

Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade

Stress of men and women seeking treatment for infertility

Artigo Original

Palavras-chave

Infertilidade/terapia
Estresse psicológico
Reprodução

Keywords

Infertility/therapy
Stress, psychological
Reproduction

Resumo

OBJETIVO: Avaliar o nível de estresse de homens e mulheres que buscavam tratamento para infertilidade e identificar variáveis associadas. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 101 homens e 101 mulheres que se consultavam pela primeira vez em um Ambulatório de Reprodução Humana. Os participantes responderam à versão brasileira do Inventário de Problema de Fertilidade (IPF) com base nos quatro domínios: "relacionamentos sociais", "vida sem filhos"; "relacionamento conjugal/sexual" e "maternidade/paternidade" e também a um questionário com características socioeconômicas e reprodutivas. Realizou-se análise bivariada através dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, considerando $p < 0,05$. Posteriormente realizou-se análise multivariada de correspondência, na qual foram incluídas as variáveis com $p \leq 0,20$. **RESULTADOS:** De modo geral, os participantes apresentaram alto nível de estresse em todos os domínios, exceto no domínio "vida sem filhos". A análise multivariada por correspondência apontou que as variáveis que se aproximaram do estresse alto no domínio "relacionamentos sociais" foram: ser do sexo feminino, ter o problema da infertilidade, e considerar a qualidade do relacionamento conjugal regular. No domínio "vida sem filhos" as variáveis que se aproximaram do estresse alto foram: ser do sexo feminino, ter idade entre 18 e 24 anos, e ter o problema da infertilidade. Ser do sexo masculino, considerar a adoção, pais e/ou sogros e outras pessoas saberem da dificuldade para engravidar, e considerar a qualidade do relacionamento conjugal ótimo aproximaram-se do alto nível de estresse no domínio "relacionamento conjugal/sexual". Para o domínio "maternidade/paternidade" evidenciou-se que as variáveis ser do sexo feminino, considerar a qualidade do relacionamento conjugal regular, ter idade entre 25 e 35 anos, e praticar religião evangélica ou protestante aproximaram-se do alto nível de estresse. **CONCLUSÃO:** Homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade apresentam alto nível elevado de estresse, sugerindo que o apoio psicossocial é importante e deve ser diferenciado para homens e mulheres.

Abstract

PURPOSE: To evaluate the level of stress in men and women seeking treatment for infertility and to identify the associated variables. **METHODS:** A cross-sectional study with 101 men and 101 women consulting for the first time at the Human Reproduction Unit. Participants completed the Brazilian version of the Fertility Problem Inventory (FPI) based on four domains: "social relationships", "life without children"; "marital relationship/sexual" and "maternity/paternity" and a structured questionnaire with socioeconomic and reproductive variables. Bivariate analysis was performed using the Chi-square and Fisher exact tests, considering $p < 0.05$. Afterwards the multivariate correspondence analysis was done with variables with $p \leq 0.20$. **RESULTS:** Overall, the participants presented a high level of stress in all domains, except in the "life without children" domain. Multivariate analysis of correspondence showed that variables associated with a high level of stress in the "social relationships" domains were: to be a woman, to have the infertility problem, and to consider the quality of the marital relationship to be regular. In the "life without children" domain the variables that approached the high stress were: to be woman, age between 18 and 24 years, and to have the infertility problem. To be a man, to consider adoption, parents/in-laws and other people knowing about the difficulty to become pregnant, and to consider the quality of the marital relationship to be excellent were the variables associated with high level of stress in "marital/sexual relationship" domain. For "maternity/paternity"

Correspondência

Silvia Mayumi Obana Gradvohl
Rua Vital Brasil, 200 – Cidade Universitária
CEP: 13084-971
Campinas (SP), Brasil

Recebido

15/04/2013

Aceito com modificações

27/05/2013

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp – Campinas (SP), Brasil.

¹Departamento de Psicologia, Universidade São Francisco – USF – Itatiba (SP), Brasil.

²Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp – Campinas (SP); Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – CEMICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Conflito de interesse: não há.

domain the variables associated were to be women, consider marital relationship quality regular, age between 25 and 35 years, be evangelical or protestant were the variables associated with a high level of stress. **CONCLUSION:** Men and women seeking treatment for infertility present a high level of stress and it can be suggested that psychosocial support is important and should be different for men and women.

Introdução

A infertilidade conjugal provoca alterações emocionais em diferentes aspectos da vida das pessoas que a enfrentam. Socialmente, um casal pode sentir-se estigmatizado por conta de uma rejeição real ou imaginária por não ter filhos¹, e o impacto desta condição atinge também o relacionamento conjugal e sexual, porque a infertilidade influencia diretamente a autoestima sexual e os objetivos de vida dessas pessoas². Dada a sua magnitude e os impactos sobre a saúde e o bem-estar das pessoas, a infertilidade, como doença, precisa ser considerada como um problema de saúde pública³.

No Brasil, estima-se a existência de 51 milhões de mulheres em idade reprodutiva⁴ e, levando em consideração dados da Organização Mundial da Saúde⁵ que afirma que cerca de 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva enfrentam o problema da infertilidade, podemos estimar a existência em nosso país de 4 a 7 milhões de mulheres inférteis. Esses números apontam para o potencial impacto da infertilidade sobre a qualidade de vida de um grande número de pessoas no Brasil.

Quando inicia a busca pelo tratamento da infertilidade, o casal se depara com incertezas quanto ao resultado final e aos riscos para a própria saúde, condições estas que podem promover sentimentos como medo, ansiedade e frustração⁶. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, casais de baixa renda precisam também lidar com o fato de que o acesso a esse tipo de tratamento pode ser bem difícil no Sistema Único de Saúde (SUS), pois são poucos os serviços públicos que disponibilizam todas as técnicas de reprodução assistida (TRA) de maneira totalmente gratuita⁷. Esse conjunto de situações — a dificuldade para engravidar e a dificuldade de acesso ao tratamento necessário — pode provocar estresse no casal infértil⁸ afetando consideravelmente a qualidade de vida de quem enfrenta esse problema⁹. Por outro lado, pesquisadores apontam¹⁰ que o estresse pode diminuir a qualidade do espermatozoide do homem e gerar distúrbios na ovulação.

Em face das possíveis associações entre os aspectos emocionais e a infertilidade, a prática de intervenções psicológicas tem sido recomendada, tanto como fator de proteção à saúde mental dos casais inférteis, quanto como um recurso para propiciar melhor resposta aos tratamentos. Existem, porém, questionamentos quanto à adoção das intervenções psicológicas como coadjuvantes nos tratamentos para infertilidade.

Ter conhecimento sobre o nível de estresse das pessoas que buscam tratamento para infertilidade, e saber quais os aspectos relacionados à infertilidade mais provocam estresse são informações fundamentais para propor e planejar as intervenções necessárias aos serviços de reprodução humana¹¹.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o estresse de homens e mulheres, membros de casais inférteis, no momento em que fazem a primeira consulta em um serviço especializado para tratamento de infertilidade, e identificar fatores associados à sua ocorrência.

Métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal entre outubro de 2009 e março de 2010 no Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital da Mulher – Professor Doutor José Aristodemo Pinotti, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Processo 768/2009), obedecendo aos requisitos da Declaração de Helsinque e à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da participação no estudo.

Para o cálculo do tamanho amostral, foram utilizados resultados de um estudo¹² que avaliou a diferença entre escores de estresse de homens e mulheres, nos valores médios dos escores de estresse obtidos nas escalas do *Fertility Problem Inventory* (FPI)¹³. Utilizou-se como referência a média do escore para o domínio “necessidade de maternidade/paternidade” verificado entre mulheres ($36,8 \pm 11,0$) e homens ($32,6 \pm 10,2$). Considerando $\alpha=5\%$ e $\beta=20\%$, o tamanho da amostra foi calculado em 101 homens e 101 mulheres, membros de casais inférteis (202 sujeitos).

Os participantes foram selecionados entre homens e mulheres que estavam consultando, pela primeira vez, para tratamento de infertilidade no ambulatório já referido, que é um dos poucos centros de referência para este tipo de atendimento em serviços públicos no país. Os critérios de seleção foram: idade > 18 anos e nível suficiente de entendimento para responder às questões dos instrumentos de pesquisa, que eram auto respondidos. Foram convidadas para participarem do estudo 216 pessoas, das quais 11 optaram por não participar, e 3 desistiram porque apresentaram dificuldade para compreender as perguntas a serem respondidas.

As características socioeconômicas e da infertilidade dos participantes foram coletadas através de um questionário estruturado desenvolvido para este estudo, e o estresse foi avaliado através do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF)¹⁴. O IPF é um instrumento específico para avaliar o estresse em relação aos aspectos mais preponderantes no enfrentamento da situação de infertilidade. Este instrumento é a versão traduzida, adaptada e validada no Brasil do (FPI)¹³. A versão brasileira do FPI tem quatro domínios: “relacionamentos sociais”, “relacionamento conjugal/sexual”, “vida sem filhos” e “maternidade/paternidade”.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram revisados quanto à legibilidade e consistência e, posteriormente, foram armazenados em um banco de dados específico do programa Excel. Inicialmente foram calculadas as pontuações médias dos participantes em cada domínio do IPF, que variou entre 1 e 6. As medianas dos escores foram classificadas de acordo com os 2 primeiros quartis: “relacionamentos sociais” (2,1 e 2,6), “vida sem filhos” (2,1 e 2,7), “relacionamento conjugal/sexual” (4 e 4,4), “maternidade/paternidade” (3,3 e 3,8). Para os “relacionamentos sociais”, “relacionamento conjugal/sexual” e “maternidade/paternidade”, as pontuações abaixo do 1º quartil foram consideradas como baixo estresse; os resultados entre o 1º e 2º quartil foram considerados como estresse médio; e as pontuações a partir do 2º quartil foram consideradas como alto nível de estresse. No domínio “vida sem filhos” a interpretação foi no sentido oposto; as pontuações abaixo do 1º quartil foram consideradas como alto estresse, as que estavam entre o 1º quartil e o 2º foram consideradas como estresse médio, e pontuações acima do 2º quartil foram consideradas como baixo estresse.

A análise bivariada foi realizada para identificar as variáveis associadas ($p < 0,05$) aos escores em cada domínio, usando o teste do χ^2 ou exato de Fischer. As variáveis independentes analisadas foram: sexo, idade, estado marital, união anterior, tempo de união conjugal, tempo de infertilidade, escolaridade, trabalho remunerado, renda *per capita*, prática religiosa, importância da religião para lidar com a infertilidade, tratamento para infertilidade, quem tinha dificuldade para engravidar, qualidade do relacionamento conjugal, quem sabia da dificuldade para engravidar, considerar a adoção, possuir filhos.

Objetivando uma visualização integrada das diferentes variáveis, foi realizada a análise multivariada de correspondência¹⁵ que permite observar associações entre as variáveis através de uma representação gráfica. Nessa análise a proximidade espacial entre as variáveis representa forte associação, enquanto distâncias maiores representam fracas associações. Foram incluídas na análise multivariada, as variáveis que apresentaram $p < 0,2$ na análise bivariada

em cada domínio. O nível de estresse foi considerado a variável dependente.

Resultados

A média de idade dos participantes foi de 31,6 anos (20–51 anos) e a maioria tinha concluído o ensino médio (média de 10,7 anos de escolaridade). O tempo médio de relacionamento conjugal foi de 6,3 anos e 84,7% qualificaram esse relacionamento como excelente. A renda mensal familiar *per capita* foi de R\$ 603,6 (R\$ 69,9 a 3.353,8); 50,5% dos participantes eram católicos e 95,5% declararam que a religião era importante para lidar com a infertilidade. O tempo médio da infertilidade foi 4,4 anos; 77% das pessoas não tinham filhos; 57,9% relataram já ter feito ou o(a) parceiro(a) ter feito algum tipo de tratamento para infertilidade; 33,7% não sabia por que a gravidez não ocorria; 67,3% consideravam a possibilidade de adoção e 7,4% relataram que ninguém além do casal sabia sobre o problema de infertilidade. Mais detalhes sobre as características da distribuição de frequência dessas variáveis podem ser observados na Tabela 1.

Metade dos participantes apresentou alto nível de estresse no domínio “relações sociais”, 48,5% apresentaram alto nível de estresse no domínio “relacionamento conjugal/sexual” e no domínio “maternidade/paternidade”; e 26,7% apresentaram alto nível de estresse no domínio “vida sem filhos” (dados não apresentados em tabelas).

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentados apenas os resultados referentes às variáveis independentes que se associaram ao nível de estresse em cada domínio estudado. As variáveis sexo e idade se associaram ao nível de estresse no domínio “relações sociais”. No domínio “vida sem filhos”, as variáveis associadas foram: sexo, ter realizado tratamento anterior para infertilidade e quem sabia sobre a dificuldade de engravidar (Tabela 2). Para o domínio “relacionamento conjugal/sexual”, as variáveis associadas foram: sexo, qualidade do relacionamento conjugal e alguém saber sobre a dificuldade para obter a gravidez. Para o domínio “maternidade/paternidade”, as variáveis associadas foram sexo e qualidade do relacionamento conjugal (Tabela 3).

Através da análise multivariada de correspondência, evidenciou-se que ser mulher, ser portador(a) do problema que causa infertilidade e considerar a qualidade da relação conjugal como regular foram as variáveis associadas ao alto nível de estresse no domínio “relacionamentos sociais”. Já as variáveis que mais se aproximaram do alto nível de estresse no domínio “vida sem filhos” foram ser mulher, ter idade entre 18 e 24 anos, e ser portador(a) do problema que causa infertilidade. As variáveis que estiveram associadas ao alto nível de estresse no domínio “relacionamento conjugal/sexual” foram considerar a possibilidade de adoção, alguém saber sobre a dificuldade de engravidar,

Tabela 1. Características de homens e mulheres que buscavam tratamento para infertilidade em ambulatório universitário

Características	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
18–24	11	10,9	3	3,0	14	6,9
25–34	77	76,2	68	67,3	145	71,8
≥35	13	12,9	30	29,7	43	21,3
Estado marital						
Casado	69	68,3	76	75,2	145	71,8
Vivia junto	32	31,7	25	24,8	57	28,2
União anterior						
Sim	33	32,7	19	18,8	52	25,7
Não	68	67,3	82	81,2	150	74,3
Tempo de união conjugal (meses)						
<24	4	4,0	2	2,0	6	3,0
24–59	36	35,6	30	29,7	66	32,7
≥60	61	60,4	69	68,3	130	64,3
Tempo de infertilidade (meses)						
<24	12	11,9	16	15,8	28	13,9
24–59	58	57,4	41	40,6	99	49,0
≥60	31	30,7	44	43,6	75	37,1
Escolaridade						
Ensino fundamental	22	21,8	30	29,7	52	25,7
Ensino médio	57	56,4	41	40,6	98	48,5
Ensino superior	22	21,8	30	29,7	52	25,8
Trabalho remunerado						
Sim	83	82,2	95	94,1	178	88,1
Não	18	17,8	6	5,9	24	11,9
Renda familiar per capita						
<1 SM	27	26,7	14	13,9	41	20,3
1–3 SM	63	62,4	71	70,3	134	66,3
>3 SM	11	10,9	16	15,8	27	13,4
Religião						
Católica	48	47,5	54	53,5	102	50,5
Protestante	7	6,9	5	5,0	12	5,9
Espírita	6	5,9	3	3,0	9	4,5
Umbanda	0	0,0	2	2,0	2	1,0
Evangélica	32	31,7	28	27,7	60	29,7
Outra religião	5	5,0	2	2,0	7	3,5
Nenhuma	3	3,0	7	6,9	10	5,0
Importância da religião para lidar com a infertilidade						
Importante	94	93,1	99	98,0	193	95,5
Pouco importante	7	6,9	2	2,0	9	4,5
Tratamento para infertilidade						
A própria pessoa fez	40	39,6	8	7,9	48	23,8
Parceiro(a) fez	4	4,0	24	23,8	28	13,9
Ambos fizeram	13	12,9	28	27,7	41	20,3
Não	44	43,6	41	40,6	85	42,1
Quem tinha o problema para engravidar						
Não sabia	34	33,7	34	33,7	68	33,7
A própria pessoa	49	48,5	15	14,9	64	31,7
Parceiro(a) tinha	9	8,9	40	39,6	49	24,3
Ambos tinham	9	8,9	12	11,9	21	10,4
Qualidade do relacionamento conjugal						
Ótimo	85	84,2	86	85,1	171	84,7
Regular	16	15,8	15	14,9	31	15,3
Alguém sabia da dificuldade para engravidar						
Sim	94	93,1	93	92,1	187	92,6
Não	7	6,9	8	7,9	15	7,4
Pensava em adoção, caso não ocorresse gravidez						
Sim	65	64,4	71	70,3	136	67,3
Não	36	35,6	30	29,7	66	32,7
Tinha filhos						
Sim	28	27,7	17	16,8	45	22,3
Não	73	72,3	84	83,2	157	77,7

SM: salário mínimo.

pais e/ou sogros saberem dessa dificuldade, ser homem, e considerar a qualidade do relacionamento conjugal como excelente. Por fim, o alto nível de estresse no domínio “maternidade/paternidade” foi associado a ser mulher, considerar a qualidade do relacionamento conjugal como regular, ter idade entre 25 e 35 anos, e ser evangélico ou protestante (dados não apresentados em tabelas).

Discussão

Nossos resultados indicaram que homens e mulheres que estavam consultando, pela primeira vez, em um serviço especializado de tratamento da infertilidade, apresentaram altos níveis de estresse em todos os domínios analisados, exceto para o domínio “vida sem filhos”. Isso parece indicar que seria desejável que essas pessoas recebessem algum tipo de apoio psicológico nos serviços de reprodução humana. Dentro desse contexto, Moreira et al.¹¹ sugerem que tais serviços realizem intervenções psicológicas em dois níveis: no início do tratamento, através da avaliação psicológica, visando identificar de forma preventiva quais pessoas apresentariam problemas de ajustamento emocional, e também após cada intervenção médica, para propiciar condições de valorização de cada experiência vivida.

Nossos resultados também estão de acordo com estudo anterior que mostrou que muitos casais já podem estar estressados antes mesmo de iniciarem o tratamento para infertilidade⁹. Além disso, é preciso se considerar que casais que dependem de serviços públicos de saúde para o tratamento da infertilidade, em contextos em que esse não é tratado como um problema prioritário de saúde pública, podem ser afetados pelas dificuldades de acesso ao tratamento, e essa situação pode gerar estresse adicional⁸.

Em nosso estudo, sexo foi a única variável associada com níveis de estresse em todos os domínios, coincidindo este resultado com outros estudos que indicam que homens e mulheres percebem e vivenciam a infertilidade de forma diferente¹⁶. As mulheres tinham mais dificuldades para lidar com a infertilidade do que os homens, apresentando níveis mais elevados de estresse em três dos quatro domínios avaliados. Os homens apresentaram maior estresse no domínio “relacionamento conjugal/sexual”, resultado que converge com outro estudo sobre os aspectos emocionais dos homens inférteis². Os resultados aqui discutidos, também foram semelhantes ao de outro estudo que, apontaram que mulheres membros de casais inférteis são mais afetadas emocionalmente em suas relações sociais do que os homens¹⁷. Essa maior vulnerabilidade das mulheres pode estar relacionada ao fato de que para elas é mais difícil a ausência de filhos do que para os homens, principalmente em eventos sociais, onde pode haver mulheres grávidas e crianças, como aniversários infantis, chás de bebê e

Tabela 2. Distribuição percentual dos participantes por nível de estresse nos domínios relacionamentos sociais e vida sem filhos, segundo características socioeconômicas e da infertilidade

Características	Domínio relacionamentos sociais			Valor p	Domínio vida sem filhos			Valor p
	Nível de estresse				Nível de estresse			
	Baixo	Médio	Alto		Baixo	Médio	Alto	
Sexo^a				<0,01				<0,01
Masculino	36,6	23,8	39,6		59,4	16,8	23,8	
Feminino	16,8	22,8	60,4		37,6	32,7	29,7	
Idade^b				0,03				0,08
18–24	50,0	0,0	50,0		42,9	14,3	42,9	
25–34	22,1	24,8	53,1		46,9	23,4	29,7	
≥35	27,8	25,6	39,5		55,8	32,6	9,3	
Tratamento para infertilidade^a				0,08				0,02
A própria pessoa fez	20,8	14,6	64,6		35,4	29,2	35,4	
Parceiro(a) fez	35,7	21,4	42,9		46,4	10,7	42,9	
Os dois fizeram	14,6	29,3	56,1		65,9	19,5	14,6	
Nenhum dos dois fez	32,9	25,9	41,2		48,2	29,4	22,4	
Quem sabia da dificuldade para engravidar^a				0,9				0,01
Ninguém sabia	26,7	26,7	46,6		80,0	20,0	0,0	
Alguém sabia	26,7	23,0	50,2		46,0	25,1	28,9	
Pais e/ou sogros^a				0,2				0,02
Não	33,3	30,0	36,7		76,9	15,4	7,7	
Sim	25,6	22,1	52,3		45,4	24,4	30,2	
Irmãos e outros parentes^a				0,2				<0,01
Não	23,7	30,9	45,4		55,4	20,0	24,6	
Sim	27,9	20,4	51,7		42,2	25,2	32,6	
Amigos e/ou conhecidos^a				0,2				<0,03
Não	26,0	29,9	44,1		58,4	24,7	16,9	
Sim	27,2	19,2	53,6		42,4	24,8	32,8	

^aTeste exato de χ^2 . ^bTeste exato de Fisher.

Tabela 3. Distribuição percentual dos participantes por nível de estresse nos domínios relacionamento conjugal/sexual e maternidade/paternidade, segundo características socioeconômicas e da infertilidade

Características	Domínio relacionamento conjugal/sexual			Valor p	Domínio maternidade/Paternidade			Valor p
	Baixo	Médio	Alto		Baixo	Médio	Alto	
Sexo^a				0,03				<0,01
Masculino	17,8	30,7	51,5		33,7	31,7	34,7	
Feminino	33,7	20,8	45,5		14,9	22,8	62,4	
Qualidade do relacionamento conjugal^a				<0,01				<0,01
Excelente	22,2	25,1	52,6		28,1	29,2	42,7	
Regular	45,2	29,0	25,8		3,2	16,1	80,7	
Alguém sabia sobre a dificuldade^a				0,04				0,3
Ninguém sabia	6,6	53,4	40,0		40,0	26,7	33,3	
Alguém sabia	27,3	23,6	49,1		23,0	27,2	49,8	

^aTeste exato de χ^2 .

festas de família¹⁸. As mulheres também apresentaram níveis mais elevados de estresse do que os homens nos domínios “maternidade/paternidade” e “vida sem filhos”. Isto pode ser devido ao fato de que elas são incentivadas a se tornarem mães desde a infância, por exemplo, ao brincarem com bonecas. Ao contrário dos homens, para

os quais a paternidade é um projeto que tende a ser construído somente após relacionamento conjugal estável, na idade adulta¹⁹. É preciso considerar que em nosso meio, assim como nas sociedades latino-americanas de modo geral, a maternidade continua sendo um dos principais papéis sociais a serem desempenhados pelas mulheres,

sendo considerado normativo²⁰. Estudo brasileiro também identificou que as mulheres que realizavam tratamento para infertilidade e que não tinham filhos apresentavam maior ansiedade do que as que já eram mães¹¹.

No domínio “relacionamento conjugal/sexual”, os homens apresentaram níveis mais elevados de estresse do que as mulheres. Esse resultado corrobora outros estudos^{2,16} que mostraram que os homens também são significativamente afetados pela infertilidade. Para os homens com relação conjugal/sexual estável, a paternidade é considerada essencial para legitimar a masculinidade, e a impossibilidade de procriar pode influenciar a satisfação sexual¹⁹.

Também se observou associação entre idade e estresse no domínio “vida sem filhos”. As pessoas mais jovens apresentaram níveis mais elevados de estresse do que os participantes mais velhos. Por outro lado, pessoas com idade entre 25 a 35 anos apresentaram maior estresse do que os participantes mais jovens no domínio “maternidade/paternidade”. Estas associações podem ter ocorrido porque os jovens assumem a fertilidade como algo natural, como sendo parte de sua vida, e quando esta não se confirma, torna-se uma fonte de estresse²¹. Deve-se também considerar que o serviço em que os participantes foram atendidos estabelece um limite de idade para as mulheres como critério de admissão, com base no pressuposto de que após os 35 anos de idade há o declínio da fertilidade feminina²². Ao mesmo tempo, pode-se especular que as pessoas à medida em que envelhecem, têm, do ponto de vista social, menos justificativas para adiar a maternidade/paternidade. Isto pode levar a questionamentos quanto ao cumprimento desses papéis sociais.

A pessoa ser portadora do problema que causa a infertilidade do casal esteve associado ao alto nível de estresse nos domínios “relacionamentos sociais” e “vida sem filhos”, sinalizando que isto pode causar constrangimento no ambiente social¹⁷. O fato de que outras pessoas sabiam sobre a dificuldade de engravidar associou-se a níveis mais elevados de estresse no domínio “relacionamento conjugal/sexual”, provavelmente porque esta situação resulta em demandas mais intensas por parte do meio social mais próximo do casal. Homens e mulheres podem sentir-se questionados por suas famílias em face de sua incapacidade de ter filhos, sentindo-se responsáveis por expectativas não atendidas e decepções de outros membros da família¹⁷. Entre muitos casais inférteis, a relação conjugal é considerada excelente ou até melhor do que entre os casais férteis²³. No entanto, embora haja

satisfação com a relação conjugal, as tentativas frustradas de gravidez podem influenciar o prazer na relação sexual, porque muitas vezes a relação sexual acontece apenas com a finalidade de procriação²⁴.

A qualidade do relacionamento conjugal ser considerada regular associou-se com o maior nível de estresse nos domínios “maternidade/paternidade” e “relacionamentos sociais”. É possível pensar que isto se relacione à relevância com que a gravidez e ter um filho assumem para muitos casais, sendo vistos, inclusive, como fatores que poderiam melhorar a qualidade do relacionamento conjugal.

Os resultados deste estudo também devem ser avaliados considerando suas limitações. O instrumento utilizado para mensurar o nível de estresse ainda não foi aplicado em outras amostras brasileiras, além da que serviu para sua própria validação. Nossa amostra foi constituída por membros de casais inférteis e o nível de estresse foi estudado individualmente, razão pela qual não é possível avaliar se os membros de cada casal específico apresentavam níveis semelhantes de estresse. Todos os sujeitos em nossa amostra estavam em busca de tratamento e não foram diferenciados os sujeitos que haviam feitos outros tratamentos para infertilidade dos que nunca haviam feito.

A despeito dessas limitações, diante da infertilidade considerada como problema de saúde pública e cuja vivência provoca estresse, entendemos que os resultados deste estudo trazem contribuições para o planejamento de protocolos de atendimento aos membros de casais inférteis que estejam buscando tratamento. Além disso, o uso do instrumento não apresentou nenhuma dificuldade para sua utilização, podendo ser útil para triagens em serviços que atendem pessoas em busca de tratamento para infertilidade. As diferenças entre homens e mulheres na experiência do estresse reiteram a relevância das relações de gênero para a abordagem das questões relativas à infertilidade, e indicam a necessidade de intervenções diferentes para homens e mulheres. Para as mulheres, o apoio emocional deve voltar-se aos aspectos das relações sociais, da maternidade e sobre a vida sem filhos. Para os homens, as principais questões a serem abordadas devem estar relacionadas às relações sexuais e conjugais.

Finalmente, nossos resultados permitem considerar que é necessário realizar estudos com pessoas e/ou casais inférteis que estejam em outras fases do tratamento para infertilidade, para saber se há mudanças em relação à vivência de estresse, uma vez que não se encontram na literatura científica estudos com esta abordagem.

Referências

- Rouchou B. Consequences of infertility in developing countries. *Perspect Public Health*. 2013;133(3):174-9.
- Ombelet W. Reproductive healthcare systems should include accessible infertility diagnosis and treatment: an important challenge for resource-poor countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;106(2):168-71.
- Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J Urol*. 2008;179(3):1056-9.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Síntese de indicadores sociais. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. 2006 [citado 2013 Maio 16]. Disponível em: <<http://www.mulheres.gov.br/nucleo/dados/indic-sociais2006-mulher.pdf>>
- World Health Organization. Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organization* [Internet]. 2010 [cited 2013 May 16];88(12):877-953. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/>
- Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC, Lee MS, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(3):507-13.
- Makuch MY, Petta CA, Osis MJ, Bahamondes L. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Hum Reprod*. 2010;25(2):430-5.
- Baldur-Felskov B, Kjaer SK, Albieri V, Steding-Jessen M, Kjaer T, Johansen C, et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod*. 2013;28(3):683-90.
- Ried K, Alfred A. Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking traditional Chinese medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Womens Health*. 2013;13:17.
- Gollenberg AL, Liu F, Brazil C, Drobnis EZ, Guzick D, Overstreet JW, et al. Semen quality in fertile men in relation to psychosocial stress. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1104-11.
- Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD. [Stress and anxiety in infertile women]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):358-64. Portuguese.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod*. 2006;21(9):2443-9.
- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*. 2009;72(1):54-62.
- Ribeiro AC. Adaptação do inventário de problemas de fertilidade para homens e mulheres inférteis [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007 [citado 2013 Maio 16]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-13072007-133824/pt-br.php>>
- Greenacre MJ. Correspondence analysis in practice. London: Academic Press, Harcourt Brace; 1993.
- Cserepes RE, Kollár J, Sápy T, Wischmann T, Bugán A. Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Apr 5. [Epub ahead of print]
- Vassard D, Lund R, Pinborg A, Boivin J, Schmidt L. The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Hum Reprod*. 2012;27(12):3502-12.
- Obeisat S, Gharaibeh MK, Oweis A, Gharaibeh H. Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. *Fertil Steril*. 2012;98(2):444-9.
- Fisher JR, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl*. 2012;14(1):121-9.
- Lund R, Sejbæk CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod*. 2009;24(11):2810-20.
- Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Hum Reprod*. 2012;27(5):1375-82.
- George K, Kamath MS. Fertility and age. *J Hum Reprod Sci*. 2010;3(3):121-3.
- Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod*. 2005;20(11):3248-56.
- Donarelli Z, Lo Coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A. Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Hum Reprod*. 2012;27(11):3215-25.