento de psicoterapia. Atualmente, 3,3% realizam tratamento de psicoterapia e 19,9% refere ter algum parente com problema psiquiátrico.

**Tabela 5-** Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário Beck de Desesperança (BHS).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>HADS-A</b>		
Normal	215	79,0
Leve	36	13,2
Moderado	21	7,7
<b>HADS-D</b>		
Normal	239	87,9
Leve	29	10,7

Moderado	4	1,5
<b>BHS</b>		
Mínimo	222	81,6
Leve	43	15,8
Moderado	7	2,6

Na tabela 5 foram avaliados os sintomas de ansiedade, depressão e desesperança. Em relação a ansiedade, foram detectados sintomas compatíveis com um quadro leve em 13,2% e moderado em 7,7% moderado; em relação a depressão, 10,7% apresentaram sintomas compatíveis com depressão leve e 1,5% moderada. Quanto a desesperança, os dados apontam para a existência de níveis com leves e moderados em 15,8% e 2,6% dos participantes, respectivamente.

#### **IV. DISCUSSÃO:**

Nos países em desenvolvimento, a infertilidade é um problema de saúde reprodutiva e frequentemente tem consequências psicológicas, sociais e econômicas importantes. Mesmo sendo bem-sucedido na implementação de fertilização in vitro de baixo custo, continua a ser pouco provável que o tratamento vai se tornar universalmente acessível. Pode-se especular que os que podem pagar o tratamento em ambientes de baixa renda também são capazes de criar uma criança em circunstâncias razoáveis. Entretanto, homens e mulheres que vivem na pobreza extrema não podem e não devem acessar o tratamento para infertilidade, logo faz-se necessário exigir intervenções sócio-políticas a fim de melhorar a situação econômica das famílias menos favorecidas<sup>16</sup>.

Em um estudo europeu no ano de 2012 envolvendo os países França, Alemanha, Itália e Espanha investigou 445 mulheres entre 18-44 anos, foi evidenciado que embora a maior barreira para o tratamento seja emocional, as mulheres também têm preocupações sobre questões funcionais, tais como o tratamento em si, a possibilidade de gestação múltipla, agendamento de tempo, implicações de custo e efeitos colaterais. O medo do fracasso foi a barreira emocional mais importante para o tratamento, atingindo 72% das participantes. Ainda nesse estudo, constatou-se que quase um terço de todas as mulheres (32%) relatou que tinham se preocupado com a sua capacidade de ter filhos a partir do momento que elas começaram a tentar engravidar. Elas relataram que, após 6-12 meses tentando conceber naturalmente, em média, as suas preocupações atingiu o pico. Mais da metade das mulheres entrevistadas (58%) acharam que pode ter esperado demais para tentar engravidar. Elas retardaram iniciar tratamentos de fertilidade com o intuito de engravidar naturalmente, como uma decisão pessoal (38%) ou recomendação do médico (27%). Em média, as mulheres esperaram mais de um ano para falar com um profissional de saúde<sup>17</sup>.

A variação de idade dos casais que procuraram o serviço de Reprodução Humana do IMIP no período da pesquisa é de 24 a 67 anos, tendo como média 36,75 anos. A maioria (85,3%) dos entrevistados possuem mais de 5 anos de relacionamento, sendo a média do tempo que mantêm relações sexuais com o objetivo de engravidar é de 102 meses. A média do tempo em que os casais buscam avaliação médica é de 70,6 meses. Essas variáveis revelam a longa trajetória que os casais percorrem para manter o projeto de vida, que favorece o desgaste emocional.

Em um estudo avaliando ansiedade, depressão e dificuldade de expressar sentimentos de raiva em com amostra de 156 casais inférteis que desconheciam as causas do seu problema de infertilidade no momento em que foram submetidos aos testes da pesquisa. Após distinguir e comparar dois subgrupos, o primeiro com causas orgânicas de infertilidade e o segundo representando infertilidade "funcional", as seguintes variáveis foram consideradas, sendo geralmente aceite que eles podem estar associados a diferentes graus de ansiedade, depressão e raiva em casais inférteis: idade, anos de escolaridade e nível socioeconômico<sup>15</sup>. Outros elementos potenciais de confusão (variação cultural, duração da infertilidade, tipo de fator responsável pela infertilidade, em homens ou mulheres, tratamentos prévios, etc.) foram controlados através do desenho do estudo<sup>18</sup>.

O resultado encontrado através da HADS para ansiedade foi de normal para 79%, leve para 13,2% e moderado para 7,7% da população entrevistada. A depressão foi avaliada em normal para 87,9%, leve para 10,7% e moderado para 1,5%. Diferente do estudo citado no parágrafo anterior, os fatores de confusão não foram controlados. Considera-se também fatores que possam influenciar os níveis de ansiedade e depressão a prática religiosa (80,5%), a presença de filhos na relação, sejam adotivos (4,8% da relação atual e 0,4% de relações anteriores) ou não (5,1% da relação atual, e 15,1% de relações anteriores).

Uma revisão sistemática de 25 anos investigou aspectos ligados à ansiedade, depressão e angústia em várias fases do tratamento de fertilização in vitro. Esse estudo mostrou que a maioria das mulheres parecem ser capazes de lidar eficazmente com o fardo dos ciclos sucessivos e ainda parecem ajustar-se bem, mesmo com o fracasso do tratamento. No entanto, um número considerável desenvolve problemas emocionais clínicos relevantes, como resultado da FIV ineficaz. Os resultados do estudo implicam que o apoio psicológico deve visar mulheres que estão em risco de desenvolver problemas de adaptação em relação aos ciclos que falharam, enfatizando a importância de estudos prospectivos para delinear e identificar precocemente fatores de risco. Ainda foi evidenciado que quando a FIV resulta em uma gravidez, emoções negativas tendem a desaparecer imediatamente, indicando que o estresse do tratamento é predominantemente determinado pela ameaça de falha. Os resultados dessa revisão mostraram ainda que respostas emocionais negativas provaram ser fortemente relacionadas com o resultado do tratamento, ou seja, para a ameaça de esterilidade definitiva<sup>19</sup>.

Frequentemente, as opções de tratamento são limitadas e os procedimentos são considerados por muitos casais como a última chance. Pessoas que procuram o tratamento de infertilidade são consideradas mais ansiosas e emocionalmente desgastadas que pessoas da população em geral<sup>15</sup>. A dificuldade de enfrentamento de uma possível falha no tratamento pode tornar o desejo de engravidar em medo de não poder engravidar<sup>20</sup>. Esse pessimismo pode ser avaliado pela a desesperança.

A desesperança foi descrita como um sistema de esquemas cognitivos, nos quais o denominador comum é a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto. Diz-se que as pessoas desesperançadas acreditam: que nada saíra bem para elas, que nunca terão sucesso no que tentarem fazer, que suas metas importantes jamais poderão ser alcançadas, e que seus piores problemas nunca serão solucionados<sup>21</sup>.

Sendo a Escala de Desesperança de Beck o instrumento utilizado na pesquisa como avaliador da desesperança, foi observado o predomínio das pontuações consideradas mínima (81,6%) ou leve (15,8%). Apesar de não haver na literatura outras pesquisas para comparação dos níveis de desesperança dos casais inférteis, é importante a identificação devido a relação com a depressão. A desesperança é considerada nexos causal entre a depressão e suicídio, compondo a tríade teórica de Beck sobre depressão. Dentre os entrevistados, 7 (2,6%) tiveram níveis de desesperança classificados como moderado, sendo a pontuação igual ou maior que 9, que outros estudos indicam uma preocupante relação com a ideação suicida.

Sabendo que a resposta emocional é influenciada pelo tratamento, a pesquisa propôs avaliar a intervenção do diagnóstico e tratamento na vida sexual, na vida social e profissional do casal. Na tabela 3, onde aborda a vida sexual dos casais, 15,1% dos entrevistados relatam modificações na vida sexual, ainda 10,7% relatam ter dificuldades na relação sexual e 8,1% relatam que o cônjuge tem dificuldade na relação sexual.

O quadro atual das pesquisas sobre infertilidade mostra efeitos psicológicos múltiplos e interrelacionados, abrangendo desde aqueles propriamente pessoais, como o estresse, sentimento de perda e o comprometimento da auto-estima, até as dificuldades para o relacionamento conjugal, implicando mesmo em prejuízo para o relacionamento social mais extenso<sup>10</sup>. As relações interpessoais e a vida profissional, abordados na tabela 4, revela como o problema da infertilidade afeta além do relacionamento do casal. Um grande número de entrevistados (57,3%) referiu ter o casamento questionado, como também a modificação do relacionamento das pessoas devido à ausência de filhos. Além disso, 10,3% dos entrevistados evitam lugares com receio do questionamento a ausência de filhos e 8,1% para evitar encontrar mulheres grávidas ou crianças. Quanto a vida

profissional, o rendimento e o interesse no trabalho foi modificado para 8,8% e 12,5%, respectivamente, dos entrevistados.

## **V. CONCLUSÃO:**

O presente estudo abordou o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a população assistida no serviço de reprodução humana do IMIP e avaliar os níveis de ansiedade, depressão e desesperança.

Como limitação da pesquisa, identificou-se o fato de ser um estudo transversal e não haver um seguimento para melhor caracterização da população estudada e identificação das repostas emocionais frente ao tratamento da infertilidade. Assim como, poucos estudos sobre desesperança em casais inférteis, importante para fazer a ligação com a depressão.

## VI. REFERÊNCIAS:

1. Rowe, J. P et al. Manual da OMS sobre Padronização de Exames e Diagnóstico da Infertilidade em Casais. São Paulo: Santos, 1998.
2. Cunha, J.A. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, 2008.
3. Maldonado, M. T.; Canella, P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia, São Paulo, Atheneu, 1981.
4. Costa, M.; Nehemy, M. B. O casal sem filhos. Rev Reprod., v. 6, n.1, p.7-9 1991.
5. Greil, A. L. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soc Sci Med. Dec;45(11):1679-704, 1997.
6. Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. Selected issues in woman's reproductive health: Psychological perspectives. In A. L. Stanton & S. J. Gallant (Eds.), *The psychology of women's health* (pp. 261-305). Washington, DC: APA. 1996.
7. Seger-Jacob, L. Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida. 2000. 180 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
8. Boivin, J. A review of psychosocial interventions in infertility, *Social Science and Medicine*, 57, 2325-2341, 2003.
9. Cunha, MCV. Infertilidade: repercussões no psiquismo e na vida das mulheres durante o diagnóstico e tratamento. [Dissertação de Mestrado] . universidade Federal de Pernambuco, 2008.
10. Dunkel-Schetter, Ch. and Lobel, M. Psychological reactions to infertility. In Stanton, A.L. and Dunkel-Schetter, Ch. (eds), *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*. Plenum Press, New York, London, pp. 29–57.1991.

11. Hansell, P. E., Thorn, B. E., Prentice-Dunn, S., & Floyd, D. L. The relationship of primary appraisals of infertility and other gynecological stressors of coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (2), 133-145. 1998.
12. Trindade, Z.A and Enumo, S.R.F. Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicol. USP* [online]. 2002, vol.13, n.2, pp. 151-182. 2002.
13. Martins, IMMCD. Infertilidade, qualidade de vida e sua aplicação médico legal: uma amostra da consulta de psicologia da unidade de medicina da reprodução no centro hospitalar de Vila Nova Gaia /Espinho. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010
14. Hammarberg K, Astbury J, Baker H Women's experience of IVF: A follow-up study. *Hum Reprod* 16: 374–383. 2001.
15. Greil, Arthur L. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, Volume 45, Issue 11, December 1997, Pages 1679-1704. 1997.
16. Greil, Arthur L. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, Volume 45, Issue 11, December 1997, Pages 1679-1704. 1997.
17. Domar, A et Al. Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. *Hum Reprod*. 2012.
18. Fassino S(1), Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro, L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod*. 2002.
19. Verhaak CM1 et Al. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007.
20. Makuch, Maria Yolanda et Al. Guia sobre saúde mental em reprodução humana. Comissão de Saúde Mental da SBRH. P.1-62. 2006.

21. Stotland,E. The psychology of hope. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1969.