

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

INFERTILIDADE: REPERCUSSÕES NO PSQUIISMO E NA VIDA DAS
MULHERES DURANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MARIA DO CARMO VIEIRA DA CUNHA

RECIFE
2008

MARIA DO CARMO VIEIRA DA CUNHA

INFERTILIDADE: REPERCUSSÕES NO PSQUIISMO E NA VIDA DAS
MULHERES DURANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Neuropsiquiatria da Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção do título de
Mestre.

Orientador: Prof. Dr. João Alberto Carvalho
Co-Orientadora: Profa. Dra. Ana Bernada
Ludemir

RECIFE

2008

Cunha, Maria do Carmo Vieira da
Infertilidade: repercussões no psiquismo e na
vida das mulheres durante o diagnóstico e tratamento
/ Maria do Carmo Vieira da Cunha. – Recife: O Autor,
2008.

96 folhas: il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e ciências do
comportamento, 2008.

Inclui bibliografia, anexos.

1. Infertilidade feminina. 2. Esterilidade-
aspectos psicológicos. 3. Sexualidade. I.Título.

618. 177

618. 178

CDU (2.ed.)

CDD (22.ed.)

UFPE

CCS2008-129

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DA MESTRANDA MARIA DO CARMO VIEIRA DA CUNHA**

No dia 22 de agosto de 2008, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Luiz Alberto Hetem, Doutor Professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo; Rivaldo Mendes de Albuquerque, Doutor Professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda MARIA DO CARMO VIEIRA DA CUNHA, sobre a sua Dissertação intitulada "INFERTILIDADE: REPERCUSSÕES NO PSQUIZISMO E NA VIDA DAS MULHERES DURANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. Luiz Alberto Hetem

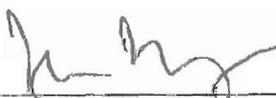
Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

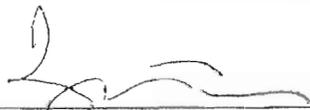
APROVADA

Aprovada

APROVADA



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Luiz Alberto Hetem



Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes, que estimulam minha
fertilidade intelectual, favorecendo pensar,
aprender e sonhar todos os dias

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Thales e também a Uirá e Yuna, pelo amor de todos os dias;

Ao meu marido Roberto, pelo apoio incondicional e as constantes leituras e contribuições;

À Suzana, minha irmã, pelo exemplo de vida e Maria Luiza minha mãe, por tudo;

Aos orientadores Professor Dr. João Alberto de Carvalho e Professora Dr^a. Ana Bernada Ludermir, pelos ensinamentos.

Ao Professor Dr Rivaldo Mendes, que me acolheu sem reticências, apesar de nossos referenciais teóricos diferentes, e por sua capacidade de lidar com o diferente;

Aos colegas Amauri Cantilino, Carla Novaes, Conceição, Joaquim Costa, José Francisco Albuquerque, José Vieira, Ladjane Araújo, Valdmiro Diegues, Vânia Ramos e Vera Facundes, pelo companheirismo, troca de experiências e apoio constante.

Aos coordenadores, professores e funcionários do mestrado, especialmente professor Murilo D. da C. Lima e Solange Martins, parceiros nesta experiência de crescimento profissional

Às pacientes, que me permitiram compreender um pouco mais a dor da infertilidade e a capacidade de superá-la;

Aos colegas dos ambulatórios de esterilidade do HAM, CISAM e IMIP, que nos encaminharam as pacientes, pela confiança e apoio à nossa pesquisa.

Aos colegas Moacir Novaes e Taciana Padilha e aos funcionários do núcleo de pós-graduação do HUOC pelo estímulo e suporte;

À Helena Parahyba, do HUOC, que proporcionou as condições para que mantivéssemos o atendimento das pacientes enviadas pelos ambulatórios de referência.

À Patrícia Silva, bibliotecária do CREMEPE, pela dedicação, disponibilidade e colaboração.

À Paula Rocha e Tereza Barreto Campello incentivadoras de primeira hora;

Aos colegas do Círculo Psicanalítico de Pernambuco, onde sempre encontro oportunidade de trocas intelectuais estimulantes;

Aos colegas que trabalham com Reprodução Humana e que direta ou indiretamente colaboraram com nossa pesquisa.

“Digo, meu filho, digo sério que mesmo ferida e arruinada te espero. Como dói a cintura que será teu primeiro berço! Quando chega, meu filho, quando?”.

Yerma em *Yerma* de Federico Garcia Lorca

RESUMO

O diagnóstico da infertilidade pode ser algo devastador na vida de um casal. Muitas mulheres inférteis percebem a situação como algo estigmatizante, causador de sofrimento psíquico e isolamento social. O estudo objetivou determinar as variáveis econômicas, demográficas, interpessoais, sociais, laborativas, de relacionamento sexual e também a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), na população de mulheres atendidas nos ambulatórios de referência de esterilidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e encaminhadas ao Ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC). A pesquisa foi transversal, conduzida durante o ano de 2007, com um total de 60 pacientes, que responderam a dois questionários auto-aplicáveis: O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e um outro formulado pela pesquisadora. Das 60 mulheres pesquisadas, 55,0% tinham 31 anos ou mais. A prevalência total dos TMC foi de 53,3%, sendo que a ocorrência de TMC foi bem mais elevada entre as pacientes que tinham 31 anos ou mais do que entre as que tinham até 30 anos (66,7% x 37,0%). As pacientes que não evitavam situações sociais que podiam causar desconforto emocional e ansiedade apresentaram maior incidência de TMC. Destaca-se também que o percentual de pacientes com TMC foi mais elevado entre as que tinham modificado o rendimento no trabalho (85,0% x 37,5%), entre as que tinham modificado o interesse no trabalho (71,4% x 43,6%) e entre as que achavam que não valia à pena trabalhar (84,2% x 39,0%). A maioria (71,7%) afirmou não ter prazer atualmente no ato sexual. A qualidade da relação sexual antes da busca pelo ambulatório era ruim/regular para 30,0% das pacientes e boa/ótima para 70,0%. Após a busca pelo ambulatório, a qualidade da relação sexual classificada como ruim/regular subiu para 56,7% e a classificada como boa/ótima caiu para 43,3%. A prevalência elevada dos TMC e sua associação com enfrentamento social, com a qualidade do relacionamento sexual e com o trabalho, embasa a necessidade de atendimento interdisciplinar a estas pacientes, incluindo um profissional de saúde mental. Nossos dados confirmam a importância do apoio social e da inclusão dos homens no processo de avaliação da infertilidade. Além disso reforça a necessidade de trabalhos informativos, inclusive junto aos profissionais de saúde, para diminuir as tensões emocionais causadas pela infertilidade, reduzindo dessa forma os custos emocionais e sociais.

Palavras-chaves: infertilidade. Sexualidade. Apoio Social. Condições laborativas. Estigma

ABSTRACT

A diagnosis of infertility may be somewhat devastating in the life of a couple. Many infertile women perceive the situation as stigmatizing, a cause of psychic distress and social isolation. The aim of this study was to determine the economic, demographic, interpersonal social and work variables, those of sexual relationships, and the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) population of women seen in the reference hospitals for infertility, Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Amaury de Medeiros Integrat Health Centre (CISAM) and the Child Institute of Pernambuco (IMIP), and referred to the Mental Health in Human Reproduction Outpatient Clinic at Oswaldo Cruz University Hospital (HUOC). This was a cross-sectional study, conducted during the year 2007, with a total of 60 patients, who answered two self-reporting questionnaires: the Self-Reporting Questionnaire SRQ-20 and the questionnaire designed by the researcher. Of the 60 women studied, 44% were age 31 or more. The overall prevalence of CMD was 53.3%, these disorders being much more common among the women aged 31 or more than among those aged 30 or less (66.7% vs. 37.0%). The patients who avoided social situations that could cause emotional discomfort and anxiety presented a higher in those whose yield at work (85.0% vs. 37.5%) and interest in their work (71.4% vs. 43.6%) had changed and among those who felt it was not worth working (84.2% vs. 39.0%). The majority (71.7%) stated that they currently derived no pleasure from sexual intercourse. The quality of sexual relation prior to seeking treatment at the outpatient clinic was fair/poor for the patients and good/ excellent for 70.0%. After attendance at the outpatient clinic the percentage of those rating their sexual relationship as fair/poor rose to 56.7% and the percentage rating it as good/excellent fell to 43.3%. The high prevalence of CDM and their association with social coping, the quality of the sexual relationship and work underlies the need for an interdisciplinary approach in dealing with these patients, including a mental health professional. Our data confirm the importance of social support and the inclusion of men in the infertility evaluation process. In addition, it reinforces the need for informative work, with the participation of health professionals, in order to lessen the emotional tensions caused by infertility, thereby reducing the emotional and social costs.

Keywords: infertility; sexuality; social support; working conditions; stigma.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E RELATIVAS AO TEMPO DE UNIÃO CONJUGAL.....	50
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS SEGUNDO O NÚMERO DE CASAMENTOS ANTERIORES (MULHERES E PARCEIROS), NÚMERO DE FILHOS (MULHERES E PARCEIROS), NÚMERO DE FILHOS ADOTIVOS E QUEM MAIS “DESEJA TER FILHOS”.....	51
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS RELATIVAS À AUTOPERCEPÇÃO DA DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR, AOS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR, AO TEMPO DE ATIVIDADE SEXUAL SEM MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, AO TEMPO DE TRATAMENTO (ATUAL) E AO NÚMERO DE TRATAMENTOS ANTERIORES.....	52
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS RELATIVAS AO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE INFERTILIDADE, À AUTOPERCEPÇÃO APÓS O DIAGNÓSTICO, AO MOMENTO DE MAIOR TENSÃO E AOS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A SI MESMA APÓS A AUTOPERCEPÇÃO DE INFERTILIDADE.....	53
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS REFERENTES À PERCEPÇÃO DE MODIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM RELAÇÃO A ELAS, EVITAÇÃO DE LUGARES ONDE PODERIAM SER QUESTIONADAS POR NÃO TER FILHOS, EVITAÇÃO DE LUGARES ONDE HOUVESSE MULHERES GRÁVIDAS E CRIANÇAS E À PERCEPÇÃO DE QUESTIONAMENTO PELAS PESSOAS DA LEGITIMIDADE DO CASAMENTO.....	54
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS RELATIVAS AOS DADOS LABORATIVOS: RENDIMENTO, INTERESSE E VALORAÇÃO DO TRABALHO.....	55
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES PESQUISADAS POR VARIÁVEIS RELATIVAS AOS DADOS DO RELACIONAMENTO SEXUAL.....	56
TABELA 8 – PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS.	58
TABELA 9 - PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS: NÚMERO DE CASAMENTOS, FILHO DE OUTROS CASAMENTOS, FILHOS ADOTIVOS, AUTOPERCEPÇÃO DA DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR E TEMPO DE ATIVIDADE SEXUAL COM OBJETIVO DE PROCRIZAR.....	59
TABELA 10 - PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS: TEMPO E NÚMERO DE TRATAMENTOS ANTERIORES, DIAGNÓSTICO FIRMADO DE INFERTILIDADE, AUTOPERCEPÇÃO APÓS O DIAGNÓSTICO, MOMENTO DE MAIOR TENSÃO DURANTE O ACOMPANHAMENTO.....	60

TABELA 11 - PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS DO RELACIONAMENTO SOCIAL	61
TABELA 12 - PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS: RENDIMENTO DO TRABALHO, INTERESSE NO TRABALHO, VALORAÇÃO DO TRABALHO.....	62
TABELA 13 - PREVALÊNCIA DE TMC SEGUNDO AS VARIÁVEIS: PRAZER NO ATO SEXUAL E QUALIDADE DA RELAÇÃO SEXUAL ANTES E APÓS A PROCURA PELO AMBULATÓRIO.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CISAM - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HAM - Hospital Agamenon Magalhães

HUOC - Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco

MPM - Morbidade Psiquiátrica Menor

OMS - Organização Mundial de Saúde

SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire 20

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UPE - Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	13
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	18
CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA.....	20
1 INFERTILIDADE.....	21
1.1 Diagnóstico e Aspectos Epidemiológicos.....	21
1.2 Aspectos Socioculturais.....	23
1.3 Aspectos Psicológicos.....	30
CAPÍTULO III – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
1 METODOLOGIA.....	44
1.1 Local do Estudo.....	44
1.2 Sujeitos.....	44
1.3 Instrumentos.....	44
1.4 Procedimentos.....	45
1.5 Análise Estatística dos Dados.....	46
1.6 Aspectos Éticos e Legais.....	47
1.7 Aspectos Éticos.....	47
CAPÍTULO IV – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
1 RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	64
1 DISCUSSÃO.....	65

2 CONCLUSÕES.....	74
3 RECOMENDAÇÕES.....	75
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
5 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	84
6 ANEXOS.....	90
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	91
ANEXO B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	92
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SRQ 20.....	97

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O diagnóstico da infertilidade pode ser algo devastador na vida de um casal. Segundo Costa e Nehemy (1991) 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. Estes autores ressaltam que a sociedade, e até a medicina, sempre deu mais atenção às doenças que apresentam lesões visíveis, que justifiquem preocupações e tratamento. Melamed et al. (2000) resalta o conceito de saúde da OMS (1947) como um estado completo de bem estar físico e mental e não somente ausência de enfermidade ou doença, considerando assim que os pacientes inférteis encontram-se com a saúde comprometida.

Gonzalez et al (1994) afirmam que a repercussão psicológica está presente na maioria dos casais com transtornos da fertilidade e que pode mesmo ser causa da esterilidade em 5% dos casos. No estudo desses autores, a reação psicológica mais frequentemente identificada foi a ansiedade, que se associou à disfunção sexual.

Carvalho et al. (1987), numa pesquisa para definir a incidência de fatores etiológicos da esterilidade, realizada na Escola Paulista de Medicina com 255 pacientes previamente estéreis que engravidaram após tratamento, concluíram que o fator psicodinâmico é importante.

Guzmán, et al. (1984) pesquisaram 352 mulheres inférteis e encontraram várias manifestações psicopatológicas, sendo a mais freqüente a depressão, que atingia 52% da amostra. Detectou também sentimentos de baixa auto-estima, inferioridade, inutilidade como mulher, solidão e abandono. Encontraram ansiedade em 14 mulheres; em 13 mulheres detectaram frustração e tristeza; em 4, mal-estar psicológico indefinido; em 3, inveja de outras mulheres; em 3, sentimentos de culpa; em 2, temor de ser abandonada. Em 11% (37 casos)

encontrou problemas de relacionamento decorrentes da infertilidade, como ameaças de separação.

Miranda et al. (1995), ao entrevistarem 15 mulheres inférteis, observaram alguns sentimentos expressos espontaneamente, como temor, ansiedade, frustração, solidão e pena. Outros sentimentos ainda foram detectados, como raiva e culpa.

Wilson e Kopitzke (2002) mostraram que apesar da paternidade e maternidade não serem uma parte essencial do desenvolvimento da identidade, a expectativa de tornar-se pai ou mãe é parte essencial da identidade do casal.

Casais inférteis comumente expressam sentimentos de terem defeitos ou serem incompletos. O retardo, e mais ainda os fracassos da concepção, mobilizam angústia ao privar o casal da condição universal de gerar. Os membros do casal infértil muitas vezes experimentam sentimentos de estarem presos infinitamente na infância, sentindo-se deficientes diante dos “normais”. Ao buscar tratamento transferem para os profissionais a esperança sobre a filiação, delegando a um terceiro a função de gerar e desencadeando dessa forma a emergência de uma série de conflitos psíquicos.

Greil (1997) fez uma revisão crítica dos trabalhos realizados sobre o tema desde 1980, mostrando diversos equívocos nas pesquisas que procuram encontrar os correlatos psicológicos da infertilidade. Conclui que os resultados contraditórios encontrados são devidos em parte a falhas das amostras estudadas e erros metodológicos, mas ressalta também o papel das deficiências teóricas. Afirma que não se pode mais dizer que o impacto psicológico da infertilidade é uma área negligenciada pelos pesquisadores, embora problemas conceituais e metodológicos venham impedindo que as investigações nesse campo sejam completamente satisfatórias. Enfatiza que por trás da maioria dos problemas de concepção dos estudos de investigação, encontra-se uma tendência a abordar o assunto de um ponto de vista muito medicalizado, em detrimento de uma perspectiva sócio-estrutural mais abrangente. Observa também que a maioria das amostragens concentra-se em pacientes urbanos, brancos e de classe média e, dentro deste grupo, há uma tendência para focar nos pacientes que estão procurando fertilização *in vitro* e outros tratamento de alta tecnologia, a expensas da maioria que não vem recebendo tratamento. Comenta ainda que, geralmente, os questionários aplicados centram-se no período em que o paciente está em tratamento para a infertilidade, enfocando apenas retrospectivamente as fases precoces do problema e não se estendendo

sobre suas conseqüências em longo prazo. Conclui no que considera o ponto mais importante detectado por seu estudo, que uma abordagem exageradamente medicalizada das conseqüências psicológicas da infertilidade leva os pesquisadores a formular as perguntas erradas. Ao invés de perguntar como o infértil experimenta a infertilidade na vida do dia-a-dia, a literatura psicológica procura saber se eles são mais ou menos comprometidos psicologicamente que outros grupos. Considera que a literatura psicológica não observa a experiência da infertilidade como uma crise de vida socialmente construída, mas sim como um traço individual presente em alguns indivíduos mais que em outros.

Todas essas questões têm repercussões na vida dos envolvidos e no próprio tratamento e necessitam de uma abordagem ampla, onde as questões subjetivas, que não podem ser dosadas no sangue ou radiografadas, também possam ser levadas em consideração e equacionadas.

A análise desses trabalhos nos conduziu à tentativa de buscar a compreensão da experiência da infertilidade. Procuramos com esta pesquisa analisar a presença ou não de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e as repercussões provocadas pelo diagnóstico e pelo processo de tratamento da infertilidade na vida social, laborativa e sexual das mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e alterações na vida social, sexual e laborativa das mulheres com infertilidade referenciadas ao Ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a presença de TMC nas mulheres referenciadas.
- Analisar as alterações na vida social, durante avaliação e tratamento da infertilidade.
- Investigar as alterações na vida laborativa, durante avaliação e tratamento da infertilidade.
- Investigar as alterações na vida sexual, durante avaliação e tratamento da infertilidade.
- Conhecer a associação das variáveis econômicas, demográficas, sociais, intra e interpessoais, os dados laborativos e o relacionamento sexual com a prevalência dos TMC.

3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho de pesquisa possui 5 capítulos, onde apresentamos e analisamos de forma detalhada assuntos que consideramos pertinentes à boa compreensão das questões aqui expostas, sendo organizado da seguinte forma:

- Capítulo I – Introdução: Destacamos alguns pressupostos teóricos para a introdução do leitor à pesquisa, bem como os problemas que nos motivaram a estudar o assunto em questão. Apresentamos também neste capítulo os objetivos gerais e específicos de nosso trabalho;
- Capítulo II – Revisão da Literatura: Iniciamos o capítulo falando sobre as observações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) registrando que infertilidade é um problema que afeta homens e mulheres em todas as partes do mundo. Abordamos ainda os aspectos sócio-culturais que permeiam e influenciam tanto a abordagem médica, quanto a capacidade das pacientes para lidar com sua condição de infértil. Finalizamos com os aspectos psicológicos das pessoas com infertilidade.
- Capítulo III – Procedimentos Metodológicos O estudo foi realizado no ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), um hospital escola da Universidade de Pernambuco (UPE), que conta com atendimento ambulatorial em diversas especialidades, incluindo psiquiatria. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo série de casos. Esse delineamento permitiu uma observação detalhada dos casos, expressando as frequências das variáveis, possibilitando determinar a prevalência de TMC em pacientes inférteis acompanhadas nos ambulatórios de referência e associá-la com fatores sócio-econômicos, demográficos, laborativos e do relacionamento sexual e social.

- Capítulo IV – Análise dos Resultados: Das 66 mulheres encaminhadas no período de janeiro a dezembro de 2007, apenas 60 preencheram os critérios de inclusão e completaram o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) e o questionário semi-estruturado, correspondendo a uma perda de 10%. Foi avaliada a prevalência dos TMC nas pacientes e foram analisados as variáveis demográficas, e os aspectos sociais, laborativos e sexuais das pacientes envolvidas no estudo. Analisamos a relação dessas variáveis com os TMC.
- Capítulo V – Discussão e Conclusões: Neste capítulo são descritas a prevalência de TMC e a correlação com as variáveis demográficas, sociais, laborativas e sexuais. A prevalência total de TMC nas pacientes com problemas de infertilidade atendidas nos ambulatórios de referência (53,3%) foi bastante significativa, quando comparada com outros estudos. A prevalência elevada de TMC e sua associação com enfrentamento social, com o relacionamento sexual e com o trabalho embasam a necessidade de se criar espaços de discussão interdisciplinar com os profissionais envolvidos nos atendimentos iniciais dos casais com problemas de infertilidade, com o objetivo de se criar estratégias de atenção à saúde desses casais.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

1 INFERTILIDADE

1.1 Diagnóstico e Aspectos Epidemiológicos

A 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 (ROWE et al., 1998), 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. Isto representa uma pressão significativa nos recursos financeiros dos sistemas de saúde.

O conceito que estabelece o período de um ano para o diagnóstico da infertilidade é, no entanto controverso. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) só considera infértil a união que não resulta em gravidez após dois anos de prática sexual ativa, sem uso de anticoncepção (ROSENFELD; FATHALLA, 1990). Em algumas situações, entretanto, até um ano pode ser um tempo demasiado longo para se confirmar um diagnóstico de infertilidade, como diante de uma idade materna avançada. (LARSEN, 2005)

A infertilidade pode ser primária ou secundária, tanto no homem, quanto na mulher. A infertilidade primária masculina existe quando o homem nunca engravidou uma mulher. A infertilidade secundária masculina existe no homem que já engravidou alguma mulher, seja qual tenha sido o resultado da gravidez. A infertilidade feminina é considerada primária quando a mulher nunca chegou a engravidar; a infertilidade feminina é secundária quando a mulher já esteve grávida anteriormente. (ROWE et al., 1998)

As cifras referentes à infertilidade, amplamente conhecidas, sofrem variações em função de diversos fatores. Nos países em desenvolvimento, por exemplo, onde as doenças sexualmente transmissíveis são altamente prevalentes, encontram-se elevados índices de obstrução tubária. Assim, segundo dados reconhecidos pela OMS (1998), as taxas de

infertilidade por oclusão das trompas, na África, chegam a 55%. Em vista disso, em um mesmo país pode haver variação não só na prevalência como na incidência dos diversos fatores causais da infertilidade (ROWE et al., 1998).

Segundo Larsen (2005), os estudos comparativos são ainda prejudicados pelo uso de diferentes definições de infertilidade. O autor utilizou em sua pesquisa sete definições, utilizadas tanto na prática clínica quanto nas pesquisas epidemiológicas e demográficas (auto-relato de infertilidade; relações sexuais sem proteção por pelo menos dois anos; tentativa de conceber por pelo menos dois anos; infertilidade após concepção anterior; infertilidade com desejo de engravidar, após gravidez anterior; ausência de filhos após pelo menos 5 anos de casamento ou da primeira união; ausência de filhos após pelo menos 7 anos de casamento ou da primeira união), o objetivo foi avaliar se as diferentes definições interferem nos resultados das pesquisas e das avaliações clínicas. Concluiu recomendando que os estudos epidemiológicos e demográficos sobre infertilidade utilizem as orientações da OMS, baseadas na questão “Há quanto tempo você está tentando engravidar?” Mas observou que o pesquisador deve ter como dados auxiliares a resposta as seguintes questões: os pacientes estão apresentando uma vida sexual ativa e regular? Estão usando anticoncepcionais? Estão amamentando? Sua recomendação final é que seja incluído na pesquisa um “auto-relato de infertilidade”, para avaliar a percepção da infertilidade e o potencial de demanda por serviços de saúde. Ressaltando que se trata de um indicador subjetivo sem a intenção de proporcionar dados sobre a prevalência de infertilidade.

Boivin et al. (2007), ao fazer uma estimativa da prevalência internacional da infertilidade e da procura pelo tratamento, encontrou que a frequência e a demanda por serviços médicos para infertilidade eram mais baixas que as citadas anteriormente e consideravelmente semelhantes entre os países mais e menos desenvolvidos. Estes autores calculam que aproximadamente 72,4 milhões de pessoas são atualmente inférteis, sendo que em torno de 40,5 milhões (56%) estão procurando tratamento médico.

Esta estimativa foi baseada em pesquisas publicadas a partir de 1990, incluindo aproximadamente 170.000 mulheres. Ressaltam os autores, que estes percentuais são semelhantes nos diversos países, mesmo quando se considera os menos desenvolvidos, nos quais há altos níveis de doenças infecciosas como a África Subsaariana e o Chile. Referindo-se a dados de Lampic et al. (2006), os autores, observaram ainda que, em pesquisas sobre paternidade e maternidade, a vasta maioria das pessoas (cerca de 95%), expressa o desejo de

ter um filho em algum momento de suas vidas e, portanto, esperar-se-ia que a maioria das pessoas procurassem cuidados médicos quando estivessem diante de dificuldades com a fertilidade. Os autores observaram que a demanda para tratamento era inexplicavelmente baixa na maioria dos países desenvolvidos e que somente metade das pessoas que experimentam problemas de infertilidade decidem procurar cuidados médicos para a questão. Embora tenham constatado que a demanda para serviços de infertilidade sejam semelhantes em diferentes países, ressaltam que provavelmente a disponibilidade seja acentuadamente diferente. A revisão mostra que, embora 56% dos casais com problemas de infertilidade procurem ajuda, apenas 22% a obtém. Referem que esta discrepância é provavelmente devido à distribuição de recursos para cuidados de saúde e à regulação dos cuidados de saúde nos países específicos. (BOIVIN et al., 2007)

1.2 Aspectos Sócio-culturais

Morice et al. (1995) relatam que, desde os tempos pré-históricos, pinturas rupestres e, posteriormente, esculturas, retratavam mulheres representando fertilidade e prosperidade. E que durante toda a história, e em suas diversas civilizações, as mulheres têm sido símbolo da fertilidade. Observam que na sociedade egípcia as mulheres ocupavam posição fundamental e seu *status* jurídico era igual ao do homem. Este *status* jurídico da mulher na sociedade egípcia era único nas civilizações antigas. Os casais inférteis constituíam uma preocupação. Ao contrário de outras civilizações, a infertilidade não era considerada castigo divino, mas sim uma doença que merecia uma tentativa de diagnóstico e tratamento. As mulheres inférteis tinham sua própria deusa, Néftis, esposa de Seth, irmã de Ísis e Osíris. Os Egípcios não acreditavam que todos os casos de infertilidade fossem de origem feminina. A bem da verdade, a infertilidade masculina é aludida na história de Seth, o Senhor do Deserto.

Os autores observam ainda que, entre os hebreus, as mulheres não tinham uma posição elevada na sociedade. E a infertilidade era vista como uma maldição divina, numa cultura em que a infertilidade do homem não era reconhecida. Deus podia privar um casal de descendentes para punir uma falta.

Os povos antigos viam na fecundidade da terra e de todas as espécies um único fenômeno, regido pela vontade divina. Nas cerimônias de núpcias, na Grécia, invocava-se Deméter, deusa da fertilidade e da agricultura. A fecundidade eterna da terra e das diversas espécies vivas constituía a grande esperança para os povos da Antiguidade. A interrupção do ciclo vital aparece representada não só pela imagem de uma mulher estéril, ou cujo filho morre, como também pela de uma mulher cujo filho não é normal. Se a fecundidade permitia acalentar a esperança da imortalidade e da persistência da raça, a esterilidade se apresentava como imagem da morte, através de uma metaforização (CORDEIRO et al. 2000).

Para os gregos, os deuses manifestavam-se favoravelmente mediante a graça da fecundidade e exprimiam sua cólera através da negação dessa graça. Deméter, deusa da fertilidade, ao perder sua filha Perséfone para Hades, deus dos mortos, vingava-se privando os deuses e os homens dos frutos da terra (inverno). Quando Zeus ordena que sua filha Perséfone seja libertada dos mortos, Deméter cobre a terra com grãos vivificadores, ou seja, faz com que a terra se torne fértil (primavera). A elevada valorização da função reprodutiva tinha como contrapartida o horror à esterilidade, considerada equivalente à seca, à falta de colheita, à castração e à morte (CORDEIRO et al., 2000).

Na Grécia, Hipócrates e, mais tarde, Aristóteles recomendavam a raiz da mandrágora com fins hipnóticos e alucinógenos, mas esta raiz foi utilizada, principalmente, para tratar a infertilidade. A associação da mandrágora com a fertilidade já havia sido registrada no livro do Gênesis. A raiz, por ter um formato que algumas vezes se assemelhava ao corpo de um homem, era colocada embaixo dos travesseiros para que seu poder reprodutivo alcançasse o efeito desejado. Hipócrates também divulgou várias receitas para a infertilidade, inspiradas nos egípcios. E na cultura grega também os homens davam conselhos de como conceber mais eficientemente. Apesar do *status* social das mulheres na Grécia, não parece que as inférteis fossem discriminadas como entre os hebreus (MORICE et al., 1995).

Para Morice et al. (1995), o papel dos deuses na concepção era igualmente importante na Civilização Romana. As mulheres que desejavam engravidar deveriam ir ao templo de Juno, onde se deitavam nuas para serem flageladas pelos sacerdotes com um chicote feito de pele de cabra, animal cujas capacidades sexuais eram admiradas. Também durante as festas de Marte, os sacerdotes saíam pelas ruas fustigando o ventre das mulheres inférteis com um chicote da pele de cabra.

Tubert (1996) analisando alguns textos bíblicos chamou atenção que a maior bênção é uma descendência tão numerosa quanto às estrelas do céu e as areias do mar e tão exuberante quanto a erva sobre a terra. Rebeca, após rogar a Deus para ter filhos, recebeu a seguinte graça: serás mãe de milhões e milhões de gerações. Bênção e fertilidade são sinônimas, do mesmo modo que maldição e esterilidade. Inscricões hebraicas, por exemplo, amaldiçoavam com a esterilidade todo aquele que violasse sepulturas. Tubert (1996) observa que, na Bíblia nem adultério nem incesto são considerados crimes, sempre que sua finalidade seja remediar a esterilidade. As filhas de Lot, por exemplo, embriagaram o pai, entregaram-se a ele e tiveram filhos. Tamar, temerosa de ser acusada de estéril, disfarçou-se de prostituta e colocou-se no caminho por onde teria de passar seu sogro. Esse não lhe reconhece, compra seus serviços e desse modo ela tem dois filhos.

Gondim (2002) faz algumas referências a textos bíblicos que reafirmam a associação de castigo e vergonha com infertilidade e de dádiva com fertilidade:

Desde o antigo testamento, quando Deus estabelecia aliança com os patriarcas, inevitavelmente, como prova de terem sido abençoados, prometia-lhes uma numerosa descendência. A fertilidade tornava-se sinal de qualificação de todo um grupo. Por exemplo, da casa de Abraão: ‘Em Gênesis, 17:1-2; 17:7 - Eu sou o Deus onipotente; anda em minha presença, e sê perfeito. E eu farei a minha aliança entre mim e ti, e te multiplicarei extraordinariamente... E estabelecerei a minha aliança entre mim e ti, e entre a tua descendência depois de ti no decurso das suas gerações, por um pacto eterno’.

Mais adiante a autora nos mostra a relação de castigo e vergonha com a esterilidade: “Gênesis, 20 [...] em contrapartida, Ele também castigava, tornando suas mulheres estéreis, como foi feito com a casa de Abimelec em represália ao seu interesse por Sara”. Neste caso, a infertilidade era sinal de vergonha e desqualificação.

Também no livro de Jó 15:34, a afirmação é textual e difícil de não ser associada a castigo e condenação: “Porque a família do hipócrita será estéril [...]”. A autora faz ainda referência a outras mulheres bíblicas como Sarah, Hagar, Rebeca, Lia e Raquel, mostrando que a ausência ou presença de filho é mancha ou bênção. Lembra que o Novo Testamento

mantém essa visão e nos remete ao evangelho de Lucas I, 25, 30-1, 46-8: “O evangelista narra que Zacarias e Isabel não tinham filhos, mas como eram justos diante de Deus, este ouviu suas preces e, mesmo estando em idade avançada, Isabel concebeu um filho. Sabendo-se grávida, ela afirma: ‘Isto me fez o Senhor nos dias em que me olhou para tirar o meu opróbrio de entre os homens’ ”.

Tubert (1996) comenta que se as preces pressupõem uma religião muito elaborada, a maioria dos povos dispõe de ritos mágicos, muitos deles posteriormente recolhidos pela mitologia e pela literatura, para propiciar a concepção toda vez que ela não aconteça espontaneamente. Diferentes documentos narram a crença de princesas e rainhas peregrinas no rastro do deus Buda que, ao ser pisado, concedia o filho e a própria maternidade a elas.

Em diferentes lendas a causa da gravidez é o odor de uma flor ou a ingestão de determinado alimento. Por exemplo, os numerosos grãos da romã tornaram-na símbolo da fecundidade, da geração e da riqueza, transmitindo estas propriedades ao serem consumidos. Várias tradições mencionam a fecundação de uma mulher por um deus sob a forma de algum animal, que na Ásia, por exemplo, costuma ser a serpente. Alguns fenômenos meteorológicos – o vento, a chuva ou o raio – poderiam proporcionar filhos às mulheres (TUBERT, 1996).

Da busca de procedimentos mágicos para conseguir a concepção, passa-se imperceptivelmente à formulação da idéia de que as crianças não são feitas só de carne, mas também, em certa medida, de desejos, palavras, sonhos, mitos e lendas (TUBERT, 1996).

No Antigo Testamento, com já vimos, vários versículos contam a história de mulheres inférteis que conceberam graças à intervenção divina: Abraão com Sarah, Isaac com Rebeca, Jacob com Lia, Ana, Rute, etc. (TUBERT, 1996).

Na Idade Média a procriação era considerada uma necessidade. São Tomás de Aquino, no século treze, afirmou que a natureza gera filhos para preservar as espécies. A procriação requereria uma união matrimonial e seria uma das benesses do matrimônio. Apesar de considerar a procriação a função primordial do casamento, São Tomás de Aquino não julgava a infertilidade uma razão para anulá-lo. Contudo, a infertilidade ainda era considerada uma punição divina, uma prova a ser superada. Podia ser conseqüência de pecados cometidos: infidelidade e blasfêmia, por exemplo, poderiam resultar em infertilidade e, dentro dessa lógica, a fertilidade poderia ser recuperada com jejum e orações. Como estigma da punição

divina, portanto, a infertilidade constituía um temor muito real na Idade Média. Era costume na noite de núpcias o padre abençoar o leito conjugal a fim de encorajar a fertilidade. O temor da infertilidade estava particularmente presente nas famílias aristocráticas, para as quais implicava na extinção da linhagem (MORICE et al., 1995).

A despeito da Renascença, a infertilidade continuou sendo quase sinônima de infertilidade feminina: era raro ser atribuída ao marido, mesmo que exemplos históricos fossem conhecidos. E até os séculos dezenove e vinte, apesar do avanço do conhecimento e do progresso tecnológico, persistiu a tendência para centrar a investigação das causas da infertilidade nas mulheres (MORICE et al., 1995).

Badinter (1985) nos lembra que no último terço do século XVIII operou-se uma revolução em relação à imagem da mãe, de seu papel e de sua importância. As publicações da época recomendam às mães cuidarem de seus filhos pessoalmente e lhes “ordenam” amamentá-los. “Elas impõem à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho”. Observa, também, que a mulher foi pouco a pouco sendo enclausurada no papel de mãe, não podendo evitá-lo sob pena de ser condenada moralmente ou ser motivo de piedade aquela que não tinha filhos. Para a autora, ao longo dos séculos foi se configurando uma representação mental de que a mulher foi feita para sofrer e não pode encontrar melhor ocasião de exercer seus dons do que na maternidade. O papel de esposa, embora muito necessário, não bastaria à plena realização de sua feminilidade. Para que a mulher cumpra a sua vocação, seria preciso que fosse mãe em tempo integral. Isso, porém nem sempre foi assim, pois, como a autora lembra, na Europa do século XVI era costume confiar o recém-nascido a uma ama, que amamentava e cuidava da criança durante os primeiros anos de vida. Relata que em 1780, o comissário de polícia Lenoir constatou que das vinte e uma mil crianças que nasciam todos os anos em Paris, apenas mil eram amamentadas pelas próprias mães. Nas famílias mais abastadas existia a figura da ama-de-leite, no próprio ambiente doméstico, ao passo que entre as classes menos favorecidas mandava-se o bebê para a casa da ama, com frequência distante da casa da família, onde permanecia durante os primeiros anos de vida. Essas amas costumavam cuidar de várias crianças ao mesmo tempo, em condições de higiene precárias o que resultava num alto índice de mortalidade.

É observado por Badinter (1985) que apenas no século XVIII ressaltou-se a importância da presença da mãe na transmissão dos fundamentos da educação e da religião e

se estabeleceu o costume de colocar a criança até sete anos de idade sob a responsabilidade primária da mãe. É apenas no final do século XVIII que tem início a exaltação do amor materno no discurso filosófico, médico e político. Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, lança idéias fundamentais sobre as famílias baseadas no amor materno. Embora tivesse abandonado seus cinco filhos, sob protesto de sua companheira, Rousseau tornou-se um dos mais ardorosos defensores da importância do amor materno, valorizando o vínculo afetivo derivado do contato físico entre mãe e filho.

Ainda segundo Badinter (1985):

“[...] a maternidade, tal como concebida no século XIX a partir de Rousseau, é entendida como um sacerdócio, uma experiência feliz que implica também necessariamente dores e sofrimentos. Um real sacrifício de si mesma. Se tanto se insiste nesse aspecto da maternidade, com certa benevolência, é sempre para mostrar a adequação perfeita entre a natureza da mulher e a função de mãe”.

Dardigna (1978) compila vários textos da imprensa feminina e constata que eles se articulam em torno da “natureza feminina”, que teria por eixo a maternidade. A mulher teria um “destino biológico” a cumprir, formulado com frequência em termos de instinto: “instinto de vida que se confunde com o das sociedades”, ou “instinto profundo do ninho”. A quase totalidade da imprensa feminina, até 1978, declarava anátemas todas as mulheres que não queriam filhos. Eram censurados pelo seu egoísmo, sua falta de serenidade, de maturidade, ou seu narcisismo, quando não eram lançadas à categoria de “infantis”.

Tubert (1996) observa que a paternidade, na visão de todos, é uma função simbólica, mas a maternidade, ao contrário, é considerada algo natural. Observa ainda que, o nascimento de uma criança seria um acontecimento individual, familiar e social, necessário à continuidade da espécie, e que, ao mesmo tempo, situaria os procriadores numa função social, a de pais que transmitem um nome, não só um capital genético, mas uma herança cultural.

Tubert (1996) afirma ainda que há uma inter-relação entre o biológico e o social, o humano e o divino, a linhagem paterna e a materna na concepção e nascimento de uma criança. Desse modo, a maternidade desenvolve-se simultaneamente no plano corporal e no

simbólico, que situa a mulher na sucessão das gerações. A mulher infértil representa, simbolicamente, um questionamento ao binarismo baseado na diferença dos sexos em relação à função reprodutiva: onde colocar alguém que não é homem nem mãe? Relata que alguns povos encontram uma resposta para esse dilema, colocando na categoria de homem a mulher que não tem filhos, dado que, se a mulher define-se exclusivamente pela sua capacidade reprodutiva, aquela que não é mãe não é mulher.

A mulher infecunda é excluída de uma ordem cultural que identifica feminilidade com maternidade e maternidade com reprodução biológica, com força criadora da natureza, empenhando-se em negar as limitações, as impossibilidades e a morte. Assim, a infertilidade não se trata de uma mera falha da natureza, mas de algo que atenta contra a ordem estabelecida, fato questionador da veracidade das representações da feminilidade dominantes na cultura. Tubert (1996) reflete que, na cultura ocidental atual, a falta de filhos parece remeter à idéia de uma sexualidade feminina onipotente, avassaladora. Representa-se a mulher-mãe como diferente e oposta à mulher-sexual; a pecadora Eva só pode ser redimida por Maria, a virgem-mãe, que alcança a maternidade sem interferência da sexualidade. Se o desejo sexual de Eva levou à expulsão do paraíso, será necessário canalizar o desejo sexual da mulher para a maternidade.

Ainda, segundo a visão de Tubert (1996), observamos nos ensinamentos da história, que o lugar e a valorização da maternidade no âmbito sociocultural modificam-se e variam em função das distintas épocas e contextos, respondendo a interesses econômicos, demográficos e políticos entre outros. No entanto, parece evidente que em toda sociedade patriarcal a mulher entra na ordenação simbólica apenas no papel de mãe.

Daniluk (1988) mostra que com apenas cinco por cento da população casada escolhendo voluntariamente permanecer sem filhos, a realização da parentalidade continua a ser uma meta maior para a maioria dos homens e mulheres. A importância de alcançar tal meta tem sido reforçada ao longo dos séculos, com a parentalidade constituindo um critério necessário para realização pessoal, aceitação social, filiação religiosa, identidade sexual e ajustamento psicológico. Presume, dessa forma, que a fertilidade é uma função humana básica e a parentalidade um marco no desenvolvimento.

Trindade e Enumo (2002) observam que nos estudos históricos e antropológicos raramente se encontram referências à infertilidade masculina, sugerindo que os problemas

reprodutivos dos casais têm sido desde sempre atribuído às mulheres, “engendrando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais”. As autoras referem que em Moçambique, por exemplo, as mulheres inférteis do grupo étnico Macua sofrem diversas discriminações pela infertilidade, podendo ser excluídas de algumas cerimônias e atividades sociais. Gerrits (1997) afirma que a maioria dessas mulheres, comete adultério com a esperança de engravidar.

Ao analisarmos esses dados sociais e culturais observamos a construção do estigma em relação à infertilidade. Ocorre um estigma quando atributos negativos e preconceituosos são aceitos pela cultura dominante como definidores da pessoa estigmatizada e tornam-se um padrão para todos do grupo. O estigma pode ser visível, identificável, tangível ou apenas simbólico, como uma ideologia ou um valor social (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2005).

1.3 Aspectos Psicológicos

Greil (1997), ao fazer 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. Os vários autores que pesquisaram o assunto deixam concluir que pacientes inférteis apresentam dificuldades psicológicas complexas que têm repercussão em vários aspectos de suas vidas sexual, afetiva, social e laborativa (LEIBLUM et al., 1998; SLADE et al., 2007; McQUILLIAN et al., 2007; PETERSON et al., 2007).

Embora as conseqüências psicológicas da infertilidade sejam evidentes, é bem menos claro como os distúrbios psicológicos podem afetar a fertilidade. O que vem se destacando é um grande interesse nas seqüelas psicológicas da situação de infertilidade, tais como o impacto na identidade de gênero e na sexualidade (APFEL; KEYLOR, 2002).

Serger-Jacob (2000) observa que, nos últimos anos, o estudo dos aspectos emocionais da infertilidade vem sofrendo mudanças, como o conceito geral de infertilidade psicogênica, onde, com poucas exceções, a angústia passou a ser vista como resultado e não como a causa da infertilidade. 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.

Apfel e Keylor (2002) não só fazem um histórico do conceito de infertilidade psicogênica como avaliam as contribuições mais recentes. Relatam que os autores psicanalíticos dos anos cinquenta compreendiam a infertilidade nas mulheres como reflexo do repúdio inconsciente da feminilidade e da maternidade e também como ligada à questões vinculadas a conflitos na sexualidade. Observam que menos de cinco por cento dos casais inférteis não têm causa física para a infertilidade e que esse número vem decrescendo à medida que o conhecimento médico avança. As autoras consideram que a relação entre estados psíquicos e funções fisiológicas é de enorme complexidade, e que não há uma relação causal simples e linear.

Poziomczyk (1986) pondera que, com o avanço do conhecimento do processo reprodutivo, a perspectiva da tradição cultural que implicava primariamente apenas a mulher pela infertilidade modificou-se, embora na ocasião houvesse muito preconceito. Em muitos casos, a mulher continua a assumir sozinha a responsabilidade pela dificuldade de gerar. O homem, tradicionalmente, reluta em participar da investigação da esterilidade do casal, apesar das cifras, segundo ela, mostrarem que o fator masculino é elevado, girando em torno de 30 a 40%.

No mesmo trabalho, Poziomczyk (1986), faz uma revisão da literatura e observa que, geralmente, as repercussões emocionais da infertilidade na mulher são mais ressaltadas, sendo esses aspectos negligenciados em relação ao homem. Chama a atenção para essa situação intrigante, e cita Deutsch (1960), para quem “tanto a mulher como o homem, se vêem privados do desejo narcisista da imortalidade”, quando se trata da infertilidade. Ainda na revisão, a autora constata que há cada vez mais evidências interligando os fatores emocionais e fisiológicos.

Stieve (Stieve, apud Seibel e Taymor, 1982), demonstra que o processo reprodutivo pode ser influenciado pelo estímulo emocional, constatando-se interrupção completa da

espermogênese em homens que aguardavam julgamento por tempo prolongado, após violentarem mulheres que vieram a engravidar. Faz referências à afirmativa de vários autores de que, independentemente da etiologia da infertilidade, orgânica ou psicológica, suas repercussões emocionais são inevitáveis. Registra também que poucos autores se dedicam a fundo ao estudo dessas repercussões.

O fator psicodinâmico interferindo no processo reprodutivo é aceito na maioria dos casos da esterilidade primária e secundária, sendo considerado importante seu significado. Apesar disso, não se consegue explicar a responsabilidade desse fator quando não há uma causa orgânica capaz de justificar o problema (CARVALHO et al., 1987)

Segundo Faure-Pragier (1999), a medicina atual, ao permitir um controle quase total sobre a concepção, faz com que o filho, geralmente, não mais chegue de surpresa, como costumava ocorrer. Conseqüentemente, ter uma criança significa o atendimento de um desejo conscientemente expresso e de uma decisão tomada e assumida. Se a concepção prevista tarda, o fracasso torna-se intolerável e esses pacientes vão solicitar ao médico uma ação rápida e eficaz, que faça responder o corpo refratário. Essas observações têm sido corroboradas pela autora no atendimento psicanalítico em conjunto com a clínica ginecológica do Hôpital Necker (Paris). Nesses atendimentos, ao considerar a compreensão do psiquismo do casal, ultrapassando a dimensão puramente biológica da infertilidade, Faure-Pragier favorece um redimensionamento do sofrimento psíquico causado pela condição.

Gariépy (1997) nos mostra que, apesar desses dados, os casais inférteis, como referimos acima, não têm recebido a atenção compatível, nem da sociedade, que tende ainda a tratá-los como inferiores, nem da medicina, inclusive dos profissionais ligados à saúde mental, que relegam questões fundamentais do problema, atendo-se geralmente à sua faceta meramente biológica. O casal infértil, até por apresentar uma aparência saudável, sem lesões aparentes, não estimula o investimento dos profissionais médicos, principalmente em relação aos aspectos psicológicos envolvidos.

A autora avalia também as disfunções sexuais e os transtornos psíquicos surgidos após o diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Walker (1978) revela que mais da metade dos casos de infertilidade que pesquisou apresentavam problemas ejaculatórios.

Van Hall (1984) detectou uma baixa significativa das atividades sexuais e um freqüente desaparecimento do prazer sexual nos casais diagnosticados inférteis. Afirma que o diagnóstico de infertilidade modifica os hábitos sexuais do casal, trazendo desequilíbrio em todos os aspectos da vida sexual. A autora observa que a população de inférteis é uma minoria silenciosa e muito negligenciada.

Abarbanel e Bach (1959) já mostravam a importância de avaliar os fatores psicossociais relativos à vida sem filhos e à ansiedade diante do isolamento. Salientam a importância dos profissionais de saúde mental em conhecer os últimos procedimentos diagnósticos, causas e tratamentos da infertilidade, para que possam contribuir no seu tratamento, ajudando a elaborar o luto e também a tomar decisões. Contribuindo com este raciocínio, Bresnick e Taymor (1979) afirmam que o atendimento em saúde mental poderia diminuir a ansiedade, a depressão, a frustração, o isolamento e a revolta dos pacientes com o diagnóstico de infertilidade.

Chatel (1995) mostra que os fatores psicogênicos deveriam ser valorizados de forma completa e rotineira, tanto quanto os fatores orgânicos.

Zalusky (2000) considera que as novas tecnologias de reprodução estão transformando nossos conceitos de infertilidade, principalmente no que se refere à compreensão da infertilidade psicogênica. A autora relata que vários psicanalistas compreenderam a infertilidade como decorrente de conflitos inconscientes relacionados, entre outros, à hostilidade com a figura materna, e que várias mulheres inférteis relataram ter tido um relacionamento difícil e conflituoso com suas mães. Por causa desses fatores, a feminilidade e/ou a maternidade podem ser inconscientemente repudiadas. Essa autora aponta para a importância de considerarmos, também, os conflitos presentes nos casais que concebem naturalmente, pois talvez conflitos semelhantes sejam observados. Afirma ainda que devemos ter cuidado para não confundir com causalidade dados que podem estar apenas relacionados.

Atualmente, segundo essa autora, a literatura psicanalítica sobre infertilidade tem buscado a compreensão do sentido da infertilidade e não da causalidade. Reforça que estaremos em terreno mais firme ao examinarmos as conseqüências da infertilidade e não as suas causas. Ela relata que mesmo os psicanalistas que consideram o predomínio da infertilidade psicogênica concordam que o intenso stress da infertilidade pode promover regressões para estágios anteriores do desenvolvimento psíquico. A infertilidade pode evocar

poderosas e assustadoras fantasias e estimular inveja, atingindo a personalidade como um todo (ZALUSKY, 2000).

Se, por um lado, o advento das técnicas médicas modernas trouxe aos pacientes com problemas de infertilidade a possibilidade de satisfazer um dos desejos mais primitivos do ser humano, por outro, com os benefícios trazidos por essas técnicas, emergiram significativas questões psicológicas, sociais, familiares, morais, religiosas, filosóficas e jurídicas (ZALUSKY, 2000).

A reprodução assistida, apesar de não ser realizada na maioria dos serviços públicos de saúde, embora indicada na maioria dos casos, parece ter se transformado no modelo, no ideal de tratamento tanto para os médicos como para os casais estéreis. Os procedimentos utilizados neste tratamento subvertem algumas das crenças presentes no imaginário cultural sobre a esterilidade, a concepção e a sexualidade e configura novas experiências humanas e novas significações sobre a filiação e muitos se perguntam sobre o impacto dessas tecnologias nos pilares morais e éticos que nortearam nossa sociedade nos últimos séculos (RIBEIRO, 2004; ZALUSKY, 2000; CHATEL 1995).

No psiquismo dos casais inférteis que estão em busca de construir sua cadeia geracional através da reprodução assistida, estas questões têm repercussão importante. Não podem ser relegadas a um segundo plano em relação aos aspectos meramente biológicos do problema e do tratamento (APFEL; KEYLOR, 2002).

Infertilidade é uma experiência emocional intensa para cada casal afetado. Conflitos psicológicos envolvendo a infertilidade alcançam as camadas mais profundas do psiquismo individual, invadem o espaço interpessoal e sexual do casal, e se irradiam na vida sociocultural, na vida laborativa e na definição de família. Conflitos antigos são freqüentemente revividos podendo desafiar a integridade marital. A dor do casal pode ser agravada pelos procedimentos invasivos e por dilemas éticos e religiosos criados pelas recentes oportunidades tecnológicas (RIBEIRO, 2004).

Lidar com a infertilidade é como lidar com doenças clínicas graves. O desespero de lidar com a infertilidade se parece com o desespero das mulheres que experienciaram eventos de vida devastadores, tais como a perda de um parceiro. O fator estresse é mais visível em mulheres que têm uma base hormonal para sua infertilidade. Aquelas com base anatômica,

por exemplo, obstruções tubárias, não apresentam o mesmo grau mensurável do estresse (WASSER et al., 1993).

Para McMahon (1997) não há dados de pesquisas que sustentem o ponto de vista defendido por alguns, de que a resolução dos conflitos pelo tratamento psicológico, como também pela adoção, pode resultar em cura da infertilidade. A adoção não remove o sofrimento associado com a infertilidade e seu impacto danoso sobre o ego da mulher. Na verdade, o luto por uma criança que nunca existiu é difícil de ser elaborado por muitas mulheres. Mesmo a existência de um filho biológico prévio não protege a mulher do impacto de uma infertilidade secundária e do dano à sua própria identidade. A adoção e a infertilidade são acontecimentos psicológicos totalmente diferentes. De qualquer maneira, embora a adoção reduza o estresse secundário dos procedimentos *in vitro*, não se pode presumir que supere a ambivalência acerca da maternidade ou cure as seqüelas da infertilidade (McMAHON, 1997).

Já Daniluk (1988) observa que depressão tem sido relatada como uma reação sintomática comum à infertilidade, com as mulheres dos casais estéreis apresentando níveis mais elevados de depressão que os homens. Comenta que é bem possível que os altos níveis de depressão neste estudo estejam relacionados com o fato de que a maioria dos participantes do estudo identificados como tendo anormalidades reprodutivas tenham sido mulheres.

Pontuação significativamente elevada para depressão foi também relatada, na época do diagnóstico, naqueles indivíduos que foram identificados como tendo problema de infertilidade orgânica, em oposição aos que não tinham diagnóstico de disfunção orgânica. Este achado corrobora o argumento de que a prevalência da depressão em mulheres foi mais provavelmente relacionada ao fato de que a maioria das participantes já tinha sido identificada como sendo portadoras de problema orgânico responsável pela infertilidade do casal (DANILUK, 1988)

Ribeiro (2004) mostrou que a situação de infertilidade parece reativar, ou pressionar, conflitos inerentes de identidade sexual. Para contribuir com seu raciocínio invoca McDougall (1997) que afirma que “a sexualidade humana é inerentemente traumática” e o desejo de conceber um filho pertence a esse terreno. A experiência da infertilidade parece estar inevitavelmente acompanhada de conflitos ligados à sexualidade, à relação primária com a mãe e ao conflito edípico. É, nesse sentido, importante que as reflexões sobre infertilidade não

fiquem aprisionadas em uma relação de causa e efeito. A complexidade da constelação deve ser levada em conta. A maternidade pode ser um avanço emocional na vida da mulher, já que implicaria na elaboração desses conflitos (RIBEIRO, 2004).

A capacidade biológica e psíquica de ter um filho pode ser “guardada” por muitos anos, até que se decida fazer uso dela. Talvez seja um de nossos primeiros projetos na vida sermos pais, como nossos pais o foram. É comum o casal imaginar que esse “tesouro guardado” está intacto, imune à ação do tempo e de outros fatores desfavoráveis. O diagnóstico de infertilidade costuma ser desagradável e ameaçadora surpresa. A capacidade de procriar é postergada para a vida adulta, mas, precocemente, associamo-nos com ela. Ao observarmos as brincadeiras infantis, percebemos em algumas como que um tipo de ensaio para o futuro desempenho da maternidade e da paternidade. Tanto meninas quanto meninos brincam com seus bebês imaginários. Um dos primeiros enigmas que ocupa a mente infantil é aquele que diz respeito à origem dos bebês e à própria origem, assim como as funções maternas e paternas associadas a essas questões (FREUD, 1908 apud FREUD, 1980a).

O casal infértil pode, momentaneamente, “adoecer”, em termos psíquicos, para fazer frente ao grande desafio do processo de elaboração da perda da capacidade que acreditava ter e da identidade que tinha de si próprio. A perda da capacidade reprodutiva promove um abalo considerável na economia narcísica, justamente por ser um importante referencial identificatório de feminilidade e masculinidade. Existe o risco de que esse processo não seja apenas momentâneo, aprisionando o casal na situação. Conseqüentemente, estados de depressão podem eclodir (RIBEIRO, 2004).

Chatel (1995) considera que:

“A contracepção médica inverteu a ordem da consecução lógica. Antes, a concepção de uma criança era encarada como uma conseqüência possível do ato sexual, hoje a concepção da criança é voluntariamente programada e o sexo deve servir à sua fabricação. Esta mutação tem conseqüências consideráveis”.

A autora considera que antes a origem das crianças dava-se através da relação sexual, mas agora o encontro sexual é relegado ao registro do prazer ou da mecânica dos corpos. E o

homem pode até mesmo ser instrumentalizado, podendo dessa forma dessexualizar o ato sexual.

Ao desvincular os conceitos de sexualidade e reprodução biológica, inscrevendo a sexualidade no campo do desejo, Freud (1905 apud FREUD, 1980b) levantou a questão da reprodução simbólica, enfatizando a relação parental na constituição do ser humano, marcando a importância da filiação. Ou seja, há uma trama que se constitui paralelamente quando um casal faz uma demanda por filhos. Segundo ele, o ser humano não se constituiria sem o outro, necessitando, portanto, do investimento libidinal desse outro para se constituir como singular. Hoje, alguns tratamentos da infertilidade, como a reprodução assistida, vêm desvinculando ainda mais a reprodução biológica da vida sexual. A filiação, todavia, enquanto transmissão simbólica permeia todas as etapas desses tratamentos. (FREUD, 1905 apud FREUD, 1980b).

Segundo Delaisi de Parseval (1983), para a totalidade dos seres humanos a impossibilidade de procriar é profundamente vivida como uma ferida narcísica (tanto para os homens como para as mulheres, mas dentro de certas sociedades, como vimos um sexo ou o outro é mais protegido). São as feridas narcísicas referidas por Freud em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (FREUD, 1914 apud FREUD, 1980b). No conceito de narcisismo, segundo Freud (1914 apud FREUD, 1980b), percebe-se a importância dos investimentos libidinais no ego, que vai ser tomado como objeto de amor, constituindo-se assim como unidade psíquica, determinando conseqüentemente a imagem que o indivíduo adquire de si mesmo, segundo o modelo do outro.

Para Laplanche (1983), o narcisismo seria a captação amorosa do indivíduo por essa imagem. A ferida narcísica aberta na imagem, no momento em que o casal recebe diagnóstico de infertilidade, temporária ou definitiva, vai repercutir na vida afetiva do indivíduo e do casal, bem como em suas atividades sociais e profissionais.

Cordeiro et al. (2000) observam que há um componente depressivo no cerne da estruturação da ferida narcísica, que vai se expressar como uma ruptura da auto-estima, pondo o sujeito numa condição de autodepreciação e desvalorização, de perda do sentido da vida e de vazio que inunda o seu corpo e o seu ser.

O ato de conceber evidencia a cadeia geracional à qual pertencemos; é um voto pela vida e, ao mesmo tempo, consciência da morte e da finitude. No ato da concepção biológica e psíquica de um novo ser, o berço pulsional no qual somos gerados revela toda sua força. Quando a concepção de um filho não é possível, há um rompimento na cadeia das gerações, ruptura acompanhada de intenso sofrimento, vivido pela impossibilidade de realizar um dos mais comuns dos desejos - ter um filho (RIBEIRO, 2004).

Para Tubert (1996) a identificação da mulher com as forças criativas da natureza a conduz a assimilar seu ser, a sua corporalidade. E se o corpo da mulher-mãe se define quase exclusivamente em função da sua capacidade reprodutiva, o corpo da mulher estéril converte-se em pura negatividade. A maldição recai no corpo, como se este fosse responsável por um fracasso que na realidade, é imputável a uma operação simbólica.

A impossibilidade da maternidade pode remeter ao vazio absoluto. A incapacidade de encontrar outro sentido pode constituir a falta absoluta de sentido, a perda da identidade. Tal perda também pode tomar a forma do fantasma da masculinização, já que a diferença simbólica parece definir somente duas possibilidades: ser homem ou ser mãe. Muitas vezes observa-se uma rejeição por outras soluções para substituir o filho biológico. Um filho adotivo exige o reconhecimento da falta, só o filho biológico poderá satisfazer o desejo, confundindo-se totalmente com a demanda (TUBERT, 1996).

Verhaak et al. (2005) observaram uma aparente falta de recuperação emocional seis meses após o tratamento para infertilidade ter terminado. Aham que isso poderia ser explicado pela duração muito curta do período de recuperação que foi levado em conta. Para os autores outra explicação possível pode ser encontrada na permanência da incerteza sobre o caráter definitivo da infertilidade: os casais permanecem aguardando possibilidades de novas terapêuticas por tempo considerável após o fim do tratamento. Os autores ressaltam outros fatores que podem ser determinantes de um ajuste emocional à infertilidade: características da personalidade, fatores cognitivos e apoio social.

Boivin e Schmidt (2005) observaram que traços e estados psicológicos negativos estão relacionados ao insucesso do tratamento e que tais efeitos são mais pronunciados em mulheres que em homens e, mais provavelmente, quando a fonte de estresse é pessoal ou conjugal do que quando é social. Os resultados do estudo indicaram que o sofrimento conjugal nas mulheres aumenta o número de ciclos de tratamento necessários para engravidar. Concluem

que seus achados evidenciam a ligação entre traços e estados psicológicos negativos e o fracasso do tratamento.

Peterson et al. (2007) observaram que a experiência da infertilidade pode ser acompanhada por estressores relacionados à mesma e por ansiedade, em homens e mulheres. Os autores examinaram a natureza da relação entre ansiedade e estresse sexual da infertilidade em homens e mulheres que buscavam tratamento de reprodução assistida. Observaram que a maioria dos estudos focalizava mais a repercussão da infertilidade nas mulheres, porém seu estudo tentou mostrar como cada um dos gêneros se relaciona com infertilidade em termos de ansiedade e estresse sexual.

Os autores observaram que a ansiedade estava significativamente associada com estresse sexual relacionado à infertilidade. Surpreenderam-se com os achados, que reforçaram a relação entre ansiedade e o estresse sexual da infertilidade nos homens. Embora os homens relatassem menos sentimentos de ansiedade e menos estresse sexual relacionados com infertilidade do que as mulheres, estas duas variáveis parecem ter uma associação entre si mais forte nos homens do que nas mulheres. Nomeiam três fatores que poderiam justificar essa conexão: a ansiedade nos homens pode ser mais diretamente relacionada ao desempenho sexual; no homem, a identidade e o senso de masculinidade estão mais intimamente ligados ao desempenho sexual do que ao papel social (paternidade); e terceiro, a ansiedade relacionada a expectativas externas pode resultar em diminuição do desempenho e aumentar o estresse sexual. Por outro lado, nas mulheres a ansiedade estaria mais relacionada ao sucesso na relação sexual em termos de conseguir a gravidez do que em relação ao desempenho sexual. Os resultados do estudo mostraram que tanto homens quanto mulheres que relataram ansiedade subjetiva e autonômica muito maior no início do tratamento, podem ter níveis aumentados de estresse sexual relacionados com infertilidade.

Campagne (2006) faz um breve resumo sobre como o sistema neuroendócrino reage ao estresse e pode influenciar na fertilidade e na saúde das pessoas. Revisa as evidências disponíveis sobre alguns “marcadores” para o estresse e os resultados do tratamento da infertilidade. O estresse envolve interações no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal e nos sistemas adrenérgicos e noradrenérgicos as quais podem provocar respostas diferentes nos homens e nas mulheres. O estresse agudo ou crônico pode causar infertilidade ou taxas de sucesso mais baixas no tratamento da infertilidade em ambos. Faz-se necessário estabelecer diferença entre o estresse agudo e o estresse crônico. O estresse agudo pode ser causado pelo

problema da infertilidade ou pelos procedimentos para a investigação e o tratamento, enquanto que a ansiedade ou o estresse crônico podem ser pré-existentes e como tal constituírem fatores importantes no resultado do tratamento. Em ambas as situações, necessitam ser reduzidos. As evidências disponíveis sugerem que o protocolo do tratamento da infertilidade deveria incluir o manejo e a redução do estresse como elemento de importância nos resultados.

Boivin, Sanders, e Schmidt (2006) relatam que há evidências persuasivas de que o estresse psicológico pode ser causa de supressão reprodutiva. Mas ressaltam que as mulheres continuam conceber nas piores condições, como durante guerras, pobreza extrema e fome, sugerindo que esta supressão pode ser ultrapassada. No seu estudo, os autores, constataram que a idade e a posição social podem moderar o efeito do estresse na fertilidade. Numa amostra de 818 mulheres constataram que mulheres mais jovens eram quatro vezes mais suscetíveis de sofrer supressão que as mulheres mais velhas, e que trabalhadores manuais e não qualificados tinham mais possibilidades de fazer supressão do que trabalhadores que tinham posição social média. Mas observaram também associação entre estresse e fertilidade em mulheres com posição social mais alta.

Lechener, Bolman e Van Dalen (2007) observam que 4% dos casais permanecem involuntariamente sem filhos e que frequentemente experienciam apoio social insuficiente, o que agrava os sintomas de sofrimento, como ansiedade, depressão e luto ou pesar patológico, além de problemas de saúde física. Para os autores, após um período de muitos anos durante os quais têm esperança de conceber uma criança, esses casais terão de se defrontar com o fato de que o filho que eles sempre desejaram não se tornará realidade. Dessa forma experimentam a perda e o sentimento de pesar. Os autores afirmam que mesmo não se defrontando com uma morte real, visível, as pessoas inférteis, ainda assim, atravessarão um processo de luto por um filho que deixou de ser uma realidade possível. Das 119 pessoas que estudaram 75% eram mulheres, a média de idade era de 39 anos, 30% tinham queixas somáticas, 45% depressão, 60% ansiedade e 65% luto patológico. Observaram que dois estilos de lidar com a esterilidade podem ser identificados na literatura – ativo e passivo – e que o estilo ativo poderia ser mais efetivo em lidar com o estresse e a ansiedade associados à esterilidade.

Daniluk (2001) observou que, durante o tratamento, as pessoas inférteis sentem necessidade de apoio para continuar o tratamento, guardando esperanças de sucesso e não

desistindo, ao passo que, após o reconhecimento definitivo da infertilidade, sentirão necessidade de apoio para aceitar a perda e achar alternativas de vida sem filhos.

Slade et al. (2007) observam que a percepção do estigma relacionado à infertilidade e o padrão como esta é revelada à sociedade pode ter influência no grau de bem estar físico, emocional e social, mas que esses fatores têm recebido pouca atenção. O estudo investigou se o estigma relacionado à infertilidade afeta sua revelação à sociedade e se a revelação influencia o sofrimento e a percepção do estigma pelos pacientes que estão em busca de tratamento e do apoio social disponível.

Observaram que as mulheres relatavam maior estigma relacionado com a infertilidade que os homens. Apesar disso observaram também que elas revelavam mais sobre suas dificuldades com a fertilidade. Não observaram diferenças entre os gêneros em relação à percepção da disponibilidade de apoio social. Ao considerar o status psicológico constataram que as mulheres relatavam níveis de sofrimento, ansiedade e depressão significativamente mais altos que os homens. Esses dados confirmam os encontrados por Abbey, Halman, e Andrews (1992) e Berg, Wilson e Weingartner (1991).

Bunting e Boivin (2007) observaram que, à luz do desejo quase universal da filiação, esperar-se-ia que a maioria das pessoas procurasse orientação médica em caso de dificuldades em conceber. No entanto menos de 55% dos portadores de problemas de fertilidade o fazem. Para compreender esse paradoxo as autoras compararam o perfil psicossocial de mulheres com dificuldades de engravidar que tinham procurado ajuda médica com mulheres com dificuldades de engravidar que não tinham procurado ajuda médica. Observaram que as que tinham procurado tratamento tinham mais crenças positivas no tratamento e uma maior disponibilidade de saber se o problema existia do que aquelas que não tinham se consultado. Quase 20% das mulheres que não tinham se consultado já preenchiam a definição clínica para infertilidade e esse subgrupo tinha medo de descobrir um problema e ser classificada como infértil.

Concluíram que reações negativas podem retardar substancialmente a procura por ajuda em 20% das mulheres e a implicação mais importante desses achados é que a educação se impõe para prevenir retardo desnecessário na procura por ajuda, podendo melhorar a qualidade de vida ao reduzir a preocupação de não saber o que fazer e o medo sobre o que acontecerá se a ajuda médica for procurada.

Abarbanel e Bach (1958), ao acompanhar 39 grupos de casais inférteis, entre 1949 e 1956, relataram o efeito benéfico da terapia de grupo, nas relações sexuais dos casais, na diminuição da tensão entre os membros dos casais e na diminuição da ansiedade.

Boivin (2003), após três anos de pesquisa para revisar as intervenções psicossociais na infertilidade observou que quase todas as intervenções mostravam efeitos positivos, não constatando nenhum efeito negativo delas no bem estar das pessoas inférteis em tratamento. Observou também que sentimentos de ansiedade, tensão e preocupação, especialmente aqueles associados com a infertilidade, quase sempre apresentavam mudanças positivas.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

1 SUJEITOS E MÉTODOS

1.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), um hospital escola da Universidade de Pernambuco (UPE), que conta com atendimento ambulatorial em diversas especialidades, incluindo psiquiatria e psicologia.

1.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo série de casos. Esse delineamento permitiu uma observação detalhada dos casos, expressando as frequências das variáveis, possibilitando determinar a prevalência de TMC em pacientes inférteis acompanhadas nos ambulatórios de referência e associá-la com fatores sócio-econômicos, demográficos, laborativos e da vida. Constitui um enfoque quantitativo e exploratório, embora muitas características possam ser avaliadas de forma qualitativas.

1.3 Sujeitos da pesquisa

O estudo foi conduzido em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes de três ambulatórios públicos de referência em esterilidade da cidade do Recife, o do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, o do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), vinculado à Universidade de Pernambuco e do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). Foram enviados

formulários de encaminhamento para que os profissionais médicos desses ambulatórios, contatados previamente, referenciassem as pacientes para o ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Oswaldo Cruz. No período de janeiro a dezembro de 2007, foram encaminhadas 66 pacientes. Os critérios de exclusão foram: tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior (uma paciente), ausência de relacionamento estável (uma paciente) e presença de filho biológico da relação atual (duas pacientes). Duas pacientes não responderam o questionário semi-estruturado e também foram excluídas. As 60 pacientes restantes constituíram a população do estudo.

1.4 Instrumentos

O *Self Reporting Questionnaire - 20* (SRQ-20) é um questionário auto-aplicável, de fácil administração, e pode ser utilizado para orientar outros profissionais a identificar transtornos psiquiátricos mais precocemente, em clínicas de atenção básica. Foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde para países em desenvolvimento: Colômbia, Índia, Sudão e Filipinas (HARDING et al., 1980). Foi aplicado no Brasil por Busnello et al. (1983) em locais de cuidados primários de saúde em Porto Alegre, mas a validade desse estudo não havia sido publicada até que Mari e Williams (1986) realizaram um estudo para validá-lo. Portanto, o SRQ-20 foi validado no Brasil, em clínicas de atenção primária da cidade de São Paulo, demonstrando uma sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. Em Pernambuco foi avaliado por Ludermir (2000) que encontrou uma sensibilidade de 62% e especificidade de 85%. Segundo Harding et al. (1980) o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) é composto de 20 questões do tipo sim/não, sendo quatro de sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. De acordo com esses estudos as pacientes foram divididas em dois grupos conforme a pontuação do SRQ-20: não suspeito de TMC: igual ou menor que 7 e suspeito de TMC: igual ou acima que 8 (Anexo C).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), expressão criada por Golberg e Huxley (1992), também conhecidos como Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), não englobam as dependências químicas, os transtornos psicóticos, nem os transtornos de personalidade e

caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, sintomas de ansiedade e de depressão (MARI; WILLIAMS, 1986; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Foi aplicado também um questionário semi-estruturado confeccionado pela pesquisadora para este estudo. O questionário foi composto de dados de identificação, variáveis sócio-econômicas e demográficas; 41 questões sobre características pessoais como o tempo de relacionamento atual, outros relacionamentos, se tem filho na relação atual, ou em outros relacionamentos, filhos adotivos, tempo de relacionamento sexual sem anticoncepcionais, número e tempo de tratamento, se tem ou não diagnóstico de infertilidade, sentimentos pós-diagnósticos, momento de maior tensão ao iniciar acompanhamento médico, avaliação de variáveis intra e interpessoais, sociais, laborativas e do relacionamento sexual. O questionário também contém seis questões destinadas a uma avaliação psiquiátrica resumida (Anexo B).

1.5 Coleta dos dados

Foi realizado um estudo piloto com os dezesseis primeiros pacientes agendados, com a finalidade de definir o sujeito da pesquisa (casal ou apenas mulheres) e testar a compreensão da linguagem dos instrumentos de pesquisa e a aceitação da mesma. Pequenas modificações foram realizadas no questionário semi-estruturado, para uma maior compreensão das perguntas, e manteve-se o SRQ-20, por sua facilidade de aplicação, inclusive para ambulatorios que não disponham de profissionais de Saúde Mental.

Numa mesma ocasião, após a entrevista inicial, a paciente recebia informações sobre a pesquisa e, aceitando participar, assinava o termo de consentimento livre e informado (Anexo A).

1.6 Análise dos dados

Os resultados dos questionários receberam um tratamento estatístico. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas (técnicas de estatística descritiva) e utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson com valores do OR e respectivos intervalos de confiança (técnica de estatística inferencial).

A digitação dos dados foi realizada na planilha Excel e a análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13. Os testes estatísticos foram realizados utilizando-se a margem de erro de 5,0% e os intervalos com confiabilidade de 95%.

1.7 Aspectos Éticos

O Projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética, Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC - UPE), incluindo o texto de consentimento livre e esclarecido que seria utilizado na pesquisa, conforme Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde. Antes de cada avaliação e entrevista as pacientes foram informadas em relação ao estudo, e assinaram o termo de consentimento após leitura do mesmo. Foram esclarecidas em relação ao sigilo das informações prestadas. As recomendações de Helsinque (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1989) foram respeitadas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 RESULTADOS

Das 66 mulheres encaminhadas no período de janeiro a dezembro de 2007, tivemos 60 que preencheram os critérios de inclusão e completaram o SRQ-20 e o questionário semi-estruturado, registrando-se uma perda de 10%. Na tabela 1 apresentamos a distribuição das pesquisadas segundo as variáveis sócio-demográficas. Destaca-se que: um pouco menos da metade, 45,0%, tinha até 30 anos ($n = 27$) e os 55,0% restantes ($n = 33$) tinha 31 anos ou mais, sendo a média de 31,4 anos.

Em relação à escolaridade das mulheres da amostra, 51,7% tinha até 1º grau completo ($n = 31$) e 48,3% tinha até o 2º grau e nível superior completo ($n = 29$); um pouco mais da metade, 53,3% eram casadas ($n = 32$) e os 46,7% restantes ($n = 28$) eram solteiras.

Em relação à duração da relação conjugal, 45,0% tinha até 5 anos de união ($n = 27$), 31,7% tinha de 6 a 9 anos ($n = 19$) e 23,3% tinha 10 anos ou mais de união ($n = 14$).

A maioria (61,7%) da amostra tinha renda inferior a um salário mínimo ($n = 37$) e 38,7% ($n = 23$) tinham renda de 1 a 2 SM. Em relação à renda do casal, era de até 2 SM para 58,6% das pesquisadas ($n = 34$) e para 39,7% ($n = 23$) a renda era de 3 a 5 SM.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis demográficas, sócio-econômicas e relativas ao tempo de união conjugal. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%	Variável	N	%
Faixa etária			Procedência		
Até 30	27	45,0	Recife	29	48,3
31 ou mais	33	55,0	RMR	16	26,7
TOTAL	60	100,0	Interior/ Outros estados	15	25,0
			TOTAL	60	100,0
Escolaridade			Tempo de união conjugal		
Até 1º grau	31	51,7	Até 5 anos	27	45,0
2º grau / superior	29	48,3	6 a 9 anos	19	31,7
TOTAL	60	100,0	10 anos ou mais	14	23,3
			TOTAL	60	100,0
Estado civil			Renda mensal		
Solteira	28	46,7	< 1 salário	37	61,7
Casada	32	53,3	1 a 2 salários	23	38,3
TOTAL	60	100,0	TOTAL	60	100,0
			Renda do casal		
Religião			Até 2 salários	34	58,6
Católica	30	50,0	> 2 salários	24	41,4
Evangélica	22	36,7	TOTAL⁽¹⁾	58	100,00
Outras	8	13,3			
TOTAL	60	100,0			

(1): Duas mulheres pesquisadas não souberam informar.

A tabela 2 mostra que 58,3% (n = 35) das pesquisadas e 68,3% (n = 38) dos parceiros não tinha casamento anterior. Entre as mulheres, a maioria, 76,7% não tinha filhos (n = 46) e a maioria dos parceiros 66,7%, também não tinha filhos (n = 38); nenhuma das pesquisadas tinha filhos do casamento atual (critério de exclusão). Apenas 8,3% (n = 5) tinham filhos adotivos do casamento atual. Questionadas sobre quem mais desejava ter filhos, a maioria das pacientes 61,7% (n = 37) afirmou que ambos (paciente e parceiro), seguida de 26,7% (n = 16) que afirmaram que quem mais desejava ter filhos era ela, ao passo que 11,7%, das entrevistadas responderam que era o parceiro (n = 7).

Nenhuma entrevistada e nenhum dos parceiros atuais tinham filhos adotivos de outros casamentos.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres pesquisadas segundo o número de casamentos anteriores (mulheres e parceiro), número de filhos (mulheres e parceiros), números de filhos adotivos e quem mais “deseja ter filhos”. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%	Variável	N	%
Número de casamentos			Filhos do casamento atual		
Mulher			Sim	-	-
0 nenhum casamento	35	58,3	Não	60	100,0
1 casamento	13	21,7			
2 casamentos	12	20,0	Filhos adotivos do casamento atual		
			Sim	5	8,3
Parceiro			Não	55	91,7
0 nenhum casamento	38	63,3			
1 casamento	17	28,3			
2 casamentos	5	8,3	Quem mais deseja ter filhos (P18)*		
			Paciente	16	26,7
Filhos de outros casamentos			O cônjuge	7	11,7
Mulher			Ambos	37	61,7
Sim	14	23,3			
Não	46	76,7			
Parceiro					
Sim	20	33,3			
Não	40	66,7			

(*) Pergunta do questionário semi-estruturado.

Como demonstrado na tabela 3, observou-se que a maioria das mulheres, 88,3%, apresentava autopercepção da dificuldade de engravidar (n = 53) e 78,3%, (n = 47) sentia-se “normal” antes de perceber a dificuldade de engravidar. Das mulheres entrevistadas, 60,0% (n = 36) atribuíram a dificuldade de engravidar a algum fato ou razão específico; um pouco mais da metade, 56,7%, afirmou que tinha mais de três anos de atividade sexual sem métodos anticoncepcionais; a maioria, ou seja, 65,0%, afirmou que estava em tratamento até há um ano. O maior percentual, 46,7%, não tinha feito tratamento anterior; 33,3% tinha feito um tratamento anterior e 15,0% tinha feito dois tratamentos.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis relativas à autopercepção da dificuldade de engravidar, aos sentimentos em relação à dificuldade de engravidar, ao tempo de atividade sexual sem métodos anticoncepcionais, ao tempo de tratamento (atual) e ao número de tratamentos anteriores. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%
Autopercepção da dificuldade de engravidar (P*17)		
Sim	53	88,3
Não	7	11,7
Sentimento antes perceber dificuldade de engravidar (P*19)		
Normal	47	78,3
Sentia-se bem	8	13,3
Nervosa	1	1,7
Mal	2	3,3
Triste	1	1,7
Mais feliz	1	1,7
Relaciona com algum fato ou razão por não está podendo engravidar (P*20)		
Sim	36	60,0
Não	22	36,7
Não sabe	2	3,3
Tempo de atividade sexual para procriar (P*21)		
Até 3 anos	26	43,3
> 3 anos	34	56,7
Tempo de tratamento (P*22)		
Até 1 ano	39	65,0
> 1 ano	21	35,0
Número de tratamentos anteriores (P*23)		
Nenhum	28	46,7
1	20	33,3
2 ou mais	12	20,0
TOTAL	60	100

(*) Pergunta do questionário semi estruturado.

Na tabela 4 três quartos das mulheres não apresentavam diagnóstico de infertilidade firmado e dentre as 15 que tinham o diagnóstico firmado o sentimento “triste” foi registrado

por 6 mulheres. O adjetivo “horrrível” foi usado para descrever a sensação por 3 mulheres. O momento de maior tensão foi “durante os exames” para 81,0% das entrevistadas. A maioria das mulheres estudadas, 68,3%, afirmou que modificou ou teve modificação dos sentimentos em relação a si própria após autopercepção de infertilidade.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis relativas ao diagnóstico confirmado de infertilidade, à autopercepção após o diagnóstico, ao momento de maior tensão e aos sentimentos em relação a si mesma após a autopercepção de infertilidade. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%	Variável	N	%
Tem diagnóstico de infertilidade (P*24)			Autopercepção após diagnóstico (P*25)		
Sim	15	25,0	Triste	6	46,2
Não	45	75,0	Horrrível	3	23,1
TOTAL	60	100,0	Assustada	1	7,7
			Com esperança	1	7,7
Momentos de maior tensão (P*26)			Inferior/ Incapaz	1	7,7
Antes de procurar	4	6,7	Isolada	1	7,7
Durante os exames	49	81,7	TOTAL⁽¹⁾	13	100,0
Durante o tratamento	4	6,6			
Em nenhum momento	3	5,0	Modificação dos sentimentos em relação a si mesma (P*34)		
TOTAL	60	100	Sim	41	68,3
			Não	19	31,7
			TOTAL	60	100

(*) Pergunta do questionário semi-estruturado.

(1): Duas mulheres pesquisadas não sabiam informar.

Na tabela 5 observamos os resultados relativos às questões sociais. Desta tabela destaca-se que: um pouco mais da metade, 56,7% das mulheres, observou alguma modificação no relacionamento das pessoas com para com ela; cerca de 45,0% afirmou que deixou de freqüentar algum lugar com receio de ser questionada em relação ao fato de ainda não ter filhos; 40,0% evitaram lugares com mulheres grávidas e crianças e a maioria, 61,7%, sentiram que as pessoas questionam seu casamento por não ter filhos ainda.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis referentes à percepção de modificação das pessoas em relação a elas, evitação de lugares onde poderiam ser questionadas por não ter filhos, evitação de lugares onde houvesse mulheres grávidas e crianças e à percepção de questionamento pelas pessoas da legitimidade do casamento. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%
Modificação no relacionamento das pessoas por não ter filhos (P*27)		
Sim	34	56,7
Não	26	43,3
Evita lugares para não ser questionada por não ter ainda filhos (P*28)		
Sim	27	45,0
Não	33	55,0
Evitou lugares com mulheres grávidas e crianças (P*29)		
Sim	24	40,0
Não	36	60,0
Sentiu questionamento do seu casamento por ainda não ter filhos (P*30)		
Sim	37	61,7
Não	23	38,3
TOTAL	60	100

(*) Pergunta do questionário semi-estruturado.

A maioria das mulheres pesquisadas, 66,7%, quando perguntadas a respeito do seu rendimento no trabalho, informou que não havia ocorrido modificação; no que concerne ao

interesse em relação ao trabalho, 65,0% informou que seu interesse não se tinha modificado e 68,3% achou que valia a pena continuar trabalhando (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis relativas aos dados laborativos: rendimento, interesse e valor do trabalho. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%
Alteração do Rendimento no trabalho (P*31)		
Sim	20	33,3
Não	40	66,7
Alteração do Interesse no trabalho (P*32)		
Sim	21	35,0
Não	39	65,0
Alteração da Percepção do Valor do trabalho (P*33)		
Sim (não valia a pena continuar trabalhando)	19	31,7
Não (valia a pena continuar trabalhando)	41	68,3
TOTAL	60	100

(*) Pergunta do questionário semi-estruturado.

A maioria das mulheres pesquisadas, 71,7%, afirmou não ter prazer atualmente no ato sexual (n = 43). A qualidade da relação sexual antes da procura pelo ambulatório era boa/ótima para a maioria (70,0%) e as que avaliaram como ruim/regular atingiu 30%. Após a busca pelo ambulatório a qualidade da relação sexual das pesquisadas apresentou uma piora significativa, pois aproximadamente metade delas, 56,7%, avaliou como ruim/regular e houve uma redução importante para 43,3% nas que avaliaram a qualidade como boa/ótima. Pouco mais da metade, 51,7%, afirmou ter tido modificação na relação sexual com o tratamento (n = 31) e das que apresentaram modificação, 21,7%, relataram que a modificação deu-se durante o tratamento (n = 13), 10,0% antes do tratamento. Apenas uma paciente afirmou que o cônjuge tinha dificuldade na relação sexual, que era medo de não conseguir ejacular (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis relativas aos dados do relacionamento sexual. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	N	%
Prazer no ato sexual (P*35)		
Sim	17	28,3
Não	43	71,7
Qualidade da relação sexual antes da busca pelo Ambulatório (P*36)		
Ruim até Regular	18	30,0
Boa até Ótima	42	70,0
Qualidade da relação sexual após a busca pelo Ambulatório (P*37)		
Ruim até Regular	34	56,7
Boa até Ótima	26	43,3
Modificação na relação sexual com o tratamento (P*38)		
Sim	31	51,7
Não	29	48,3
Momento da modificação (P*39)		
Não sofreu modificações	29	48,3
Antes do tratamento	6	10,0
Durante o tratamento	13	21,7
Depois do tratamento	4	6,7
Não sabe	8	13,3
Dificuldade na relação sexual do parceiro (P*40)		
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
TOTAL	60	100,0

(*) Pergunta do questionário semi-estruturado.

No gráfico 1 observa-se que das pesquisadas, 53,3% eram suspeitas de TMC e 46,7% não preenchiam os critérios de suspeita de TMC.

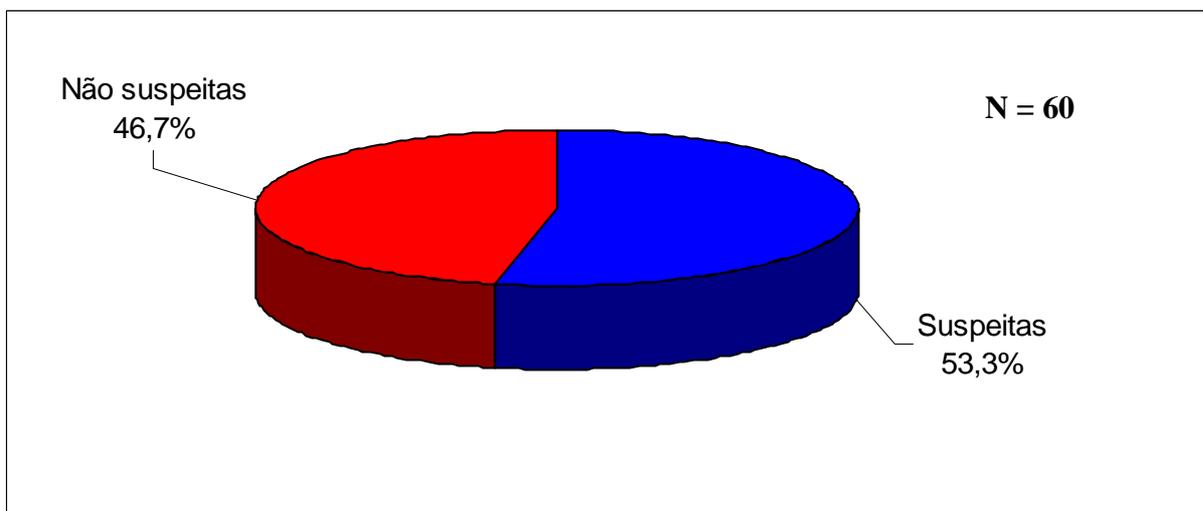


Gráfico 1 – Distribuição das mulheres pesquisadas segundo o SRQ-20. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

As Tabelas de 8 a 12 apresentam a relação das variáveis independentes com os resultados da SQR-20.

Na tabela 8 observa-se que a variável faixa etária foi à única que mostrou associação significativa ($p < 0,05$ OR = 3,40 IC a 95%), sendo que a ocorrência de TMC foi bem mais elevada entre as pacientes que tinham 31 anos ou mais do que entre as que tinham até 30 anos (66,7% x 37,0%).

Tabela 8 – Prevalência de TMC segundo as variáveis sócio-demográficas e econômicas. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	n = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Faixa etária					
Até 30 anos	27	10	37,0	$p^{(1)} = 0,022^*$	1,00
31 ou mais	33	22	66,7		3,40 (1,17 a 9,86)
Escolaridade					
Até 1º grau completo	31	15	48,4	$p^{(2)} = 0,427$	1,00
2º grau /Superior	29	17	58,6		1,51 (0,54 a 4,19)
Estado civil					
Solteira	28	13	46,4	$p^{(1)} = 0,316$	1,00
Casada	32	19	59,4		1,69 (0,61 a 4,70)
Religião					
Católica	30	15	50,0	$p^{(2)} = 0,594$	1,00
Evangélica	22	12	54,5		1,20 (0,40 a 3,62)
Outras	8	5	62,5		1,67 (0,34 a 8,26)
Procedência					
Recife	29	19	65,5	$p^{(1)} = 0,183$	2,85 (0,79 a 10,31)
RMR	16	7	43,8		1,17 (0,28 a 4,87)
Interior/ Outro Estado	15	6	40,0		1,00
Tempo de união					
Conjugal				$p^{(1)} = 0,490$	
Até 5 anos	27	16	59,3		1,09 (0,30 a 4,03)
6 a 9 anos	19	8	42,1		0,55 (0,14 a 2,20)
10 anos ou mais	14	8	57,1		1,00
Renda mensal					
< 1 salário	37	17	45,9	$p^{(1)} = 0,146$	1,00
1 a 2 salários	23	15	65,2		2,21 (0,75 a 6,46)
TOTAL	60	32	53,3		
Renda do casal					
Até 2 salários	34	18	52,9	$p^{(1)} = 0,927$	1,00
3 ou mais	24	13	54,2		1,05 (0,37 a 3,00)
TOTAL	58	31	53,4		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 9 - Prevalência de TMC segundo as variáveis: número de casamento, filhos de outros casamentos, filhos adotivos, autopercepção da dificuldade de engravidar e tempo de atividade sexual com objetivo de procriar. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	n = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Número de casamentos					
Mulher					
0	35	20	57,1	p ⁽¹⁾ = 0,477	1,00
1	13	5	38,5		0,47 (0,13 a 1,72)
2	12	7	58,3		1,05 (0,28 a 3,97)
Parceiro					
0	38	22	57,9	p ⁽²⁾ = 0,149	1,00
1	17	6	35,3		0,40 (0,12 a 1,30)
2	5	4	80,0		**
Filhos de outros Casamentos					
Mulher					
Sim	14	7	50,0	p ⁽¹⁾ = 0,775	1,00
Não	46	25	54,3		1,19 (0,36 a 3,94)
Parceiro					
Sim	20	11	55,0	p ⁽¹⁾ = 0,855	1,11 (0,38 a 3,25)
Não	40	21	52,5		1,00
Filhos adotivos do casal atual					
Sim	5	1	20,0	p ⁽²⁾ = 0,175	**
Não	55	31	56,4		**
Desejo de ter filhos					
Mulher	23	12	52,2	p ⁽¹⁾ = 0,887	1,00
Parceiro	37	20	54,1		1,08 (0,38 a 3,06)
Autopercepção da dificuldade de engravidar					
Sim	53	28	52,8	p ⁽²⁾ = 1,000	1,00
Não	7	4	57,1		1,19 (0,24 a 5,84)
Relação com o fato ou Razão					
Sim	36	16	44,4	p ⁽¹⁾ = 0,119	1,00
Não	22	14	63,6		2,19 (0,74 a 6,50)
Não sabe	2	2	100,0		
Tempo de atividade para procriar					
Até 3 anos	26	15	57,7	p ⁽¹⁾ = 0,554	1,00
> 3 anos	34	17	50,0		1,36 (0,49 a 3,81)
TOTAL	60	32	53,3		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Na tabela 10 observa-se que a variável *Modificação dos sentimentos em relação a si mesma* foi à única que mostrou associação significativa ao nível de significância considerado ($p < 0,05$, OR = 5,40 e intervalo para a referida media que exclui o valor 1,00), sendo que a ocorrência de TMC foi bem mais elevada entre as pacientes que tinham modificação dos sentimentos em relação a si mesma do que entre as que não tinham (65,9% x 26,3%).

Tabela 10 – Prevalência de TMC segundo as variáveis: tempo e número de tratamentos anteriores, diagnóstico firmado de infertilidade, autopercepção após o diagnóstico, momento de maior tensão durante o acompanhamento. Recife, PE, janeiro a dezembro de 2007.

Variável	n = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Tempo de tratamento					
Até 1 ano	39	19	48,7	p ⁽¹⁾ = 0,329	1,00
> 1 ano	21	13	61,9		1,71 (0,58 a 5,05)
Tratamentos anteriores					
Realizados					
Nenhum	28	12	42,9	p ⁽¹⁾ = 0,172	1,00
1	20	14	70,0		3,11 (0,92 a 10,48)
2 ou mais	12	6	50,0		1,33 (0,34 a 5,18)
Diagnóstico de infertilidade					
Sim	15	10	66,7	p ⁽¹⁾ = 0,232	2,09 (0,62 a 7,10)
Não	45	22	48,9		1,00
TOTAL	60	32	53,3		
Autopercepção após o diagnóstico					
Triste	6	2	33,3	p ⁽²⁾ = 0,231	**
Horrível	3	3	100,0		**
Outros	4	3	75,0		**
TOTAL	13	8	61,5		
Maior tensão ao procurar o médico					
Antes de procurar	4	2	50,0	p ⁽²⁾ = 0,314	1,00
Durante os exames	49	27	55,1		0,82 (0,11 a 6,26)
Durante o tratamento	4	3	75,0		**
Em nenhum momento	3	-	-		**
Modificação dos Sentimentos em relação a si mesma					
Sim	41	27	65,9	p ⁽¹⁾ = 0,004*	5,40 (1,61 a 18,07)
Não	19	5	26,3		1,00
TOTAL	60	32	53,3		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido á ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Através do teste Exato de Fisher.

A tabela 11 mostra que a prevalência de TMC foi mais elevada entre as pacientes que afirmaram ter ocorrido modificação no relacionamento com as outras pessoas do que entre as que negaram modificação (73,5% x 26,9%). Observamos também mais TMC entre as que não evitam lugares em que pudessem ser questionadas por não ter filhos, do que entre as que evitam (74,1% x 36,4%); entre as que não evitam lugares onde houvesse mulheres grávidas e crianças do que entre as que evitam (79,2% x 36,1%). Entre as mulheres que afirmaram ter sentido questionamentos por ainda não ter filhos do que entre as que afirmaram não ter sentido (67,4% x 30,4%). Essas diferenças revelam associação significativa de cada uma das variáveis com a prevalência de TMC ($p < 0,05$).

Tabela 11 – Prevalência de TMC segundo as variáveis do relacionamento social. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	n = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Modificação no relacionamento com as pessoas					
Sim	34	25	73,5	$p^{(1)} < 0,001^*$	7,54 (2,38 a 23,90)
Não	26	7	26,9		
Evita lugares para não ser questionada por não ter filhos					
Sim	27	20	74,1	$p^{(1)} = 0,004^*$	5,00 (1,64 a 15,25)
Não	33	12	36,4		
Evitou lugares com mulheres grávidas e crianças					
Sim	24	19	79,2	$p^{(1)} = 0,001^*$	6,72 (2,03 a 22,26)
Não	36	13	36,1		
Sentiu questionamento do casamento por ainda não ter filhos					
Sim	37	25	67,6	$p^{(1)} = 0,005^*$	4,76 (1,55 a 14,65)
Não	23	7	30,4		
TOTAL	60	32	53,3		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na tabela 12 verifica-se também a ocorrência de associação significativa da prevalência de TMC com cada uma das variáveis relativas aos dados laborativos ($p < 0,05$). Nesta tabela destaca-se que o percentual de pacientes com TMC foi mais elevado entre as

que tinham modificado o rendimento no trabalho (85,0% x 37,5%), entre as que tinham modificado interesse no trabalho (71,4% x 43,6%) e entre as que achavam que não valia a pena trabalhar (84,2% x 39,0%).

Tabela 12 – Prevalência da TCM segundo as variáveis: rendimento do trabalho, interesse no trabalho, valor dado ao trabalho. Recife, PE, janeiro a dezembro 2007.

Variável	n = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Alteração do Rendimento no trabalho					
Sim	20	17	85,0	P ⁽¹⁾ = 0,001*	9,44 (2,37 a 37,70) 1,00
Não	40	15	37,5		
Alteração do Interesse no trabalho					
Sim	21	15	71,4	P ⁽¹⁾ = 0,039*	3,24 (1,04 a 10,10) 1,00
Não	39	17	43,6		
Alteração da Percepção do Valor do trabalho					
Sim (não valia a pena continuar trabalhando)	19	16	84,2	P ⁽¹⁾ = 0,001*	8,33 (2,09 a 33,24)
Não (valia a pena continuar trabalhando)	41	16	39,0		
TOTAL	60	32	53,3		

(*): Associação significante a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na avaliação da relação entre as variáveis do relacionamento sexual e a ocorrência de TMC (Tabela 13) destaca-se que: a prevalência de TMC foi mais elevada entre as pacientes que não apresentavam prazer no ato sexual do que entre as que apresentavam (70,6% x 46,5%); entre as que relatavam qualidade ruim/regular da relação sexual do que entre as que relatavam qualidade boa/ótima (77,7 x 50%); entre os que tinham qualidade ruim/regular da

relação sexual após a busca pelo ambulatório (61,8%) do que entre os que tinham qualidade boa/ótima, as quais apresentaram percentuais de TMC (42,3%), entretanto a “qualidade da relação sexual antes da busca pelo ambulatório” foi à única variável com associação significativa com ocorrência de TMC ($p < 0,05$, OR igual a 4,66 e intervalo que exclui o valor 1,00).

Tabela 13 – Prevalência de TMC segundo as variáveis: prazer no ato sexual e qualidade da relação sexual antes e após a procura pelo ambulatório. Recife, PE, janeiro a dezembro de 2007.

Variável	N = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Prazer no ato sexual					
Sim	17	12	46,5	$p^{(1)} = 0,092$	1,00
Não	43	20	70,6		2,76 (0,83 a 9,19)
Qualidade da relação sexual antes da busca pelo ambulatório					
Ruim até Regular	18	14	77,7	$p^{(1)} = 0,013^*$	4,66 (1,31 a 16,59)
Boa/Ótima	42	18	42,9		1,00
Qualidade da relação sexual após da busca pelo ambulatório					
Ruim até Regular	34	21	61,8	$p^{(1)} = 0,134$	2,20 (0,78 a 6,24)
Boa/ Ótima	26	11	42,3		1,00
Modificação na relação com o tratamento					
Sim	31	19	61,3	$p^{(1)} = 0,201$	1,95 (0,70 a 5,45)
Não	29	13	44,8		1,00
Variável	N = 60	Casos	%	Valor de p	OR (IC a 95%)
Momento da modificação					
Não sofreu modificações	6	4	66,7	$p^{(2)} = 0,721$	**
Antes do tratamento	13	7	53,8		1,44 (0,39 a 5,34)
Durante o tratamento	4	3	75,0		**
Depois do tratamento	8	5	62,5		2,05 (0,41 a 10,24)
Não sabe	29	13	44,8		1,00
TOTAL	60	32	53,3		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido a ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1 DISCUSSÃO

O estudo propôs-se a investigar a hipótese de que, no período da avaliação para diagnóstico e tratamento da infertilidade, as mulheres com problemas de infertilidade apresentavam mais TMC e eram submetidas a um impacto psicossocial, sexual e laboral maior que a população geral.

Na nossa investigação, com mulheres referenciadas por ambulatórios de esterilidade, encontramos que 53,3% apresentavam TMC. Os nossos resultados sugerem que as condições psíquicas em que as mulheres da amostra passam a viver, ao se deparar com a infertilidade e com a busca por uma solução nos ambulatórios de esterilidade, podem elevar a ocorrência de TMC. Corroborando nossos dados, observamos que várias pesquisas, ao longo dos anos, vêm demonstrando que os pacientes com problemas de infertilidade apresentam sintomas que vão desde a dor emocional até quadros de transtornos psiquiátricos definidos. Estes achados sugerem que a infertilidade deve ser vista como um processo, ao invés de uma série de eventos emocionais independentes e que o sofrimento que as mulheres experimentam em decorrência da infertilidade é parte necessária da evolução para aceitação da condição (BOIVIN et al., 2007; DOWNEY et al., 1989; CONNOLLY et al., 1992; FASSINO et al., 2002; GREIL, 1997; GUERRA et al, 1998; ODDENS; TONKELAAR; NIEUWENHUYSE, 1999; OLASHANSKY, 2005; SEIBEL; TAYMOR, 1982). Isto reafirma a necessidade de uma maior atenção em relação aos aspectos psicológicos das mulheres que estão em atendimento nos ambulatórios de esterilidade.

Os Transtornos Mentais Comuns têm prevalência variada em todo mundo (FORTES; VILANO; LOPES, 2008; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Em estudo realizado na clientela do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, RJ, Fortes et al. (2008) encontraram uma prevalência de 56% de TMC. Os dados encontrados foram superiores aos encontrados por Facundes (2002) em estudantes da área de saúde da Universidade de Pernambuco (34,1%), e por Ludermir e Melo Filho (2002) na área administrativa II (a de população mais densa) da cidade de Olinda.

No trabalho de Fortes, Villano e Lopes (2008) foram identificados pacientes com comorbidades como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno

somatoforme e transtornos dissociativos, ao passo que em nossa amostra a presença dessas co-morbidades constituiu um critério de exclusão.

O maior número de pacientes com TMC (58,6%) da nossa amostra, foi encontrado entre as pacientes com maior escolaridade, diferentemente do encontrado na população geral por Ludermir e Melo Filho (2002). Estes autores constataram níveis mais baixos de escolaridade entre os portadores de TMC. Fortes, Villano e Lopes (2008), também encontraram níveis de escolaridade mais baixos entre os pacientes com TMC. Poderíamos indagar se essas diferenças, ou seja, o nível de escolaridade mais alto relacionado com TMC encontrado em nossas pacientes, não seria decorrente de uma percepção maior do estigma da infertilidade, bem como do conhecimento maior que teriam sobre os avanços tecnológicos aos quais não podem ter acesso por suas limitações financeiras.

A prevalência de TMC foi mais elevada entre as pacientes que afirmaram ter tido modificação do relacionamento social do que entre as que negaram (73,5% x 26,9%); entre as que disseram evitar lugares para não serem questionadas do que entre as que disseram não evitar (74,1% x 36,4%); entre as que disseram evitar lugares em que há mulheres grávidas e crianças do que entre as que disseram não evitar (79,2% x 36,1%); entre as que afirmaram ter sentido questionamentos por ainda não ter tido filhos do que entre as que disseram que não se sentiram questionadas (67,4% x 30,4%). Estas diferenças também revelaram associação significativa para cada uma dessas variáveis com a prevalência de TMC ($p < 0,05$). Pode-se presumir daí que a dificuldade em admitir e vivenciar socialmente a infertilidade poderia propiciar o surgimento de TMC.

O papel do apoio social como divisor no contexto dos estressores em relação à infertilidade está bem documentado (TAYLOR; SEEMAN, 1999). Para tornar mais clara a importância do apoio social, lançamos mão da definição de apoio social feita por Minkler (1985), como sendo “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecido por grupos e/ou pessoas, com o qual teriam contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras”.

A rede sócio-familiar pode funcionar tanto como fator de sobrecarga emocional como elemento de diminuição do sofrimento. O apoio social e a percepção deste, pelo paciente, estão associados com maior qualidade de vida global, tanto para homens, quanto para mulheres podendo levar a uma atenuação do sofrimento emocional. As intervenções psicológicas, educativas e sociais, melhoram o bem estar e a vida das pessoas com problemas de infertilidade.

Constatamos, ao avaliar a variável “Modificação dos sentimentos em relação a si mesma”, uma associação significativa com a ocorrência de TMC. Observamos que 78,3% sentiam-se “normal” e 13,3% diziam se sentir “bem” antes de perceber sua dificuldade de engravidar. Ao perceber o problema, 46,2% sentiram-se “triste” e 23,1% sentiram-se “horríveis”. Os nossos achados se coadunam com o que afirmou Slade et al (2007), para quem a infertilidade pode ameaçar a auto-estima devido a sua natureza potencialmente estigmatizante. Este autor avalia que o estigma nasceria da vergonha de não corresponder às expectativas sociais em relação à maternidade. A condição geraria uma concentração imobilizadora dos sentimentos e investimentos pessoais, voltada para a sua resolução (RIBEIRO, 2004). Os resultados do nosso estudo, relatados acima, diferem dos de Downey et al. (1989). Estes estudiosos observaram que as pacientes inférteis não apresentavam auto-estima pior que os controles, apesar de uma proporção considerável delas, mesmo aquelas no início do tratamento, relatar sintomas de sofrimento emocional, usando termos como ansiedade e depressão para definir suas emoções e expressando receio em relação a um futuro incerto, medo de intervenções médicas e preocupação sobre sua capacidade de reproduzir. Esses autores observaram também uma certa disforia, com necessidade de assistência médica. Outras pesquisas também revelaram falta de auto-estima e sentimentos de inferioridade (WIRTBERG, 1992; WHITEFORD; GONZALEZ, 1995; WIRTBERG et al., 2007).

As mulheres da nossa pesquisa durante o preenchimento do questionário faziam referência aos adjetivos desqualificantes como eram chamadas: “eles me chamam de bananeira do inferno”, “dizem que sou oca e seca”, “e que sou árvore sem fruto”. Outras fizeram referência a sua identidade e associaram a maternidade com a feminilidade: “agora estão dizendo que eu sou homem, dizem lá vai a mulher-homem”. Através destes relatos percebemos o quanto à infertilidade é uma experiência estigmatizante. Pode ameaçar a auto-estima e conseqüentemente isolar o paciente das fontes de apoio. (SLADE et al., 2007).

Para Arboleda-Flórez (2005) estigma, preconceito e discriminação são construções sociais altamente relacionadas. Estigma é a consequência de uma dinâmica social que pode resultar em manifestações específicas diferentes de uma cultura para outra e, dentro de uma mesma cultura, de uma era para outra.

Ocorre um estigma quando atributos negativos e preconceituosos são aceitos pela cultura dominante como definidores da pessoa estigmatizada e tornam-se um padrão para todos do grupo. O estigma pode ser visível, identificável, tangível ou apenas simbólico, como uma ideologia ou um valor social (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2005).

As pacientes se desqualificam se sentem “tristes” e “horríveis” após a percepção da dificuldade de engravidar e são desqualificadas socialmente, como se o único papel que deveriam ter na vida fosse o de ser mãe. Umam chega a relatar o medo da separação: “ele disse que se eu não engravidar vai arrumar outra, eu já disse também que ele pode me deixar já que não engravidou aí essa agonia, que não acaba nunca, passa”. Relatam ainda uma “culpa” por não ter filhos, achando que pode ser um “castigo divino”, se perguntam muitas vezes onde teriam “errado” e “por que gente tão ruim tem filhos, dão os filhos, jogam fora e, elas, que querem tanto, não têm”. As relações que as mulheres fazem entre a maternidade e feminilidade, as dificuldades que encontram nas relações sociais, podem explicar os nossos resultados em relação aos TMC.

Ao pesquisar as representações sociais da maternidade e da paternidade, Trindade (1993) observou que as fontes de apoio mais citadas pelas mulheres foi religião (45,2%), família (32,3), amigos (32,3%) e profissionais (25,8%). A autora observa que as mulheres assumem com frequência a responsabilidade pelo problema da infertilidade, em função da representação social da maternidade como identidade feminina, do “ser mãe como condição essencial para o ‘ser mulher’”, da maternidade como “dádiva divina” e da supervalorização do papel da mãe. Os dados da autora, somados aos nossos dados, nos dão referência para reafirmar a importância do apoio social, porque essas representações podem dificultar a obtenção de um suporte diversificado, necessário ao restabelecimento do equilíbrio emocional. Estes achados nos permitem concluir que o apoio social é um importante componente no equilíbrio da resposta emocional frente ao sofrimento causado pelo fracasso no tratamento da infertilidade.

Outros dados, de importância relevante, que reafirmam a necessidade do acompanhamento psicológico dessas pacientes com problemas de infertilidade são os transtornos na vida sexual. Nos nossos achados observamos associações significativas entre alterações no relacionamento sexual e a ocorrência de TMC nas mulheres em atendimento nos ambulatórios de esterilidade. Destacamos que pacientes que relatavam não ter prazer no ato sexual tinham maior incidência de TMC do que as que relatavam ter prazer (70,6% x 46,5%). No total, 51,7% das mulheres percebeu modificação na vida sexual, sendo que 21,7% informaram que a modificação ocorreu durante o tratamento. Os transtornos na vida sexual das pessoas que estão em acompanhamento e tratamento para infertilidade vêm sendo relatados com frequência na literatura (DANILUK, 1988; WIRTBERG et al., 2007). Apesar de observarmos que, ao longo dos anos, vem ocorrendo de fato uma separação entre a sexualidade e a reprodução, permitindo a busca da relação sexual como fonte de prazer e não só com finalidade reprodutiva, no momento em que as mulheres se deparam com problemas de fertilidade há uma interferência direta na qualidade da relação sexual, a qual se volta quase que totalmente para a finalidade reprodutiva, colocando em segundo plano o prazer. Esses dados são apoiados por Wirtberg et al. (2007) que ressaltaram que a maioria das pessoas investigadas por eles assinala o fim da sua vida sexual no período da investigação e tratamento para infertilidade. Já os resultados de Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuys (1999), foram controversos, pois ao mesmo tempo em que relatavam relacionamento sexual mais íntimo, referiam menos satisfação sexual. Mostraram também diminuição na frequência das relações sexuais, diminuição da espontaneidade e menos satisfação em relação ao grupo controle. Constatamos na nossa pesquisa que, antes de procurar o ambulatório, a relação sexual era considerada ruim/regular por 30,0% das mulheres e modificou o perfil, após frequentar o ambulatório, para 56,7%. O percentual de pacientes que achavam a relação boa/ótima, 70,0% foi para 43,3%. Essas modificações da qualidade da relação sexual ficam evidentes na fala de algumas mulheres que dizem: “já não consigo prestar atenção na relação, eu só penso se vou ficar grávida ou não”. A infertilidade, além de comprometer o relacionamento sexual abala narcisicamente as pacientes e conseqüentemente a baixa auto-estima é freqüente nas pacientes que estão em acompanhamento (RIBEIRO, 2004).

Em relação aos dados sócio-demográficos observamos que 68,8% das pacientes da faixa etária superior aos trinta anos (n = 22) apresentavam TMC. Esses dados contrastam com os de Serge-Jacob et al. (2006) segundo os quais mulheres mais velhas tinham sofrimento geral mais baixo. Observamos que as mulheres mais velhas sofrem uma pressão muito maior

em decorrência da idade e do fantasma de gerar uma criança com problemas ou com “defeito”.

Entre as pacientes com renda do casal até dois salários mínimos, 52,9% apresentavam TMC. Em relação à renda, tanto individual quanto do casal, os dados estão alinhados com os de Ludermir e Melo Filho (2002), que ressaltou a importância da renda como meio de acesso a melhores condições de vida. As pacientes com maior renda podiam não só ter acesso a melhores condições de vida como também custear alguns exames e medicação que não eram proporcionados pelo SUS. Mas, apesar de financiar tratamentos de custo menor, não poderiam ter acesso a tratamentos com tecnologia mais avançada e de maior custo financeiro, elevando dessa forma o nível de frustração por não conseguir engravidar.

Apesar de a filiação ser um desejo da grande maioria dos casais, nem todos procuram ajuda médica para seus problemas de infertilidade, o que dificulta uma avaliação mais exata da prevalência do número de casais com essa dificuldade. BUNTING E BOIVIN (2007) observaram que esse grupo de pessoas que não procuram ajuda profissional, ao qual se referiram como “Prolongadores”, geralmente haviam tentado engravidar por quase dois anos sem sucesso, eram muito pessimistas acerca de suas chances de engravidar naturalmente e, mesmo assim, nunca haviam consultado um médico sobre seu fracasso em conceber. Para as autoras, paradoxalmente eles dispensavam assistência não em função da natureza invasiva e tecnológica da intervenção médica, mas pela ameaça associada com a confirmação do problema de fertilidade. Nossos achados estão em consonância com as autoras, pois observamos que 81,7% das pacientes (n = 49) informaram que o momento de maior tensão foi durante a realização dos exames e, destas, 55,1% apresentaram TMC (n = 27).

Wirtberg et al (2007) ao estudar mulheres 20 anos após a investigação e tratamento de infertilidade, registraram que 58% das pacientes contatadas não responderam às cartas enviadas. Como eles, obviamente, não puderam analisar os não respondentes, limitaram-se a fazer uma presunção de sensibilidade em relação ao tema da infertilidade, mesmo após 20 anos. Presumiram que o temor em relação à definição do diagnóstico é um obstáculo à procura pelos serviços médicos, como também torna mais difícil à ida ao ambulatório de saúde mental, onde teriam de falar das dificuldades para engravidar e dos sentimentos em relação a isso, um tema que muitos querem esconder, pela dor emocional e estigma que representam.

Espera-se dos casais que devam não só ter filhos, mas também “querer” ter filhos. Algumas mulheres relutam em falar sobre a infertilidade até com seus maridos e muitas vão carregar essa dificuldade como um estigma para o resto da vida (WHITEFORD; GONZALEZ, 1995). Para os autores o estigma estaria associado não a uma deformidade física, mas a uma sensação de ter quebrado a norma do grupo. A avaliação da percepção dos pacientes em relação ao assunto pode ajudar a identificar aqueles que têm maiores risco de sofrimento, como também a percepção da disponibilidade de apoio social pode estar associada a níveis mais baixos de sofrimento (SLADE et al. 2007).

Observamos que em relação à existência de casamento anterior, filho de outro relacionamento ou parceiro atual com filho de outro relacionamento, a frequência dos TMC é maior entre aquelas sem casamento anterior (57,1%), sem filho em outros relacionamentos (54,3%) e com parceiro sem filho em outros relacionamentos (52,3%). Esses dados, entretanto, não foram estatisticamente significantes, possivelmente em decorrência do tamanho da nossa amostra.

No nosso estudo, as mulheres que tinham mais de um ano de tratamento apresentaram uma maior prevalência de TMC (61,9%), assim como as que tinham mais de um tratamento (70,0%). Nas que tinham dois ou mais tratamentos, a prevalência de TMC, entretanto, reduziu-se para 50,0%. Apesar de não serem estatisticamente significativos, esses achados são consistentes com os de Boivin et al (1995), e os de Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuys (1999). Estes pesquisadores encontraram que as mulheres que passaram por uma quantidade moderada de experiências de fracasso relatam mais sofrimento pessoal e marital do que as que ainda não experimentaram fracasso. Downey et al. (1989) também afirmam que “à medida que se alonga o tratamento da infertilidade e as repetidas experiências de fracasso que vive os pacientes para conceber, o sofrimento psicológico é provavelmente aumentado”. Poder-se-ia presumir que a ausência de um diagnóstico definido de infertilidade é um fator de influência no surgimento dos TMC.

Vários estudos já examinaram o relacionamento entre a duração do tratamento e sofrimento psicológico, com resultados contraditórios. Assim, Berg et al. (1991), em um estudo transversal, observaram uma relação curvilínea, ao invés de linear, entre sofrimento psicológico e duração do tratamento. Constataram que o sofrimento emocional era elevado durante o primeiro ano de tratamento, retornando aos níveis normais no segundo ano e voltando a aumentar de forma significativa durante o terceiro ano de tratamento. Segundo

esses autores, pacientes que procuram tratamento indefinidamente, não aceitando a condição de infertilidade, podem apresentar riscos mais elevados de problemas psicológicos. Sabemos que a evolução tecnológica nessa área vem se processando de modo muito rápido, o que não pode ser hoje, talvez se consiga amanhã. Essa rapidez pode até contribuir para que o profissional não defina o diagnóstico, por temer que, sua afirmativa de impossibilidade, seja desmentida pelo avanço tecnológico. Mesmo com todos esses agravantes, não podemos deixar de salientar a importância da definição do diagnóstico e do estabelecimento das possibilidades e limites em relação ao resultado dos tratamentos.

A incerteza acerca do caráter definitivo da infertilidade pode fazer com que alguns casais persistam na esperança de encontrar novas possibilidades de tratamento após sucessivos insucessos, dificultando a adaptação emocional à condição de infértil. A definição clara da irreversibilidade da condição pode contribuir para a elaboração do luto advindo da impossibilidade de concretizar o desejo primordial de procriar. Pode também propiciar um ponto de partida para que os casais inférteis lidem com a situação com menos sofrimento. Os profissionais que trabalham com infertilidade devem estar atentos ao sofrimento, oculto ou expresso, gerados pela condição e à necessidade de prover esses pacientes de atenção médica e psicológica voltada para os aspectos emocionais do problema.

Em nossa pesquisa, verificamos a ocorrência de associação significativa entre a prevalência de TMC e as variáveis relativas aos dados laborativos ($p < 0,05$). Destaca-se que o percentual de pacientes com TMC foi mais elevado entre as que apresentavam alteração no rendimento no trabalho (85,0% x 37,5%); no interesse no trabalho (71,4% x 43,6%) e na percepção no valor do trabalho (84,2% x 39,0%). McQuillan, Stone e Greil (2007) constataram que entre as mulheres que preenchem os critérios de infertilidade e percebem este fato como problema, a satisfação de vida é significativamente mais baixa, principalmente entre as que não estão empregadas.

Apesar da infertilidade afetar tanto homens, quanto mulheres, podendo ser uma experiência devastadora para ambos, no estudo piloto só conseguimos entrevistar dois pacientes masculinos. A dificuldade da inclusão dos homens nos atendimentos especializados fica evidente quando as pacientes relatam que seus maridos não participam das avaliações e, quando se faz necessário, elas levam as suas solicitações de exames. Quando eles recebem os resultados são elas quem levam para o seu médico assistente. Nesse momento, quando os resultados dos exames são normais, ouvem com frequência a seguinte fala: “seu marido pode fazer filho

em qualquer mulher”. Esta afirmativa reforça a “culpa” e ameaça a auto-estima. Por essa razão escolhemos como a maioria dos pesquisadores, incluir apenas mulheres, mesmo percebendo da importância do atendimento do casal. Nossa pesquisa se restringiu àquelas que estavam procurando tratamento médico ou passando por intervenções médicas para infertilidade nos ambulatórios de referência.

Concluimos que os resultados dessa pesquisa mostram a necessidade de ampliar e dar continuidade aos estudos com abordagem qualitativa, incluindo os homens, que seguramente também são afetados pelo problema, dessa forma tornando possível o acompanhamento dos casais, observando os efeitos do diagnóstico e tratamento em longo prazo.

2 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos desse estudo podemos concluir que:

A prevalência de TMC foi de 53,3% nas pacientes com problemas de infertilidade atendidas nos ambulatórios de referência

As pacientes que não evitavam situações sociais potencialmente geradoras de desconforto emocional e ansiedade apresentaram índices mais altos de TMC, realçando a importância do apoio social e a necessidade de trabalhos educativos para diminuir as tensões emocionais causadas pelo estigma da infertilidade.

A associação estatisticamente significativa de TMC com rendimento, valorização e interesse no trabalho reforçam a importância da atenção à saúde mental dessas pacientes, com o objetivo de diminuir os custos sociais da infertilidade.

A diminuição do prazer sexual e sua associação com TMC sugerem a necessidade, de um atendimento interdisciplinar às pacientes acompanhadas nos ambulatórios de referência..

A prevalência elevada dos TMC nas pacientes inférteis e sua associação com enfrentamento social da condição, qualidade do relacionamento sexual e fatores relacionados ao trabalho ressalta a necessidade de atendimento interdisciplinar e de um trabalho de educação voltado aos profissionais envolvidos no atendimento desses pacientes. Bem como de se criar estratégias estruturadas de atenção à saúde dos casais.

3 RECOMENDAÇÕES

Os achados dessa pesquisa reforçam a percepção, crescente entre os estudiosos, da necessidade de realizar atendimento interdisciplinar aos casais inférteis, com a inclusão de profissionais de Saúde Mental. Os conhecimentos psicológicos podem contribuir para que os profissionais que trabalham nesta área de infertilidade tenham uma melhor compreensão da dor psíquica na qual vivem as pessoas com estes problemas e, dessa forma, estarem mais habilitados para auxiliar os casais.

A pesquisa evidencia, corroborando estudos anteriores, a importância do estabelecimento do diagnóstico concludente e do fornecimento de informações claras sobre as perspectivas, evitando uma busca sem fim por objetivos inalcançáveis. Isso é necessário para que os casais possam elaborar emocionalmente a dor e o luto evitando que se mantenham aprisionados à indefinição de sua condição e possam encontrar caminhos e alternativas que propiciem uma melhor qualidade de vida. Seria muito útil que os serviços de referência realizassem campanhas educativas direcionadas à população em geral ajudando na redução do estigma.

Para que a ajuda se torne efetiva, é necessária à inclusão dos homens, pois o problema é do casal e os homens também vivem os sofrimentos causados pela infertilidade e pelo estigma social. Observamos também a necessidade da continuação do acompanhamento psicológico, mesmo após o tratamento para infertilidade ter sido concluído, com o objetivo auxiliar estes casais a lidar com sua condição de infértil.

Também o ensino médico deveria propiciar reflexões sobre o estigma. A literatura mostra que as intervenções psicossociais nas pessoas inférteis têm potencial de serem efetivas na diminuição da depressão, ansiedade e morbidades psiquiátricas.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABARBANEL, A. R.; BACH, G. Group Psychotherapy for the Infertile Couple. **Int. J. Fertil.**, p. 151-160, 1959.

ABBEY, A.; HALMAN, L. J.; ANDREWS, F. M. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. **Fertil Steril.**, v. 57, n. 1, p.122-128, 1992.

APFEL, R. J.; KEYLOR, R. G. Psychoanalysis and Infertility: Myths and Realities. **Int. J. Psychoanal.**, n. 83, p. 85-104, 2002.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Stigma and discrimination: an overview. **W Psychiatr.**, v. 4, Suppl., 1, p. 8-10, 2005.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/Helsinque.doc>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERG, B.; WILSON, J.; WEINGARTINER, P. J. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex- role identification. **Soc Sci Med.**, v. 33, n. 9, p. 1071-1080, 1991.

BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1980. Edição Ecumênica.

BOIVIN, J. M. A. et al.. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. **Fertil Steril.**, v. 63, n. 4, p.801-807, 1995.

BOIVIN, J. A review of psychosocial interventions in infertility. **Soc Sci Med.**, v. 57, n. 12, p. 2325-2341, 2003.

BOIVIN, J.; SCHMIDT, L. Infertility - related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. **Fertil Steril.**, v. 83, n. 6, p.1745-1752, 2005.

BOIVIN, J.; SANDERS, K.; SCMIDT, L. Age and Social position moderate the effect of stress on fertility. **Evol Hum Behav.**, v. 27, p. 345-356, 2006.

BOIVIN, J. et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potencial need and demand for infertility medical care. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 6, p. 1506-1512, 2007.

BRESNICK, E.; TAYMOR, M. L. The role of counselling in infertility. **Fertil Steril.**, v. 32 p. 154–156, 1979.

BUSNELLO, E. L. et al. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. **J Bras Psiquiatr.**, v. 32, p. 207-210, 1983 .

BUTING, L.; BOIVIN, J. Decision-making about seeking medical advice in na Internet sample of women trying to get pregnant. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 6, p.1662-1668, 2007.

CAMPAGNE, D. M. Should fertilization treatment start with reducing stress? **Hum Reprod.**, v. 21, n. 7, p. 1651-1658, 2006.

CARTER, A. J. Myths and mandrakes. **J R Soc Med.**, v. 96, p.144-147, 2003.

CARVALHO, W. D. P et al. Incidência de fatores etiológicos da esterilidade em 255 pacientes grávidas após terapêutica. **J Bras Ginecol.**, v. 97, n 5, p. 233-235,1987.

CHATEL, M. M. **Mal estar na procriação:** As mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CONNOLLY, K, J. et al. The Impact of Infertility on Psychological Functioning. **J Psychosom Res.**, v. 36, n. 5, p. 459-468, 1992.

CORDEIRO, A. B. Z. et al. Da depressão ao desejo de pró-criar-revisitando a feminilidade na clínica e na transmissão da psicanálise. **Pulsional Rev Psicanal.**, n. 135, p.14-24, 2000.

COSTA, M.; NEHEMY, M. B. O casal sem filhos. **Rev Reprod.**, v. 6, n.1, p.7-9 1991.

DANILUK, J. C. Reconstructing Their Lives: A Longitudinal, Qualitative Analysis of the Transition to Biological Childlessness for Infertile Couples. **J Counsel Development.**, v.79, p.439-449, 2001.

DANILUK, J. C. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. **Fertil Steril.**, v. 49, n. 6, p. 982-990, 1988.

DARDIGNA, A. M. **La Presse “feminine”**: function idéologique. Paris: François Maspero, 1978.

DELAISI DE PARSEVAL, G. ; JANAUD, A. **L’enfant à tout prix**. Paris: Seuil, 1983.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2003.

DEUTSCH, H. La psicologia de la mujer. Buenos Aires, Losada, 1960.

DOWNEY, J. et al. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. **Fétil Steril.**, v.52, n. 3, 1989.

FACUNDES, V. L. D. **Prevalência de transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde da Universidade de Pernambuco e sua associação com algumas características do processo de ensino e aprendizagem**. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

FASSINO, S. et al. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. **Hum Reprod.**, v. 17, n. 11, p.2986-2994, 2002.

FAURE-PRAGIER, S. **Les bébés de l'inconscient**. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui. 2 ed. Paris: Puf, 1999.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil Nosológico e prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n. 1 p.32-37, 2008.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade. In: EDIÇÃO Brasileira Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. p. 123-250. 9 v.

_____. Três ensaios sobre a sexualidade. In: EDIÇÃO Brasileira Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. p. 85-119. 14 v.

GARIÉPY, I. M. A. L'infertilité et la sexualité: perspective thérapeutique. Association des Sexologue du Québec. **Rev Sexol Actue.**, 1997. Disponível em: <http://linux.ntic.qc.ca/~blaf/fr/articles/asq_infertilite.html>. Acesso em: 21 jul. 2003.

GERRITS, T. Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. **Patient Educ Couns.**, v.31, n. 1, p. 39- 48, 1997.

GONDIM, M. C. B. Determinantes socioculturais e seus efeitos sobre as representações do self num caso de infertilidade feminina. **Rev Bras Psicanal.**, v. 36, n. 2, p. 307-322, 2002.

GONZÁLES, M. et al. Prueba Para la Evaluación Psicológica em Mujeres con Trastornos de la Fertilidad. **Rev Med.**, v. 32, p. 359-362, 1994.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavstock, 1992.

GREIL, A. L. Infertility and Psychological Distress: A Critical Review of the Literature. **Soc Sci Med.**, v. 45, n.11, p. 1679-1704, 1997.

GUERRA, D. et al. Psychiatric Morbidity in Couples Attending a Fertility Service. **Hum Reprod.**, v. 13, n. 6, p.1733-1736, 1998.

GUZMÁN, A.; ORTIZ, M.; ZIGHELBOIM, I. Estudio Psicosocial de la Pareja Infértil. **Rev Obstet Gin Venez.**, v. 44, n.1, p.57-70, 1984.

HARDING, M. V. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.**, v. 10, p. 231-241, 1980.

LAMPIC, C et al. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. **Hum Reprod.**, v.21, p.558-64, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LARSEN, U. Research on Infertility: which definition should we use? **Fertil Steril.**, v. 83, p. 846, 2005.

LECHNER, L.; BOLMAN, C.; VAN DALEN, A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 1, p.288-294, 2007.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Sau Publ.**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.647-659, 2000.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A.. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Sau Publ.**, v.36, n. 2, 2002.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatr.**, v.148, p.23-26, 1986.

McDOUGALL, J. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

McQUILLAN, J.; STONE, R. A. T.; GREIL, A. L. Infertility and Satisfaction Among Women. **J Fam.**, v. 28, n. 7, p. 955-981, 2007.

McMAHON, C. A. et al. Anxiety during pregnancy and fetal attachment after *in-vitro* fertilization conception. **Hum. Reprod.**, v.12, 176-182. 1997.

MELAMED, R. M. M et al. Aspectos Emocionais Mobilizados pela Fertilização Assistida. **J Bras Reprod Assist.**, v. 4, n. 2, p.1-4, 2000.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Educ Quarterly**, v. 12, p. 303-313, 1985.

MIRANDA, C.; LARRAZÁBAL, F.; LABÁN, P. Orientacion Familiar em Parejas Infertiles. **Rev Chil Obstet Ginecol.**, v. 60, n. 2, p. 75-78, 1995.

MORICE, P. et al. History of Infertility. **Hum Reprod Update**, v.1 n. 5, p. 497-504, 1995.

ODDENS, B. J.; TONKELAAR. I; NIEUWENHUYSE, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey. **Hum Reprod.**, v.14, n. 1, p. 255-261, 1999.

OLASHANSKY, E. The Transition From Pregnancy to Postpartum in Previously Infertile Women: A Focus on Depression. **Arch Psychiatr Nurs.**, v. 19, n. 6, p. 273-280, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. Rev. São Paulo: EDUSP, 1997.

PETERSON, B. D. et al. A. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. **Fertil Steril.**, v. 88, n. 4, 2007.

POZIOMCZYK, R. S. Aspectos emocionais na infertilidade masculina. **Rev Psiq R G Sul**, v. 8, n. 1, p. 25-35, 1986.

RIBEIRO, M. F. R. **Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ROSENFELD, A.; FATHALLA, M. F. THE FIGO MANUAL OF HUMAN REPRODUCTION. NEW YORK: PARTHENON PUBLISHING GROUP, 1990. 3 v.

ROWE, J. P et al. **Manual da OMS sobre Padronização de Exames e Diagnóstico da Infertilidade em Casais**. São Paulo: Santos, 1998.

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.

SEIBEL, M. M.; TAYMOR, M. L. Emotional aspects of infertility. **Fertil Steril.**, v. 37, p.137-145, 1982.

SLADE, P. et al. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at in infertility clinic. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 8, p.2309-2317, 2007.

TAYLOR, S. E.; SEEMAN, T. E. Psychosocial resources and the SES health relationship. **Ann NY Acad Sci.**, v. 896, p.210-215. 1990.

TRINDADE, Z. A. As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. **Psic Teor Pesq.**, v. 9, n. 3, p. 535-546, 1993.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil. **Psicol USP.**, v. 13 n. 2, 2002.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

VAN HALL, E. V. Le couple infertile et l'ê gynécologue: aspects psycho-sociaux et émotionnels. **Contraception, Fertilité, Sexualité.**, v.12, n.6 p.797-802, 1984.

VERHAAK, C. M. et al. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. **Hum Reprod.**, v.20, n. 8, p. 2253-2260, 2005.

WALKER, H. E. Sexual Problems and Infertility. **Psychosomatics**. v.19, p. 477, 1978.

WASSER, S.K., SEWLL, G. AND SOULES, M. R. Psychosocial stress as a cause of infertility. **Fertil Steril.**, V.59, 685-689.1993.

WHITEFORD L., M.; GONZALEZ, L. Stigma: the hidden burden of infertility. **Soc Sci Med.**, v. 40, p. 27-36, 1995.

WILSON, J. F; KOPITZKE, E. J. Stress and Infertility. **Curr Womens Health Rep.**, v. 2, p. 194-199, 2002.

WIRTBERG, I. **His and her childlessness**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Psicologia) – Karoinsk Institutet, University of Stockholm, 1992.

WIRTBERG, I. et al. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 2, p. 598-604, 2007.

ZALUSKY, S. Infertility in the age of technology. **J Am Psychoanal Assoc.**, v. 48, n. 4, p. 1541-1562, 2000.

5 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ADLER, J. D.; BOXLEY, R. L. The Psychological Reactions to Infertility: Sex Roles and Coping Styles. **Sex Roles**, p.271-279, 1985.

ALMEIDA, M.C. Filhos da reprodução assistida. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. **Direito de família e psicanálise – rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

ARONSON, H., G.; GLIENKE, C. F. A study of the Incidence of Pregnancy Following Adoption. **Fertil Steril.**, v. 14, p. 547-553, 1963.

AVELAR, C. M et al. Infertilidade e Emoção. **Reprod Clin.**, v. 15, n. 4, p. 203-205, 2000.

BECKER, G.; NACHTIGALL, R. D. Born to be a Mother: The Cultural Construction of Risk in Infertility Treatment in the U.S. **Soc Sci Med.**, v. 39, n. 4, p. 507-518, 1994.

BECKER, G.; NACHTIGALL, ROBERT, D. Ambiguous Responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. **Soc Sci Med.**, v. 32, n. 8, p. 875-885, 1991

BERG, B.; WILSON, J. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. **Fertil Steril.**, v.53, n. 4, p.654 -661, 1990.

BOIVAIN, J. A review of psychosocial interventions in infertility. **Soc Sci Med.**, v. 1.57, n. 12, p. 2325-2341, 2003.

BRANDI, M. C. A. C; PINA, H.; LOPES, J. R. C. Epidemiologia da infertilidade conjugal. In: DONADIO, N.; LOPES, J. R. C.; MELO, N. R. **Reprodução Humana II - Infertilidade, Anticoncepção e Reprodução Assistida**. 2 ed. São Paulo: Organon, 1997. p. 1-3.

BRAZELTON, T. B. et al. **A dinâmica do Bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BRENNAN, D. P.; CRISTOPHER, R. N.; TAL, F. M. A. Anxiety and Sexual Stress in Men and Women Undergoing Infertility Treatment. **Fertil Steril.**, v. 88, n. 4, p.911-914, 2007.

BULFINCH, T. **O Livro de Ouro da Mitologia**. História de Deuses e Heróis. 26 ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

BYDLOWSKI, M. **Je Rêve um Enfant: L' Experience Intérieure de la Maternité**. PARIS: ODILE JACOB, 2000.

BYDLOWSKI, M. Les infertiles. **Nouv Rev Psychanal.**, n. 45, p.143-160, 1992.

CAMPOS, D. T. F. **Le Désir Feminin à Partir de la Demande de Fécondation In Vitro**. 1997.p.78. Tese (Doutorado em Psicologia) - Université de Provance (Aix- Marseille I), França, 1997.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba sonhos**: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAVALCANTI, R. C. Aspectos psicológicos da esterilidade. **Femina**, v. 16, n. 8, p ??????, 1988.

COMMELIN, P. **Mitologia grega e romana**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade Uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COLLUCCI, C. **Quero Ser Mãe**. Ribeirão Preto, SP: Palavra Mágica, 2000.

CORRÊA, M. C. D. V. **A Tecnologia a Serviço de um Sonho**: Um Estudo Sobre a Reprodução Assistida. 1997. p.290. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto e Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CÔRREA, M. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? **Cad Sau Publ.**, v. 16, n. 3, p. 863-870, 2000.

COX, S. J. et al. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. **Fertil Steril.**, v. 85, n. 1, p.84-89, 2006.

CUNHA, M. C. V. Infertilidade, Reprodução Assistida e Filiação Simbólica: uma escuta psicanalítica. In: TEMPO Psicanalítico Reflexões sobre a clínica. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 2004.

DOWNEY, J.; MCKINNEY, M. The Psychiatric Status of Women Presenting for Infertility Evaluation. **Am J Orthopsychol.**, v. 62, n. 2, p. 196-205, 1992.

EDELMANN, R. J.; CONNOLLY, K. J. Psychological Aspects of Infertility. **Br J Med Psychol.**, v. 59, p. 209-219, 1986.

FARAMARZI, M. et al. Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. **J Affect Disord.**, v. 108, p. 159-164, 2008.

FRANCO JR, J. G. et al. Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. **J Assist Reprod Genet.**, v. 19, n. 6, p. 269-73, 2002.

FRYDMAN, R. **Lettre à Une Mère**. Paris: L'Iconoclaste, 2003.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. New Jersey: Prentice Hall, 1963.

GUZMÁN, A. Aspectos psicologicos de la infertilidad. **Gac Med.**, v. 97, p.7-9, 1989.

JACOB, M. C.; MAQUILLAN, J.; GREIL, A. L. Psychological distress by type of barrier. **Hum Reprod.**, v. 18, p.1-10, 2006.

KHAMISI, F. et al. Some psychological aspects of oocyte donation from known donors on altruistic basis. **Fertil Steril.**, v. 68, n.2, p. 323-327, 1997.

KIRKMAN, M.; ROSENTHAL, D.; JOHNSON, L. Familias working it out: adolescents' views on communicating about donor-assisted conception. **Hum Reprod.**, v. 22, n. 8, p. 2318-2324, 2007.

LESTER, E. P. A Surrogate Carries a Fertilised Ovum: Multiple Crossings in Ego Boundaries. **Int. J. Psycho - Anal.**, v. 76, n. 2, p. 325-334, 1995.

LIZ, T. M.; STAUSS, B. Differential efficacy of group and individual/ couple psychotherapy with infertile patients. **Hum Reprod.**, v. 20, n. 5, p. 1324-1332, 2005.

LORCA, F. G. **YERMA**. São Paulo: Universidade de Brasília, 2000.

LOWENKRON, A. M. Maternidades: novas configurações? **Rev Bras Psicanal.**, v. 35, n. 3, p. 823-842, 2001.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J. NAHOUM, J. C. **Nós Estamos Grávidos**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MARINHO, L. A. B.; MARINHO, T. M. Esterilidade feminina: uma viagem no túnel do tempo. **Femina**, v. 27, n. 6, p. 531, 1999.

MELLO FILHO, J. Grupoterapia com Pacientes Somáticos. In: OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MILAD, M., P. et al. Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. **Hum Reprod.**, v.13, n. 8, p. 2296-2300, 1998.

MONGA, M. et al. Impacto f Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function. **Urology**, v. 63, n. 1, p. 126-130, 2004.

OLMOS, P. E. **Quando a cegonha não vem**: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho, 2003.

OLSHANSKY, E. A Theoretical Explanation for Previously Infertile Mother' Vulnerability to Depression. **J Nurs Scholarsh.**, v. 35, n. 3, p. 263-268, 2003.

PRADO, R. A. A. Infertilidade Conjugal. In: MARIANI NETO, C; TADINI, V. **Obstetrícia e Ginecologia**. Manual para o Residente. São Paulo: Roca, 2002. p.533- 537

PSIQWEB Psiquiatria Geral. DSM-IV Classificação de Doenças Mentais. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/>>. Acesso em: 01 ago. 2003.

ROUDINESCO, E. **A Família em Desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SCAVONE, L. **Tecnologias Reprodutivas: Gênero e Ciência**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

SCHAFFER, J. A.; DIAMOND, R. Infertilidade: Dor Pessoal e Estigma Secreto In: IMBER-BLACK, E. **Os Segredos na Família e na Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.113-127.

SCHOVER, L. R.; COLLINS, R. L.; RICHARDS, S. Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow – up of recipient couples. **Fertil Steril.**, v. 57, n. 3, p.583-590, 1992.

SIQUEIRA, L. **3 Chances 3 Vidas**. São Paulo: Madras, 1999.

SOLIS-PONTON, L. **Ser pai, ser Mãe parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da Maternidade: Ser Mãe Depois dos 35 Anos**. 1999. p.77. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

TESTART, J. **Le Magasin des enfants**. Paris: Gallimard,1994.

TORT, M. **O Desejo Frio**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

6 ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caso n°. _____

Prezado Participante

Esse estudo que tem como objetivo a identificação das repercussões no psiquismo e na qualidade de vida dos pacientes que procuram e /ou estão realizando investigação e tratamento para infertilidade nos ambulatórios público referenciados.

As perguntas aqui apresentadas contêm questões sobre diversos fatores, os quais podem, porventura, estar presentes nesse momento na sua vida. Não existem respostas certas ou erradas, é garantido o ANONIMATO aos respondentes O não interesse em responder o questionário não terá influência no seu atendimento.

Leia atentamente: Responda as questões espontânea e tranqüilamente sem pensar muito;

Não deixe nenhuma questão sem resposta;

Em caso de dúvida escolha a resposta que mais se parece com sua opinião;

Lembramos que o sucesso desta pesquisa depende da sua sinceridade.

Muito obrigado pela atenção, _____.

Maria do Carmo Vieira da Cunha.

Telefone: 2101.1357(HUOC) 99617257 (Pesquisadora) 21011536(Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC).Concordo em participar da pesquisa referida acima.

Recife, ---/---/---- Assinatura: _____

Nome: _____ RG _____

ANEXO B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

CASO Nº _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DO NASCIMENTO: ___/___/_____

IDADE: _____

ESTADO EM QUE NASCEU: _____ CIDADE EM QUE NASCEU: _____

ENDEREÇO: _____

ESTADO CIVIL: _____ COM QUE RAÇA VOCÊ SE IDENTIFICA: _____

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/_____

DATA DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: ___/___/_____

AMBULATÓRIO E MÉDICO QUE REALIZOU O ENCAMINHAMENTO: _____

AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA E ALGUMAS SITUAÇÕES QUE VOCÊ PODE TER SENTIDO OU VIVIDO NOS ÚLTIMOS MESES.

- | | SIM | NÃO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1º) VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO? | () | () |
| 1.1 SE SUA RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA QUESTÃO 3º, | | |
| 1.2 SE RESPONDER SIM PASSE PARA QUESTÃO 2º, HÁ QUANTO TEMPO? _____ | | |
| 2º) EM QUE VOCÊ TRABALHA? _____ | | |
| 3º) QUAL A SUA RELIGIÃO? CATÓLICO () EVANGÉLICO () ESPÍRITA () OUTROS () NÃO TEM () | | |
| 3.1 (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 4) CASO SEJA PRATICANTE RESPONDA SIM OU NÃO | () | () |
| 4º) QUAL SEU GRAU DE INSTRUÇÃO? NENHUM () 1º GRAU INCOMPLETO () 1º GRAU COMPLETO () | | |
| 2º GRAU INCOMPLETO () 2º GRAU COMPLETO () 3º GRAU INCOMPLETO () 3º GRAU COMPLETO () | | |
| () () () () | | |

5º) QUAL SEU ESTADO SOLTEIRO (CASADO () SEPARADO () VIÚVO () OUTROS () CIVIL?)

6º) QUAL O TEMPO DA UNIÃO 0-1 ANO () 2-5 ANOS () 6-9 ANOS () MAIS DE 10 ANOS () CONJUGAL ATUAL?)

7º) QUAL A SUA RENDA MENSAL?

MENOS DE 1 () ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS () ENTRE 03 E 05 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

ENTRE 06 E 10 SALÁRIOS MÍNIMOS (ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS () NENHUMA ()

)

8º) QUAL A RENDA MENSAL DO CASAL?

ENTRE 0 E 02 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

ENTRE 03 E 05 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

ENTRE 06 E 10 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

9º) QUANTOS CASAMENTOS ANTERIORES VOCÊ TEVE?

--	--

10º) QUANTOS CASAMENTOS SEU PARCEIRO JÁ TEVE?

--	--

SIM NÃO

11º) VOCÊ TEM FILHOS NA RELAÇÃO ATUAL? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 12º)

() ()

IDADE: SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

12º) VOCÊ TEM FILHOS EM OUTROS CASAMENTOS? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 13º)

() ()

IDADE: SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

13º) VOCÊ TEM FILHOS ADOTIVOS NA RELAÇÃO ATUAL? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 14º)

() ()

IDADE: SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

14º) VOCÊ TEM FILHOS ADOTIVOS EM OUTROS CASAMENTOS? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 15º)

() ()

IDADE: SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

15º) SEU PARCEIRO TEM FILHOS EM OUTROS CASAMENTOS? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 16º)

() ()

IDADE: SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

16º) SEU PARCEIRO TEM FILHOS ADOTIVOS EM OUTROS CASAMENTOS? (SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 17º)

() ()

IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

17°) VOCÊ CONSIDERA EM SUA OPINIÃO QUE ATUALMENTE TEM DIFICULDADES DE ENGRAVIDAR? () ()

NÃO SABE () (SE **NÃO** PASSE PARA QUESTÃO 18)

18°) QUEM MAIS DESEJA TER FILHOS?

() A (O) PACIENTE A (O) CÔNJUGE () OS DOIS () OUTRAS PESSOAS

19°) COMO VOCÊ SE SENTIA ANTES DE SABER QUE TINHA DIFICULDADES PARA ENGRAVIDAR? _____

20°) VOCÊ RELACIONA COM ALGUM FATO OU ALGUMA RAZÃO NÃO ESTÁ PODENDO ENGRAVIDAR? () ()

NÃO SABE () (SE **NÃO** PASSE PARA QUESTÃO 21°)

21°) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊS VÊM TENDO RELAÇÕES SEXUAIS SEM EVITAR FILHOS? _____ MÊS (ES) _____ ANO(S)

22°) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ EM TRATAMENTO? _____ MÊS (ES) _____ ANO(S)

23°) QUANTOS TRATAMENTOS ANTERIORES AO ATUAL VOCÊ JÁ REALIZOU?

() () 1 () 2 () 3 () 4 () MAIS DE () OUTRAS
 NENHUM QUATRO

SIM NÃO

24°) VOCÊ JÁ RECEBEU O DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE? (SE **NÃO** PASSE PARA QUESTÃO 25°) () ()

25°) COMO VOCÊ SE SENTIU APÓS TER RECEBIDO O DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE? _____

26°) EM QUE MOMENTO VOCÊ FICOU MAIS TENSA (O) AO PROCURAR O MÉDICO?

ANTES DE PROCURAR DURANTE OS EXAMES (AGUARDANDO O RESULTADO DOS EXAMES ()
 ())

QUANDO VOCÊ OUVIU O MÉDICO DIZER QUE IA PRECISAR DE DURANTE O TRATAMENTO ()
 TRATAMENTO ()

AGUARDANDO O RESULTADO DO TRATAMENTO () EM NENHUM MOMENTO ()

27°) OBSERVOU ALGUMA MODIFICAÇÃO NO RELACIONAMENTO DAS PESSOAS COM VOCÊ POR NÃO TER FILHOS? **NÃO SABE** () ()

28°) VOCÊ DEIXOU DE FREQUENTAR ALGUM LUGAR COM RECEIO DE SER QUESTIONADA EM RELAÇÃO AO FATO DE AINDA NÃO TER FILHOS? **NÃO SABE** () ()

29°) VOCÊ EVITOU LUGARES QUE PODERIA ENCONTRAR MULHERES GRÁVIDAS OU CRIANÇAS?

NÃO SABE ()

- 30°) VOCÊ SENTIU QUE AS PESSOAS QUESTIONARAM SEU CASAMENTO POR NÃO TER AINDA FILHOS? **NÃO SABE** () ()
- 31°) VOCÊ PERCEBEU ALGUMA MODIFICAÇÃO NO SEU RENDIMENTO DE TRABALHO? **NÃO SABE** () ()
(SE **NÃO** PASSE PARA QUESTÃO 32°)
- 31.1 QUAL TIPO DE MODIFICAÇÃO VOCÊ PERCEBEU? _____

- 32°) O SEU INTERESSE NO TRABALHO SE MODIFICOU? **NÃO SABE** () ()
- 33°) VOCÊ CHEGOU A PENSAR QUE NÃO VALIA MAIS A PENA TRABALHAR? **NÃO SABE** () ()
- 34°) SEUS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A VOCÊ MESMO SE MODIFICARAM? **NÃO SABE** ()
- 35°) VOCÊ SENTE PRAZER NO ATO SEXUAL? () ()
- 36°) COMO VOCÊ DESCREVERIA SUA VIDA SEXUAL ANTES DE FREQUENTAR O AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE?
PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA ()
- 37°) COMO VOCÊ DESCREVERIA SUA VIDA SEXUAL DEPOIS DE FREQUENTAR O AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE?
PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA ()
- 38°) A SUA VIDA SEXUAL SOFREU MODIFICAÇÕES COM O TRATAMENTO PARA ENGRAVIDAR QUE VOCÊ ESTÁ FAZENDO?
() **SIM** () **NÃO** () (SE **NÃO** PASSE PARA QUESTÃO 41°) () ()
- 39°) EM QUE MOMENTO VOCÊ PERCEBEU AS MODIFICAÇÕES NA VIDA SEXUAL? (RESPONDA CASO JÁ ESTEJA EM TRATAMENTO)
ANTES DO TRATAMENTO () DURANTE O TRATAMENTO () DEPOIS DO TRATAMENTO () **NÃO SABE** ()
() () ()
- 40°) SEU PARCEIRO (OU VOCÊ, PARA O HOMEM) TEM DIFICULDADE NA RELAÇÃO SEXUAL? () ()
(SE **SIM** PASSE PARA QUESTÃO 42°)
- 41°) QUAL DIFICULDADE? _____ A

AGORA FAREI PERGUNTAS MAIS ALGUMAS PERGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE SUA SAÚDE MENTAL.

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA (RESUMIDA)

	SIM	NÃO
1º) VOCÊ JÁ REALIZOU ALGUM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO COM REMÉDIOS?	()	()
1.1 SE SUA RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA QUESTÃO 2º,		
1.2 SE RESPONDER SIM INDIQUE O TEMPO DE TRATAMENTO HÁ QUANTO TEMPO? _____		
—		
1.3 LEMBRA O NOME DO REMÉDIO? SE NÃO PASSE PARA QUESTÃO 2º	()	()
QUAL? _____		
2º) VOCÊ ESTÁ REALIZANDO ALGUM TRATAMENTO DE PSICOTERAPIA?	()	()
2.1 SE SUA RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA QUESTÃO 3º		
2.2 SE RESPONDER SIM INDIQUE O TEMPO DE TRATAMENTO HÁ QUANTO TEMPO? _____		
—		
3º) VOCÊ JÁ REALIZOU ALGUM TRATAMENTO DE PSICOTERAPIA?	()	()
3.1 SE SUA RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA QUESTÃO 4º		
3.2 SE RESPONDER SIM INDIQUE O TEMPO DE TRATAMENTO DURANTE QUANTO TEMPO? _____		
—		
4º) VOCÊ TEM ALGUM PARENTE COM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS?	()	()
5º) VOCÊ LEMBRA DE ALGO MARCANTE NA SUA INFÂNCIA QUE DIFICULTOU A SUA VIDA?	()	()
5.1 SE SUA RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA QUESTÃO 6º		
QUAL? _____		
6º) VOCÊ LEMBRA DE ALGO MARCANTE NA SUA ADOLESCÊNCIA QUE DIFICULTOU A SUA VIDA?	()	()
QUAL? _____		

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SRQ 20

CASO Nº _____

VERSÃO BRASILEIRA DO SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ 20) PARA AVALIAÇÃO DE TMC (TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS) (HARDING ET AL, 1980). CONSIDERANDO O PERÍODO DOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA) DIAS, ASSINALE SIM OU NÃO PARA AS QUESTÕES ABAIXO:

	SIM	NÃO
1º) TEM DORES DE CABEÇA FREQUENTEMENTE?	()	()
2º) TEM FALTA DE APETITE?	()	()
3º) DORME MAL?	()	()
4º) ASSUSTA-SE COM FACILIDADE?	()	()
5º) TEM TREMORES NAS MÃOS?	()	()
6º) SENTE-SE NERVOSO, TENSO OU PREOCUPADO?	()	()
7º) TEM MÁ DIGESTÃO?	()	()
8º) TEM DIFICULDADE DE PENSAR COM CLAREZA?	()	()
9º) TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE?	()	()
10º) TEM CHORADO MAIS DO QUE DE COSTUME?	()	()
11º) ENCONTRA DIFICULDADES PARA REALIZAR COM SATISFAÇÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?	()	()
12º) TEM DIFICULDADES PARA TOMAR DECISÕES?	()	()
13º) TEM DIFICULDADES NO SEU SERVIÇO (SEU TRABALHO É PENOSO, LHE CAUSA SOFRIMENTO)?	()	()
14º) É INCAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL EM SUA VIDA?	()	()
15º) TEM PERDIDO O INTERESSE PELAS COISAS?	()	()
16º) VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO?	()	()
17º) TEM TIDO A IDÉIA DE ACABAR COM A VIDA?	()	()
18º) SENTE-SE CANSADO O TEMPO TODO?	()	()
19º) TEM SENSAÇÃO DESAGRADÁVEL NO ESTÔMAGO?	()	()
20º) VOCÊ SE CANSA COM FACILIDADE?	()	()