

# Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social

*Infertility: association with common mental disorders and the role of social support*

**Maria do Carmo Vieira da Cunha<sup>1</sup>, João Alberto Carvalho<sup>2</sup>, Rivaldo Mendes Albuquerque<sup>3</sup>, Ana Bernarda Ludermitz<sup>4</sup>, Moacir Novaes<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Médica psiquiatra. Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <sup>2</sup> Professor adjunto I, UFPE. <sup>3</sup> Professor adjunto, Coordenador de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE. <sup>4</sup> Professora adjunta IV, UFPE. <sup>5</sup> Professor adjunto, UPE.

Estudo realizado no Ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE.

Termo de consentimento livre e esclarecido e protocolo do trabalho aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da UPE (parecer CEP/HUOC nº 152/2006).

Estudo baseado na dissertação de mestrado intitulada "Infertilidade: repercussões no psiquismo e na vida das mulheres durante o diagnóstico e tratamento", apresentada e aprovada em 22/08/2008 no Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE.

## Resumo

**Introdução:** O diagnóstico da infertilidade pode ser devastador na vida de um casal. Muitas mulheres inférteis percebem a situação como estigmatizante, causadora de sofrimento psíquico e isolamento social. O estudo objetivou determinar as variáveis econômicas, demográficas, interpessoais, sociais e também a prevalência de transtornos mentais comuns na população de mulheres atendidas nos ambulatórios de referência de esterilidade do Hospital Agamenon Magalhães, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros e Instituto Materno Infantil de Pernambuco e encaminhadas ao Ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

**Método:** A pesquisa foi transversal, durante o ano de 2007, com um total de 60 pacientes, que responderam a dois questionários auto-aplicáveis: o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e outro, formulado pela pesquisadora.

**Resultados:** Das 60 mulheres pesquisadas, 55% tinham 31 anos ou mais. A prevalência total dos transtornos mentais comuns foi de 53,3%, sendo que a ocorrência de transtornos mentais comuns foi bem mais elevada entre as que tinham 31 anos ou mais do que entre as que tinham até 30 anos (66,7 *versus* 37%). As que evitavam situações sociais que podiam causar desconforto emocional apresentaram maior incidência de transtornos mentais comuns.

**Conclusões:** A prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação com enfrentamento social embasam a necessidade de atendimento interdisciplinar, incluindo profissionais de saúde mental. Nossos dados confirmam a importância do apoio social e da inclusão dos parceiros no processo de avaliação da infertilidade.

**Descritores:** Infertilidade, transtornos mentais, prevalência, apoio social, estigma.

## Abstract

**Introduction:** A diagnosis of infertility may be devastating for a couple. Many infertile women perceive the situation as stigmatizing, a cause of psychic distress and social isolation. This study aimed at determining the economic, demographic, interpersonal, social and work variables and also the prevalence of common mental disorders in a population of women seen in reference hospitals for infertility (Hospital Agamenon Magalhães, Amaury de Medeiros Integrated Health Center and Instituto Materno Infantil de Pernambuco), and referred to the Mental Health in Human Reproduction Outpatient Clinic at Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

---

### Correspondência:

Maria do Carmo Vieira da Cunha, Rua João Ramos, 50/103, CEP 52011-090, Recife, PE. Tel.: (81) 3231.0368, (81) 9961.7257. E-mail: [mvieiracunha@uol.com.br](mailto:mvieiracunha@uol.com.br)

Não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Recebido em 16/08/2008. Aceito em 05/09/2008.

**Method:** This was a cross-sectional study conducted in 2007 with a total of 60 patients, who answered two self-reporting questionnaires: the Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) and a questionnaire designed by the researcher.

**Results:** Of the 60 women studied, 44% were aged 31 or older. The overall prevalence of common mental disorders was 53.3%. It was much more common in women aged 31 or older than in those aged 30 or less (66.7 vs. 37.0%). The patients who avoided social situations that could cause emotional discomfort presented a higher rate of common mental disorders.

**Conclusions:** The prevalence of common mental disorders and their association with social coping underlies the need for an interdisciplinary approach, including mental health professionals. Our data confirm the importance of social support and the inclusion of the male partner in the infertility evaluation process.

**Keywords:** Infertility, mental disorders, prevalence, social support, stigma.

## Introdução

### Diagnóstico e aspectos epidemiológicos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a infertilidade como um problema que afeta homens e mulheres em todas as partes do mundo. Segundo o *Manual da OMS sobre Padronização de Exames e Diagnóstico da Infertilidade em Casais*<sup>1</sup>, a cada ano surgem 2 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.

A estimativa da prevalência internacional da infertilidade e da procura pelo tratamento evidenciou 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<sup>2</sup>.

### Aspectos socioculturais

Desde os tempos pré-históricos, pinturas rupestres retratavam mulheres representando fertilidade e prosperidade. Em diversas civilizações, as mulheres têm sido símbolo da fertilidade<sup>3</sup>.

Os povos antigos viam na fecundidade da terra e de todas as espécies um único fenômeno, regido pela vontade divina. A fecundidade eterna da terra e das diversas espécies representava esperança para os povos da Antiguidade. A esterilidade se apresentava como imagem da morte<sup>4</sup>.

Alguns textos bíblicos mostram benção e fertilidade como palavras sinônimas, assim como maldição e esterilidade. Neles, nem adultério nem incesto são considerados crimes quando sua finalidade é remediar a esterilidade<sup>5</sup>.

A mulher infecunda é excluída de uma ordem cultural que identifica feminilidade com maternidade e maternidade com reprodução biológica. Assim, a infertilidade não é apenas uma falha da natureza, mas algo que atenta contra a ordem estabelecida, fato questionador da veracidade das representações da feminilidade dominantes na cultura. 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<sup>5,6</sup>.

Com apenas 5% 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, com a parentalidade constituindo um critério necessário para realização pessoal, aceitação social, filiação religiosa, identidade sexual e ajustamento psicológico. Dessa forma, a fertilidade seria uma função humana básica, e a parentalidade, um marco no desenvolvimento<sup>7</sup>.

### Aspectos psicológicos

Uma revisão da literatura sobre a infertilidade e o sofrimento psicológico relacionado observa que seu impacto sobre o bem-estar psicológico dos casais tem sido objeto de crescente atenção nos últimos anos. Parece fora de dúvida que a infertilidade é uma experiência profundamente aflitiva para muitos casais<sup>8</sup>. Os 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 laboral<sup>9-11</sup>.

Embora as conseqüências psicológicas da infertilidade sejam evidentes, é bem menos claro como os distúrbios psicológicos podem afetar a fertilidade.

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<sup>12</sup>.

Os autores psicanalíticos compreendiam a infertilidade nas mulheres como reflexo do repúdio inconsciente da feminilidade e da maternidade e também como ligada a questões vinculadas a conflitos na sexualidade. No entanto, menos de 5% dos casais inférteis carecem de causa física para a infertilidade, e esse número vem decrescendo à medida que o conhecimento médico avança. A relação entre estados psíquicos e funções fisiológicas é de enorme complexidade, e não há uma relação causal simples e linear<sup>13</sup>. É importante considerarmos, também, os

conflitos presentes nos casais que concebem naturalmente, pois talvez conflitos semelhantes sejam observados. Devemos ter cuidado para não confundir com causalidade fatos que podem estar apenas relacionados<sup>14</sup>.

A medicina, ao permitir um controle quase total sobre a concepção, faz com que o filho, geralmente, não mais chegue de surpresa. Ter uma criança significa o atendimento de um desejo consciente e de uma decisão tomada e assumida. Se a concepção tarda, o fracasso torna-se intolerável, e esses pacientes passam a solicitar ao médico uma ação rápida, que reavive o corpo refratário<sup>14</sup>.

As novas tecnologias de reprodução estão transformando os conceitos de infertilidade, principalmente no que se refere à compreensão da infertilidade psicogênica<sup>15-19</sup>.

Atualmente, a literatura psicanalítica tem buscado a compreensão do sentido da infertilidade e não sua causalidade. Assume que estaremos em terreno mais firme ao examinarmos as conseqüências da infertilidade e não as suas causas. Mesmo os psicanalistas que consideram o predomínio da infertilidade psicogênica concordam que o intenso estresse da infertilidade pode promover regressões para estágios anteriores do desenvolvimento psíquico. A infertilidade pode evocar poderosas e assustadoras fantasias, atingindo a personalidade como um todo<sup>20</sup>.

Conflitos psicológicos envolvendo a infertilidade alcançam as camadas mais profundas do psiquismo, invadem o espaço interpessoal e sexual do casal e irradiam-se na vida sociocultural, laboral 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<sup>20</sup>.

Lidar com a infertilidade é como lidar com doenças clínicas graves. O desespero de lidar com a infertilidade assemelha-se ao desespero de lidar com eventos devastadores, tais como a perda de um parceiro<sup>21</sup>.

O diagnóstico de infertilidade costuma ser ameaçadora surpresa. Embora a capacidade de procriar seja postergada para a vida adulta, precocemente associamo-nos com ela. Em algumas brincadeiras infantis, percebemos um tipo de ensaio para o futuro desempenho da parentalidade. Um dos primeiros enigmas a ocupar a mente infantil é o que diz respeito à origem dos bebês, assim como as funções materna e paterna, associadas a essas questões<sup>22,23</sup>.

A perda da capacidade reprodutiva promove um abalo considerável na economia narcísica, justamente por ser um importante referencial identificador de feminilidade e masculinidade<sup>20</sup>.

Para a totalidade dos seres humanos, a impossibilidade de procriar é profundamente vivida como uma ferida narcísica, mas, dentro de certas sociedades, um sexo ou o outro é mais protegido<sup>24</sup>.

Quatro por cento dos casais permanecem involuntariamente sem filhos e freqüentemente experimentam apoio social insuficiente. Para alguns autores, após um período de muitos anos, durante os quais têm esperança de conceber, esses casais terão de se defrontar com o fato de que um filho não se tornará realidade. Dessa forma, experimentam a perda e o sentimento de pesar. Mesmo não se defrontando com uma morte real, as pessoas inférteis atravessarão um processo de luto por um filho que deixou de ser uma realidade possível<sup>25</sup>.

Durante o tratamento, as pessoas inférteis sentem necessidade de apoio para continuar o tratamento, guardando esperanças de sucesso e não desistindo<sup>26</sup>.

A percepção do estigma relacionado à infertilidade e o padrão como esta é revelada à sociedade podem ter influência no grau de bem-estar físico, emocional e social, mas esses fatores têm recebido pouca atenção<sup>9</sup>.

As mulheres relatam maior estigma relacionado com a infertilidade que os homens e também revelam mais sobre suas dificuldades com a fertilidade. Há também diferenças entre os gêneros em relação à percepção da disponibilidade de apoio social, com as mulheres relatando depressão, ansiedade e sofrimento, significativamente mais que os homens<sup>9,27,28</sup>.

Diante 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. As reações negativas podem retardar substancialmente a procura por ajuda em 20% das mulheres, e a implicação mais importante disso é que a educação se impõe para prevenir retardo na procura por ajuda<sup>2</sup>.

As intervenções psicossociais na infertilidade mostraram efeitos positivos, não se constatando nenhum efeito negativo no bem-estar das pessoas inférteis em tratamento. Sentimentos de ansiedade, tensão e preocupação quase sempre apresentavam mudanças positivas<sup>28</sup>.

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

A análise desses trabalhos nos conduziu à tentativa de compreender a experiência da infertilidade. O objetivo deste estudo foi identificar a presença de transtornos mentais comuns (TMC) e alterações na vida social das mulheres referenciadas no Ambulatório de Saúde Mental em Reprodução Humana do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) de Recife (PE).

## Método

### Área do estudo

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

### 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 socioeconômicos, demográficos, laborais, da vida social e do relacionamento sexual. Constitui um enfoque quantitativo e exploratório, embora muitas características possam ser avaliadas de forma qualitativa.

### Universo e amostra

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 o 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 HUOC. Os critérios de exclusão foram: transtornos e tratamento psiquiátrico ou psicológico (prévio ou atual), ausência de relacionamento estável e presença de filho biológico da relação atual.

### Instrumentos

O *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) é um questionário auto-aplicável, de fácil administração, e pode ser utilizado para orientar os profissionais a identificar transtornos psiquiátricos mais precocemente, em clínicas de atenção básica. Foi elaborado pela OMS para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde de países em desenvolvimento<sup>29</sup>. Mari & Williams<sup>30</sup> realizaram um estudo em clínicas de atenção primária da cidade de São Paulo para validá-lo no Brasil, demonstrando uma sensibilidade de 85% e uma especificidade de 80%. O SRQ-20 é composto de

20 questões do tipo sim/não, sendo quatro sobre 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; suspeito de TMC – igual ou acima que 8.

Foi aplicado também um questionário semi-estruturado confeccionado pela pesquisadora para este estudo. O questionário foi composto de dados de identificação, variáveis socioeconômicas e demográficas, acrescido de 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-diagnóstico e momento de maior tensão ao iniciar acompanhamento médico.

### Análise estatística e aspectos éticos

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais, uni e bivariadas (técnicas de estatística descritiva), e utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado de Pearson com valores do *odds ratio* (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% e os intervalos com confiabilidade de 95% (IC95%).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética, Ensino e Pesquisa do HUOC da UPE, incluindo o texto do termo de consentimento livre e esclarecido que seria utilizado na pesquisa, conforme Resolução n° 196/96 do Ministério da Saúde. As pacientes foram esclarecidas sobre o sigilo das informações prestadas. As recomendações de Helsinque (Associação Médica Mundial, 1989)<sup>31</sup> foram respeitadas.

## Resultados

Das 66 mulheres encaminhadas no período de janeiro a dezembro de 2007, 60 preencheram os critérios de inclusão e completaram o SRQ-20 e o questionário semi-estruturado, registrando-se uma perda de 10%. Das pesquisadas, 53,3% apresentavam TMC.

Na Tabela 1, apresentamos a distribuição segundo as variáveis sociodemográficas. Destaca-se que: 45% tinham até 30 anos (n = 27) e 55% (n = 33) tinha 31 anos ou mais, sendo a média de 31,4 anos.

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres pesquisadas por variáveis demográficas, socioeconômicas e relativas ao tempo de união conjugal (Hospital Universitário Oswaldo Cruz, janeiro a dezembro de 2007)

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

\* Duas mulheres pesquisadas não souberam informar.

Em relação à escolaridade, 51,7% tinham até 1º grau completo (n = 31), e 48,3% (n = 29) tinham até o 2º grau ou nível superior completo; 53,3% eram casadas (n = 32), e 46,7% (n = 28) eram solteiras.

Quanto à duração da relação conjugal, 45% tinham até 5 anos de união (n = 27), 31,7% tinham de 6 a 9 anos (n = 19), e 23,3% tinham 10 anos ou mais (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 um a dois salários mínimos. A renda do casal era de até dois salários mínimos para 58,6% das pesquisadas (n = 34), e para 39,7% (n = 23) era de três a cinco salários mínimos.

Das pesquisadas, 58,3% (n = 35) e 68,3% (n = 38) dos parceiros não tinham casamento anterior. Entre as mulheres, 76,7% não tinham filhos (n = 46), e a maioria

dos parceiros (66,7%) também não tinha filhos; 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, 61,7% (n = 37) afirmaram que ambos (paciente e parceiro), e 26,7% (n = 16) afirmaram que quem mais desejava ter filhos era ela, ao passo que apenas 11,7% responderam que era o parceiro (n = 7). Nenhuma entrevistada e nenhum dos parceiros atuais tinham filhos adotivos de outros casamentos.

Observamos que 88,3% apresentavam autopercepção da dificuldade de engravidar (n = 53), e 78,3% (n = 47) sentiam-se “normais” antes de perceber a dificuldade de engravidar; 60% (n = 36) atribuíram a dificuldade de engravidar a algum fato ou razão específico; 56,7% afirmaram que tinham mais de 3 anos de atividade sexual sem métodos anticoncepcionais; 65% afirmaram que estavam em tratamento há até 1 ano; 46,7% não tinham feito tratamento anterior; 33,3% tinham feito um tratamento anterior; e 15% tinham feito dois tratamentos.

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

Em relação aos aspectos sociais, 56,7% das mulheres observaram alguma modificação no relacionamento das pessoas para com ela; 45% afirmaram haver deixado de frequentar algum lugar com receio de ser questionada em relação ao fato de ainda não ter filhos; 40% evitaram lugares com mulheres grávidas e crianças; e 61,7%, sentiram que as pessoas questionavam seu casamento por ainda não ter tido filhos.

A variável faixa etária mostrou associação significativa com TMC (p < 0,05; OR = 3,40; IC95%), sendo que a ocorrência foi bem mais elevada entre as pacientes que tinham 31 anos ou mais do que entre as que tinham até 30 anos (66,7 versus 37%) (Tabela 2).

A variável “modificação dos sentimentos em relação a si mesma” também mostrou associação significativa ao nível de significância considerado (p < 0,05; OR = 5,40), 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 versus 26,3%). Observamos que, das 49 mulheres que apontaram “durante os exames” como o momento de maior tensão, os TMC estavam presentes em 27 (55,1%).

**Tabela 2** - Prevalência de transtornos mentais comuns segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas (Hospital Universitário Oswaldo Cruz, janeiro a dezembro de 2007)

Variável	n = 60	Casos	%	p	Odds ratio	(IC95%)
Faixa etária						
Até 30 anos	27	10	37,0	0,022	*†	1,00
31 ou mais	33	22	66,7			3,40 (1,17-9,86)
Escolaridade						
Até 1º grau completo	31	15	48,4	0,427	‡	1,00
2º grau/superior	29	17	58,6			1,51 (0,54-4,19)
Estado civil						
Solteira	28	13	46,4	0,316	*	1,00
Casada	32	19	59,4			1,69 (0,61-4,70)
Religião						
Católica	30	15	50,0	0,594	‡	1,00
Evangélica	22	12	54,5			1,20 (0,40-3,62)
Outras	8	5	62,5			1,67 (0,34-8,26)
Procedência						
Recife	29	19	65,5	0,183	*	2,85 (0,79-10,31)
Região Metropolitana de Recife	16	7	43,8			1,17 (0,28-4,87)
Interior/outro estado	15	6	40,0			1,00
Tempo de união conjugal						
Até 5 anos	27	16	59,3	0,490	*	1,09 (0,30-4,03)
6 a 9 anos	19	8	42,1			0,55 (0,14-2,20)
10 anos ou mais	14	8	57,1			1,00
Renda mensal						
< 1 salário	37	17	45,9	0,146	*	1,00
1 a 2 salários	23	15	65,2			2,21 (0,75-6,46)
Total	60	32	53,3			
Renda do casal						
Até 2 salários	34	18	52,9	0,927	*	1,00
3 ou mais	24	13	54,2			1,05 (0,37-3,00)
Total	58	31	53,4			

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

† Associação significativa a 5%.

‡ Teste exato de Fisher.

Em relação ao relacionamento social, 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 *versus* 26,9%). Observamos também mais TMC: entre as que não evitavam lugares em que pudessem ser questionadas por não ter filhos do que entre as que evitavam (74,1 *versus* 36,4%); entre as que não evitavam lugares onde houvesse mulheres grávidas e crianças do que entre as que evitavam (79,2 *versus* 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 *versus* 30,4%). Essas diferenças revelam associação significativa de cada uma das variáveis com a prevalência de TMC ( $p < 0,05$ ) (Tabela 3).

## Discussão

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

**Tabela 3** - Prevalência de transtornos mentais comuns segundo as variáveis: tempo e número de tratamentos anteriores, diagnóstico firmado de infertilidade, autopercepção após o diagnóstico e momento de maior tensão durante o acompanhamento (Hospital Universitário Oswaldo Cruz, janeiro a dezembro de 2007)

Variável	n = 60	Casos	%	p	Odds ratio	(IC95%)
Tempo de tratamento						
Até 1 ano	39	19	48,7	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	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	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	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	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	0,004	*	5,40 (1,61 a 18,07)
Não	19	5	26,3			1,00
Total	60	32	53,3			

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

† Teste exato de Fisher.

|| Associação significativa a 5%.

‡ Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

Encontramos uma prevalência de TMC de 53,3% na amostra estudada. Os resultados sugerem que as condições psíquicas nas quais as mulheres passam a viver ao se deparar com a infertilidade e durante a busca por uma solução nos ambulatórios de esterilidade podem elevar a ocorrência de TMC. Nossos dados estão em conformidade com várias pesquisas que demonstram a presença de sintomas que vão desde a dor emocional até quadros de transtornos psiquiátricos definidos nesses pacientes. Isso sugere 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. Nossos dados evidenciam, ainda, a necessidade de atenção em relação aos aspectos psicológicos das mulheres que estão em atendimento nos ambulatórios de esterilidade<sup>28,32,33</sup>.

Os TMC têm prevalência variada em todo o mundo<sup>34,35</sup>. Fortes et al.<sup>34</sup> encontraram uma prevalência de 56% de TMC, achado compatível com o nosso, porém superior ao de Ludermir & Melo Filho<sup>35</sup>.

Fortes et al.<sup>34</sup> identificaram 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 comorbidades constituiu um critério de exclusão.

O maior número de pacientes com TMC da nossa amostra foi encontrado entre as pacientes com maior escolaridade, diferentemente do encontrado na população geral por Ludermir & Melo Filho<sup>35</sup>. Estes autores constataram níveis mais baixos de escolaridade entre os portadores de TMC. Fortes et al.<sup>34</sup> também encontraram níveis de escolaridade mais baixos entre os pacientes com TMC. Poderíamos indagar se essa diferença, 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. E, de fato, na nossa pesquisa, observamos como tem importância o apoio social para diminuir o estigma e, conseqüentemente, os sentimentos negativos diante do diagnóstico de infértil.

Essas observações ficam evidentes quando constatamos que 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 *versus* 26,9%); entre as que disseram evitar lugares para não serem questionadas do que entre as que disseram não evitar (74,1 *versus* 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 *versus* 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 *versus* 30,4%). Essas diferenças também revelaram associação significativa para cada uma dessas variáveis do relacionamento social 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<sup>9,36</sup>. Para tornar mais clara a importância desse apoio, lançamos mão da definição de apoio social feita por Minkler<sup>37</sup> 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 umas das outras”.

A rede sociofamiliar 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. Os nossos achados se coadunam com o que afirmou Slade et al.<sup>9</sup>, para quem a infertilidade pode ameaçar a auto-estima, devido à sua natureza potencialmente estigmatizante. Esses autores avaliam 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, voltados para a sua resolução<sup>20</sup>. Os resultados do nosso estudo diferem dos de Downey et al.<sup>38</sup>. 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. Outras pesquisas também revelaram falta de auto-estima e sentimentos de inferioridade<sup>39-41</sup>.

As mulheres da nossa pesquisa fizeram referência a adjetivos desqualificantes com os quais eram chamadas: “eles me chamam de bananeira do inferno”; “dizem que sou oca e seca”; “que sou árvore sem fruto”. Outras fizeram referência à sua identidade e associaram a maternidade com a feminilidade: “agora estão dizendo que eu sou homem, dizem: ‘lá vai a mulher-homem””. Através desses relatos, percebemos o quanto a infertilidade pode ser uma experiência estigmatizante. Pode ameaçar a auto-estima e isolar o paciente das fontes de apoio<sup>9</sup>. Estigma, preconceito e discriminação são construções sociais altamente relacionadas. É a conseqüência 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<sup>41</sup>.

As pacientes se desqualificam, sentem-se “tristes” e “horríveis” após a percepção da dificuldade de engravidar e sentem-se desqualificadas socialmente, como se o único papel que deveriam ter na vida fosse o de ser mãe. Umachegam a relatar medo de separação: “ele disse que, se eu não engravidar, vai arrumar outra; eu já disse também que ele pode me deixar, já que não engravidar; então essa agonia, que não acaba nunca, passa”. Relatam ainda uma “culpa” por não ter filhos, achando que pode ser um “castigo de Deus”. 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 e 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<sup>36</sup> observou que as fontes de apoio mais citadas pelas mulheres foram religião, família, amigos e profissionais. 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, como os nossos, reafirmam a importância do apoio social, porque essas representações podem dificultar a obtenção de um suporte diversificado, necessário ao restabelecimento do equilíbrio emocional. Os achados permitem concluir que o apoio social é um importante componente no equilíbrio da resposta emocional frente ao sofrimento causado pela infertilidade.

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.<sup>12</sup>, 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”.

Apesar de um filho 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. Os pacientes que não procuram ajuda profissional geralmente tentaram engravidar por quase 2 anos sem sucesso, são muito pessimistas acerca de suas chances de engravidar naturalmente e, mesmo assim, nunca consultaram um médico sobre seu fracasso em conceber. Paradoxalmente, dispensam assistência não em função da natureza invasiva e tecnológica da intervenção médica, mas pela ameaça associada com a confirmação do problema de fertilidade<sup>2</sup>. No nosso trabalho, observamos que 81,7% das pacientes informaram que o momento de maior tensão foi durante a realização dos exames, corroborando esse raciocínio. Dessas pacientes, 55,1% apresentavam TMC.

Em um estudo com mulheres 20 anos após a investigação e o tratamento de infertilidade, registrou-se que 58% das pacientes não responderam às cartas enviadas. Como não se pode, obviamente, analisar os não-respondentes, os autores 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 a 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 representa<sup>41</sup>.

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<sup>41</sup>. 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 maior risco de sofrimento, como também a percepção da disponibilidade de apoio social pode estar associada a níveis mais baixos de sofrimento<sup>9</sup>.

A dificuldade da inclusão dos parceiros nos atendimentos especializados é a regra. As pacientes relatam que seus maridos não participam das avaliações e que, quando necessário, são elas que lhes levam as solicitações dos exames e os resultados de volta para o médico. Quando os exames são normais, é comum ouvirem: “seu marido pode fazer filho em qualquer mulher”. Por essas dificuldades, como a maioria dos pesquisadores, incluímos apenas mulheres na amostra.

Embora os resultados deste estudo sejam limitados pelo tamanho da amostra e pelo desenho do estudo, com a escolha de um único instrumento de avaliação psicológica, além do questionário semi-estruturado, observamos que há sofrimento mental significativo e dificuldades no relacionamento social, justificando estudos adicionais, longitudinais, com a inclusão dos homens, onde poderíamos identificar o sofrimento do casal nos diversos estágios da avaliação e tratamento da infertilidade. Os conhecimentos psicológicos podem contribuir para que os profissionais que trabalham com infertilidade tenham uma melhor compreensão da dor psíquica na qual vivem as pessoas inférteis e, dessa forma, estarem mais habilitados para auxiliá-los. O número reduzido da nossa amostra pode estar relacionado com as dificuldades tanto dos profissionais quanto das pacientes de confrontarem as questões psicológicas relacionadas com a infertilidade.

Seria útil que os serviços de referência realizassem campanhas educativas direcionadas à população, buscando reduzir o estigma.

## Referências

1. Rowe JP, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ. Manual da OMS sobre padronização de exames e diagnóstico da infertilidade em casais. São Paulo: Santos; 1998.
2. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates

- of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506-12.
3. Morice P, Josset P, Chapron C, Dubuisson JB. History of infertility. *Hum Reprod Update.* 1995;1(5):497-504.
  4. Cordeiro ABZ, Carvalho AYC, Cunha MCV, Lins MTL. Da depressão ao desejo de pró-criar. Revisitando a feminilidade na clínica e na transmissão da psicanálise. *Pulsional Rev Psicanal.* 2000;1(135):14-24.
  5. Tubert S. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
  6. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
  7. Daniluk JC. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril.* 1988;49(6):982-90.
  8. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45(11):1679-704.
  9. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at in infertility clinic. *Hum Reprod.* 2007;22(8):2309-17.
  10. McQuillan J, Torres Stone RA, Greil AL. Infertility and life satisfaction among women. *J Fam.* 2007;28(7):955-81.
  11. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril.* 2007;88(4):911-4.
  12. Seger-Jacob L. *Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida [tese].* São Paulo:Universidade de São Paulo; 2000.
  13. Apfel RJ, Keylor RG. Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. *Int J Psychoanal.* 2002;83(Pt 1):85-104.
  14. Faure-Pragier S. *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui.* 2 ed. Paris: Puf; 1999.
  15. Gariépy IMA. *L'infertilité et la sexualité: perspective thérapeutique.* [http://blaf.ntic.qc.ca/fr/articles/asq\\_infertilite.shtml](http://blaf.ntic.qc.ca/fr/articles/asq_infertilite.shtml). Acesso em 21 jul 2003.
  16. Abarbanel AR, Bach G. Group Psychotherapy for the Infertile Couple. *Int J Fertil.* 1959;151-60.
  17. Bresnick E, Taymor ML. The role of counseling in infertility. *Fertil Steril.* 1979;32(2):154-6.
  18. Chatel MM. *Mal estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução.* Rio de Janeiro: Campo Matêmico; 1995.
  19. Zalusky S. Infertility in the age of technology. *J Am Psychoanal Assoc.* 2000;48(4):1541-62.
  20. Ribeiro MFR. *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
  21. Wasser SK, Sewall G, Soules MR. Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertil Steril.* 1993;59(3):685-9.
  22. Freud S. Três ensaios sobre a sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* vol. 9. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p. 123-250.
  23. Freud S. Três ensaios sobre a sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p. 85-119.
  24. Lechner L, Bolman C, Van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod.* 2007;22(1):288-94.
  25. Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Counsel Development.* 2001;79(4):439-49.
  26. Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril.* 1992;57(1):122-8.
  27. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Soc Sci Med.* 1991;33(9):1071-80.
  28. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med.* 2003;57(12):2325-41.
  29. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41.
  30. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of Sao Paulo. *Br J Psychiatr.* 1986;148:23-6.
  31. Associação Médica Mundial. *Declaração de Helsinque.* <http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/Helsinque.doc>. Acessado 20 jun 2008.
  32. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2986-94.
  33. Olshansky E, Sereika S. The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. *Arch Psychiatr Nurs.* 2005;19(6):273-80.
  34. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Program de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32-7.
  35. Ludermir AB, Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publ.* 2002;36(2):213-21.
  36. Trindade ZA. As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. *Psic Ter Pesq.* 1993;9(3):535-46.
  37. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Educ Q.* 1985;12(4):303-14.
  38. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril.* 1989;52(3):425-32.
  39. Whiteford L, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med.* 1995;40(1):27-36.
  40. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod.* 2007;22(2):598-604.
  41. Arboleda-Florez J. Stigma and discrimination: an overview. *W Psychiatr.* 2005;4(Suppl 1):8-10.