

Pró-



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia

ADRIANA VEROLLA DE MOURA

Suporte social, depressão e ansiedade em pacientes com infertilidade

Goiânia-GO

2010

ADRIANA VEROLLA DE MOURA

Suporte social, depressão e ansiedade em pacientes com infertilidade

Dissertação de apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Clínicos

Orientadora: Dra. Daniela Sacramento Zanini

Goiânia
2010

Adriana Verolla de Moura

Suporte social, depressão e ansiedade em pacientes com infertilidade

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência para a defesa do trabalho.
Goiânia, 27 de de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Presidente da banca

Prof. Dr. Elias Nazareno
Universidade Federal de Goiás - UFG
Membro efetivo

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Membro efetivo

Prof^a. Dr^a. Katia Karina Verolli de Oliveira Moura
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Membro efetivo

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Prof. Dr. Lauro Eugênio G. Nalini
Membro suplente

Aos meus pais Katia e Luiz Adriano e ao meu
irmão Rafael pelo incentivo e apoio incondicional
e ininterrupto durante toda minha formação
acadêmica.

Agradecimentos

A minha família pelo amor e apoio incondicional sem o qual seria impossível chegar aonde cheguei.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pela oportunidade de aprendizagem que me foi transmitida, no aprendizado da pesquisa, e pelo exercício da ética. Em especial para Prof^ª. Dra. Daniela Zanini pelos ensinamentos e paciência nesses quase quatro anos de trabalhos realizados em conjunto.

Aos pacientes que se disponibilizaram a participação da pesquisa, sem os quais esse trabalho não poderia ter sido feito.

Sumário

Folha de aprovação.....	iii
Dedicatória.....	03
Agradecimentos.....	04
Sumário.....	05
Lista de tabelas.....	06
Apresentação.....	07
Resumo geral.....	08
General abstract.....	09
CAPÍTULO I – Aspectos emocionais da infertilidade	
Resumo.....	11
Abstract.....	12
Introdução.....	13
Referências bibliográficas.....	30
CAPÍTULO II – Suporte social, depressão e ansiedade em pacientes com infertilidade	
Resumo.....	39
Abstract.....	40
Introdução.....	41
Método.....	44
Resultados.....	46
Discussão.....	50
Conclusão.....	52
Referências bibliográficas.....	53

Lista de tabelas

Tabela 1: Níveis de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) em pacientes com infertilidade.....	47
Tabela 2. Comparação de média entre apoio social total, ansiedade e depressão por sexo, utilizando a técnica de <i>t-student</i>	48
Tabela 3: Correlação de Spearman entre testes de Suporte Social, BAI e BDI em pacientes com infertilidade.....	48

Apresentação

O presente trabalho foi desenvolvido como dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu-Senso* em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. A pesquisa aborda os temas depressão, ansiedade e suporte social em uma população específica de pacientes em tratamento para infertilidade. O primeiro artigo ou Capítulo I consiste em um artigo teórico, apresentando conceitos pertinentes ao tema estudado: os aspectos emocionais da infertilidade e discutindo-os. É objetivo desta parte fornecer base teórica para o desenvolvimento da pesquisa que se apresenta posteriormente no Capítulo II. O segundo artigo, ou Capítulo II consiste na apresentação de um artigo empírico que examina níveis de correlações entre depressão, ansiedade e suporte social em um grupo de pacientes em tratamento para infertilidade. O trabalho como um todo visa analisar as relações entre as variáveis estudadas em relação à infertilidade enfatizando a importância do suporte social como fator de proteção para essa população. Os artigos foram elaborados contendo as partes necessárias para uma possível submissão para publicação posterior à defesa da dissertação. Nesse sentido, apresenta-se formatado conforme as regras gerais de publicação nas revistas de psicologia.

Resumo geral

O presente trabalho encontra-se dividido em dois artigos. O primeiro artigo, define infertilidade, suas causas e tratamentos atualmente disponíveis e analisa aspectos emocionais do paciente infértil em tratamento. As alterações psicológicas mais associadas nesses pacientes são a ansiedade e depressão e alguns aspectos tem sido identificados como influenciadores no surgimento desses transtornos. São abordados no artigo entre outros, o tempo de tratamento, expectativas dos pacientes em relação às probabilidades de sucesso, diferenças entre sexos na experiência da infertilidade, a existência ou não de uma rede de apoio provendo suporte social e diferenças culturais. Relações entre estes aspectos são realizadas e sugestões feitas para novas pesquisas na área. O segundo artigo apresentado relaciona o tratamento da infertilidade com duas alterações psicológicas, depressão e ansiedade, analisando a importância do suporte social para diminuição da severidade dos sintomas. Através da aplicação de três instrumentos, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Suporte Social, os níveis de depressão, ansiedade e suporte social foram acessados numa amostra de 148 sujeitos em tratamento para infertilidade. Correlacionando os dados dos três testes aplicados encontramos uma correlação significativa apenas entre os testes da Escala de Beck. Hipóteses para os achados são desenvolvidas no artigo empírico.

Palavras-chave: BDI, BAI, suporte social, infertilidade.

General abstract

This paper is divided into two articles. The first paper, defines infertility, its causes and treatments currently available and examines the emotional aspects of infertile patients undergoing treatment. The psychological changes commonly found in these patients are anxiety and depression and some aspects have been identified as influencing the emergence of these disorders. Are discussed in the article among others, the time of treatment, patients' expectations regarding the likelihood of success, gender differences in the experience of infertility, the presence or absence of a support network providing social support and cultural differences. Relations between these points are made and suggestions for further research in the area. The second paper, relates to the treatment of infertility two psychological disorders, depression and anxiety, analyzing the importance of social support in reducing the severity of symptoms. Through the application of three instruments, the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Social Support Scale, the levels of depression, anxiety and social support were accessed in a sample of 148 subjects undergoing treatment for infertility . Correlating the data from the three tests applied only found a significant correlation between the Beck Scale tests. Hypotheses for the findings are developed in the empirical paper.

Keywords: BDI, BAI, social suport, infertility.

CAPÍTULO I

Aspectos emocionais da infertilidade

Emotional aspects of infertility

Resumo

Este artigo inicialmente define infertilidade, discorrendo sobre suas causas e tratamentos disponíveis na atualidade. Apresenta as alterações psicológicas mais comumente associadas a esta patologia: depressão e ansiedade e relaciona fatores que tem demonstrado influência sobre o surgimento dessas alterações no paciente infértil em tratamento. Questões quanto à duração do tratamento, tentativas sem sucesso de fertilização, diferenças entre homens e mulheres frente à experiência da infertilidade, presença de apoio social e questões culturais são abordadas e discutidas.

Palavras-chave: infertilidade, depressão, ansiedade, suporte social.

Abstract

This article first defines infertility, focusing on its causes and treatments available today. Displays the psychological changes most commonly associated with this disease: depression and anxiety and related factors that have demonstrated an influence on the emergence of these changes in infertile patients undergoing treatment. Questions regarding the duration of treatment, unsuccessful attempts of fertilization, differences between men and women to the experience of infertility, presence of social support and cultural issues are addressed and discussed.

Keywords: infertility, depression, anxiety, social support.

Este artigo busca conceituar infertilidade, discorrer sobre causas além de verificar as relações entre esta e questões emocionais na população infértil que busca tratamento.

A infertilidade é definida como a falta de gestação clínica ou hormonal após 12 ou 24 meses de relações sexuais normais, sem o uso de métodos contraceptivos (Jardim & Lorenzini, 2003; Shefi & Turek, 2006). Ela é um fenômeno universal e suas estimativas são pouco precisas, pois seus índices variam muito de uma região geográfica para outra mesmo quando consideramos os fatores socioeconômicos ou culturais (Pasqualotto, 2007).

Atualmente um número crescente de casais tem procurado os serviços de reprodução assistida para avaliação e tratamento da infertilidade, especialmente porque muitos casais adiam os planos de terem um filho a fim estabelecer primeiro suas carreiras (Quallich, 2006). Enfrentam então complicações no alcance da gravidez já que com o aumento da idade sobem as chances de dificuldades surgirem durante o processo de reprodução (Aitken, Buchingham & Brindle, 1995; Lewis, 2004).

Devido à alta prevalência da infertilidade e o número de casais que buscam tratamento é importante que os profissionais de saúde entendam os obstáculos emocionais e médicos que essa população enfrenta (Peterson, Gold, & Feingold, 2007). Sobretudo, cabe destacar a relevância do conhecimento por parte dos psicólogos dos estudos relacionando a infertilidade a altos níveis de depressão e ansiedade, além de outras alterações psicológicas com níveis clínicos (Matsubayashi & col., 2004).

Segundos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), a cada ano surgem novos casos de infertilidade e aproximadamente de 10 a 15% dos casais experimentam algum problema durante sua vida fértil. Extrapolando esses números para a população mundial representariam entre 50 e 80 milhões de pessoas que são afetadas

pelo problema (OMS, 1999; Hruska, Furth, Seifer & Sharara, 2000; Pasqualotto, 2007).

Muitos são os pontos de vista para as complicações ocasionadas pela infertilidade e historicamente ela sempre foi associada prioritariamente a fatores femininos, geralmente considerada a inabilidade da mulher em conceber um filho. Porém atualmente sabe-se que ela afeta homens e mulheres igualmente (*American Society for Reproductive Medicine*, 2007).

Com os atuais avanços da medicina reprodutiva, a infertilidade vem sendo enfocada e investigada de forma diferente. Considera-se que o problema envolve o homem e mulher e esses são avaliados quando surgem dificuldades na concepção (Souza, 2005).

De fato, os estudos demonstram que um terço da infertilidade é atribuída à mulher, um terço ao homem e outro um terço da interação entre ambos. Devido a essa situação, é necessário sempre que a equipe realize uma avaliação completa do casal, com anamnese e exames pertinentes de cada um dos parceiros de forma detalhada a fim de verificar quais as causas da infertilidade e desta forma poder intervir de maneira mais eficaz (Maegawa & Centa, 2000).

Essa mudança na percepção vem ocasionando que na investigação sobre casais inférteis o fator masculino tem se tornado cada vez mais presente. Entende-se hoje que a infertilidade masculina não consiste em uma doença, mas sim em uma síndrome multifatorial que abrange uma grande variedade de desordens, que podem ser congênitas ou adquiridas (Maegawa & Centa, 2000). Na prática clínica a maioria dos pacientes inférteis são saudáveis, assintomáticos e têm poucas alterações no exame físico (Maegawa & Centa, 2000; Huynh, Mollard & Trounson, 2002; Queiroz & Waissman, 2006). Em aproximadamente metade dos casos de casais inférteis alterações seminais estão presentes e acometem 90% dos homens inférteis (Huynh, Mollard &

Trounson, 2002). Essas alterações podem ser causadas por inúmeras razões como a deficiência de gonadotropinas, aberrações cromossômicas, desordens genéticas, drogas, infecções genitais e doenças auto-imunes, entre outras (De Carvalho, Ferreira, Silveira & Frenau, 2002).

Sabe-se que as condições mais frequentemente associadas à infertilidade no homem podem ser classificadas em pré-testiculares, testiculares e pós-testiculares (Kucheria, & col., 2003). As pré-testiculares são alterações na produção dos espermatozoides por mudanças no sistema hormonal do paciente; as testiculares são problemas encontrados no testículo e as pós-testiculares são problemas no sistema de ductos que conduzem os gametas (Schiavini, 2004).

No campo da infertilidade feminina é conhecido que à medida que a mulher envelhece a incidência de problemas relacionados com a gravidez aumenta. A mulher já nasce com os todos óvulos que terá durante sua vida e com o passar dos anos, esses óvulos envelhecem e tem sua capacidade de fertilização diminuída. Esse é um dos principais motivos do porque da incidência de infertilidade é bem maior nas mulheres mais velhas, outras causas comuns relacionados à tentativa de gravidez tardia nas mulheres seriam anomalias cromossômicas, mortes fetais, nascimentos prematuros e crianças com baixo peso ao nascimento (Lewis, 2004). Porém alguns problemas podem fazer com que essas mulheres, mesmo em idade menos avançada, apresentem problemas para completar uma gravidez.

A endometriose é uma dessas causas contribuintes acometendo mulheres em idade reprodutiva desde a puberdade até a menopausa. Consiste na presença de endométrio, a membrana mucosa que reveste a parede uterina, em locais exteriores ao útero, uma doença progressiva que pode provocar lesões no aparelho reprodutor e gerar dor além da infertilidade (Abrão, Abrão, Reiss & Vasconcelos, 2000). Barbosa e

Cordts (1998) estimam que a endometriose seja responsável por 40% das queixas de dor pélvica crônica e por 35% dos casos de infertilidade feminina, porém a incidência média da doença ainda é controversa.

O estresse e a ansiedade são vistos como fatores que poderiam contribuir para o desenvolvimento da endometriose, como também cronificar o processo e apesar de escassas pesquisas, podemos citar o trabalho de Low, Edelman e Sutton (1993) que realizaram um estudo visando traçar um perfil psicológico de pacientes com endometriose e os dados encontrados são que estas apresentam maiores níveis de estresse, introversão e neuroticismo mesmo quando comparadas com outro grupo de mulheres com dores pélvicas com causas distintas. Uma hipótese que vem sendo considerada é que o fator psicossomático na infertilidade esteja relacionado ao sistema nervoso por meio do estresse que é capaz de interferir na função reprodutiva.

Existem vários sistemas regulatórios que influenciam os mecanismos da reprodução. Pesquisas destacam que os agentes estressores reduzem a fertilidade pelas influências que causam nos mecanismos que regulam os eventos da fase folicular do ciclo menstrual. A ativação do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal induzida pelo estresse reduziria a pulsatilidade do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), hormônio secretado pelo hipotálamo na forma de pulsos de vários minutos, privando o folículo ovariano de adequado suporte de gonadotrofinas. Os dois principais tipos de gonadotrofinas são o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio estimulador do folículo (FSH), sem os quais a ovulação é suprimida. Tais achados foram obtidos em pesquisas experimentais, principalmente em roedores, e a dificuldade de pesquisa em humanos ocorre principalmente pelas dificuldades de reproduzir diretamente a ação do hormônio liberador da corticotropina (CRH), neurotransmissor envolvido na resposta ao estresse, no sistema nervoso central já que a estimulação periférica ao sistema não é apropriada

para obtenção de resultados, além das considerações éticas a relacionadas a este tipo de estudo (Dobson & Smith, 2000; Moreira, Lima, Sousa & Azevedo, 2005).

Observa-se que a infertilidade tem causas bastante heterogêneas. Recentemente, as causas genéticas tem sido bastante analisadas. A identificação da causa genética é importante, não somente para que se tenha um diagnóstico, mas também para que se verifique a possibilidade de transmissão dessas alterações à prole (Shefi & Turek, 2006; Carrara & col., 2006) e mesmo se tratando de um importante avanço tecnológico não podemos esquecer a contextualização de qualquer doença dentro de um modelo bio-socio-psicológico.

Sobre os tratamentos hoje disponíveis para a infertilidade podemos citar, em ordem de complexidade: o beneficiamento de sêmen, técnica usada para selecionar os melhores espermatozóides, que serão usados na fecundação. Consiste em selecionar para apenas aqueles que apresentam melhores características para aumentarem as chances de uma gravidez. A inseminação artificial, a colocação do sêmen selecionado pelo beneficiamento dentro do útero, durante o seu período fértil. Para isto, a mulher não pode apresentar problemas na produção de óvulos ou ligaduras, pois estes devem chegar até o útero para se encontrarem com os espermatozóides. A fertilização *in vitro*, (FIV) também conhecida como "bebê de proveta", consiste em colocar o sêmen em contato com o óvulo dentro de um tubo de vidro, local onde será realizada a fecundação. Posteriormente, o óvulo é recolocado dentro do útero da mulher. Injeção de esperma intra citoplasmática – (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection* - ICSI): sendo a técnica mais cara e complicada, é realizada apenas em casos severos. O espermatozóide é inserido no óvulo, utilizando um microscópio. Após a fecundação, o óvulo é recolocado dentro do útero, como na fertilização *in vitro*.

Durante o tratamento podem ser geradas alterações na intimidade sexual com o casal perdendo parte de sua privacidade tendo que seguir regras determinando quando e como irão se relacionar sexualmente, por exemplo, pela estratégia de coito programado, desaparecendo assim certa espontaneidade da intimidade sexual. Situações como estas são ameaçadoras e problemáticas e requerem tomadas de posições e decisões que exigem do casal capacidades adaptativas (Souza, 2005).

Outros estressores relatados que estão presentes no processo do tratamento seriam o risco de alguns procedimentos como da punção folicular realizada na fertilização *in vitro*. O procedimento é de natureza invasiva, consistindo da introdução, pela parede lateral da vagina, da paciente sedada, de uma agulha acoplada a uma sonda ecográfica vaginal para visualização dos folículos ovarianos a serem puncionados. O casal além de ter que ser submetido aos procedimentos necessários dentro de cada caso, deve lidar com a possibilidade de não gravidez ao final do processo do tratamento mesmo que todo ele seja realizado de forma correta gerando altos níveis de sentimentos negativos, como medo e ansiedade.

Callan e Hennessey (1988) analisando as maiores dificuldades enfrentadas por pacientes nos vários estágios da FIV obtiveram dados indicando que os momentos mais estressores seriam a espera para o resultado do tratamento após todo o procedimento e os testes de sangue e injeções que ocorrem antes da hospitalização da mulher. Por esses aspectos devemos também discutir os fatores psicológicos que influenciam e são originados na situação da infertilidade.

O casal ao desejar ter filhos, mas se deparar com uma impossibilidade nesse processo experiência uma ampla gama de sentimentos, que interferem em sua auto-estima, em seus planos e desejos para o futuro, desencadeando por vezes quadros de ansiedade significativos. A situação de infertilidade é capaz de provocar efeitos

devastadores tanto na esfera individual como conjugal e desestabilizar as relações do sujeito com seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida (Farinati, Rigoni & Muller, 2006). Em algumas ocasiões a infertilidade pode até mesmo ser vivida pelo casal como o indicador de que este não está cumprindo o papel social que lhe cabe: constituir uma família gerando um filho (Souza, 2005).

Ardenti (1999) estudaram casais que faziam tratamento para engravidar e perceberam grande impacto psicológico da infertilidade sobre a vida do casal; os autores referiram que a infertilidade provoca problemas emocionais principalmente na mulher. A infertilidade pode ser acompanhada de crises e tensões emocionais como depressão, ansiedade, problemas interpessoais, raiva reprimida, frustração, sentimentos de inferioridade e de culpa (Kofman & Sheiner, 2005).

Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludermir e Noaves (2008) demonstram a presença de sintomas que vão desde a dor emocional até quadros de transtornos psiquiátricos definidos em pacientes com infertilidade. Utilizando o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20), um questionário auto-aplicável que é usado para ajudar profissionais para identificar distúrbios em ambulatórios gerais e serviços básicos de saúde e obtiveram resultados onde transtornos psiquiátricos estavam presentes em 53% da população estudada.

Mesmo com várias evidências de alterações ou problemas emocionais identificar de maneira precisa os fatores que influenciam de forma positiva ou negativa o processo do tratamento do casal infértil é uma tarefa complexa, o que pode ser percebido ao entrar em contato com o material científico sobre o tema.

Tentando organizar os vários resultados obtidos por inúmeras pesquisas Verhaak e col. (2006) realizaram uma revisão de 706 artigos sobre como mulheres se adaptam emocionalmente as fases da fertilização *in vitro*, em termos de ansiedade, depressão e

conflitos, antes, durante e depois de diferentes ciclos de tratamento. Os achados indicam que mulheres começando FIV mostram alterações emocionais mínimas quando comparadas com grupos controle, porém repetidos ciclos de fertilização sem sucesso aumentam níveis de emoções negativas, que continuam se manifestando caso o tratamento não tenha resultado positivo.

Callan e Hennessey (1988) verificando as demandas emocionais de mulheres em cada procedimento realizado na FIV encontraram que na primeira tentativa 70% da amostra de 77 mulheres estavam otimistas com o resultado da intervenção e esperando sucesso. Os níveis de otimismo iam declinando com a necessidade de continuação de tratamento e novas tentativas de fertilização. A metade das pacientes declarava intenção de interromper o tratamento após quatro tentativas e a maioria interrompia após seis tentativas.

Apesar das dificuldades que as mulheres demonstraram, ambos estudos indicam que a grande maioria encontra meios de adaptação, porém um grupo considerável demonstra problemas emocionais com níveis clínicos. Porque algumas mulheres conseguem se adaptar e outras não ainda é um tema controverso, atualmente algumas linhas de pesquisa vem sendo seguidas.

Uma delas, que tem sido abordada em vários estudos, é a influência do tempo em que o paciente está em tratamento para infertilidade no surgimento de transtornos. Relacionando depressão e ansiedade com causa e duração da infertilidade 370 mulheres responderam o Inventário de Beck para Depressão (BDI) e o Catlle para ansiedade, resultados mostraram que 151 mulheres (40,8%) tinham depressão e 321 (86,8%) ansiedade moderada à severa. A presença de depressão tinha relação significativa com causa da infertilidade e sua duração, ou seja, quanto maior a duração da infertilidade maior a chance da paciente apresentar depressão e caso fosse a mulher à portadora da

causa as chances do aparecimento do transtorno também aumentavam. Ansiedade era relacionada apenas com duração, ou seja, maior duração da infertilidade, maiores são os níveis de ansiedade. A ansiedade e depressão leve e moderada estavam mais presentes após 4-6 anos de infertilidade e depressão severa nos pacientes com duração de 7-9 anos (Ramezanzadeh & col., 2004). Demonstrando assim que a paciente que procura o tratamento para a infertilidade e não obtém o resultado tem com o passar dos anos de tratamento contínuo, maiores chances de desenvolver um transtorno de depressão ou ansiedade.

De forma semelhante Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders e Tennant (2002) estudaram casais que passam por vários ciclos de fertilização e concluíram que estes demonstram maior vulnerabilidade para surgimento de psicopatologias. Em uma amostra de 330 casais onde 113 eram participantes pela primeira vez do tratamento e 217 já haviam realizado mais de uma tentativa, ambos os grupos apresentavam níveis altos de ansiedade, mas as mulheres do grupo com mais de uma tentativa apresentavam os níveis de ansiedade mais elevados.

Relações entre depressão e procedimentos de fertilização *in vitro* (FIV) onde não foi obtido sucesso também são encontrados. Em 1999 uma revisão da literatura averiguou que os aspectos psicológicos mais comuns em relação ao tratamento de fertilização *in vitro* seriam a ansiedade e depressão e resultados também indicam que os casais ao iniciar o tratamento de FIV apresentam em geral ajustamento emocional, porém durante o tratamento começam a apresentar sintomas ansiosos e depressivos (Eugster & Vingerhoets, 1999).

Moreira e Miranda (2006) compararam grupos de mulheres inférteis com mulheres férteis e observaram maior frequência de estresse nas mulheres com infertilidade do que naquelas do grupo controle, avaliadas pelo Inventário de Sintomas

de Estresse para adultos de Lipp (ISSL). Em Domar, Broome, Zuttermeister, Seiber e Friedman (1992) 36% das mulheres inférteis da amostra estudada apresentavam escores acima dos normais em depressão, dados acessados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Em outro estudo do mesmo autor os níveis de depressão e ansiedade encontrados no grupo de mulheres inférteis tinham níveis comparáveis com mulheres possuidoras de doenças cardíacas, câncer ou HIV (Domar, 2004).

De forma geral percebe-se que uma dificuldade para os pacientes durante a infertilidade é a ansiedade, sendo influenciada pelos próprios procedimentos do tratamento e com as expectativas em relação ao seu resultado. Dessa forma quanto maior tempo do tratamento a tendência é que os níveis de ansiedade se intensifiquem e o risco seja maior para surgimento de depressão.

Um ponto que também deve ser levantado é o pesquisado por Collins, Freeman, Boxer e Tureck (1992) que averiguaram as expectativas de 200 casais sobre o resultado da primeira tentativa de fertilização e verificaram que tanto homens como mulheres possuíam expectativas superestimadas quanto a real possibilidade de conseguirem uma gravidez na primeira tentativa. Essa disparidade entre os limites do tratamento e a idéia do casal do resultado pode contribuir para o surgimento de frustrações consideráveis e possíveis alterações psicológicas mais significativas.

Palácios e Jadresic (2000) revisaram a literatura analisando o referencial teórico dos profissionais de saúde mental que prestam assistência na área de infertilidade. Os trabalhos analisados assinalaram que os problemas reprodutivos interferem na vida psíquica, familiar, social e são influenciados por questões culturais. Os autores propõem que as questões psicossociais da infertilidade devem ser consideradas como uma crise vital, que ocasiona grande impacto sobre as vivências individuais e conjugais dos pacientes.

Revisões voltadas para o impacto social da infertilidade enfatizam as questões entre sexos e a experiência da infertilidade e muitos pesquisadores concluem que a infertilidade é uma experiência mais estressora para a mulher que para o homem. Mas apesar de apresentar menores alterações psicológicas decorrentes da infertilidade o homem também sente suas repercussões (Greil, 1997).

O processo de infertilidade, que é vivido singularmente pelo casal, expressa a concepção e representação do significado que é atribuído à fertilidade e à sexualidade humana e àquilo que a compõe, em determinado período histórico e na sociedade em que o sujeito se encontra. Ao mesmo tempo, expressa os sentidos pessoais construídos pelo casal ao longo de sua vida e as concepções sociais por esse incorporado (Souza, 2005).

Um fator possivelmente contribuinte para os diferentes níveis de ansiedade apresentados entre os sexos masculino e feminino é levantado por Furman *e col.* (1997) onde foram investigados casais inférteis participantes de programa de fertilização *in vitro*; e os autores avaliaram emoções, tais como isolamento, raiva e culpa por meio de entrevistas semi-dirigidas. As mulheres mostraram índices mais elevados que os homens das emoções estudadas associadas ao tempo de tratamento e às manobras executadas durante o mesmo, ou seja, os próprios procedimentos de intervenção. Os autores sugerem que tal fato pode ser resultante das vivências, sob o ponto de vista anatômico, dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais a mulher é submetida, já que apesar da participação do homem no tratamento os procedimentos em maioria são realizados no corpo da mulher.

Analisando os sentidos da infertilidade para homens e mulheres, Trindade e Enumo (2002) demonstram que enquanto os homens associam-na em geral com problemas de sexualidade e virilidade, as mulheres associam a infertilidade com o

estereótipo de assexualidade, como se a não concepção anulasse a sua identidade feminina. Em relação a filhos biológicos, os homens mostraram maior necessidade de descendência, ter um filho como forma de ter continuidade de sua própria vida, enquanto as mulheres, a de legitimidade, de que ter um filho às torne legitimadas.

Isso se deve, em parte, pelo fato que as mulheres inférteis passam, na sua maioria por mudanças drásticas em suas redes sociais. Sentem-se excluídas das experiências comuns, e com fortes cunhos sociais, da gravidez e parto vivido pela maioria das mulheres. Amizades antigas podem ser alteradas após a gravidez e parto das amigas, sentimentos de inveja e de culpa ocorrem com frequência (Peterson, Gold & Feingold, 2007).

Após a percepção da dificuldade de engravidar elas tendem a sentir-se desqualificadas socialmente. Muitas percebem a situação de forma drástica, pois tem como percepção que o único papel que deveriam ter na vida fosse o de ser mãe, papel que não pode cumprir tornando-se “incompleta” e assim surgem várias dificuldades na relação do casal com sentimentos de tristeza, fracasso, frustração e inferioridade (Cunha, Carvalho, Albuquerque & Ludermir, 2008).

A dificuldade de encontrar suporte em outras pessoas que não passam pela experiência da infertilidade ou não estão em contato com a mesma é expresso no resultado do estudo realizado por Callan e Hennessey (1988) onde analisando as formas de lidar com a situação da infertilidade pacientes inférteis, relataram que as maiores fontes de apoio encontradas foram primeiramente os próprios maridos, em seguida outras mulheres inférteis e nos profissionais diretamente ligados ao tratamento da infertilidade, enfermeiras, profissionais do aconselhamento e médicos. Somente fazendo referência a pessoas que estão ligados diretamente ao processo da infertilidade,

seja por também terem passado pela experiência de não poder ter um filho ou relacionados ao tratamento.

Os efeitos do suporte social neste caso provido por meio do marido, também são abordados no estudo de Beckman e Houser (1982) onde foi realizada uma comparação do nível de qualidade de vida de idosas viúvas inférteis com idosas viúvas com filhos. Viúvas sem filhos obtiveram menores níveis de bem estar psicológico que as viúvas com filhos. Associando-se ainda a esses dois grupos um grupo de idosas casadas inférteis a infertilidade não demonstrou afetar o bem estar dessas mulheres. Assim, a infertilidade numa idade avançada afeta a qualidade de vida das mulheres, porém a existência de um parceiro parece amenizar os efeitos na diminuição da qualidade de vida das mulheres que não possuem filhos por causa da infertilidade.

Cunha, Carvalho, Albuquerque e Ludermir (2008) relatam em relação à rede sócio familiar que esta pode agir de forma benéfica diminuindo o sofrimento dos pacientes ou que pode ser fator de sobrecarga emocional, quando não provém o apoio necessário ou é ambiente de várias crises e conflitos. Dessa forma, quando o apoio social é disponibilizado pela rede sócio familiar e há percepção desta pelo paciente associa-se maior qualidade de vida global, tanto para homens quanto para mulheres, podendo levar a uma atenuação do sofrimento emocional.

Um estudo que demonstra a sobrecarga emocional que a falta de suporte social pode ocasionar foi realizado por Matsubayashi e col. (2004) onde foi analisada a relação entre depressão e ansiedade em mulheres inférteis japonesas e seu bem-estar aplicando dois questionários, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e um produzido para o estudo com vinte duas perguntas sobre atitudes e estado emocional frente o estigma da infertilidade, em 101 mulheres que procuraram uma clínica de infertilidade. Nessa amostra a presença de ansiedade e depressão nas pacientes estavam

significativamente associadas à falta de suporte do marido em relação à situação da infertilidade do casal.

Dessa forma, sendo um processo que causa grande estresse e pressão no relacionamento, espera-se que o comprometimento, segurança e satisfação que uma pessoa sinta em seu relacionamento afete de forma positiva e facilite a adaptação que será necessária à situação da infertilidade. Pode-se adicionar que as habilidades para acessar o suporte social ou buscar novas fontes de apoio podem também ajudar na adequação do paciente com a infertilidade (Sabatelli, Meth & Gavazzi, 1988).

Analisando o impacto do suporte social nos pacientes inférteis um estudo realizado por Sreshthaputra (2008) os níveis de estresse relacionados à infertilidade foram inversamente proporcionais ao suporte social percebido pelas mulheres da amostra, porém o mesmo não foi achado em relação aos homens. Em Gerrity (2001) foi relatado que mulheres recebem mais apoio social que homens em todos estágios do tratamento. O autor conclui que os amigos e familiares podem achar mais fácil aproximar-se das mulheres, pelo próprio cunho que a sociedade dá ao problema da infertilidade como um problema da mulher, mas a facilidade ocorre principalmente se elas estiverem mostrando maiores sinais de ansiedade e demonstrarem buscar mais suporte social do meio.

Mas quando o assunto é apoio social em relação a diferenças de sexos os resultados ainda são contraditórios. Em uma pesquisa com o objetivo de analisar a possibilidade que a infertilidade na realidade tivesse beneficiado a relação do casal Schmidt, Holstein, Christensen e Boivin (2005) aplicaram questionários em 816 pacientes em dois momentos. Primeiramente ao início do tratamento e após um ano sem resultado positivo de gravidez e obtiveram que 25.9% das mulheres e 21.1% dos homens relataram que a situação de infertilidade, mesmo ainda presente, ocasionou em

melhorias para a relação conjugal. No grupo de homens atitudes ligadas à busca de suporte social como buscar informações e conselhos, conversar sobre seus sentimentos que foram preditores de melhoria. Já fatores como se isolar de eventos com crianças e manter a infertilidade como segredo prediziam a diminuição da qualidade da relação conjugal. No grupo feminino preditores significativos não foram encontrados.

Porém apesar das diferenças ainda encontradas, a presença do suporte social tem demonstrado ser um fator de proteção quando presente, um possível instrumento para intervenções e um mediador com capacidade de amenizar os efeitos negativos da infertilidade. Já existem evidências que as técnicas de orientação não diretiva e facilitação de interações sociais positivas são dois meios importantes de oferecer suporte social para os indivíduos que precisam realizar um enorme número de decisões no estágio de possível diagnóstico de infertilidade e ao longo do tratamento (Gerrity, 2001). E que as intervenções psicológicas voltadas para ações educativas e sociais parecem melhorar o bem-estar e a vida das pessoas com problemas de infertilidade (Cunha, Carvalho, Albuquerque & Ludermir, 2008). A dificuldade encontrada hoje no campo científico decorre em definir como esse processo ocorre e em quais situações.

Uma possível variável que ainda é pouco estudada, que pode afetar as formas que o suporte social age e influenciar algumas das diferenças nos resultados obtidos até hoje são questões culturais frente à maternidade e paternidade em sociedades distintas. O peso da infertilidade dentro de diversas culturas muda consideravelmente e a grande maioria dos estudos realizados atualmente não insere a discussão dentro de contextos sociais mais complexos.

Nessa linha podemos citar Floor, Rooij, Balen e Hermanns (2007) que investigaram diferenças culturais entre os efeitos do estresse emocional na infertilidade. O estudo compara os efeitos emocionais entre três grupos: migrantes turcos vivendo na

Holanda (n = 58), turcos vivendo na Turquia (n = 46) e holandeses residentes em seu país de origem (n = 199). Os participantes responderam questionários estruturados para avaliar problemas sexuais, depressão, ansiedade, hostilidade-raiva, culpa e auto-imagem. De forma geral foram encontrados maiores níveis de conflitos emocionais para mulheres inférteis migrantes e turcas do que as mulheres holandesas. Entre os homens, os turcos migrantes estavam os maiores níveis de estresse emocional e dos homens holandeses os menores. Os autores acreditam que a importância de ter filhos dentro de cada cultura pode oferecer explicações possíveis para esses achados.

Conclusão

Pode-se concluir que a infertilidade além de uma condição médica é uma situação social de baixo controle, com estressores crônicos e efeitos negativos de longa duração em nível psicológico e social. Apesar de vários pacientes conseguirem lidar com a situação sem maiores complicações psicológicas é o resultado de uma gravidez após a reprodução assistida que parece ter maior associação à melhora de qualidade de vida e a falha do tratamento com altos níveis de ansiedade e de depressão.

Mesmo assim, alguns casais experimentam, independente do resultado do tratamento, melhorias no relacionamento depois da experiência da infertilidade e fatores como qualidade do relacionamento, acessibilidade ao suporte social e habilidades de buscá-lo influenciam na maior ou menor adaptação do casal neste processo. Os conjugues vem em primeiro lugar como fontes de apoio seguidos por familiares/amigos e em terceiro os profissionais com quem o casal tem contato direto durante o tratamento, indicando a importância dessas pessoas em intervenções que buscam facilitar interações sociais, que vem demonstrado resultados positivos nas intervenções com pacientes.

Lacunias ainda estão presentes no conhecimento sobre como o suporte social oferece proteção ao pacientes inférteis, indícios demonstram que esse possui papel de mediador frente situações de ansiedade prevenindo o surgimento de alterações psicológicas mais profundas, porém muito ainda deve ser pesquisado e avaliado para resultados conclusivos.

A influência da cultura frente à concepção de filhos de cada população estudada para analisar efeitos do suporte social é um fator ainda negligenciado, provavelmente devido à dificuldade de realizar pesquisas em diferentes culturas e relacionar os resultados, contudo, é uma relação que deve ser verificada para possibilitar maior entendimento sobre as necessidades dos pacientes inférteis em diferentes situações. Além disto este estudo possibilitaria compreender melhor o papel protetor ou de fator de risco desta variável sobre a vivência da infertilidade.

Referências Bibliográficas

- Abrão, M. S., Abrão, C. M., Reiss, R. W. e Vasconcelos, E. (2000) Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão, M. S. *Endometriose: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; pp.249-57.
- Aitken, R. J., Buchinghan, D. W. e Brindle, J. (1995) Analysis of sperm movement in relation to the oxidative stress created by leukocytes in washed sperm preparations and seminal plasma. *Human Reproduction*, pp.1061-1071.
- American Society for Reproductive Medicine (2004) Guideline: optimal evaluation of the infertile female. *Fertil and Steril*, pp.169-172.
- Ardenti, R. (1999) Anxiety and perceptive functioning in infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey on an italian samples. *Human reproduction*, pp.3126-3132.
- Barbosa, C. P. e Cordts, E. B. (1998) Endometriomas ovarianos. *Femina*, pp.805-810.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, P. e Tennant, C. (1994) Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. [*Journal of Psychosomatic Research*](#), pp.229-240
- Beck, A. T. e Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

Beckman, L. J. e Houser, B. B. (1982) The Consequences of Childlessness on the Social-psychological Well-being of Older Women. *J Gerontol*, pp. 243-250.

Callan, V. J. e Hennessey, J. F. (1988) Emotional aspects and support in in vitro fertilization and embryo transfer programs. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*.

Carrara, R. C., Yamasaki, R., Bragança, W., Raskin, S., Sartorato, E. L. e Pina-Neto J. M. (2006) Etiologic investigations on male infertility before intracytoplasmatic sperm injection (ICSI). *Genet Couns.*, pp.385-389.

Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S. e Tureck, R. (1992) Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, pp.350-356.

Costa, A. G. e Ludermir, A. B. (2005) Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), pp.73-79.

Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B. e Novaes, M (2008) Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Rev Psiquiatria*, pp.201-210.

De Carvalho, O. F., Ferreira, J. D. J., Silveira, N. A. e Freneau, G. E. (2002). Efeito

oxidativo do óxido nítrico e infertilidade no macho. *Journal Brasileiro de Patologia Médica e Laboratorial*, pp.33-38.

Dobson, H. e Smith, R. (2000) What is stress, and how does it affect reproduction? *Animal Reproduction Science*, pp.743–752.

Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M. e Friedman. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, pp.1158-1163.

Domar, A. D. (2004) Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, pp.271-273.

Eugster, A. e Vingerhoets, A. J. (1999) Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc Sci Med*, pp.575-589.

Farinati, D. M., Rigoni, M. S. e Muller, C. M. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, pp.433-439.

Floor, B., Rooij. V., Balen. F. V. e Hermanns, J. M. A. (2007) Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics e Gynecology*, pp.87-95.

- Furman, I., Devoto, L., Ramos, A., Urmeneta, L., Vantman D. e Fuentes, A. (1997) Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, pp. 9-14.
- Gerrity, D. A. (2001) Five Medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors. *The Family Journal*. Disponível em: <http://tfj.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/2/140>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Science Medical*, 45 (11), 1679- 1704.
- Hruska, K. S., Furth, P. A., Seifer, D. B. e Sharara, F. I. (2000) Environmental Factors in Infertility. *Clin Obstet Gynecol*, pp.821-829.
- Huynh, T., Mollard, R. e Trounson, A. (2002) Selected genetic factors associated with male infertility. *Human Reprod Update*, pp.183-188.
- Jardim, F. C. e Lorenzini, F. (2003) Fatores de risco e prevenção da infertilidade no homem. *Int Braz J Urol*, pp.7-9.
- Kofman, N. & Sheiner E. (2005) Does stress effect male infertility? *Medicine Science*.
- Kucheria, K., Jobanputra, V., Talwar, R., Ahmad, M. E., Dada, R., e Sivakumaran, T. A. (2003) Human molecular cytogenetics: diagnosis, prognosis, and disease management. *Teratog Carcinog Mutagen*, pp.225-233.

- Lewis, R. (2004) *Genética Humana: conceitos e aplicações*. Quinta edição. Editora Guanabara Koogan S.A.
- Low, W. Y., Edelman, R. J. e Sutton, C. (1993) A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, pp.111-116.
- Maegawa, G. H. B. e Centa, L. J. R. (2000) Aspects of the masculine factor in the infertility. *Família Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, pp.7-12.
- [Matsubayashi, H.](#), [Hosaka, T.](#) [Izumi, S.](#), [Suzuki, T.](#), [Konso, A.](#) e [Makino, T.](#) (2004) Increased depression and anxiety in infertile japanese women resulting from lack of husband's support And feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*, pp. 398-404.
- Miranda, F. E. e Moreira, J. O. (2006) A infertilidade feminina na pós-modernidade: entre o narcisismo e a tradição. Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, (EDUFSC), pp. 183-197.
- Moosavifar, N., Behdani, F., Soltanifar, A. & Hebrani, P. (2008) The Effect of depression and Anxiety on the Outcome of Assisted Reproductive Technology (ART). Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
- Moreira S, N. T., Lima, J. G., Sousa, M. B. C. e Azevedo, G. D. (2005) Estresse e função reprodutiva feminina. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, pp. 119-

125.

Palácios, E. e Jadresic, E (2000) Aspectos Emocionales En La Infertilidad: Una Revisión de la Literatura Reciente. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatria*, pp.94-103.

Pasqualotto, F. F. (2007) Investigação e reprodução assistida no tratamento da infertilidade masculina. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetricia*, pp.103-112.

Peterson, B. D., Gold, L. e Feingold, T. (2007) The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal*, pp.251.

Quallich, S. (2006) Examining Male Infertility. *Urol. Nurs.*, pp.277-288.

Queiroz, E. K. R. e Waissmann, W. (2006) Occupational exposure and effects on the on the male reproductive system. *Cad Saude Publica*, pp.485-493.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M e Jafarabadi, M. (2004) A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*.

Sabatelli, M. R., Meth, R. L. e Gavazzi, S, M. (1988) Factors Mediating the Adjustment to Involuntary Childlessness. *Family Relations*, pp. 338-343.

Schiavini, J. L. (2004) *Guia pr tico de urologia, capítulo 39 – Uretrites*, pp. 231-235.

Disponível em: www.sbu-mg.org.br/guia/guiapratico2039.pdf Acessado em:
Janeiro de 2010.

Shefi, S., e Turek, P. J. (2006) Definition and current evaluation of subfertile men. *Int Braz J Urol.*, pp.385-97.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. e Boivin, J (2005) Does infertility cause marital benefits? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counselling*, pp.244-251.

Schuppe, H. C, Wieneke, P., Donat, S., Fritsche, E., Köhn, F. M. e Abel, J. (2000) Xenobiotic metabolism, genetic polymorphisms and male infertility. *Andrologia*, pp.255-262.

Souza, S. L. *Expressão psicossomática na infertilidade conjugal: investigação dos processos de enfrentamento durante o diagnóstico*. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo – 2005

Sreshthaputra, O. (2008) Gender Differences in Infertility-Related Stress and the Relationship between Stress and Social Support in Thai Infertile Couples. *J Med Assoc Thai*.

Trindade, Z. A. e Enumo, S. R. F. (2002) Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Revista de Psicologia USP*, São Paulo, pp.151-182.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaimaat, F. W. e Braat, D. D. (2007) Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*, pp.27-36.

World Health Organization, WHO (1999) *Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.

CAPÍTULO II

Suporte social, depressão e ansiedade em pacientes com infertilidade

Social support, depression e anxiety in patients with infertility

Resumo

A busca pelo tratamento da infertilidade tem aumentado nos últimos tempos devido a mudanças no meio que vivemos e nas nossas práticas culturais. Alterações psicológicas como a ansiedade e depressão são comumente encontradas nessa população muitas vezes influenciando o tratamento desta doença. Neste artigo examinam-se níveis e correlações entre depressão, ansiedade e suporte social, através da aplicação de três instrumentos, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Suporte Social em 148 pacientes fazendo tratamento para infertilidade, enfatizando a importância do suporte social como possível fator de proteção para essa população. Os resultados mostram baixos níveis de ansiedade e depressão na amostra e correlação inversa entre essas alterações e o suporte social não foram encontradas. Hipóteses são discutidas para compreensão desses resultados.

Palavras-chave: infertilidade, depressão, ansiedade e suporte social.

Abstract

The search for infertility treatment has increased in recent years due to changes in the way we live and our cultural practices. Psychological problems like anxiety and depression are common in this population often influencing this disease. In this article we examine levels and correlations between depression, anxiety and social support through the application of three instruments, the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Social Support Scale in 148 patients receiving treatment fertility, emphasizing the importance of social support as a possible protective factor for this population. The results show low levels of anxiety and depression in the sample and an inverse correlation between these changes and social support were not found. Hypotheses are discussed to understand these results.

Keywords: infertility, depression, anxiety and social support.

Segundo a Academia Americana de Medicina Reprodutiva (ASMR) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é definida como a incapacidade de um casal conseguir uma gravidez após doze meses de relações sexuais frequentes sem proteção anticoncepcional. Ela é dita primária quando se refere a casais que nunca tiveram filhos e secundária quando já ocorreu pelo menos uma concepção, mas atualmente o casal não consegue novamente uma gestação (Ribeiro Júnior, Arruda, Silva & Moura, 2009).

O estresse e a angústia vivenciados pelos casais com problemas de infertilidade prejudicam a adaptação social e afetiva. Para muitos casais, a inabilidade de gerar uma criança é uma tragédia. As expectativas pessoais, interpessoais, sociais e religiosas causam a sensação de fracasso, perda e exclusão. Segundo Moreira, Lima, Sousa e Azevedo (2005) são comuns sentimentos depressivos decorrentes da infertilidade e problemas no relacionamento familiar e social.

As repercussões negativas da experiência da infertilidade nos aspectos emocionais dos pacientes são presenciadas na prática pelo surgimento de transtornos emocionais como depressão e de ansiedade.

Visando analisar a relação entre presença destes transtornos e a infertilidade Moosavifar (2008) realizou um estudo numa população de 300 mulheres inférteis utilizando o Inventário Beck de Depressão (BDI) para verificar o nível de depressão, verificou-se que 53% das mulheres da sua amostra podiam ser classificadas como portadoras desse transtorno em níveis leves a severos. Em Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel e Friedman (1992) também utilizando o BDI, verificou-se que 36% das 338 mulheres com infertilidade estudadas apresentavam escores pertinentes para o diagnóstico de um transtorno depressivo.

Em outro estudo Domar (2004) analisando os níveis de depressão e ansiedade

em 149 mulheres inférteis norte americanas verificou que estas tinham altos níveis dessas alterações, comparáveis com os níveis de depressão e ansiedade de mulheres possuidoras de doenças cardíacas, câncer ou HIV.

Chen, Chang, Tesai e Juang (2004) relataram que 26,8% das 112 mulheres que buscavam tratamento para a infertilidade em uma clínica na China foram diagnosticadas com depressão e 28,6% com ansiedade.

Assim os dados demonstram que a infertilidade é uma situação de vulnerabilidade para o surgimento de complicações psicológicas. Peterson, Gold e Feingold (2007) relatam que esta se configura como uma situação estressora que obriga os pacientes questionarem valores antigos e o que é realmente importante para eles. Nesse momento o processo de adaptação poderá ser mais conflituoso se a concepção do casal frente à maternidade e paternidade for rigorosamente o sinônimo do fenômeno biológico da concepção.

As mulheres inférteis, além de terem que adaptar suas expectativas pessoais passam por mudanças drásticas em suas redes sociais. Sentem-se excluídas das experiências comuns da gravidez e parto vividas pela maioria das mulheres. Amizades antigas são alteradas após a gravidez e parto das amigas, sentimentos de inveja e culpa ocorrem com frequência (Peterson, Gold & Feingold, 2007). Assim, devido ao cunho social que criar e ter filhos em muitos aspectos a infertilidade é uma experiência mais estressora para a mulher que para o homem (Greil, 1997).

Ao experimentar essa situação, a rede sócio familiar da paciente é de grande importância, podendo funcionar como elemento de diminuição do sofrimento. A presença de apoio social está associada com maior qualidade de vida global e as intervenções psicológicas, educativas e sociais parecem melhorar o bem-estar e a vida

das pessoas com problemas de fertilidade e facilitar o envolvimento do homem no tratamento (Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludermir & Novaes, 2008).

A importância do apoio social é demonstrada na pesquisa realizada por Connolly, Edelman, Cooke e Robson (1992) aonde os autores analisaram as relações conjugais de 130 casais inférteis e verificaram que pacientes com relações conjugais estáveis, que diziam receber o apoio necessário dentro do relacionamento e tinha o seu cônjuge ou companheiro como a principal fonte de apoio não apresentavam altos escores de ansiedade ou depressão.

Na relação suporte social e doença/saúde tem se visto que a sensação de isolamento e exclusão pode aumentar a suscetibilidade do indivíduo para enfermidades e até comprometer o sistema de defesa do corpo. Costa e Ludermir (2005) relatam que a presença do apoio social apresenta possibilidade do indivíduo de lidar com os eventos e condições estressoras, funcionando como agente protetor contra transtornos como depressão e ansiedade. Desta forma, sentir-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, possibilitando uma melhor adaptação a circunstâncias particulares e aos efeitos dos eventos vitais produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menores conseqüências negativas para o indivíduo (Schneider & Ramires, 2007).

O presente estudo tem como objetivo verificar as possíveis relações entre depressão, ansiedade e apoio social em pacientes recebendo tratamento para infertilidade numa clínica pública de reprodução humana.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 148 sujeitos, de uma clínica pública de tratamento de infertilidade. A amostra obedeceu ao critério de conveniência e os participantes tinham idades compreendidas entre 20 e 51 anos (media de 33,5 anos, DP = 6,5).

Materiais

Para medir a percepção de *Apoio Social* foi utilizada a Escala de Apoio Social desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) para o *Medical Outcomes Study* (MOS) e adaptada para a população brasileira por Griep (2003) e Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) em seu estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro.

O instrumento é composto por perguntas relativas aos dados sócio-demográficos e 19 questões baseadas na instrução “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém...*” as quais os participantes deveriam responder assinalando uma das cinco repostas possíveis para cada questão utilizando uma escala Likert de cinco pontos que variava de 1 (nunca) a 5 (sempre). Na versão brasileira é possível discriminar três dimensões de apoio avaliadas: interação social positiva/apoio afetivo; apoio emocional/de informação e apoio material sendo o coeficiente alpha de Cronbach igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

Para medir a ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988). O inventário é composto de 21 itens relacionados à presença de sintomas ansiosos, para cada item o sujeito deve escolher um

dentre quatro níveis, variando de 0 a 3. Na adaptação brasileira (Cunha, 2001) os critérios para a classificação dos níveis de intensidade dos sintomas ansiosos são: 0 a 9 padrão; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado e 30 a 63 severo. Segundo Cunha (2001), a população em geral apresenta escore total entre 18 e 19 pontos e em sua adaptação para o Brasil, encontrou um coeficiente alfa de 0,82 para o BAI.

Para a avaliação de sintomas *depressivos* foi usado o Inventário Beck de Depressão - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), tradução de Cunha (2001). O inventário é composto por 21 itens que avaliam sintomas característicos de depressão, para cada item o sujeito deve escolher um dentre quatro níveis, variando de 0 a 3. Na adaptação brasileira (Cunha, 2001) os critérios para a classificação dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos são: 0 a 11 padrão; 12 a 19 leve; 20 a 35 moderado e de 36 a 63 severo. Segundo Cunha (2001), a população em geral apresenta escore total entre 18 e 19 pontos e em sua adaptação para o Brasil, encontrou um coeficiente alfa de 0,82 para o BDI.

Os níveis de depressão e ansiedade foram divididos conforme a classificação de Cunha (2001) para a população brasileira.

Procedimento

Foi realizado o contato com a instituição e após o consentimento da Direção foram programadas as aplicações dos questionários em dias e horários pré-fixados. No ato da aplicação os participantes eram informados dos objetivos da pesquisa e que sua participação era voluntária. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregavam-se três folhas, uma com a escala de Apoio Social, uma com o inventário de Ansiedade e outra com o de Depressão. O tempo de aplicação era

livre consistindo em média em 15 a 20 minutos de aplicação. A pesquisa seguiu as orientações para pesquisa com seres humano conforme preconizado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 12.0 para Windows. Foram realizados a análise descritiva dos dados e para verificar se haviam correlações entre os níveis de depressão, ansiedade e suporte social obtidos pelos inventários de Beck e a escala de Suporte Social foi realizado o teste de Sperman, já que os dados não formam uma relação linear e sim uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, foram consideradas significativas às diferenças de médias estabelecidas a um nível de $p \leq 0,05$.

Resultados

A análise descritiva dos dados sócio-demográficos dos participantes revelou que dos 148 pacientes 77,7% (115) eram mulheres e 22,3% (33) eram homens. A idade média foi de 33,5 sendo o desvio padrão de 6,5; dos 148 pacientes 77,0% (114) possuíam ensino médio completo e 92,6% (137) são casados.

Um total de 92,6% (137) não relataram doença crônica, 52,7% (78) relataram praticar algum tipo de atividade física, 65,5% (97) relataram seu estado de saúde como normal, 10,1% (15) como boa e 11,5% (17) como ótima.

Um total de 100% (148) da amostra relatou que residem com pelo menos mais uma pessoa, sendo que 7,4% (11) com familiares ou amigos, 33,8% (50) esposo/esposa, 3,7% (5) com filhos, 47,3% (70) esposo/esposa e filhos.

Para definirmos os três níveis de suporte social entre baixo, médio e elevado foi realizado o cálculo dos quartis 25, 50 e 75. O quartil 25, primeiro quartil que inclui 25%

dos valores mais baixos ficou situado entre os escores de 48 pontos e menores. O quartil 50 ou quartil mediano incluindo 50% dos valores médios ficou situado entre 49 e 66 pontos. O quartil 75, correspondente ao terceiro quartil incluindo 25% dos valores mais altos da amostra ficou situado entre os escores de 67 pontos e acima. Foram encontrados na amostra os seguintes escores 26,7% de nível baixo, 46,7 % de nível médio e 26,6% de nível elevado de suporte social.

Tabela 1: Níveis de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) em pacientes com infertilidade.

Transtornos/níveis	Depressão	Ansiedade
	%	%
Padrão	73,0	69,1
Leve	27,0	17,6
Moderado	-	9,6
Severo	-	3,7
Total	100,0	100,0

Os níveis de depressão e ansiedade encontrados foram 73,0% de nível padrão no BDI e 69,1% padrão no BAI, sendo que estes níveis não possuem sintomatologia que se enquadre na classificação da presença de um transtorno emocional. Os níveis leves foram de 27,0% de BDI e 17,6 % de BAI. Os níveis moderado e severo de ansiedade foram de 9,6% e 3,7% respectivamente. Não foram encontrados níveis moderado ou severo de depressão na amostra estudada (Tabela 1).

Tabela 2. Comparação de média entre apoio social total, ansiedade e depressão por sexo, utilizando a técnica de *t-student*.

Observam-se diferenças significativas nas médias de apoio social total e

Variável	Sexo		t	P
	Masculino	Feminino		
	m (DP)	m (DP)		
Apoio Social Total	51,52(13,82)	57,67(13,19)	-2,14	0,04
Ansiedade	6,25(5,41)	9,74(7,65)	-2,77	0,01
Depressão	7,17(3,36)	7,31(4,09)	-0,18	0,86

ansiedade entre mulheres e homens. Em ambos os casos foram às mulheres aquelas que apresentaram médias significativamente mais altas do que os homens ($t = -2,14$ e $p = 0,04$; $t = -2,77$ e $p = 0,01$, para apoio social e ansiedade respectivamente). Estes dados indicam que as mulheres em tratamento para infertilidade percebem significativamente mais apoio social ao mesmo tempo em que relatam significativamente mais comportamentos ansiogênicos que os homens (Tabela 2).

Tabela 3: Correlação de Spearman entre testes de Suporte Social, BAI e BDI em pacientes com infertilidade.

	Suporte Social	BAI	BDI
Suporte Social	_____	-0,08	-0,09
BAI	-0,08	_____	0,46**
BDI	-0,09	0,46**	_____

**Correlação é significativa em 0,01 nível (2-cauda).

Não verificamos correlação significativa entre os testes BDI e BAI e o teste de Suporte Social.

Houve correlação significativa entre os testes BAI e BDI, ou seja, entre depressão e ansiedade, significando que os pacientes que apresentam sintomas de ansiedade, têm maior probabilidade de também apresentarem sintomas depressivos

(Tabela 3).

Devido à alta porcentagem de pacientes que relatavam já ter tido filhos em situação prévia foi realizada a comparação de média usando a técnica de t student e não foram encontradas diferenças significativas nas médias de ansiedade e depressão nos grupos de pessoas em tratamento para infertilidade com e sem filhos.

Discussão

Os resultados obtidos não mostram altos níveis de ansiedade e depressão na amostra de pacientes inférteis se diferenciando de vários estudos onde esses níveis foram encontrados acima da média populacional (Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel & Friedman, 1992; Domar, 2004; Chen, Chang, Tesai & Juang, 2004; Moosavifar, 2008). Porém, a análise da ansiedade e depressão relativa ao sexo demonstra que apesar dos baixos níveis encontrados as mulheres apresentam as maiores taxas de ansiedade quando comparadas aos homens, achados semelhantes a Greil, (1997).

Um dos possíveis fatores levantados como possível influência nos baixos níveis de ansiedade e depressão encontrados em nosso estudo, é o fato que 50% desses pacientes relataram já possuírem filhos, fenômeno chamado de infertilidade secundária, um dos conjugues ou o casal já conceberam um filho e em outra tentativa não conseguem fazê-lo novamente. Porém, a análise não demonstrou diferenças significativas nos níveis de depressão e ansiedade entre os pacientes sem filhos e aqueles que a paternidade/maternidade já foi realizada numa situação prévia.

Devemos salientar que 87,1% da amostra em nosso estudo consideram sua saúde normal (65,5%), boa (10,1%) e ótima (11,5%). A impossibilidade de conceber um filho de maneira natural, não é considerada pelos pacientes como algo um problema de saúde que afeta diretamente sua concepção de ser uma pessoa saudável.

E apesar das análises não terem demonstrado relação entre os níveis de suporte social, ansiedade e depressão, altos níveis de apoio social foram encontrados. Duas características da amostra podem contribuir para esses resultados. A primeira característica é que 92,6% da nossa amostra são casados, a segunda e que 100% dos participantes residem com pelo menos uma pessoa, esses fatores parecem influenciar positivamente na quantidade de suporte social disponível (Connolly, Edelman, Cooke

& Robson, 1992; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

Outro fator averiguado pelo nosso estudo é o fato que 77,7% dos participantes da nossa amostra são do sexo feminino, confirmando dados encontrados na literatura sobre a dificuldade de inclusão do homem no tratamento de infertilidade do casal, mesmo este tendo probabilidade igual de ser a causa de infertilidade dentro da unidade em tratamento (ASRM, 2007). Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludermir e Novaes (2008) relatam a falta de participação masculina e ressaltam a influência dos aspectos culturais, como os papéis masculinos e femininos frente à concepção de ser pai e ser mãe e as respectivas sexualidades inseridas nesse contexto podem dificultar a adesão do paciente masculino.

A dificuldade de assumir a possibilidade de infertilidade, devido à carga negativa gerada para a percepção do homem sobre si, pois o mesmo tende a associar a sua infertilidade (incapacidade de gerar um filho) com a impotência (incapacidade masculina para a cópula), é fator importante e deve ser considerado para a intervenção apropriada nos casais que buscam o atendimento.

Conclusão

Um diagnóstico de infertilidade pode ser considerado como um fator gerador de estresse já que sinaliza a possibilidade de que o casal não venha a ter filhos. Porém os dados encontrados neste estudo demonstram que a maioria daqueles que estão enfrentando a situação de infertilidade não apresentam alterações psicológicas mais severas quando analisados níveis de depressão e ansiedade e encontram formas de se adaptar a experiência sem terem seu funcionamento afetado de maneira negativa. Esses

pacientes também relatam altos níveis de suporte social, e hipóteses de que este serviria como fator de proteção para surgimento de patologias não foram confirmadas.

Os dados obtidos também mostram a necessidade de que os pacientes e a sociedade entendam melhor a infertilidade já que o processo de baterias de exames, recomendações especiais e tratamento medicamentoso existe para lidar com uma problemática que possui cunho biológico e a não associação da infertilidade como um problema de saúde requer averiguações futuras e uma educação social sobre esta patologia é necessária principalmente para aumentar a participação da população masculina no processo do diagnóstico e tratamento como em pesquisas na área.

Referências Bibliográficas

- Academia Americana de Medicina Reprodutiva (ASMR) (2004) Guideline: optimal evaluation of the infertile female. *Fertil and Steril*, pp.169-172.
- Beck, A., Brown, G., Epstein N. & Steer, R. A. (1988) G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.**
- Beck, A. T., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression, **Archives of General Psychiatry**
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tesai, C. F. e Juang K. D. (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic, pp. 2313-2318.
- Connolly, K. J., Edelman, R. J., Cooke, I. D. e Robson, J. (1992) The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, pp.459-468 .
- Costa, A. G. e Ludermir, A. B. (2005) Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, pp.73-79.
- Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B. e Novaes, M. (2008) Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista Psiquiatria*, pp.201-210.
- Domar, A. D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, pp.271-273.
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M. e Friedman (1992) The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, pp.1158-1163.
- Gerrity, D. A. (2001) Five Medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors, *The Family Journal*.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Science Medical*, 45 (11), 1679- 1704.
- Griep, R. H. (2003) *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. e Lopes, C. S. (2005) Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, pp.703-714.

Moosavifar, N., Behdani, F., Soltanifar, A. & Hebrani, P. (2008) The Effect of Depression and Anxiety on the Outcome of Assisted Reproductive Technology (ART). Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Moreira S, N. T., Lima, J. G., Sousa, M. B. C. e Azevedo, G. D. (2005) Estresse e função reprodutiva feminina. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, pp. 119-125.

Peterson, B. D., Gold, L. e Feingold, T. (2007) The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal*.

Ribeiro Júnior, C. L., Arruda, J. T., Silva, C. T. X. e Moura, K. K. V. O. (2009) Analysis of p53 codon 72 gene polymorphism in Brazilian patients with endometriosis. *Genet. Mol. Res.*, pp.494-499.

Schneider, A. C. N., e Ramires, V. R. R. (2007) Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, pp.95-108.

Sherbourne, C. D. e Stewart, A. L., (1991) The MOS social support survey. *Soc Sci Med.*, pp.705-714.

Sreshthaputra, O. (2008) Gender Differences in Infertility-Related Stress and the Relationship between Stress and Social Support in Thai Infertile Couples. *J Med Assoc Thai*.

World Health Organization, WHO (1999) *Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.