

# AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA DE MULHERES E HOMENS INSERIDOS NUM PROGRAMA DE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO*<sup>1</sup>

Káthia Regina Ferreira D`Campos Corrêa\*  
Marília Martins Vizzotto#  
Alexandre Faisal Cury<sup>¶</sup>

**RESUMO.** Objetivo: avaliar a eficácia adaptativa de homens e mulheres inseridos em programa de fertilização *in vitro* (PFIV). Método: Foram avaliados 57 casais inférteis, de Centro de Reprodução Humana, no período de março a outubro de 2002. Questionário foi empregado para avaliar os dados sócio-demográficos. A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) foi utilizada para o diagnóstico da adaptação. Para a análise estatística foram utilizados os testes T Student e Qui-quadrado. Adotou-se nível de significância de 5%. Resultados: apesar das dificuldades, homens apresentaram melhor adaptação do que as mulheres, segundo itens da EDAO. No diagnóstico, 64.9% dos homens e 52.6% das mulheres foram classificados nos grupos "Adaptação Ineficaz Leve" e "Adaptação Ineficaz Severa", respectivamente ( $p=0.000$ ). Verificou-se que 20.2 % dos sujeitos estavam em crise, sendo 8,8 % dos homens e 31,6 % das mulheres ( $p=0.002$ ). Concluiu-se que os homens possuíam melhor eficácia adaptativa em relação às mulheres durante PFIV. Sugere-se acompanhamento psicológico preventivo e intervenções específicas, para os momentos de crise.

**Palavras-chave:** adaptação, crise emocional, infertilidade.

## EVALUATION OF ADAPTIVE EFFICACY OF MEN AND WOMEN INSERTED IN AN *IN VITRO* FERTILIZATION PROGRAMME

**ABSTRACT.** Objective: to evaluate the adaptive efficacy of men and women inserted in an *in vitro* fertilization program (IVFP). Methods: Fifty-seven couples were evaluated, being 57 infertile women and their respective fertile partners, from March to October of 2002, from a Center of Human Reproduction. Questionnaire was employed to elicit socio-demographic data. The Operationalized Adaptive Diagnostic Scale (EDAO) was used for the diagnosis of adaptation. Statistical analysis was performed using T test and qui-square test. A significance level of 5% was adopted. Results: Regardless presenting few difficulties, men showed a better adaptation than women. Regarding the diagnosis, 64.9% men and 52.6% were classified in "Light Ineffective Adaptation" and "Severe Ineffective Adaptation", respectively ( $p=0.000$ ). It was observed that 20.2% of the subjects were in crisis: 8.8% of the men and 31.6% of the women ( $p=0.002$ ). Conclusions: Men had a better adaptive efficacy compared to the women during IVFP. It was suggested the need for preventive psychological attendance, and specific interventions during the crisis.

**Key words:** Adaptation, emotional crisis, infertility.

## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA ADAPTATIVA DE MUJERES Y HOMBRES INSERIDOS EN UN PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN *IN VITRO*

**RESUMEN.** El trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia adaptativa de hombres y mujeres inseridos en el Programa de Fertilización *In Vitro* (PFIV). Fueron evaluados 57 parejas infértiles, del Centro de Reproducción Humana, en el período de marzo a octubre de 2002. Fue utilizada una encuesta para evaluar los datos sociales-demográficos. La Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) fue utilizada para el diagnóstico de la adaptación. Para el análisis estadístico fueron utilizados los testes T de Student y Chi-Cuadrado. Se adoptó el nivel de significancia del 5%. Se observó como resultado que, pese a las dificultades, los hombres presentaron mejor adaptación, comparados a las mujeres, según ítemes da EDAO. En el diagnóstico, el 64.9% de los hombres y el 52.6% de las mujeres fueron clasificados en los grupos "Adaptación Ineficaz Leve" y "Adaptación Ineficaz Intensa", respectivamente ( $p=0.000$ ). Se verificó que el

<sup>1</sup> Apoio: Capes.

\* Mestre pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

# Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

<sup>¶</sup> Pós-Doutorando do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário. Presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Psicossomática. Bolsista de Pós-Doutorado pelo Núcleo de Epidemiologia do HU.

20,2% de las personas estaban en crisis, siendo el 8,8 % de los hombres y el 31,6 % de las mujeres ( $p=0.002$ ). Se concluyó que los hombres tenían mejor eficacia adaptativa que las mujeres durante el PFIV. Se sugiere seguimiento psicológico preventivo e intervenciones específicas, para los momentos críticos.

**Palabras-clave:** adaptación, crisis emocional, infertilidad.

Infertilidade é concebida como a falta de concepção após, pelo menos, um ano de relações sexuais regulares sem proteção anticoncepcional (WHO, 1992). Dados epidemiológicos revelam que 85% dos casais concebem no seu primeiro ano de vida sexual sem uso de método anticonceptivo e 5% concebem algum tempo depois de um ano (Febrasgo, 1997; Pizarro, 1991).

A infertilidade e suas repercussões emocionais tem sido objeto de investigação científica na área médica. Serafini, White, Petracco e Motta (1998) entendem que a saúde física e emocional do casal influencia diretamente na fertilidade e na gestação. Alves (1984) bem como Cury (2003) apontam que na esterilidade/infertilidade, associados ao fator biológico, existem influências psicológicas e sociais. Newton, Hearn e Yuspe (1990) apresentam resultados de como a infertilidade repercute emocionalmente na mulher e no homem, desencadeando ansiedade, culpa, depressão, alienação e perda da auto-estima.

Trabalhos recentes avaliaram a associação entre depressão em mulheres (e seus parceiros) submetidos a tratamento de fertilização *in vitro* (FIV), observando que mulheres e homens que usam demasiadamente determinados comportamentos como “evitação/fuga” e “aceitação de responsabilidades” pela infertilidade são mais vulneráveis a depressão (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). Mesmo as mulheres que engravidam apresentam maior risco de depressão durante a gravidez e nos puerpério (Olshanky & Sereika, 2005).

Outra linha de investigação refere-se ao ajuste emocional do casal infértil, bem como o impacto do tratamento, bem ou mal sucedido, sobre a relação do casal. Um estudo longitudinal com 148 mulheres submetidas à FIV e 71 parceiros, avaliadas antes do início do tratamento até 6 meses após, constatou que nas mulheres, ansiedade e depressão aumentam ou diminuem, dependendo do sucesso da terapêutica, ao contrário do homem, que não apresentou mudanças nestes quesitos. Apesar da maioria das mulheres se adaptarem bem ao insucesso, cerca de 20% das mesmas continuaram apresentando problemas emocionais (Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005). De fato, a impossibilidade em conceber naturalmente afeta significativa parte das mulheres cujos tratamentos de FIV foram mal

sucedidos (Hjelmstedt, Widstrom, Wrambsky & Collins, 2004). Apesar do impacto negativo da infertilidade ou do malogro no tratamento, alguns autores destacam que este insucesso está, em alguns casos, associado a benefícios na relação conjugal. Estudo longitudinal com 2250 casais submetidos a tratamento de infertilidade, avaliou grupo de 816 cujos resultados foram insatisfatórios, até 12 meses após início da terapêutica. Cerca de 26% das mulheres e 21% dos homens afirmaram que a infertilidade reforçou os laços maritais e aproximou os conjugês (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005).

Numa perspectiva psicodinâmica, a associação entre fatores psicológicos e a infertilidade já tem sido mostrados em estudos. Tubert (1996) afirma que não se pode pensar a reprodução humana apenas como simples processo fisiológico; há o desejo consciente, mas há uma dimensão inconsciente regulada pelo universo simbólico expresso na linguagem, como os mitos, símbolos, normas e valores de qualquer cultura. Szejer e Stewart (2002) atentam para os fatores conscientes e inconscientes ligados a acontecimentos recentes, ou dependentes de antigas emoções reprimidas, que podem ser identificados em casos de infertilidade, principalmente a infertilidade de natureza psicogênica.

Deste modo, estes estudos apontam para a consideração de o desejo de ter um filho (bem como a gravidez) exige todo um aparato complexo psicobiológico que permita o desenvolvimento de capacidades latentes. Nem todos os casais apresentam esta potencialidade, seja no aspecto orgânico ou psicológico. De modo que, a compreensão da dimensão psicológica do casal é importante para a posterior intervenção nos casos de infertilidade.

Com relação à diferença entre os gêneros, Collins, Freeman, Boxer e Tureck (1992) mostra que é importante levar em consideração que a infertilidade é experimentada de forma diferente entre homens e mulheres. A mulher tem maior acesso ao seu mundo interno, é mais analítica, expressa com facilidade seus sentimentos, compartilhando assim suas vivências com os outros. Já o homem limita mais a expressão de seus sentimentos, com forte tendência em utilizar o recurso de negação, colocando sua atenção em atividades que se distanciam dos conflitos, geralmente voltando-se mais para o aspecto profissional.

Entende-se portanto, que a infertilidade pode desencadear no casal um estado de instabilidade emocional, gerando crise, de forma que o indivíduo não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas. Portanto, a crise demanda a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego. Na medida em que a esterilidade é evento traumático, a busca pelo tratamento de reprodução assistida pode indicar um movimento adaptativo do casal, com objetivo de encontrar resolução para o problema.

Com relação à adaptação ante a uma crise, entende-se que esta é conjunto de respostas que um organismo apresenta diante de uma situação nova, mantendo o mínimo de organização ao mesmo tempo (Simon, 1989). O diagnóstico adaptativo baseia-se na concepção evolutiva de adaptação aos programas preventivos no campo da Saúde Mental. Baseia-se na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), desenvolvida por Simon (1996;1998).

A EDAO vem sendo amplamente utilizada por pesquisadores brasileiros objetivando facilitação do trabalho de classificação diagnóstica, planejamento e intervenção em prevenção e promoção da saúde psicológica, em populações distintas (Gandini, 1995; Heleno, 1992; Oliveira, 2000; Yoshida, 1984). Na literatura pesquisada, não foram encontrados estudos clínicos que avaliaram a eficácia adaptativa de indivíduos portadores de infertilidade.

Ante ao exposto, o objetivo do presente estudo é realizar o diagnóstico adaptativo operacionalizado de casais constituídos por homens férteis e mulheres inférteis, integrantes de programa de fertilização *in vitro*.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado num Centro de Reprodução Humana com 57 casais submetidos a programa de tratamento de fertilização *in vitro*, no período de março a outubro de 2002.

*Local* – O trabalho foi realizado no Ambulatório do Centro de Reprodução Humana, do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC. O Hospital da FM-ABC é um centro terciário que atende pacientes da cidade de Santo André e região; disponibiliza atendimento para mulheres de baixa renda, através do SUS e desenvolve atividades de pesquisa e ensino. As entrevistas foram realizadas em uma sala de consultório, normalmente destinada aos psicólogos do departamento, portanto considerado o local adequado para a coleta dos dados.

*Amostra* - foram avaliados 57 casais com diagnóstico de esterilidade, segundo os critérios médicos do Centro de Reprodução Humana, cujas mulheres estavam inseridas no programa de fertilização *in vitro*, no período de março a outubro de 2002. Durante o prazo acima estipulado, foram estudados apenas o grupo de homens férteis e mulheres inférteis que representavam o grupo predominante de pacientes.

*Instrumentos* - foram utilizados: a) questionário - para obtenção de dados sócio-demográficos, tais como idade, escolaridade, profissão, religião, tempo e tipo de união do casal, renda familiar, número de filhos e uniões prévias do casal. b) Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Simon - EDAO (Simon, 1998) - que avalia a eficácia adaptativa, através da investigação de setores de adaptação humana: Afetivo-Relacional - conjunto de respostas emocionais do sujeito nas relações interpessoais e em relação a si mesmo; Produtividade - respostas apresentadas diante do trabalho, estudos ou qualquer atividade produtiva; Sócio-Cultural - abrange as atitudes e ações do sujeito em relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes; Orgânico-estado e funcionamento do organismo do indivíduo, atitudes e cuidados com corpo e sexualidade. O diagnóstico indicará se o paciente encontra-se com adaptação “eficaz ou ineficaz”. Considera-se ainda três critérios de qualificação às respostas: 1) *Resposta Adequada* - resolve a dificuldade ou problema, dá prazer, e mantém ou aumenta a auto-estima; 2) *Resposta Pouco Adequada* -: resolve o problema, a satisfação pode estar presente juntamente com conflitos internos e/ou externos, ou a satisfação ausente com a presença de conflitos. 3) *Resposta Pouquíssimo Adequada* - há apenas a solução que traz insatisfação, gerando conflitos intra e/ou extra psíquico. Após, o diagnóstico global é feita classificação operacionalizada diagnóstica: *Grupo 1 – Adaptação Eficaz* “normais”, podendo haver leves distúrbios sem que promovam prejuízos à adaptação geral.; *Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve* corresponde a sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos; *Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada* indica sintomas neuróticos, inibição moderada; *Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa* considera sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos; *Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave* - neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica. Considerando-se ainda que há momentos em que fica suspensa a capacidade do

psiquismo de dar respostas às situações críticas, o diagnóstico adaptativo é acompanhado da especificação “*em crise*”.

*Procedimento* – após a seleção do grupo de casais inseridos no programa de FIV composto por homens férteis e mulheres inférteis, estes sujeitos foram encaminhados ao setor de Psicologia do Departamento de Reprodução Humana. Foram marcadas duas entrevistas para cada membro do casal, individualmente. Essas sessões foram realizadas em tempo médio de 50 a 60 minutos. Na primeira entrevista, foi explicado objetivo do trabalho, lido o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como prestado esclarecimento sobre o termo. Evidenciou-se a questão do sigilo. Posteriormente, realizou-se a entrevista preventiva, segundo a EDAO, investigando-se, primeiramente, os setores: Produtividade, Sócio-Cultural, Orgânico e, por último, o Afetivo-Relacional. Na segunda entrevista, além de concluído o diagnóstico, foi dado uma devolutiva ao paciente e quando necessário, indicado tratamento individual e/ou para o casal.

### Análise Estatística

Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados sócio-demográficos. A análise quantitativa dos dados avaliou os quatro setores de adaptação, em toda amostra, objetivando também a associação de dados entre o homem e a mulher. Utilizou-se o teste estatístico do “T de Student”, para variáveis com nível de mensuração quantitativo e o teste do Qui-quadrado (X<sup>2</sup>) para variáveis qualitativas. Adotou-se nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

Os homens apresentaram idade entre 23 e 56 anos, com média de 35,4 anos. Já a idade das mulheres

variou de 23 a 45 anos, com média de 34,2 anos. No entanto, quando se confrontam os resultados de homens e mulheres em um mesmo casal, observa-se que, em 41,5% dos casais, os homens são mais jovens que suas parceiras. Essa diferença de idade oscilou entre 1 ano (6,2%) e 9 anos (3,1%). Quanto à escolaridade, houve predomínio da baixa escolaridade (ensino fundamental) sendo 57,0% para os homens e 44,6% para mulheres. A maior concentração de homens (72,3%) e cerca de metade das mulheres (47,7%) exercia ocupação profissional de baixa especialização ou atividade braçal. Em baixa especialização agrupou-se: professores primários, bancários, despachantes, representantes comerciais e administrativos, auxiliar de enfermagem, auxiliar de contabilidade, pequenos comerciantes, operários mais qualificados de indústrias. Em braçais, agruparam-se: empregados domésticos, operários menos qualificados, serventes, pedreiros, garçons, açougueiros. Apenas 4,6% dos homens e 21,5% das mulheres não exerciam nenhuma função remunerada no momento da pesquisa (aposentados, desempregados, do lar). A religião católica (70,8%) foi a mais citada por ambos sexos, seguida pela evangélica (18,5% dos homens e 24,6% das mulheres). Quanto ao número de uniões prévias, 87,7% dos homens e 53,8% das mulheres não tinham nenhuma união prévia. Quanto o número de filhos das uniões prévias, 18,5% dos homens e 38,5% das mulheres tinham um ou mais filhos. Houve equilíbrio quanto ao tipo de união dos casais: 44,6%, legalmente casados e 55,4%, união consensual. Cerca de metade dos casais (53,8%) já convivia por período de 5 a 9 anos, e apenas 9,2% tinha mais de 10 anos de união. A renda familiar foi de 5 a 10 salários mínimos em 43,1% da população.

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de Homens e Mulheres
- Adequação de respostas em relação aos setores da EDAO

**Tabela 1.** Setor Produtividade e Sócio-Cultural de homens e mulheres.

	Produtividade			Sócio-cultural		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Resposta Adequada	36 (63,2)	19 (33,3)	55 (48,2)*	34 (59,6)	19 (33,53)	53 (46,5)**
Resposta Pouco Adequada	21 (36,8)	35 (61,4)	56 (49,1)	22 (38,6)	34 (59,6)	56 (49,1)
Resposta Pouquíssimo Adequada	----	3 (5,3)	3 (2,6)	1 (1,8)	4 (7,0)	1 (4,4)
Total	57 (100.0)	57(100.0)	114(100.0)	57 (100.0)	57(100.0)	114(100.0)

\* (p=0.003); \*\* (p=0.013)

No setor da Produtividade, os homens apresentaram-se mais adequados a julgar pelo predomínio da resposta adequada (63,2 % x 33,3%). Entre as mulheres, predominou a resposta pouco

adequada (61,4 % x 36,8%) ( $p=0,003$ ). No setor Sócio-Cultural, houve um predomínio de resposta pouco adequada entre as mulheres (59,6 %) e adequadas entre os homens (59,6 %) ( $p=0,013$ )

**Tabela 2.** Setor Orgânico e Afetivo-Relacional de Homens e Mulheres

	Orgânico			Afetivo-relacional		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Resposta Adequada	29 (50,9)	7 (12,3)	36 (31,6)*	9 (15,8)	2 (3,5)	11 (9,6)
Resposta Pouco Adequada	23 (40,4)	25 (43,9)	48 (42,1)	40 (70,2)	17 (29,8)	57 (50,0)
Resposta Pouquíssimo Adequada	5 (8,8)	25 (43,9)	30 (26,3)	8 (14,0)	38 (66,7)	46 (40,4)**
Total	57 (100,0)	57(100,0)	114(100,0)	57 (100,0)	57(100,0)	114(100,0)

\*, \*\* ( $p=0,00$ )

No setor Orgânico, 50,9 % dos homens e 12,3% das mulheres se encontrava na categoria resposta adequada ( $p=0,000$ ). Quanto às mulheres, verificou-se comprometimento do componente orgânico (87,8 % de respostas pouco e pouquíssimo adequadas).

No setor Afetivo-Relacional, as mulheres apresentam menor adequação do que os homens (66,7 % x 14,0% de resposta pouquíssimo adequada) ( $p=0,000$ ).

**Tabela 3.** Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de Homens e Mulheres

Grupo Diagnóstico	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Adaptação Eficaz	2	3,5	-	-	2	1,8		
2-Adaptação Ineficaz Leve	37	64,9	11	19,3	48	42,1		
3-Adaptação Ineficaz Moderada	13	22,8	15	26,3	28	24,6		
4-Adaptação Ineficaz Severa	5	8,8	30	52,6	35	30,7		
5-Adaptação Ineficaz Grave	-	-	1	1,8	1	0,9		
Total	57	100,0	57	100,0	114	100,0		

( $p=0,000$ )

Em relação ao grupo diagnóstico, os homens concentraram-se no Grupo 2: Adaptação Ineficaz Leve (64,9%), enquanto 52,6 % das mulheres foram classificadas no Grupo 4: Adaptação Ineficaz Severa ( $p=0,000$ ).

**Tabela 4.** Presença de Crise no Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de Homens e Mulheres.

Crise	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem Crise	52	91,2	39	68,4	91	79,8		
Em Crise	5	8,8	18	31,6	23	20,2		
Total	57	100,0	57	100,0	114	100,0		

( $p=0,002$ )

Apenas 20,2 % dos sujeitos apresentaram diagnóstico em crise, ocorrendo predomínio no grupo das mulheres (31,6% x 8,8%) ( $p=0,002$ ).

## DISCUSSÃO

Antes de destacar os resultados encontrados, cabe comentar algumas limitações metodológicas do estudo. Inicialmente, por se tratar de estudo de corte transversal não pode estabelecer relação de causalidade entre infertilidade e adaptação psicológica dos cônjuges. Não se pode afirmar que a adaptação ineficaz decorre do problema ou se ela era anterior a ele. De fato, os dados apresentados permitem apenas apontar diferenças neste processo adaptativo entre homens e mulheres desta amostra. Também salienta-se que, apesar da utilização de instrumento validado no nosso meio, as avaliações no presente estudo foram feitas por uma única profissional, com experiência no acompanhamento de casais inférteis. Outros instrumentos poderiam trazer novas conclusões, mas escapariam do escopo deste projeto. O risco de respostas socialmente desejáveis, ocorrência possível

quando se trata da aplicação de questionários e entrevista psicológica, fica minimizado pelas características do próprio instrumento. Finalmente, a amostra pequena foi constituída de homens férteis e mulheres inférteis e os dados não podem ser extrapolados para outros casais, como por exemplo homens e mulheres inférteis. No entanto, esta composição foi a mais prevalente no referido serviço de modo que reforçaram a necessidade de incluir o homem fértil na investigação psicológica

Os resultados restritos ao presente estudo mostraram que nesta amostra de casais inseridos em programa de FIV, constituídos de mulheres inférteis e homens férteis, existiram diferenças significativas entre os cônjuges no grau e eficácia adaptativa. De acordo com a EDAO, os homens mostraram-se com adaptação mais eficaz do que as mulheres, em todos os setores avaliados (produtividade, sócio-cultural, orgânico e afetivo-relacional), conforme as tabelas (1 e 2). Observou-se também que o diagnóstico adaptativo global foi significativamente diferente entre os cônjuges. Os homens concentraram-se no diagnóstico “adaptação ineficaz leve” (64,9%), enquanto as mulheres (52,6 %) foram classificadas no grupo “adaptação ineficaz severa” ( $p=0,000$ ) (tabela 3). Mais ainda, a prevalência de crise nos homens foi significativamente menor (31,6% x 8,8%;  $p=0,002$ ) (tabela 4). No entanto, pode-se observar que estes homens apresentam também algum prejuízo adaptativo. No setor Afetivo-Relacional, considerado o setor mais importante pelas suas repercussões e influências sobre os demais setores, os homens também mostraram dificuldades. Quanto ao diagnóstico global, cerca de 65%, 22,8 % e 8,8% dos homens concentraram-se, respectivamente, nos diagnósticos Adaptação Ineficaz Leve, Moderada e Severa.

Estes dados podem ser eventualmente explicados por algumas características da amostra estudada. Apesar da média de idade de homens e mulheres ser semelhante, em 27 casais o homem era mais jovem que a mulher e esta diferença variou de 1 a 9 anos. O fato de existirem mais mulheres que já haviam sido casadas previamente (46,2% x 12,3%) e mais mulheres com filhos advindos destas relações (38,5% x 18,5%) pode também desempenhar alguma influência nos resultados. O fato de existirem mais mulheres do que homens sem atividade remunerada (21,5% x 4,6%) pode explicar a diferença no setor produtividade. Este perfil demográfico da mulher (sem atividade remunerada, mais velha, com relação conjugal prévia e pelo menos um filho de outra união) pode acarretar impacto psicológico significativo, prejudicando sua adaptação.

Ao contrário, o homem mais jovem, na sua primeira união pode se adequar melhor ao problema e tratamento da infertilidade. Mais ainda, como ele sabe que é fértil, isto deve auxiliá-lo neste processo adaptativo. Isto é evidente quando se compara as respostas adequadas dos grupos no setor orgânico (50,9% dos homens X 12,3% das mulheres). A diferença significativa é justificada pela infertilidade feminina e não masculina.

O resultado geral, a classificação num grupo diagnóstico, no Diagnóstico Adaptativo Global, segundo a EDAO, resulta conseqüentemente em maior número de mulheres com adaptação menos adequada (52,6% x 8,8% de adaptação ineficaz severa) e em crise (31,6% x 8,8%).

No entanto, os dados revelaram um aspecto muito interessante. Nesta amostra, ainda que o homem não fosse o responsável pelo problema, e que sua parceira apresentasse maiores dificuldades em lidar com a infertilidade conjugal, ele também demonstrou comprometimento emocional e dificuldades adaptativas. O número de homens com respostas “adaptativa eficaz” no setor Afetivo-Relacional é de apenas 15,8%. Destaca-se que este setor Afetivo-Relacional, avalia o repertório emocional da pessoa nas suas relações pessoais e consigo mesmo, sendo portanto fundamental na compreensão da dinâmica psicológica do indivíduo. Do mesmo modo, no Diagnóstico Adaptativo Global, apenas 3,5 % dos homens apresentaram adaptação eficaz, e em contrapartida, 31,5% apresenta adaptação ineficaz moderada ou severa.

Assim, incluir o parceiro (mesmo fértil) na rotina de avaliação psicológica do casal submetido a FIV nos pareceu atitude adequada e necessária. Quanto à questão da fertilidade para o homem, vale destacar que além do fato da fertilidade estar associada, culturalmente, ao valor de potência (Vizzotto, 1994), a infertilidade conjugal é sentida de modo diferente entre homens e mulheres (Collins & cols., 1992): - o homem limita mais a expressão de seus sentimentos, utilizando freqüentemente de mecanismos de negação, direcionando, acentuadamente, sua atenção para o aspecto profissional, evitando assim a abordagem do conflito. A mulher entra mais em contacto com seu mundo interno, buscando análise e solução de conflitos emocionais. Também é possível pensar que o setor afetivo relacional estivesse alterado entre os homens por conseqüência do próprio diagnóstico de infertilidade de suas companheiras.

Por outro lado, pode-se ainda pensar que o homem, sabendo-se fértil, pode deslocar para sua parceira a culpa pela não gestação e sair-se menos

angustiado pelo fracasso. Essa tranquilidade pode melhorar a eficácia de sua adaptação, por isso a probabilidade dos homens do presente estudo encontrarem-se mais adequados quanto à adaptação.

Estas diferenças de confronto com o problema são fundamentais na compreensão da dinâmica psicológica do casal infértil e devem ser valorizadas pela equipe multiprofissional. Antes, cabe destacar alguns referenciais teóricos utilizados nesta pesquisa e que tem aplicação concreta para os profissionais envolvidos em serviços de reprodução humana.

O ser humano, ao longo da vida, passa por períodos de transição que surgem nas diversas etapas do desenvolvimento normal da personalidade (chamadas pela psicanálise de crises normais do desenvolvimento). Entre esses momentos estão a própria concepção e maternidade, entendemos que a constatação da infertilidade poderia provocar crises consideradas acidentais do desenvolvimento.

Segundo Erickson (1971), o conceito de *crise de desenvolvimento* é definido como período de mudanças naturais, em determinado momento da vida das pessoas, que provocam tensões cognitivas e afetivas. Diferente da *crise acidental* que é precipitada por acontecimentos vitais envolvendo perdas (ou ameaças de perda) ou aumento de suprimento, de bens afetivos, físicos ou materiais.

Simon (1989) afirma também que as expectativas de perda ou de ganho podem também, em certas circunstâncias, serem geradoras de crises. Em função da etiologia da crise, ou seja, de acordo com o fator essencial que lhes deu origem é que se tem a classificação: *crise por perda* ou *crise por aquisição*. Ambas as formas de crise têm, em comum, a angústia diante do novo e desconhecido. A divergência está nos sentimentos predominantes nas situações de perda e de aquisição. As crises desencadeadas por perdas ou ameaça de perda, ocorrem a partir da redução significativa do espaço no universo pessoal, sendo que os sentimentos predominantes neste cenário são depressão e culpa.

Ao tratar do conceito de crise, Caplan (1980/1964) destaca o princípio da homeostase. Quando o equilíbrio é perturbado por algum tipo de problema ou situação, o organismo vai estimular mecanismos para solucioná-lo, havendo uma tensão mínima. Entretanto, numa situação de crise, esta tensão é mais intensa, pois o problema parece, num primeiro momento, ser insolúvel. Quando ocorre o reequilíbrio, novo padrão de comportamento surgirá e será diferente do anterior, levando à novo grau de adaptação.

A escolha da adaptação como critério diagnóstico permite uma avaliação do funcionamento da personalidade integrada no seu ambiente. Na nossa amostra, observamos grande número de mulheres em crise acidental.

É nesse aspecto que se insere a psicoterapia, buscando auxiliar o indivíduo, em seus arranjos defensivos, a encontrar soluções. De modo que a indicação para psicoterapia nestes casos é de grande importância. A participação do psicólogo na equipe de saúde reprodutiva, tem como objetivo promover a oportunidade de ampliar o nível de maturidade emocional dos pacientes, tornando-os agentes de suas próprias escolhas, auxiliando-os a percorrer esse processo com razoável lucidez (Tomaz & Moreira, 2001). Cabe ao psicólogo direcionar o paciente para o problema em questão, facilitando o enfretamento dos medos, angústias, fantasias e mitos, possibilitando o reconhecimento de suas reais possibilidades e os recursos que são oferecidos pela medicina.

## CONCLUSÃO

A análise quantitativa, por meio da EDAO, possibilitou a obtenção de avaliação psicodinâmica global dos homens e mulheres inseridos num programa de FIV.

Quanto à adaptação, ou seja, a descrição da adequação dos setores adaptativos, pode-se verificar que em todos os setores (produtividade, sócio-cultural, orgânico e afetivo-relacional), os homens apresentaram melhor adequação em suas respostas do que as mulheres. O maior comprometimento do setor orgânico nas mulheres pode ser explicado pelo fato de se tratar de mulheres inférteis e homens férteis. Entretanto, no setor Afetivo-Relacional, considerado o setor mais importante, uma vez que repercute sobre os demais setores, os homens também mostraram prejuízos na adaptação. Estes dados ficam evidentes nos resultados do diagnóstico adaptativo global, onde 64.9% dos homens foram classificados como Adaptação Ineficaz Leve, enquanto 52,6% foram classificadas como Adaptação Ineficaz Severa.

Pode-se supor, que devido à grande importância que a mulher dá à gestação, a frustração advinda desta infertilidade contribui para a situação de crise adaptativa; e, provavelmente, para a redução do nível da eficácia da adaptação, conforme observado nesta pesquisa.

Portanto, no atendimento de mulheres (e seus parceiros), inseridas em programa de FIV, atenção especial deve ser dada ao grau de adaptação. A adaptação ineficaz destas mulheres implica em

sofrimento e maiores dificuldades na busca e no encontro de soluções para as situações problema, entre elas a própria infertilidade.

## REFERÊNCIAS

- Alves, P. C. (1984). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1964)
- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S. & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 57(2), 350-356.
- Cury, A. F. (2003). Psicossomática da esterilidade: as relações entre os aspectos biológicos, sociais e psíquicos. *Femina*, 31(6), 519-521.
- Erickson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Febrasgo - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (1997). *Manual de orientação de infertilidade conjugal*. [S.l.]: [s.n.]
- Gandini, R. C. (1995). *Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de Doutorado Não Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Heleno, M. G. V. (1992). Estudo da eficácia adaptativa e do controle glicêmico em pacientes diabéticos do tipo II. Dissertação de Mestrado Não Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A. M., Wrambsy, H. & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 81(5), 1254-1264.
- Newton, C. R., Hearn, M. T. & Yuspe, A. A. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure. *Fert Steril*, 54(5), 879-886.
- Oliveira, E. P. (2000). Psicoterapia breve operacionalizada e evolução adaptativa em hipertensos essenciais. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Olshanky, E. & Sereika, S. (2005). The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: A focus on depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(6), 273-280.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. & Skaggs, G. E. (2006). The relationship between in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 85(3), 802-804.
- Pizarro, E. (1991). Fator corporal em esterilidade. Em A. N. Ferrari (Org.), *Esterilidade conjugal* (pp. 167-181). São Paulo: Roca.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns*, 59(3), 244-251.
- Serafini, P., White, J., Petracco, A. & Motta, E. (1998). *O bê a ba da infertilidade*. São Paulo: Organon.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(7), 403-408.
- Simon, R. (1998). Proposta de redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO). *Revista Mudança: psicoterapia e estudos psicossociais*, 10, 13-24.
- Szejer, M. & Stewart, R. (2002, 2ª Ed.). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tomaz, G. & Moreira, S. N. T. (2001). Psicologia em reprodução humana. *Femina*, 29(7), 391-395.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Van Minnen, A., Kremer, J. A. & Kraaijaard, F. W. (2005). *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.
- Vizzotto, M. M. (1994). *Psicodinâmica da paternidade um estudo sobre homens que esperam o nascimento de seu filho*. Tese de Doutorado Não Publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- WHO - World Health Organization (1992). Recent advances in medically assisted conception. In *WHO Technical Report Series*, 820. Geneva: World Health Organization.
- Yoshida, E. M. P. (1984). Estudo da precisão e da validade de predição da escala diagnóstica da adaptação de R. Simon. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Recebido em 16/12/2005

Aceito em 19/05/2006

---

**Endereço para correspondência:** Káthia Regina Ferreira D'Campos Corrêa. Rua Robert Kennedy, 3599 – 01, CEP 09860-000, São Paulo-SP. E-mail: káthia.regina@uol.com.br