LILIANA SEGER – JACOB

**STRESS E ANSIEDADE EM CASAIS SUBMETIDOS
À REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Doutor em Psicologia.*

Área de Concentração: Psicologia Social e do
Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos

São Paulo

2000

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca e
Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Jacob-Seger, L.

Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida / Liliana Seger-Jacob. São Paulo: s.n., 2000. - 180p.

Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientador: Esdras Guerreiro Vasconcelos

1. Stress 2. Ansiedade 3. Tecnologia reprodutiva 4. Infertilidade 5. Escalas I. Título.

**STRESS E ANSIEDADE EM CASAIS SUBMETIDOS
À REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

LILIANA SEGER-JACOB

BANCA EXAMINADORA

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

Tese defendida e aprovada em: ____/____/____.

Com todo meu amor

A minha mãe

Ao meu marido e a minha filha Helena

LILIANA SEGER – JACOB

**STRESS E ANSIEDADE EM CASAIS SUBMETIDOS
À REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

São Paulo

2000

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, pelo seu apoio e dedicação como orientador.

Ao Dr. Sidney Glina, pelo apoio e grande incentivo o que propiciou minha coleta de dados com os pacientes do Centro de Reprodução Assistida do Hospital Israelita Albert Einstein.

Ao Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira e sua Equipe, pelo apoio e auxílio com os pacientes da Clínica Profert.

À Dália Balas Wajsbrot, pela consultoria e apoio na área de Estatística e pela sua disponibilidade pessoal.

Ao Dr. Sidney Glina e a Dra. Andréa Goldfarb Portnoi pelas sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

Ao meu marido Caio, pelo apoio incondicional durante todo o tempo, as constantes leituras e a revisão ortográfica.

Às minhas alunas da Faculdade de Psicologia, Tatiana Souza Cândido de Oliveira e Mônica Burger pela valiosa colaboração na coleta dos dados.

A minha colega e amiga, Mirian Arantes Gallo, por ter assumido muitas vezes meu trabalho na Universidade.

E finalmente, a todos os colegas e amigos pelo apoio e incentivos constantes durante todo este período.

... O que se pode concluir é que, o que importa verdadeiramente para qualquer nascimento, não é o modo como a criança foi concebida, mas que ela possa se desenvolver num contexto que não lhe diminua as possibilidades de viver livremente...

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. A INFERTILIDADE.....	6
2.1 Aspectos Gerais.....	6
2.2 Infertilidade e Estigma.....	7
2.3 Infertilidade, Mídia e Ciência.....	8
2.4 Infertilidade e Medicina.....	10
2.4.1 Definição da Infertilidade.....	10
2.4.2 Diagnóstico e Tratamentos.....	11
2.4.2.1 Infertilidade Masculina.....	12
2.4.2.2 Infertilidade Feminina.....	13
2.5 Tecnologia de Reprodução Assistida.....	14
2.5.1 Seleção e Avaliação.....	14
2.5.2 Fertilização In Vitro – FIV.....	15
2.5.3 Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozóides – ICSI.....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 Stress e a Psicologia da Infertilidade.....	22
3.1.1 Aspectos Psicológicos Gerais.....	22
3.1.2 O Stress e a Tecnologia de Reprodução Assistida.....	27
4. OBJETIVOS.....	43
4.1 Objetivo Principal.....	43
4.2 Objetivos Secundários.....	43
5. METODOLOGIA.....	45
5.1 Sujeitos.....	45
5.2 Instrumentos.....	46
5.3 Procedimento.....	50
5.4 Análise Estatística dos Dados.....	51
6. RESULTADOS.....	52
6.1 Provas Estatísticas Aplicadas aos Dados Quantitativos.....	52
6.1.1 Dados Demográficos da Ficha de Identificação.....	52
6.1.2 Dados da Avaliação Médica da Infertilidade.....	53
6.1.3 Stai-Trait e Stai-State.....	54
6.1.4 Scope-Stress.....	55
6.1.5 Análises Estatísticas Específicas.....	56
6.2 Resultados Parte I.....	57
6.2.1 Dados Gerais.....	58
6.2.1.1 Idade.....	58

6.2.1.2	Nacionalidade.....	59
6.2.1.3	Naturalidade.....	59
6.2.1.4	Profissão.....	59
6.2.1.5	Ocupação Profissional.....	61
6.2.1.6	Religião.....	61
6.2.1.7	Prática Religiosa.....	61
6.2.1.8	Grau de Escolaridade.....	61
6.2.1.9	Renda.....	61
6.2.1.10	Estado Civil.....	64
6.2.1.11	Tempo de Casado.....	64
6.2.1.12	Tempo de Infertilidade.....	64
6.2.1.13	Relação Atual.....	65
6.2.1.14	Filhos Naturais em Outros Casamentos.....	65
6.2.1.14.1	Filhos Naturais na Relação Atual.....	66
6.2.1.15	Filhos Adotivos em Outros Casamentos.....	66
6.2.1.15.1	Filhos Adotivos na Relação Atual.....	66
6.2.1.16	Profissionais Implicados no Tratamento.....	67
6.2.1.17	Tentativas Anteriores de Fertilização.....	68
6.2.1.18	Momentos de Tensão Emocional em Tentativas Anteriores.....	70
6.2.1.19	Momentos de Tensão Emocional na Tentativa Atual.....	73
6.2.1.20	Comparação entre os Momentos de Tensão Emocional em Tentativas Anteriores e na Tentativa Atual.....	76
6.2.2	Associação entre Variáveis Demográficas.....	77
6.2.3	Dados Médicos sobre a Infertilidade.....	79
6.3	Resultados Parte II.....	82
6.3.1	Escalas de Ansiedade Stai-Trait e Stai-State (Frequência e Intensidade).....	82
6.3.1.1	Análise das Frequências no Stai Total e dos Itens mais Representativos.....	82
6.3.1.2	Associação entre as Variáveis do Stai Total e os Dados Demográficos e Médicos.....	90
6.3.2	Escalas de Stress: Scope-Stress.....	96
6.3.2.1	Análise das Frequências e dos Fatores do Scope-Stress e dos Itens mais Representativos.....	96
6.3.2.2	Associação entre o Scope-Stress e os Dados Demográficos e Médicos.....	99
6.4	Regressão Linear Múltipla do Stai Total e do Scope-Stress.....	100
7.	DISCUSSÃO.....	102
8.	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
ANEXOS.....		134
A.	Carta da Comissão de Ética do HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein.....	135
B.	Termo de Consentimento Pós-Informação.....	137
C.	Ficha de Identificação.....	139
D.	Questionário Socioeconômico- Cultural das Profissões.....	144
E.	Avaliação Médica.....	147
F.	“State Anxiety Scale” (Stai – State).....	149
G.	“Trait Anxiety Scale” (Stai – Trait).....	152
H.	“Scope-Stress”.....	155

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
Obras Consultadas.....	180

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos nº	Página
1 Distribuição dos casais de acordo com o número de tentativas anteriores.....	69
2 Percentual de sujeitos que indicaram cada um dos momentos como sendo o de maior tensão em tentativas anteriores.....	73
3 Percentual de sujeitos que indicaram cada um dos momentos como sendo o de maior tensão na tentativa atual.....	76
4 Distribuição dos 30 casais quanto ao diagnóstico de infertilidade.....	80
5 Distribuição dos 30 casais quanto à forma de coleta dos espermatozóides.....	82
6 Médias das escalas STAI-TRAIT e STAI-STATE FREQUÊNCIA para os sujeitos do sexo masculino e feminino.....	85
7 Médias e desvios-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os sujeitos do sexo feminino e masculino estratificados de acordo com valores baixos (menor ou igual à mediana), ou altos (maior que a mediana) da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela nº	Página
1 Número de pacientes dos sexos feminino e masculino.....	57
2 Medidas descritivas da idade.....	58
3 Distribuição dos sujeitos masculinos e femininos de acordo com a faixa etária.....	59
4 Profissões.....	60
5 Dados Gerais.....	63
6 Estado Civil.....	64
7 Tempo de Casado.....	64
8 Medidas descritivas do tempo de infertilidade.....	65
9 Relação do sexo e idades dos filhos naturais de outros casamentos.....	66
10 Profissionais implicados no tratamento.....	67

11	Tentativas anteriores de fertilização.....	69
12	Momentos de maior tensão emocional em tentativas anteriores (percentual calculado com base em 18 casos femininos e 18 masculinos).....	72
13	Momentos de maior tensão emocional na tentativa atual.....	75
14	Momento em que sentiram mais tensão emocional em tentativas anteriores versus tentativas atuais (percentual calculado com base em 36 sujeitos que não estão na 1ª tentativa).....	77
15	Distribuição dos casais quanto ao tempo de infertilidade e tempo de casado.....	79
16	Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico individual.....	80
17	Fatores de diagnóstico masculinos e femininos.....	81
18	Medidas descritivas do STAI-TRAIT FREQUÊNCIA e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.....	83
19	Medidas descritivas do STAI-STATE FREQUÊNCIA e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.....	83
20	Medidas descritivas do STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.....	84
21	Medidas descritivas do STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.....	84

22	Distribuição da frequência de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	86
23	Distribuição da frequência de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	87
24	Distribuição da frequência de pacientes que atingiram pelo menos 30 pontos (ou 75% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	88
25	Distribuição da frequência de pacientes que atingiram até 10 pontos (ou 25% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	89
26	Distribuição da frequência de pacientes que atingiram pelo menos 30 pontos (ou 75% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	89
27	Distribuição da frequência de pacientes que atingiram até 10 pontos (ou 25% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.....	90

28	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.....	91
29	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.....	92
30	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.....	93
31	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.....	94
32	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.....	95

33	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.....	95
34	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.....	95
35	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.....	96
36	Medidas descritivas do SCOPE-STRESS testes comparativos (pareado) entre os sexos masculino e feminino.....	96
37	Média e desvio-padrão dos 29 fatores da escala SCOPE-STRESS e testes comparativos entre os sexos masculino e feminino.....	98
38	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.....	99
39	Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.....	100

RESUMO

JACOB-SEGER, L. *Stress e Ansiedade em Casais Submetidos á Reprodução Assistida*. São Paulo, 2.000. 180p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Este trabalho avaliou o stress e a ansiedade em 30 casais, que se submeteram à reprodução assistida no momento anterior coleta dos óvulos e/ou espermatozóides, tendo um tempo de infertilidade que variou de 1 a 17 anos.

Para avaliação da ansiedade foi aplicado o STAI- STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) e o Stress foi avaliado através do SCOPE-STRESS.

No STAI foi acrescentada uma escala visual analógica para medir também a intensidade da ansiedade.

A Ficha de Identificação avaliou questões como; idade, sexo, nacionalidade, profissão, ocupação, religião, grau de instrução, renda mensal, estado civil, tempo de casado e questões como; tempo de infertilidade, filhos naturais ou adotivos, profissionais implicados no tratamento, a existência de tentativas anteriores e os momentos de maior tensão emocional nas tentativas anteriores e a atual.

Dentre os 36 sujeitos que já haviam feito tentativas anteriores de Reprodução Assistida, um dos três momentos de maior tensão emocional foi o de aguardar a gravidez. Dentre os 60 sujeitos, ou seja, todos os que estão na tentativa atual, aguardar a gravidez foi também um dos três momentos que geraram maior tensão.

O diagnóstico de infertilidade foi misto em 33,3% dos casais, apenas feminino em 20% e apenas masculino em 46,7% dos casais.

As mulheres apresentaram grau de ansiedade significativamente maior que os homens quanto às escalas Stai-Trait frequência e intensidade e semelhantes quanto às escalas Stai-State frequência e intensidade.

Não houve diferença significativa entre os escores médios dos homens e mulheres quanto às medidas descritivas do Scope-Stress.

ABSTRACT

JACOB-SEGER, L. *Stress and Anxiety in Couples submitted to Assisted Reproduction*. São Paulo, 2.000. 180p. Thesis (Doctorate). Institute of Psychology, University of São Paulo.

This work evaluated stress and anxiety in 30 couples submitted to assisted reproduction, with an infertility period that ranged from 1 to 17 years, the moment just before the oocyte retrieval and/or semen sample.

For anxiety evaluation the o STAI- STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) was applied, and stress was evaluated using the SCOPE-STRESS.

While applying STAI, a visual analogic scale was added to measure the intensity of anxiety.

The Identification Form included information such as: age, gender, nationality, profession, occupation, religion, school level, monthly income, marital status, married time and issues such as: infertility period, existence of natural or adoptive children, professionals involved in infertility treatment, existence of previous attempts and the moments of major emotional stress during the previous attempts and during the present one.

Among the 36 subjects submitted to previous attempts of Assisted Reproduction, one of the three moments of major emotional stress was the attendance of pregnancy confirmation. Among the all-60 subjects submitted to the present attempt, attendance of pregnancy confirmation also was one of the three moments of major emotional stress.

Infertility diagnosis was mixed in 33,3 % of the couples, exclusively feminine in 20 % and exclusively masculine in 46,7 % of the couples.

Women presented a significantly higher anxiety degree than men, regarding the STAI-TRAIT scales of frequency and intensity and similar regarding the STAI-STATE scales of frequency and intensity.

There was no significant difference between the mean scores of men and women regarding descriptive measures of the SCOPE-STRESS.

1. INTRODUÇÃO

A infertilidade é um problema conjugal que atualmente atinge grande parte da população e, naturalmente, traz consigo uma série de consequências psicológicas.

Durante os últimos 15 anos, o estudo dos aspectos emocionais da infertilidade sofreu algumas mudanças, como o conceito geral de infertilidade psicogênica, onde, com poucas exceções, a angústia passou a ser vista como resultado e não como a causa da infertilidade; a avaliação e o manejo também deixaram de ser vistos como um problema exclusivamente feminino e, fisiologicamente, os fatores masculinos são estudados extensivamente, porém o impacto emocional da infertilidade nos homens é menos considerado e a ênfase no manejo como uma questão individual mudou para o casal visto como uma unidade (Domar e Seibel, 1996).

O fato de não ter filhos numa situação involuntária é experienciado por cinco milhões de casais (Schroeder, 1988) e, segundo Domar e Seibel (1996), por 10 milhões de casais americanos. Para muitas mulheres, a infertilidade também carrega um estigma oculto nascido da vergonha e do sigilo.

O estigma obscurece o número exato de casais inférteis; algumas mulheres ficam tão devastadas pela inabilidade de engravidar que nunca buscam tratamento (Greil, 1991a).

Outras buscam, de forma obsessiva, tratamentos que as capacitem a dar à luz um bebê e remover o estigma associado ao fato de não terem filhos (Becker, 1990).

Há 40 anos, um casal infértil dispunha apenas de duas opções: continuar sem filhos ou adotar. Muitos deles satisfizeram seu desejo de serem pais, tornando-se os tios favoritos de seus sobrinhos. Atualmente, entretanto, a construção cultural da infertilidade tem mudado, na medida em que os casais inférteis são expostos a uma grande quantidade de informações e a diversos tipos de intervenções e novos tratamentos médicos, através da tecnologia de reprodução assistida – TRA. Para muitos casais, a TRA é vista como a última oportunidade para ter um filho biológico (Leiblum, Aviv e Hamer, 1998).

Apesar da disponibilidade destas opções, as escolhas podem significar anos de tratamento, sofrimento psíquico, stress¹ prolongado, resoluções adiadas, continuação do estigma e perda de identidade sentida por muitos indivíduos inférteis.

Para alguns, os tratamentos resultam num filho; para outros, as promessas de novas intervenções médicas não são cumpridas. O rápido desenvolvimento de intervenções médicas cria expectativas irreais, sobre as quais casais inférteis definem-se, não como sem filhos, mas como "ainda não-grávidos".

A infertilidade é um problema que afeta tanto os homens quanto as mulheres, e isto pode ser uma experiência devastadora para cada um deles; suas respostas são

¹ A palavra stress, por ser de difícil tradução é considerada universal. Neste trabalho, será mantida na grafia inglesa do termo, assim como em seus derivados no português: stressor, stressante, etc.

filtradas através de papéis diferenciais de expectativas e socializações e isso ocorre em todas as partes do mundo. Muitos homens associam a incapacidade de engravidar uma mulher com masculinidade e virilidade reduzidas e parecem ameaçados quando fatores psicológicos são discutidos, o que os leva a uma avaliação da sua performance (Domar e Seibel, 1996). Segundo esses autores, os parceiros têm um conceito popular de responsabilidade e apoio e o homem é visto como parceiro estável que tenta ajudar a mulher nos tratamentos dolorosos e estressantes.

Quando o homem é tratado, suas respostas podem ser muito diferentes, ele deve lutar contra sua dor física e emocional, compromissos médicos freqüentes, atitudes dos outros e sua própria resposta emocional e a de sua parceira. Além de assumir seus próprios sentimentos, o homem pode sentir-se responsável por negar à sua parceira a oportunidade de ter um filho (Mahlstedt, 1985).

Como a infertilidade se manifesta como uma aguda e não aguardada crise vital e porque ela não é prevista, não pode ser explicada. Dura por um indeterminado período de tempo cria um stress intenso e testa mecanismos normais de enfrentamento.

Como diz Andrée Chatel (1988), “diante da perda ou da ameaça do poder de procriação, muitas vezes não se distingue o que causa maior sofrimento: a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, perda e de insegurança que invadem o indivíduo nessa situação”.(pág 34)

A infertilidade pode se tornar uma crise crônica, quando não há perspectiva ou solução identificável, ou mesmo quando se inicia o tratamento, mais uma tentativa, mais um ciclo e há o fracasso e novas tentativas acontecem e fracassam.

Uma das normas culturais é a de que todos os casais casados deveriam reproduzir; a outra é a de que esses casais deveriam querer reproduzir. Muitas mulheres respondem positivamente à pressão cultural de ter filhos. Este desejo, culturalmente moldado, parece ser extremamente forte, transcendendo sexo, idade, raça, religião, etnia e classe social.

Chatel (1988), afirma que qualquer que seja o modo de concepção, um grande número de razões, com diversos graus de consciência, ou de inconsciência, podem motivar o desejo de ter este filho: voltar à própria infância, satisfazer necessidades infantis contrariadas, confirmar uma certa imagem de virilidade ou de feminilidade, canalizar uma necessidade ou uma capacidade de amar, viver uma gravidez, “ser como todo mundo”, esconjurar a morte, encontrar a fusão, a plenitude, satisfazer um cônjuge, querer uma espécie de “segurança” contra a solidão ou um “arrimo para a velhice”, ter uma criança de um sexo ou de outro, evitar um sentimento de perda ou, no caso de uma infertilidade não-desejada, tratar da fenda narcisista e camuflar a infertilidade. Enfim, o filho poderá ser o depositário involuntário de muitas significações freqüentemente inconscientes.

Para muitas mulheres, a infertilidade é um estigma secreto, distinto dos mais óbvios exemplos de estigmatização, porque é invisível; somente o próprio conhecimento da sua condição o distingue dos outros. Apesar disso, ou até por isso, a

invisibilidade externa da diferença acaba gerando experiências surpreendentemente destruidoras.

Dar-se conta de uma situação de infertilidade de um ou ambos os cônjuges, é perceber-se como fazendo parte de uma minoria. Não ser “como todo mundo”, não poder criar uma família parece ser um dos fatores geradores de angústia e stress, tanto para os homens quanto para as mulheres.

A escolha deste tema se deve a um interesse de avaliar mais pormenorizadamente a possível influencia do stress e da ansiedade num processo tão repleto de conflitos e desejos que se mantém geralmente por um grande período de tempo, associado a uma serie de procedimentos que podem gerar respostas de stress.

Avaliar também se há diferença sobre como homens e mulheres reagem a ansiedade e ao stress frente à Reprodução Assistida.

Este trabalho foi desenvolvido com os pacientes do Centro de Reprodução Humana do HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein e da Clínica Profert, ambos em São Paulo, e contou com a análise e aprovação da “Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa” – do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein. (Anexo A).

2. A INFERTILIDADE

2.1 Aspectos Gerais

Até os anos 1950, a infertilidade era muitas vezes considerada como emocional, ao invés de origem médica. Nos anos 1960 e 1970, quando o desenvolvimento das drogas sintéticas permitiu aos médicos controlarem os ciclos ovulatórios e a técnica da laparoscopia permitiu ver a biologia reprodutiva interna das mulheres, a infertilidade passou a ser cada vez mais tratada com medicamentos.

Essas mudanças transformaram a infertilidade, de uma aguda e privada agonia, que era aceita como fato, num crônico e muitas vezes público estigma, a partir do qual havia esperanças, custosas e muitas vezes não correspondidas de salvação.

Nessa transformação, a infertilidade foi reconceitualizada como parte do modelo médico, com o corpo da mulher visto como um órgão doente e o tratamento focalizado no controle ou remoção do órgão danificado (Tubert, 1991).

O modelo médico está baseado numa visão tecnologicamente inspirada do corpo humano com partes interdependentes e falíveis. Quando uma condição se torna medicalizada, o sofredor aceita as crenças biomédicas sobre a natureza da doença e o

papel social apropriado da pessoa doente. Isto é consistente com a visão de que as crianças são artigos que se espera que as mulheres produzam e são recompensadas pela produção e estigmatizadas por sua falha em não conseguir produzir.

2.2 Infertilidade e Estigma

Enquanto Goffman (1963), escrevendo no início da década de 60 (antes da maior parte do desenvolvimento da tecnologia da infertilidade), não enfocou especificamente a infertilidade como um exemplo de estigma, ele citou Carling (1962), que igualou a infertilidade ao ser aleijado e comparou a desvantagem do ser aleijado com aquelas mulheres que “se sentiam inferiores e diferentes por causa da sua inabilidade em ter filhos”.

A experiência da infertilidade é vivida como uma estigmatização, um isolamento e uma alienação. Elas sentem como se tivessem quebrado algo recebido, uma regra cultural e pagam por isso sendo classificadas como “outras”. As mulheres inférteis referem-se às férteis como “normais” e colocam-se em outra categoria. Essa conceitualização de ser a “outra”, significa ser culturalmente rejeitada e ser recusada, tanto na expressão social do pesar, quanto na simpatia que é causada pelo desvio percebido do grupo normal.

De acordo com a tipologia de estigma de Goffman (1963), o estigma cresce através de deformidades físicas, deformidades de caráter ou através do desvio do grupo de identidade. Enquanto alguns autores como Miall (1985), têm sugerido que a infertilidade está mais intimamente associada ao tipo de deformidade física de

Goffman. O estigma ligado à infertilidade, segundo Whiteford e Gonzales (1995), não está nas percepções de uma deformidade física, mas na noção de se ter quebrado uma norma do grupo.

Numa sociedade onde a validação da identidade social é formada pela construção cultural de gêneros de papéis, a questão da reprodução ocupa um lugar significativo e não se pode deixar de citar a influência da religião, que atua direta e indiretamente, gerando muitas vezes sentimentos de raiva, frustração e ansiedade (Appleton, 1999).

A infertilidade termina sendo associada pelas mulheres a sentimentos como vergonha, culpa, inadequação, falha, qualidades negativas, levando-as a se sentirem desvalorizadas, anormais, incompletas e não totais; incapazes de ter uma família completa (Tubert, 1991; Appleton, 1999).

2.3 Infertilidade, Mídia e Ciência

Se analisarmos a mídia, os meios de comunicação, perceberemos que o modelo social valorizado é o de um casal com filhos. Porém, ainda que pareça correto afirmar que a infertilidade e seu tratamento médico sejam experiências stressantes por si só e que o impacto psicossocial da infertilidade existe, não se deve esquecer que as condições psicossociais associadas às características individuais podem aumentar ou diminuir as habilidades individuais para lidar com os efeitos do stress e seu impacto na vida de cada um.

A mídia da cultura popular, como anúncios, revistas semanais e mensais, filmes e televisão aumentam o conhecimento da biomedicina. Histórias sobre mulheres que superaram grandes desafios e, diante de aterradores custos para si mesmas, foram bem-sucedidas na produção de um filho, reproduzem e legitimam a hegemonia biomédica e aumentam a “necessidade” do filho; por outro lado, não se divulgam narrativas das mulheres que acabaram perdendo seus parceiros, sua segurança financeira e sua auto-estima em sua busca da reprodução e que raramente são capas de revistas ou heroínas de filmes (Tubert, 1991). Isto acaba resultando, entre outras coisas, que a mulher no processo de intervenção médica para tratar da infertilidade sinta uma grande pressão de continuar o tratamento, até que se chegue a um resultado “bem sucedido” ou até que todas as opções tenham se esgotado. Parece existir uma “fase” em que não é possível dizer “não” ao filho biológico (Tubert, 1991; Siqueira, 1998). Neste momento crucial, mesclado de angústia e necessidade de vencer a impotência, não há lugar para a aceitação da vida serena sem crianças ou para uma adoção. Ganha força a tentação de se agarrar, o mais rapidamente possível, à solução oferecida pela ciência, potencializando o stress (Chatel, 1988; Tubert, 1991; Pereira, 1998; Appleton, 1999).

O recurso à ciência torna-se a única saída possível. O complemento da impotência sentida é a onipotência atribuída ao poder médico e esta é a única arma de que estas mulheres dispõem; a vontade de ter o filho e a certeza de estar fazendo tudo o que é possível, pode não encontrar limites (Tubert, 1991; Pereira, 1998).

2.4 Infertilidade e Medicina

Segundo a World Health Organization (1992), de 8 a 10% dos casais apresentam algum problema de infertilidade durante sua vida reprodutiva. Se extrapolarmos esta cifra à população do globo, isso significa que entre 50 e 80 milhões de pessoas apresentam, provavelmente, algum problema de fertilidade (Appleton, 1999). A incidência é variável em diferentes regiões e países (Farley e Belsey, 1988; Appleton, 1999). Davajan e Israel (1991), relatam que entre 10 e 15% dos casais nos Estados Unidos são inférteis e, segundo Glina, Martins e Fragoso (no prelo), aproximadamente 15% dos casais têm alguma dificuldade em ter o primeiro filho.

Acredita-se que a cada ano surjam dois milhões de casos novos de infertilidade; e, segundo Rowe et al., (1998), esses números estão aumentando. Forrest e Gilbert (1992), afirmam que um em cada seis casais nos EUA que tentam engravidar são incapazes e, portanto, considerados inférteis.

2.4.1 Definição da Infertilidade

Define-se a infertilidade como a falta de concepção após pelo menos 12 meses de relações sexuais sem proteção (Harkness, 1987; World Health Organization, 1992; Rowe et al., 1998). A inability de engravidar após um ano de relações sexuais regulares sem o uso de anticoncepcionais é a definição estandarizada de infertilidade (Merck Manual, 1992). No entanto, tratamentos são

iniciados mais cedo com mulheres com idade acima de 35 anos, pois com o aumento da idade, os tratamentos de infertilidade são menos eficazes e um segundo grupo que requer intervenções médicas mais cedo é quando existem histórias de problemas tubários ou falta de menstruação/ovulação (Lass, 1999).

A infertilidade aumenta com a idade. Aproximadamente 10% das mulheres entre 15-30 anos têm problemas de fertilidade, 14% entre 30-34 anos e 25% de 35 anos em diante. (Mosher e Pratt, 1990).

Há uma crença popular de que a infertilidade vem aumentando rapidamente, porém segundo Meyers et al., (1995), a porcentagem de casais inférteis está relativamente estável nos últimos 25 anos. Além disso, nos últimos anos, novas drogas e novas tecnologias foram sendo desenvolvidas e foram sendo encorajadas pela mídia e casais que no passado não eram tratados, agora procuram ajuda médica. Existe ainda o fato de que as mulheres estão querendo engravidar mais tarde, após terem se estabilizado profissionalmente, o que implica em taxas de infertilidade maiores.

2.4.2 Diagnóstico e Tratamentos

Em termos de diagnósticos e tratamentos de infertilidade, muito poucos procedimentos existem para o homem e, com raras exceções, os tratamentos para as mulheres são mais invasivos e requerem mais tempo.

De acordo com a pesquisa da Organização Mundial da Saúde - OMS, em seu programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana (Rowe et al., 1998), ficou demonstrado que a capacidade reprodutiva masculina é deficiente em nada menos que 50% dos casais inférteis.

2.4.2.1 Infertilidade Masculina

Segundo Rowe et al., (1998), a avaliação do parceiro masculino deve ser realizada em todos os casais que procuram o consultório por causa da infertilidade e é com ela que devemos iniciar o exame do casal.

Para Menning, (1988), a avaliação deve ser concomitante, pois em 20 a 30% dos casais a causa é mista: homens e mulheres contribuem igualmente para a infertilidade, 35% são atribuídas a fator feminino, 35% atribuídas a fator masculino, 20% a interação entre fatores femininos e masculinos e 10% ainda inexplicáveis.

Infertilidade Masculina Primária: Existe no homem que nunca engravidou uma mulher.

Infertilidade Secundária: Existe no homem que já engravidou alguma mulher, quer se trate ou não da atual parceira e seja qual tenha sido o resultado da gravidez. Em geral, o homem que apresenta infertilidade secundária tem melhores chances de fertilidade futura.

As causas da infertilidade masculina:

- Oligospermia: Baixa contagem de espermatozóides; normalmente os homens produzem no mínimo 20 milhões de espermatozóides por mililitro de sêmen; um valor inferior é considerado subfértil.
- Astenospermia: Pouca motilidade dos espermatozóides; neste caso eles não terão capacidade de se locomover através do colo uterino para encontrar o óvulo na trompa de Falópio.
- Teratospermia: Morfologia inadequada, o que torna o espermatozóide individualmente incapaz de perfurar a camada externa de um óvulo.
- Azoospermia: Ausência de produção de espermatozóides (por insuficiência testicular) ou completa ausência de espermatozóides devido a uma obstrução.
- Dificuldades no coito, por insuficiência de ejaculação ou impotência.

2.4.2.2 Infertilidade Feminina

Habitualmente, quando um casal deseja ser examinado por causa do problema de infertilidade, a mulher é primeiramente encaminhada ao ginecologista. Ela frequenta muitas vezes o consultório sem o seu parceiro, sua anamnese e seu exame físico são feitos antes de se dar início à investigação preliminar.

Os tratamentos são precedidos de extensos diagnósticos: níveis hormonais, temperatura basal corpórea diária, secreções pós-coito são analisadas. Exames diagnósticos mais invasivos incluem biopsia endometrial, histerosalpingografia e laparoscopia.

Os procedimentos de diagnósticos atualmente explicam 90% das causas da infertilidade.

Causas da Infertilidade Feminina:

- Disfunções ovulatórias;
- Alterações da tuba uterina ou de transporte;
- Alterações genéticas;
- Abortamento espontâneo de repetição;
- Endometriose pélvica.

2.5 Tecnologia de Reprodução Assistida (T. R.A.)

2.5.1 Seleção e Avaliação

A descoberta e a introdução da FIV – *Fertilização in Vitro* – para o tratamento da infertilidade foram os maiores passos na descoberta da medicina reprodutiva atual.

Os critérios para a seleção de pacientes são mais definidos e baseados na idade da mulher, história médica, gravidezes anteriores, saúde geral e na capacidade da paciente e seu parceiro para produzir óvulos e espermatozóides de qualidade mínima, que possam fertilizar *in vitro* (Lass, 1999).

O casal infértil necessita ser submetido a uma investigação precisa, através de protocolos rigorosos, antes do tratamento de reprodução assistida. A FIV é indicada como tratamento de primeira escolha, apenas em condições excepcionais, como a confirmação por videolaparoscopia de obstrução tubária bilateral, sem possibilidade de correção cirúrgica ou a presença de oligoastenoteratospermia severa.

A avaliação precisa do casal leva à opção terapêutica correta, incluindo história familiar, análise do sêmen, teste pós-coito, permeabilidade das trompas e função ovariana. Em relação aos exames complementares que fizeram parte da investigação, a histerossalpingografia, a ultra-sonografia, a videolaparoscopia e a videohisteroscopia, dentre outros, poderão alterar o curso do tratamento (Lass, 1999).

Existem também possíveis efeitos colaterais, das Técnicas de Reprodução Assistida, como a ocorrência de gravidez múltipla, prematuridade, síndrome da hiperestimulação ovariana, efeitos colaterais dos hormônios (Eugster e Vingerhoets, 1999).

2.5.2 Fertilização In Vitro – FIV

O programa de FIV é realizado em quatro etapas: 1) desenvolvimento dos folículos ovarianos (vesículas contendo os óvulos); 2) coleta dos oócitos (óvulos); 3) fecundação do óvulo e crescimento do embrião; 4) transferência do embrião para dentro do útero (Lass, 1999).

Várias drogas (hormônios) são utilizadas isoladas ou em combinação para induzir o desenvolvimento de vários folículos ovarianos. Esses medicamentos proporcionam a coleta múltipla de óvulos. Um número maior de óvulos aumenta as chances de fecundação e, conseqüentemente, maior número de embriões a serem transferidos. Uma segunda medicação chamada de HCG (Gonadotrofina Corionica Humana) é administrada sucedendo a utilização dessas medicações estimulatórias. Esse hormônio deve ser administrado na época apropriada do desenvolvimento folicular, de modo a permitir que os óvulos terminem seu desenvolvimento.

O monitoramento é feito através da ultra-sonografia endovaginal que é utilizado para acompanhar o crescimento dos folículos ovarianos. As ultra-sonografias geralmente são iniciadas antes do início das medicações, e após cinco a oito dias de tratamento. Cada vez que a paciente se submete a esse exame, possivelmente fará uma coleta de sangue para medir estradiol e, às vezes, progesterona. Esses hormônios ajudam a determinar se os níveis sanguíneos estão de acordo com o perfil esperado para assegurar a maturidade folicular. A HCG (Gonadotrofina Corionica Humana) será aplicada quando os parâmetros hormonais e ultra-sonográficos indicarem que a ovulação está prestes a ocorrer (Lass, 1999).

A coleta dos óvulos é feita através da aspiração direta com agulha guiada pela ultra-sonografia endovaginal. A retirada dos óvulos através desta técnica é realizada com uma leve sedação endovenosa, ainda que algumas pacientes prefiram a anestesia geral. A forma mais comum é a inserção de uma agulha através da parte superior da

vagina atingindo o ovário e o folículo, seguindo-se a aspiração do líquido folicular. O biólogo procura o óvulo com o auxílio de um microscópio de dissecação em ambiente com temperatura e concentração de CO₂ controladas.

Após a identificação dos óvulos no laboratório, esses são colocados em meio de cultura especial por aproximadamente 2 a 6 horas. Uma amostra do sêmen é obtida através de masturbação ou outra forma de coleta. O sêmen é lavado, processado e incubado antes de ser colocado no meio de cultura com o óvulo.

O espermatozóide e o óvulo ficarão no mesmo ambiente por aproximadamente 18 a 24 horas. Os gametas serão examinados pela primeira vez aproximadamente 18 horas depois da inseminação e os pré-embriões serão transferidos a um meio de desenvolvimento mais rico em proteínas. Estes serão transferidos à paciente dentro das próximas 24 a 96 horas.

O procedimento de transferência embrionária não requer anestesia. Um cateter fino, flexível, é inserido dentro do útero através do colo uterino e o embrião é transferido para o fundo da cavidade uterina.

A paciente pode ou não permanecer na sala de transferência por um período que varia entre 15 minutos a quatro horas. As atividades nas primeiras 24 a 48 horas depois da transferência deverão ser limitadas.

As pacientes são aconselhadas a não fazer exercícios físicos de alto impacto e a limitar a atividade sexual na 1^a semana após a transferência. A razão para essas

limitações é evitar a torção de ovário e conseqüentes problemas decorrentes dessa situação, como embolia pulmonar, cirurgia, e até morte.

Se um ciclo de tratamento não resultar em gravidez, a paciente poderá optar por esperar algum tempo (dois meses até vários anos) antes de iniciar um outro ciclo. Este padrão pode continuar até que a gravidez ocorra, limitando-se, de um modo geral, a cinco ciclos de tratamento.

2.5.3 ICSI – Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozóides

A história da fertilização *in vitro* pode ser nitidamente demarcada em duas eras, antes e depois da injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI). Sem sombra de dúvida, a ICSI e a FIV foram as duas descobertas mais relevantes para o tratamento da infertilidade conjugal. Mesmo que milhares de casais tenham se beneficiado com os avanços da FIV até 1992, os resultados de tratamentos do fator masculino eram rudimentares (Lass, 1999).

A ICSI - Intra Cytoplasmatic Sperm Injeccion, foi recentemente desenvolvida por especialistas em fertilidade e é usada, quando o espermatozóide é biologicamente incapaz de penetrar no óvulo ou a zona pelúcida é muito espessa e dura. Um microscópio acoplado a um micromanipulador é usado para injetar o espermatozóide diretamente dentro do óvulo; caso a fertilização ocorra, o procedimento segue o protocolo padrão da FIV.

Por meio da micromanipulação de gametas, a mais avançada de todas as técnicas de reprodução assistida, os especialistas estão conseguindo fecundar óvulos femininos com um único espermatozóide. Essa técnica conhecida pela sigla ICSI (Injeção Intra-citoplasmática de Espermatozóides), proporciona em média 30% de chances de gravidez por ciclo.

As etapas iniciais do processo são semelhantes às da fertilização in vitro convencional. Isto é, a mulher recebe estímulos hormonais químicos para aumentar o número de óvulos. No momento preciso, determinado pela monitorização, tem seus óvulos colhidos por via transvaginal, acompanhada pelo ultra-som, numa operação que pode ser feita tanto em clínicas quanto em hospitais. Concomitantemente, colhe-se o sêmen do marido. Isso normalmente é feito por masturbação, mas há casos em que essa coleta exige uma microcirurgia. É o que acontece quando o homem apresenta uma obstrução no canal excretor, como por exemplo, quando o paciente é vasectomizado e não deseja se submeter a uma cirurgia de reversão.

Nesses homens, o espermatozóide tem que ser obtido no epidídimo ou no canal deferente, através de uma punção percutânea ou com uma microcirurgia. Os médicos resgatam esses espermatozóides simultaneamente à coleta de óvulos da mulher. Inicia-se assim, a micromanipulação de gametas.

O avanço é que um único espermatozóide – e basta que esteja vivo, sem nenhum outro requisito como forma ou motilidade, é sugado de uma gota de sêmen e levado pela agulha do micromanipulador diretamente ao citoplasma.

Esse é o grande avanço da ICSI sobre técnicas anteriores de micromanipulação de gametas. Até então, os gametas colhidos do homem – de cinco a dez espermatozóides e não apenas um – eram introduzidos na camada externa do óvulo, conhecida como zona pelúcida, para que cada um deles tentasse penetrar no citoplasma e realizar a fecundação (SUZI - Sub Zonal Injection).

Atualmente não existe nenhuma dúvida que a ICSI é a única esperança de fecundação para homens com problemas seminais irreversíveis, com um número de espermatozóides próximo de zero – às vezes sem nenhuma causa aparente, o que caracteriza a chamada infertilidade masculina idiopática, pois os tratamentos clínicos hormonais hoje conhecidos são ineficientes para melhorar a qualidade do sêmen, e a fertilização *in vitro* convencional não alcançaria nenhum sucesso entre os pacientes desse tipo.

A última etapa deste processo de reprodução é a implantação do embrião no útero. O mecanismo de fixação do embrião às paredes do útero continua sendo um mistério para a ciência. A taxa de perda, isto é, de embriões que acabam não se fixando ao endométrio uterino, ainda desafia os especialistas em reprodução humana. As baixas taxas de implantação têm uma série de explicações que não serão abordadas neste trabalho, pois fugiriam aos seus objetivos.

Não se pode deixar de citar que cada uma das etapas do processo de reprodução assistida envolve uma série de procedimentos específicos com seus

riscos. Esses aspectos não serão pormenorizados, pois não acrescentariam muitos dados para o entendimento da reprodução assistida neste trabalho.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Stress e a Psicologia da Infertilidade

3.1.1 Aspectos Psicológicos Gerais

Como parte do sistema cultural de saúde, o tratamento da infertilidade reflete um modelo cultural e biológico fundamentado, na qual a fertilidade é a norma. A habilidade para a reprodução biológica é uma expectativa básica em todas as sociedades. Cada geração de crianças dá uma continuidade cultural, os filhos simbolizam a continuidade da família, o renovamento da vida e a infertilidade constituem-se numa imensa perda.

Quando um fator de infertilidade é identificado pelo médico, os pacientes sentem um grande alívio, pois a etapa da busca de um diagnóstico frequentemente gera uma série de ansiedades e quando o diagnóstico enfim ocorre, o casal está diante de uma doença física, com um rótulo estigmatizante.

Quando os indivíduos decidem ter filhos e se encontram incapazes de engravidar, experienciam um estigma. (Miall, 1986). Um estigma é definido como uma noção de diferença dos outros e isto conota uma marca ou defeito que está fora de uma norma socialmente definida.

Embora a infertilidade não seja uma doença, ela é tratada como tal. Os médicos que têm feito este diagnóstico trabalham para curar a infertilidade, possibilitando uma gravidez.

Segundo Becker e Nachtigall (1991), todas as mulheres em seu estudo relataram o medo de que existisse algo de “errado” antes de buscarem um tratamento e, sem exceção, assumiram o comando na iniciação do tratamento médico. Elas buscaram o tratamento da infertilidade porque queriam achar a causa de *sua* inabilidade de engravidar. Durante o tempo em que buscaram tratamento médico, quase todas as mulheres assumiram que algo estava errado com elas. Em contraste, os homens raramente questionaram sua fertilidade antes da avaliação médica. As mulheres reportaram que a infertilidade afetou a maneira como se sentiam a respeito de si mesmas como mulheres, *independentemente se o fator da infertilidade foi ou não identificado* (Greil, Leitko e Porter, 1988). Nota-se, portanto, que a infertilidade é vivida como uma experiência estigmatizante e diversos estudos (Chávez, 1993) enfatizam que questões sócio-culturais recaem mais fortemente sobre as mulheres: a responsabilidade de engravidar, ter o filho e cuidar dele nos humanos cabe mais à mulher do que ao homem (p. ex.: o bebê é concebido no corpo dela e não no dele). Em muitas culturas (até os anos 1980) socializaram as meninas e mulheres a associarem muito mais o seu senso de autoconfiança à sua fertilidade do que os homens (Mathews e Mathews, 1986; Chávez, 1993).

As mulheres se responsabilizam mais diretamente por resolver um problema conjugal, sexual ou de infertilidade. Quando as proporções de iniciativas de tratamento são comparadas, normalmente o número de iniciativas das mulheres

ultrapassa o dos homens de 10 para 1 (Van Balen, Trimbos-Kemper e Verdumen, 1996; Szejer e Steward, 1997).

As investigações de fertilidade e seus protocolos são quase invariavelmente mais consumidoras de tempo (mapas de temperatura, exames pós-coito, injeções diárias, múltiplas ultra-sonografias, procedimentos invasivos) para as mulheres e são citadas como causadoras de stress (Seibel e Levin, 1987; Mazure e Greenfeld, 1989; Reading, Chang e Kerin, 1989). Muitos tratamentos, mesmo quando a causa da esterilidade é masculina, consumirão mais tempo, provocarão mais ansiedade e dor para a parceira. Segundo Boivin et al., (1992), ocorre uma alteração no funcionamento sexual, gerando nervosismo, desconforto e stress, causando uma diminuição da satisfação sexual.

Geralmente as mulheres tendem a sublimar seu desgosto nas carreiras menos vezes do que os homens (McGrade e Tolor, 1981; Lalos et al., 1985a) e admitem mais rapidamente que se sentem stressadas, enquanto que os homens tendem a ir ao outro extremo, negando ou ignorando o sofrimento (Reading, Sledmere e Cox, 1982; Lalos et al., 1985b). Portanto, o interesse na infertilidade por profissionais de saúde mental está centrado nos fatores etiológicos, iniciantes, contribuintes ou agravantes dessa questão.

Há duas décadas, os fatores emocionais eram presumidamente a causa em 30 a 50% dos casos de infertilidade (Seibel e Taymor, 1982; Mazor, 1984; U.S. Congress - Office of Technology Assessment - OTA, 1988). Essa afirmação era aplicada primariamente aos casos em que não havia sinais orgânicos. As causas

psicogênicas da infertilidade residiam freqüentemente nas mulheres. Pesquisadores postulavam que os mecanismos psicológicos eram os conflitos acerca do papel de mãe (Eisner, 1963; Allison, 1979; Pines, 1990; Christie, 1994), problemas de identidade sexual feminina (Mai, Munday e Rump, 1972) e imaturidade feminina e neuroticismo (Sandler, 1968).

As hipóteses psicodinâmicas geraram pesquisas para demonstrar diferenças emocionais ou de personalidade entre mulheres férteis e inférteis (Eisner, 1963, Mai, Munday e Rump, 1972; Pines, 1990), e entre mulheres com infertilidade orgânica versus inexplicada (Piotrowski, 1962; Kipper et al., 1977) e sobre mulheres inférteis que engravidaram e as que não conseguiram (Garcia et al., 1985).

Os modelos psicodinâmicos foram muito criticados por responsabilizar e gerar culpa nos casais inférteis. O aspecto positivo dos novos modelos é que o indivíduo infértil não é considerado culpado ou imperfeito, porque a infertilidade não é atribuída a uma psicopatologia individual. Dependendo do caso particular, problemas psicológicos e somáticos podem desempenhar papéis etiológicos isolados ou combinados. Para essa forma de avaliação (quantitativa), utiliza-se o padrão dos escores de testes psicossociais e somáticos e o resultado é visto como uma complexa reciprocidade entre o funcionamento psicossocial do indivíduo e do casal e essas variáveis (Abse, 1966; Seibel e Taymor, 1982; Sarrel e Decherney, 1985; Menning, 1988).

Encontra-se na literatura artigos que exploram a possibilidade de que a infertilidade possa ter causas psicológicas (hipótese psicogênica) e aqueles que

examinam as conseqüências psicológicas da infertilidade (hipótese das conseqüências psicológicas). Até meados dos anos 1980, conforme dito anteriormente, o modelo psicogênico foi claramente dominante (Bell, 1981; Martin-Matthews e Matthews, 1986). Este modelo era baseado na suposição de que muitos casos de infertilidade são causados por uma resistência inconsciente à maternidade por parte de mulheres inférteis (Pines, 1990; Chávez, 1993; Springer-Kremser, 1996).

Segundo Astor e Pawson (1986), o fato dos estudos que utilizam medidas de personalidade não mostrarem diferenças significativas entre populações férteis e inférteis, (Brand, Ross e Van Der Merwe, 1982a, 1982b; Jeker et al., 1988; Wright et al., 1989), afirmam que essas medidas não levantam realmente a questão da motivação inconsciente e por isso achados negativos utilizando-as não refutam a hipótese psicogênica.

Alguns investigadores estão substituindo a versão psicodinâmica da hipótese psicogênica por uma baseada na idéia de que o stress causa a infertilidade (O'Moore et al., 1983; Harrison, O'Moore e O'Moore, 1986; Harrison, Callan e Hennessey, 1987; Wasser, Sewall e Soules, 1993; Wasser, 1994). Dada a importância da relação entre stress e saúde, não é insensato suspeitar que o stress possa interferir na infertilidade.

Essa visão tem sido muitas vezes confundida por pesquisadores e até pelos próprios indivíduos inférteis, porque a interpretação psicogênica da infertilidade é,

por vezes, vista como um meio de culpar as vítimas por seu próprio sofrimento. Por exemplo, quando um dos pacientes ouve um conselho do tipo: “Relaxe, tire umas férias que você engravidará a qualquer momento”, isto se torna um disfarce “erudito” do fator de stress e, além de não ajudar o paciente, pode acabar fazendo com que ele se afaste de um processo geralmente eficaz de ajuda para combater o stress.

3.1.2 O Stress e a Tecnologia de Reprodução Assistida

O modelo interativo defendido por Morse e Van Hall (1987), afirma que a infertilidade poderia, ou causar o stress, ou ser causada por ele; porém a maioria dos estudos contemporâneos afirma que a infertilidade é a origem, mais do que a causa, do stress psicológico.

Embora alguns estudos combinem ambas as abordagens, encontramos a literatura dividida em dois tipos: a descritiva, que tem como proposta caracterizar a natureza da experiência da infertilidade e a que testa a hipótese de que a infertilidade causa o stress.

A literatura descritiva é fundamentalmente qualitativa. Alguns autores, como Miall (1985) e Whiteford e Gonzales (1995), têm conduzido entrevistas semi-estruturadas com mulheres inférteis, enquanto Woollett (1985); Becker e Nachtigall (1991) têm entrevistado casais. Outros ainda, como Freeman et al., (1985); Lalos et al., (1985a); Mahlsted, Macduff e Bernstein (1987), têm usado questionários como uma maneira de obter comentários por parte dos indivíduos inférteis sobre suas experiências.

Tomada como um todo, a literatura descritiva apresenta a infertilidade como uma experiência devastadora, especialmente para as mulheres. Por exemplo, Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987), num estudo com 63 mulheres inférteis e 37 homens inférteis, encontraram que 96% dos sujeitos reportaram um sentimento de frustração, 81% sentimentos de desesperança, 82% disseram que estavam deprimidos e 65% relataram sentir raiva.

Os temas dominantes que foram pesquisados através da literatura descritiva em relação à experiência da infertilidade são: A infertilidade vista como um foco central para a *identidade*, especialmente para as mulheres, Olshansky (1987); Greil, Leitko e Porter (1988); Greil (1991b). *Sentimentos de perda de controle*; Woollett (1985); Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987); Becker (1994). *Sentimentos de imperfeição e competência reduzida*, especialmente para as mulheres, Valentine (1986); Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987). *Perda de Status* e ambigüidade Sandelowsky (1987); Greil, Leitko e Porter (1988); Sandelowsky, Holditch-Davis e Harris (1990); Greil (1991b). *Stress nas relações conjugal e sexual* ao mesmo tempo em que existe uma contra-tendência na infertilidade em “aproximar os casais” Freeman et al., (1985); Lalos et al., (1985c); Valentine (1986); Sabatelli, Meth e Gavazzi (1988); Greil (1991b); Lorber e Bandlamudi (1993). *Sentimentos de alienação do “mundo fértil”*, Lalos et al., (1985a); Valentine (1986); Sabatelli, Meth e Gavazzi (1988); Sandelowsky et al., (1989); Greil (1991a). Uma sensação de *estigma social*, Miall (1985,1986); Sandelowsky, Harris e Holditch-Davis (1989); Greil (1991a, 1991b); Whiteford e Gonzáles (1995). *Imersão* no processo de tratamento, Sandelowsky e Pollock (1986); Becker e Nachtigall (1994); Greenfeld

(1997). Natureza stressante do *processo de tratamento*, Sandelowsky e Pollock (1986); Becker e Nachtigall (1991, 1994); Greenfeld (1997). *Relacionamentos tensos com a equipe médica*, Becker e Nachtigall (1991); Greil (1991a).

A experiência da infertilidade dentro de seu contexto social é analisada em relação aos gêneros de papéis por Greil, Leitko e Porter (1988); Whiteford e Gonzales (1995), a estrutura familiar e relacionamentos dos casais também é vista por Greil (1991b) e a importância da tecnologia reprodutiva por Sandelowsky (1987); Sandelowsky, Harris e Holditch-Davis (1989); Sandelowsky, Holditch-Davis e Harris (1990).

A maior parte dos estudos sobre os aspectos psicossociais da infertilidade utiliza métodos quantitativos para testar a hipótese de que a infertilidade é uma fonte de stress através da comparação das características psicológicas da população infértil com aquelas da população como um todo (Greil, 1997).

Alguns pesquisadores têm usado medidas padronizadas normatizadas na população em geral para ver se o escore dos indivíduos inférteis se diferencia daqueles da população em geral e outros estudos têm comparado indivíduos inférteis com grupos de controle férteis. Dunkel-Schetter e Lobel (1991), enfatizam que a maioria das médias de stress não distingue os indivíduos inférteis dos outros, enquanto que Wright et al., (1989) pontuam que cada estudo encontrou diferenças entre o fértil e o infértil em pelo menos uma medida, porém a maioria dos estudos que usou medidas de personalidade, falhou em descobrir muitas diferenças entre a personalidade de ambos os grupos.

Segundo diversos autores, como Leiblum, Kemmann e Lane (1987); Mahlsted, MacDuff e Bernstein (1987), é importante salientar que o fato dos casais inférteis estudados não apresentarem desordens de personalidade, não significa que ele não experienciam o stress.

Freeman et al., (1985) mostraram que, embora 200 mulheres no programa de FIV tivessem escores normais no MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota), 48% delas disseram que consideraram a infertilidade como a pior experiência em suas vidas.

Estudos usando medidas para avaliar a depressão também têm mostrado resultados onde os indivíduos inférteis têm níveis normais de sintomas depressivos (Freeman, Garcia e Rickels, 1983; Freeman et al., 1987; Connolly et al., 1995) e aqueles que encontraram escores de depressão mais elevados em comparação com a população em geral (Bernstein, Potts e Mattox, 1985; Berg e Wilson, 1990; Wright et al., 1991).

Com relação aos estudos que medem a auto-estima, (Callan, 1987; Kedem et al., 1990; Hynes et al., 1992), encontraram que o escore dos indivíduos inférteis era menor; por outro lado, (Brand, Ross e Van Der Merwe, 1982; Paulson et al., 1988; Edelmann, Connolly e Bartlett, 1994), encontraram níveis normais nesses indivíduos. Alguns estudos compararam os homens com mulheres inférteis e encontraram que as mulheres têm uma pontuação menor em auto-estima, estavam mais deprimidas, relatavam menos satisfação de vida, culpavam-se mais por sua infertilidade, consideravam a falta de filhos como inaceitável, evitavam crianças, mulheres

grávidas e outras lembranças do mundo fértil e eram as que freqüentemente iniciavam o tratamento médico e procuravam informações sobre infertilidade, sendo as menos inclinadas a parar o tratamento (Mahlstedt, Macduff e Bernstein, 1987; Greil, Leiko e Porter, 1988; Greil, 1991a; Becker e Nachtigall, 1991).

Com relação a medidas padronizadas que avaliam a satisfação conjugal e sexual, diversos estudos evidenciam que a satisfação nesses aspectos é tão alta nos indivíduos inférteis (Adler e Boxley, 1985; Link e Darling, 1986; Raval et al., 1987; Dennerstein e Morse, 1988; Downey et al., 1989 ; Berg e Wilson, 1991), ou mais alta (Callan, 1987; Cook et al., 1989 ; Downey e Mckinney, 1992) do que os indivíduos férteis, porém a maioria dos estudos da satisfação sexual e conceitos relacionados, encontraram poucas diferenças entre os indivíduos inférteis e outros (Freeman, Garcia e Rickels, 1983; Raval et al., 1987; Daniluk, 1988; Kedem et al., 1990; Downey e Mckinney, 1992).

Ao analisar os estudos descritos, pode-se perceber que as conseqüências do stress na literatura qualitativa parecem ser mais evidentes do que os da análise quantitativa. Embora a literatura sobre o stress não possa ser analisada como um todo homogêneo, de forma geral parece seguro afirmar que o indivíduo infértil parece ser mais stressado quando comparado com outros indivíduos, mas não de uma maneira clinicamente significativa.

Existem razões para acreditar que a literatura sobre o stress está tentando mostrar que o indivíduo infértil difere dos outros naquelas medidas que se poderia prever, com base na literatura descritiva. Os estudos não encontraram diferenças

significativas entre as populações de férteis e inférteis em relação à personalidade, mas a literatura descritiva não dá razões para se esperar que este seria o caso. Em relação aos aspectos psicológicos, existem evidências para a existência de diferenças quanto à depressão e à auto-estima.

No que diz respeito às relações conjugais e à sexualidade, os achados na literatura quantitativa talvez não sejam o que a literatura descritiva nos leva a esperar. A literatura descritiva (geralmente qualitativa) afirma que a experiência de infertilidade é stressante e ameaçadora à identidade – em resumo – que a infertilidade é uma situação difícil de viver. Essa literatura não afirma que as pessoas inférteis estão em melhores ou piores condições psicológicas do que qualquer outro grupo de pessoas; ela simplesmente tenta caracterizar a situação de ser infértil.

Nesta aparente contradição vê-se que a infertilidade se apresenta como uma crise para os casais, mas ela não diz que se deve esperar que os casais inférteis tivessem casamentos piores do que outros casais. De fato, muitos casais entrevistados por Greil (1991b), disseram que a infertilidade os deixou mais próximos. O fato das pesquisas quantitativas não mostrarem o indivíduo infértil como tendo mais problemas com o relacionamento, não contradiz a caracterização da infertilidade como sendo um dos desafios aos relacionamentos. Nem o fato de que nem todos os estudos mostrem o indivíduo infértil com escores mais altos do que o do grupo controle em medidas específicas de stress significa que a infertilidade não é vivida como uma experiência stressante.

Freeman et al., (1985) relataram que nas entrevistas pré-tratamento com 200 casais, 49% das mulheres e 15% dos homens consideraram a infertilidade a experiência maior e mais perturbadora nas suas vidas, se comparadas com outras sérias perdas, como morte ou stressores interpessoais, como o divórcio.

Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987), pediram aos participantes, ao final do ciclo do tratamento de FIV e quando já sabiam do resultado, para compararem stress com infertilidade, morte e divórcio; 63% disseram que a infertilidade era mais stressante que o divórcio e 58% relataram que era mais stressante do que a morte de um amor. As respostas dos que engravidaram versus os que não engravidaram foi comparada e não houve diferenças significantes em termos de frustração, depressão, raiva, mas houve diferença em relação ao sentimento de desesperança, que foi maior no grupo que não engravidou.

Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987), relataram que 56% dos sujeitos repetiriam o protocolo caso não conseguissem engravidar e, no entanto, no final do ciclo de tratamento, apenas 37% tinham a intenção de o repetir. Isso reflete o desgaste, a pressão emocional, os custos financeiros, as interrupções das atividades diárias experienciadas pelos participantes.

Existem muitas evidências de que as mulheres reagem com muito mais intensidade à FIV do que os homens (Mazure e Greenfeld, 1989; Edelman, 1990). Diversos estudos mostraram que as mulheres inférteis relataram mais ansiedade e depressão (Newton, Hearn e Yuspe, 1990; Slade, Emery e Lieberman, 1997), menos

satisfação na vida, pior auto-imagem (Shaw, Johnston e Shaw, 1988), e maior experiência de stress durante a FIV do que os homens inférteis (Greenfeld, 1997).

Encontram-se também estudos que indicam o stress, não como causa, mas como consequência da infertilidade. mensuraram os níveis diários de stress dentre 40 mulheres submetidas à FIV e encontraram que aquelas que não engravidaram experienciaram níveis mais altos de stress. Entretanto, as diferenças nos níveis de stress não emergiram até que a resposta das perspectivas de sucesso para um dado ciclo da FIV tornou-se disponível. Os autores interpretam isto como uma evidência de que o stress é uma consequência ao invés de uma causa da infertilidade.

Wasser, Sewall e Soules, (1993); Wasser, (1994), compararam quatro grupos de mulheres: um grupo era composto pelas anatomicamente inférteis; o segundo, com leves problemas anatômicos; o terceiro com aquelas tendo infertilidade relacionada aos problemas hormonais e um quarto grupo com os mesmos problemas do terceiro grupo, mas que não buscaram a gravidez. As mulheres dos grupos três e quatro mostraram escores mais altos de stress, o que os levou a concluir que alguns tipos de infertilidade podem ser relacionados ao stress.

Alguns pesquisadores exploraram a possibilidade do stress poder ser um fator causal da infertilidade masculina. Harrison, Callan e Hennessey (1987), concluíram, num estudo com 500 homens cujas parceiras estavam se submetendo ao tratamento de FIV, que a qualidade do sêmen era pior durante os ciclos do tratamento do que em outros momentos, mas o stress não foi mensurado diretamente. De acordo com os

autores, isso pode significar que o stress, associado ao tratamento da FIV, pode diminuir a qualidade do sêmen.

Pook, Rohrle e Krause (1999), pontuaram que o stress tem efeitos verdadeiramente adversos na contagem de espermatozóides, motilidade e morfologia. Harrison, Callan e Hennessey (1987), examinaram o sêmen de 500 homens antes do tratamento FIV e compararam com a segunda amostra no momento da aspiração dos óvulos, para serem usados para inseminar os óvulos in vitro. Os resultados mostraram que a densidade do espermatozóide, a contagem total qualitativa e quantitativa e a motilidade foram significativamente reduzidas na segunda amostra.

Alguns pesquisadores evidenciaram como os mecanismos de stress afetam a espermatogênese e a ovulação (Seibel e Taymor, 1982; Harrison, Callan e Hennessey, 1987; Giblin et al., 1988; Edelman e Golombok, 1989; Domar e Seibel, 1996). Portanto o stress é um fator etiológico predisponente. Harrison, Callan e Hennessey (1987), demonstraram que o stress de ser submetido ao ciclo de fertilização in vitro enfraquece a qualidade dos espermatozóides de muitos homens.

Stoleru et al., (1993) sugeriram que a relação entre o stress e a infertilidade pode ser mais uma questão para os homens do que para as mulheres; por outro lado, Miranda, Larrazabal e Laban (1995); Domar e Seibel (1996), Van Balen, Trimbos-Kemper, Verdumen (1996), afirmaram que, de modo geral, as mulheres assumem um excesso de responsabilidade na infertilidade do casal e geralmente superprotegem o cônjuge quando há evidência de fatores masculinos alterados, havendo, inclusive, um escasso interesse dos homens em participar de grupos de pesquisa.

Segundo Boivin et al., (1998b) existem evidências de diferenças de gênero, no aspecto social e nas reações físicas à FIV. As expectativas da captação dos óvulos causam mais stress nas mulheres que nos homens.

O impacto psicológico da infertilidade para os homens, segundo McGrade e Tolor (1981); Berg, Wilson e Weingartner (1991); Domar e Seibel (1996), se deve a uma associação da responsabilidade pela incapacidade de engravidar uma mulher com uma virilidade e masculinidade reduzidas, sentindo-se ameaçados quando fatores psicológicos são discutidos. A avaliação da infertilidade pode ser extremamente stressante para eles, devido a um sentimento de avaliação da performance e das expectativas.

O conceito de que o homem deve ser o parceiro que apóia, ser estável e calmo e ajudar a mulher, aparece para a maioria; contudo, quando ele é tratado, suas respostas podem ser muito diferentes. Ele deve lutar contra sua própria dor física, compromissos médicos freqüentes, atitudes dos outros e saber lidar com a sua própria resposta emocional e a de sua parceira; portanto, os homens inférteis devem lidar com muitas das mesmas emoções que as mulheres inférteis. O desejo de ter um filho pode não ser menor nos homens, embora isso possa ser expresso de modo diferente (Mahlsted, 1985; Connolly et al., 1995).

Os casais que entram num programa de fertilização assistida são geralmente agrupados pelo seu diagnóstico em relação aos aspectos médicos, em quatro subgrupos: aqueles diagnosticados com um fator masculino, aqueles diagnosticados com um fator feminino, aqueles diagnosticados com ambos os fatores e um quarto

grupo não explicado que não teve nenhum diagnóstico até o momento. Existe uma evidência sugerindo que um diagnóstico de infertilidade masculina pode gerar dificuldades particulares ao casal, (Connolly, Edelman e Cooke, 1987; Connolly et al., 1995), enquanto que a contínua incerteza da inexplicada infertilidade, gera mais angústia do que um diagnóstico definitivo (McEwan, Costelo e Taylor, 1987), tanto nos parceiros, quanto no seu relacionamento.

O estilo de enfrentamento provavelmente influencia o ajustamento psicológico. O uso de estratégias evitativas de enfrentamento pode ser associado com maior stress emocional de casais inférteis (Cook et al., 1989) e em casais que falharam na concepção como resultado da FIV (Litt et al., 1992).

Estudos (Callan et al., 1988) indicaram que as mulheres, quando são incentivadas e apoiadas pelo seu parceiro, médico, família e amigos, tendem a repetir o processo de FIV diversas vezes. Leiblun, Aviv e Hammer (1998), encontraram que 25% das pacientes que tiveram três ou mais ciclos de insucessos com a FIV persistiram no tratamento.

O quanto o stress é considerado parte da etiologia no casal infértil ou é visto como consequência da falha do processo reprodutivo, ainda é difícil predizer (Facchinetti et al., 1997). Muitos estudos mostraram que o stress flutua, dependendo do sucesso ou do insucesso obtido em vários estágios do tratamento (Seibel e Levin, 1987).

Uma vez que um indivíduo ou casal é infértil, ele experiencia intenso stress a partir de muitas direções. A reação a este stress dentro e fora dele mesmo, cria importantes e às vezes insuperáveis problemas. As origens do stress podem vir da auto-rejeição, da crítica e rejeição do parceiro, da expressão de desapontamento e pressão da própria família e/ou a do parceiro, de um intruso e humilhante consumo de tempo, de uma violação de intimidade determinada pelos procedimentos requeridos pelos diagnósticos médicos de infertilidade, assim como de um tratamento médico stressante que pode continuar durante anos com um enorme custo, até mesmo quando não existe uma “doença” observável.

Os casais inférteis experienciam um distress emocional que costuma ser visto mais como uma consequência do que uma causa do processo (Newton et al., 1992). Esses casais conceitualizaram a experiência de infertilidade como a principal crise da vida (Berger, 1980; Bresnik, 1981; Cook, 1987; Menning, 1988; Stanton e Dunkel-Schetter, 1991; Stanton, 1992).

O estudo de Leiblun, Aviv e Hammer (1998), mostrou que a “crise da infertilidade” nunca é completamente resolvida e que quando surgem novas técnicas de tecnologia de reprodução assistida, os casais tendem a procurar novamente um médico.

Segundo Van Balen, Verdumem e Ketting (1997), quando os casais se deparam com a questão da infertilidade, eles têm algumas escolhas e motivações. Procurar o médico foi a primeira escolha de 80% dos sujeitos; as outras escolhas ocorreram mais tarde e incluíram a adoção e a medicina alternativa. Esse estudo

mostrou também que as escolhas variavam dependendo do estágio do processo do tratamento.

Segundo Aaronson e Glienke (1963); Seibel e Taymor (1982); Edelman e Connolly (1986); Domar e Seibel (1996), não foi comprovada a hipótese de que a adoção facilita a concepção diminuindo o stress emocional. Por outro lado, Sandler (1965), relatou que nos casais cujos fatores orgânicos foram adequadamente manejados e que tinham tensão emocional, a adoção facilitou a concepção. Ele relatou a evidência de que a adoção alivia o stress emocional e desse modo resulta em concepção.

Entre 388 casais que adotaram crianças, menos do que 12 gestações subseqüentes (3%) puderam ser atribuídas à adoção (Aaronson e Glienke, 1963). Assim, a evidência estatística documenta que a própria adoção não parece aumentar a possibilidade de concepção, além daquela que se esperasse pelo tempo. Alternativamente, as gestações que ocorreram poderiam possivelmente ser explicadas pela redução do stress que alterasse as características neuroendócrinas do casal (Domar e Seibel, 1996).

Pelo fato da infertilidade ser freqüentemente inesperada, os casais geralmente passam anos evitando filhos e quando decidem tê-los, se surpreendem com a impossibilidade, o que gera uma série de sentimentos que variam em intensidade e em duração e que, na maioria das vezes, provoca um stress em maior ou menor grau. Portanto, médicos e profissionais de saúde mental, devem estar conscientes das

repercussões psicológicas e sociais da Tecnologia de Reprodução Assistida, a fim de reduzir ou modificar a tensão do casal e facilitar a adaptação ao processo.

Muitos casais se tornam subjugados pela ansiedade e pelo stress que acompanham os procedimentos de infertilidade (Abbey, Halman e Andrews, 1992; Andrews, Abbey e Halman, 1992). A terapia pode ajudá-los a aumentar o sentimento de controle sobre suas vidas e reduzir o impacto das intervenções médicas. Deve-se explicar ao casal a indicação de um profissional de saúde mental, esclarecendo que isso não significa o término dos cuidados médicos. Os pacientes são freqüentemente resistentes; pelos compromissos adicionais para os quais eles devem faltar ao trabalho, mais custos e a perda de controle percebida sobre suas mentes, bem como sobre seus corpos, sem falar no otimismo deles de que, por fim, ao longo do tempo, seu problema será resolvido (Domar e Seibel, 1996).

Muitos medos e ansiedades, conforme dito anteriormente, estão associados ao processo de reprodução assistida, tais como o tempo de espera para começar, os custos financeiros, a possibilidade de falha em cada etapa do ciclo, incluindo a indução da ovulação, a recuperação dos oócitos, a fertilização e a clivagem e a transferência do embrião. Muitos pacientes acham que o tempo de maior ansiedade está entre a transferência do embrião e a confirmação da gravidez. Falhas durante o ciclo também são citadas como produtoras de ansiedade e podem ser interpretadas diferentemente pelo casal. Por exemplo, a falha em ovular ou produzir espermatozóides suficientes, pode resultar em autocensura (Domar e Seibel, 1996).

O impacto da falha da FIV pode ser profundo. Em um estudo de Garner, Aronold e Gray (1984), as mulheres que se submeteram a FIV, 34% tinham sintomas depressivos antes do início de um ciclo: das mulheres que não conceberam, 64% tiveram sintomas depressivos. A alta prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres que não concebem durante a FIV pode ter um impacto adverso no sucesso de ciclos futuros. Em um estudo de Thiering, Beaurepaire e Jones (1993), as 330 mulheres que completaram os questionários psicológicos quando estavam se preparando para se submeter a FIV, mostraram uma associação estatisticamente significativa entre depressão e concepção nas mulheres que já haviam experimentado um ciclo de FIV sem sucesso. Houve uma taxa de 29% de concepção entre mulheres que não estavam deprimidas antes do tratamento comparada com uma taxa de 13% de concepção entre as mulheres que relataram sintomas depressivos antes do tratamento.

As intervenções psicológicas para pacientes que se submetem a Tecnologia de Reprodução Assistida deveria ser segundo Seibel (1996), em dois níveis: a avaliação psicológica antes da entrada no programa e o aconselhamento e apoio durante e após cada ciclo.

Quando o aconselhamento é oferecido com base voluntária, poucos pacientes escolhem participar. Assim, o contato com um profissional da saúde mental é necessário em qualquer centro de Tecnologia de Reprodução Assistida. Uma razão da necessidade desse suporte é que muitos casais tornam-se tão aflitos durante o processo, que abandonam o programa. Em uma pesquisa de mulheres que deixaram um programa de FIV, a razão mais citada foi o preço, seguido pela ansiedade e pela

depressão (Domar e Seibel, 1996). Parece óbvio que os pacientes precisam aprender a lidar com o stress antes ou simultaneamente ao serem admitidos no programa.

O uso de técnicas da terapia comportamental nos pacientes que se submetem à FIV pode ser realizada em grupo e existe uma evidência preliminar de que 2 a 4 horas de treinamento podem levar a taxas mais altas de concepção em pacientes de FIV. As mulheres que participaram das sessões tiveram um índice de concepção, mais alto no seu primeiro ciclo de FIV do que as mulheres que não participaram e foram mais propensas a continuar tentando se a primeira tentativa fosse sem sucesso (Domar e Seibel, 1996).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Principal

O objetivo principal deste estudo será através do estudo de suas frequências, intensidades e respectivas correlações, avaliar o stress e a ansiedade de casais, em um dos momentos em que estão se submetendo a tecnologia de reprodução assistida.

Optou-se por estudar a reprodução assistida e não a infertilidade de forma geral, a fim de avaliar os fatores emocionais presentes frente às tecnologias existentes. Esses casais foram avaliados no momento anterior à coleta dos óvulos e à coleta dos espermatozóides.

4.2 Objetivos Secundários

Os objetivos secundários deste estudo foram:

Caracterizar a população em termos de variáveis demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, renda); caracterizar a população em termos de variáveis relacionadas à infertilidade (tempo de infertilidade, tempo de casado, existência de

filhos naturais ou adotivos na relação atual ou anterior, o número de tentativas de Reprodução Assistida e o diagnóstico de infertilidade); verificar se há uma correlação associada à sua primeira tentativa ou a várias tentativas; correlacionar essas variáveis ao stress; correlacionar estas variáveis à frequência e intensidade do estado de ansiedade e do traço de ansiedade.

5. METODOLOGIA

Esta pesquisa prospectiva será realizada no Centro de Reprodução Humana do Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE, e na Clínica de Reprodução Humana – Profert, ambos em São Paulo - SP.

5.1 Sujeitos

Participarão da pesquisa 30 casais, portanto 60 sujeitos, sendo 30 homens e 30 mulheres, sem limite de idade e do número de tentativas de Reprodução Assistida, com um tempo mínimo de infertilidade de 1 (um) ano (critério médico do HIAE e Profert). Serão considerados também, variáveis não excludentes, o grau de escolaridade, o nível socioeconômico e o sexo no qual se localiza o maior grau de impedimento para uma reprodução natural, a nacionalidade, a profissão, a ocupação, o estado civil, a prática religiosa, o tempo de casado, a existência ou não de filhos naturais ou adotivos na relação atual ou anteriores, o número de profissionais implicados no tratamento e o número de tentativas anteriores.

A escolha dos sujeitos será feita ao acaso, de acordo com o dia e hora marcados pelos médicos para o procedimento de punção dos óvulos e/ou coleta dos espermatozóides, conforme o protocolo de Reprodução Assistida.

5.2 Instrumentos

O consentimento de cada participante será oficializado através da leitura, esclarecimento, preenchimento e assinatura do “Termo de Consentimento Pós-Informação” (Anexo B).

O caderno de questionário conterá: 1. Ficha de Identificação, 2. O STAIT-TRAIT, 3. O SCOPE-STRESS, 4. O STAIT-STATE.

A “Ficha de Identificação” incluirá questões sobre idade, sexo, nacionalidade, naturalidade, profissão, ocupação, religião, praticante, grau de instrução, renda mensal, estado civil, tempo de casado, tempo de infertilidade, filhos naturais, adotivos, profissionais implicados no tratamento, tentativas anteriores de fertilização, momentos de maior tensão em tentativas anteriores e na atual (Anexo C).

As profissões serão categorizadas neste estudo segundo o Questionário Sócio-Econômico-Cultural utilizados para os pais de vestibulandos da Universidade Federal Brasileira (Anexo D).

Para avaliar as variáveis Traço de Ansiedade/ Trait Anxiety e Estado de Ansiedade/ State Anxiety, foi utilizado o instrumento STAI - STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI), elaborado por Spielberger et al., (1970) e adotado por inúmeros pesquisadores. Esta escala foi validada para a população brasileira e revelou-se como tendo uma alta confiabilidade e um bom constructo de validade. A

Validação e tradução brasileira foi feita por Biaggio e Natalício (1979), e é conhecido como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

The State Anxiety Scale (STAI - STATE) ou A - Estado representa uma parte do State - Trait Anxiety Inventory (STAI - TRAIT) ou A - Traço.

“O estado de ansiedade (A – estado) é conceptualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores em A – estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo”.

O traço de ansiedade (A - traço) STAIT - TRAIT refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade.(Biaggio, 1979, p.4).

O “STATE - TRAIT ANXIETY INVENTORY” - (STAI), é um teste validado e conhecido no Brasil como “Inventário de Ansiedade Traço - Estado (IDATE)”. Ele se compõe de duas escalas distintas, que visam medir dois conceitos diferentes de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. Ambas as escalas consistem de 20 afirmações cada, sendo que as instruções da escala de estado de ansiedade solicitam ao indivíduo que indique como se sente *nesse momento de sua*

vida, e foi medido assinalando: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4, e as instruções da escala de traço de ansiedade solicitam que indique como se sente *de modo geral* e foi medido assinalando: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1. Essas escalas são colocadas separadamente. A amplitude de escores possíveis para ambas as escalas varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80 pontos, onde escores altos indicam alta ansiedade e escores baixos, baixa ansiedade. Os pesos dos itens são os mesmos da classificação em pontos (de 1 a 4) assinalados pelo indivíduo, sendo que itens onde escores altos indicam alta ansiedade, permanecem com o mesmo peso escolhido pelo indivíduo e itens onde escores altos indicam baixa ansiedade, têm os seus pesos invertidos. (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1979). Em ambos os instrumentos existem afirmações em que os escores para análise são invertidos.

Originalmente, o STAI - STATE e TRAIT ANXIETY mensura apenas a frequência. Vasconcellos em 1998, introduziu nesta escala a Dimensão Intensidade, após tê-la validada ela foi aplicada por Amorim (1998), em sua tese de Doutorado na UFRJ. Neste estudo, esta escala será utilizada na nova versão (Anexo F e G).

A “Visual Analogic Scale” (VAS), avalia a intensidade da Ansiedade através de uma linha de 10 cm, cujas extremidades representam “nenhuma ansiedade” e “máxima ansiedade”. O paciente posiciona subjetivamente a intensidade da sua ansiedade entre esses dois pontos, de forma a permitir que o escore seja obtido medindo-se a distância do zero ao ponto assinalado (Jensen e Karoly, 1992).

Para avaliar o padrão de comportamento de stress, foi escolhido o SCOPE-STRESS / VAS (Stress and Coping Perception) (Anexo H).

Esse instrumento foi desenvolvido pelo Instituto Alemão para Avanço da Ciência, em um projeto que avalia o Stress e o Medo em inúmeras situações da vida cotidiana e em processos de saúde e enfermidade. Este projeto foi desenvolvido em 13 países da Europa, e no Brasil, por Vasconcellos (1984) no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo. Todos os dados foram analisados no Max-Planck Institut.

O SCOPE-STRESS compõe-se de duas partes: o SCOPE-STRESS e o Scope-Coping. A primeira parte avalia a Percepção do sujeito para o stress da sua vida (SCOPE-STRESS) e a segunda parte, avalia as Estratégias de Coping que utiliza para controlar o seu stress (Scope-Coping).

Utilizaremos nesta pesquisa apenas a primeira parte desse inventário. O SCOPE-STRESS consta de 50 itens que avaliam o stress e a incompetência social e para este estudo foram acrescentadas 14 questões sobre a vida sexual do casal, totalizando, portanto, 64 itens. Estas afirmações são medidas na seguinte escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Esta escala é crescente, portanto, quanto maior for o valor assinalado, maior é o grau de stress.

Para avaliar o diagnóstico do fator de infertilidade, será feita uma Ficha de Avaliação Médica dos casais, a ser preenchida pelos médicos do HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein e da Clínica Profert. Nesta ficha constará a idade dos

sujeitos, o sexo, a distribuição da infertilidade do casal com fator: masculino, feminino, misto, inexplicado, desconhecido; o diagnóstico onde serão assinalados os fatores femininos: problemas tubários, problemas de ovulação, problemas de útero e cervix, problemas endócrinos, endometriose; fatores masculinos: azoopermia-obstrutiva, azoopermia não-obstrutiva, oligozoospermia, oligo-astenozoospermia, teratozoospermia, astenozoospermia; e a forma de coleta dos espermatozóides: masturbação, punção epididimária, punção testicular, biópsia testicular.

5.3 Procedimento

No dia da coleta, na sala de espera no HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein e na Clínica Profert, os pacientes – (casais), serão abordados através de um breve “rapport”, no qual serão esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e formalmente convidados a participar. Logo após sua aceitação, assinarão o Consentimento Pós-Informação da pesquisa (Anexo B) e preencherão o questionário e os inventários individualmente, *antes* de irem para a sala de coleta do material (óvulos e espermatozóides).

Optou-se por avaliar os pacientes no momento da coleta dos óvulos e/ou coleta dos espermatozóides, por se acreditar que seja um dos momentos críticos do processo.

Os instrumentos serão apresentados na seguinte ordem: questionário de identificação, o STAIT-TRAIT, o SCOPE-STRESS, o STAIT-STATE.

A coleta de dados será feita por uma equipe treinada pelo pesquisador. Serão excluídos os sujeitos quando um dos membros do casal não estiver presente na data do preenchimento do questionário.

5.4 Análise Estatística dos Dados

Os dados coletados serão analisados quantitativamente, obedecendo ao rigor das provas estatísticas específicas, as quais, em virtude das diferenças de tipos de mensuração nas escalas dos instrumentos a serem aplicados, variarão quanto à sua natureza.

Para a comparação entre sujeitos masculinos e femininos será avaliado o teste do Qui-quadrado de Pearson e para analisar as variáveis nominais e ordinais, o teste t-Student ou Mann-Whitney.

Outras avaliações estatísticas proceder-se-ão após a primeira análise dos resultados.

6. RESULTADOS

6.1 Provas Estatísticas Aplicadas aos Dados Quantitativos

6.1.1 Dados Demográficos da Ficha de Identificação

Os seguintes dados demográficos foram coletados na ficha de identificação: idade, faixa etária: até 35 anos, 36 a 44 anos, acima de 44 anos, sexo, nacionalidade, naturalidade, profissão, ocupação profissional (Grupos I, II, III, IV e V), religião, prática religiosa, grau de escolaridade, renda mensal, estado civil, tempo de casado: 2 a 5 anos, 6 a 9 anos, mais de 10 anos, tempo de infertilidade, relação atual, filhos naturais (em outros casamentos e na relação atual), filhos adotivos (em outros casamentos e na relação atual), profissionais implicados no tratamento, tentativas anteriores de fertilização, momentos de mais tensão emocional em tentativas anteriores e momentos de mais tensão emocional na tentativa atual.

A idade e o tempo de infertilidade são variáveis de mensuração intervalar e foram representados por meio de média e desvio-padrão. A idade também foi considerada como variável ordinal, com as seguintes categorias: até 35 anos, de 36 a 44 anos, acima de 44 anos.

As variáveis tempo de casado, grau de escolaridade e ocupação profissional são variáveis ordinais e as variáveis religião, naturalidade, relação atual, filhos naturais e adotivos são variáveis nominais. A renda mensal, além de ter sido tratada

como variável ordinal, também foi considerada variável de mensuração intervalar. As variáveis ordinais e nominais foram representadas através de tabelas de contingência contendo frequências absolutas (N) e relativas (%).

No instrumento de coleta de dados – Ficha de Identificação (Anexo C) , foi solicitado aos sujeitos identificar os três momentos, dentre nove, de maior tensão em tentativas anteriores e na tentativa atual. Estes dados foram considerados como variáveis nominais e representados através dos percentuais de pacientes que indicaram cada um dos nove momentos como sendo o primeiro, segundo ou terceiro momento de maior tensão em tentativas anteriores. A comparação entre homens e mulheres quanto a cada um destes momentos foi realizada através do teste de Qui-quadrado de Pearson, ou exato de Fisher, quando necessário.

Para a comparação entre a tentativa atual e as anteriores quanto aos momentos de maior tensão na tentativa atual, foi aplicado o teste de McNemar para cada um dos momentos.

6.1.2 Dados da Avaliação Médica da Infertilidade

O tempo de infertilidade foi tratado como variável de mensuração intervalar e também como variável ordinal, através das seguintes categorias: menos de 2 anos, entre 2 e 5 anos, entre 6 e 9 anos, mais de 10 anos.

O número de tentativas anteriores de fertilização foi tratado como variável ordinal e também como nominal, através das seguintes categorias: primeira tentativa e outras tentativas anteriores.

As variáveis: profissionais envolvidos no tratamento, diagnóstico de infertilidade do casal, diagnóstico de infertilidade do sujeito, fatores feminino e masculino e forma de coleta dos espermatozóides são variáveis nominais.

6.1.3 STAI-TRAIT e STAI-STATE

Os dados do STAI-TRAIT, STAI-STATE, frequência e intensidade foram considerados como variáveis de mensuração intervalar. A distribuição dos dados não indicou desvios da normalidade, o que permitiu a utilização de técnicas paramétricas para estas análises. As medidas descritivas empregadas para expressar estes dados foram: média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

Foi construída uma variável que representa a variação entre as escalas STAI-TRAIT e STAI-STATE, calculando-se a diferença percentual entre estas duas escalas. Esta é uma variável de mensuração intervalar.

Além disto, foram calculados os percentuais de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT e STAI-STATE, respectivamente. Estas variáveis são nominais.

Outra forma de abordar as questões das escalas STAI-TRAIT e STAI-STATE frequência e intensidade, individualmente, foi a seguinte: calculou-se o percentual de pacientes que atingiu pelo menos 30 pontos em cada uma das questões destas escalas. Esta pontuação foi obtida multiplicando-se o valor assinalado na frequência pelo valor da indicado na intensidade. Por exemplo: se um paciente assinalou 2 para a frequência e 5,6 para intensidade, a pontuação atingida será 11,2. O maior valor

possível de ser atingido é $4 \times 10 = 40$; e o menor é $1 \times 0 = 0$. Assim, 30 pontos representa 75% da escala e 10, 25%. As questões foram apresentadas em ordem decrescente de acordo com o total de pacientes que atingiram os pontos.

6.1.4 SCOPE-STRESS

Os dados do SCOPE-STRESS foram considerados como variáveis de mensuração intervalar. A distribuição dos dados não indicou desvios da normalidade, o que permitiu a utilização de técnicas paramétricas para estas análises. As medidas descritivas empregadas para expressar estes dados foram: média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

As 64 questões da escala SCOPE-STRESS foram agrupadas em 29 fatores contendo de 2 a 5 itens cada um. Cada fator foi calculado somando-se as questões e dividindo-se pela maior pontuação possível, posteriormente multiplicando-se este índice por 100. Assim, no caso de 2 questões, a maior pontuação possível é 6; no caso de 3 questões, a maior pontuação é 9; e assim por diante. Por exemplo, o fator 01 (distúrbio do sono) incluiu as questões 01 e 18. Um sujeito que assinalou respostas 2 e 3 respectivamente, teria a seguinte pontuação: $(2 + 3) / 6 \times 100 = 83\%$. Quanto mais próxima de 100%, esta medida indica maior stress neste fator específico.

O fator 28 satisfação sexual incluiu as questões 48, 50, 55 e 56. No entanto, somente os homens responderam à questão 56. Neste caso, para os homens a pontuação foi dividida por 12, e para as mulheres, por 9.

Os fatores foram considerados como variáveis de mensuração intervalar e representados por médias e desvios-padrão.

6.1.5 Análises Estatísticas Específicas

A comparação entre os sujeitos do sexo masculino e feminino foi realizada através dos testes de Qui-quadrado de Pearson, para as variáveis nominais e ordinais e através do teste t-Student ou Mann-Whitney para as variáveis de mensuração intervalar, conforme a distribuição dos dados.

Foram estudadas as seguintes associações entre variáveis: relação atual e grau de escolaridade, relação atual e religião, relação atual e ocupação, religião e ocupação, religião e grau de escolaridade, grau de escolaridade e ocupação, tentativa de fertilização e tempo de casado, tempo de infertilidade, tempo de casado e tempo de infertilidade.

Foi estudada a associação entre o STAI-TRAIT Frequência e cada uma das variáveis: tentativas anteriores, tempo de infertilidade, grau de escolaridade, renda mensal e diagnóstico de infertilidade do sujeito. O teste t-Student foi empregado com esta finalidade, comparando-se os grupos determinados a partir de cada uma destas variáveis quanto aos valores médios do STAI-TRAIT Frequência. A associação entre o STAI-TRAIT Frequência e a variável idade e tempo de infertilidade foi mensurada através do coeficiente de correlação de Pearson.

As mesmas técnicas foram empregadas para as escalas STAI-TRAIT Intensidade e Frequência, STAI-STATE Frequência e Intensidade e SCOPE-STRESS.

A técnica de regressão linear múltipla foi utilizada para estudar o efeito conjunto das variáveis que apresentaram isoladamente, os menores níveis descritivos (p) dentre todas as variáveis estudadas. O método stepwise foi aplicado para selecionar, dentre estas, as mais importantes.

Foi adotado o nível de significância de 5% ($p=0,05$) e o sistema estatístico SPSS® foi empregado para a realização de todos os cálculos estatísticos.

6.2 RESULTADOS Parte I

Conforme mencionado no capítulo 5.1.5 – Análises Estatísticas Específicas, os sujeitos foram agrupados quanto ao sexo, portanto grupo Masculino e Feminino. Os resultados a seguir serão apresentados de acordo com este agrupamento. A frequência dos sujeitos nos referidos grupos esta na Tabela 1.

TABELA 1. Número de pacientes dos sexos feminino e masculino.

	N	%
Masculino	30	50,0
Feminino	30	50,0
Total de sujeitos	60	100,0

6.2.1 Dados Gerais

6.2.1.1 Idade

Foram estudados 30 casais, de 27 a 52 anos, média de 36 anos e desvio-padrão de 5,1 anos. Em média, a idade das mulheres foi significativamente menor que a dos homens ($p=0,008$). Para as mulheres, a média de idade foi de 34,3 anos com desvio-padrão de 4,2 anos e, para os homens de 37,8, com desvio-padrão de 5,4 anos. (Veja Tabela 2.)

TABELA 2. Medidas descritivas da idade.

	Masculino	Feminino	Total
Média $\pm$ DP	37,8 $\pm$ 5,4	34,3 $\pm$ 4,2	36,0 $\pm$ 5,1
Mediana	37,0	34,0	36,0
Mínimo – Máximo	29,0 – 52,0	27,0 – 44,0	27,0 – 52,0
N	30	30	60

Teste t-Student: $p=0,008$

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição dos sujeitos de acordo com a faixa etária: 33,3% dos homens e 63,3% das mulheres têm até 35 anos; 50% dos homens e 36,7% das mulheres têm idade entre 36 e 44 anos e 16,7% dos homens e nenhuma mulher têm idade acima de 44 anos. Estas distribuições são significativamente diferentes, conforme indica o resultado do teste de Qui-quadrado: $p=0,015$. (Veja Tabela 3)

TABELA 3. Distribuição dos sujeitos masculinos e femininos de acordo com a faixa etária.

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
27-35 anos	10	33,3	19	63,3	29	48,3
36-44 anos	15	50,0	11	36,7	26	43,3
45 anos ou +	5	16,7	0	0,0	5	8,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

p= 0,015

6.2.1.2 Nacionalidade

Apenas dois (3,3%) sujeitos não são brasileiros: um é argentino e outro coreano.

6.2.1.3 Naturalidade

Com relação à naturalidade, todos residem em grande metrópole – São Paulo.

6.2.1.4 Profissão

As profissões dos sujeitos entrevistados estão apresentadas na Tabela 4.

TABELA 4. Profissões

Profissão	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Administrador Empresas	3	10,0%	2	6,7%	5	8,3%
Advogado	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Analista de Sistemas	2	6,7%	1	3,3%	3	5,0%
Arquiteto	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Auxiliar de Escritório	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Bancário	0	0,0%	2	6,7%	2	3,3%
Comerciante	7	23,3%	2	6,7%	9	15,0%
Corretor de Seguros	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Dentista	1	3,3%	1	3,3%	2	3,3%
Diretor	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Do lar	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Economista	2	6,7%	2	6,7%	4	6,7%
Empresário	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Engenheiro	5	16,7%	1	3,3%	6	10,0%
Farmacêutico	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Fonoaudiólogo	0	0,0%	2	6,7%	2	3,3%
Industrial	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Inspetor	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Jornalista	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Juiz de Direito	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Médico	1	3,3%	1	3,3%	2	3,3%
Militar	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Professor	0	0,0%	5	16,7%	5	8,3%
Psicólogo	0	0,0%	3	10,0%	3	5,0%
Publicitário	2	6,7%	0	0,0%	2	3,3%
Secretária	0	0,0%	1	3,3%	1	1,7%
Sociólogo	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7%
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0%

6.2.1.5 Ocupação Profissional

Encontramos somente sujeitos nos grupos II, III e V, conforme o Questionário Sócio-Econômico-Cultural que divide as ocupações em 5 grupos (Anexo D). (Veja Tabela 5).

6.2.1.6 Religião

Encontramos quarenta e sete sujeitos (78,3%) católicos, dois (3,3%) israelitas, cinco (8,3%) espíritas, um (1,7%) protestante e cinco (8,3%) afirmaram não ter nenhuma religião. (Veja Tabela 5)

6.2.1.7 Prática Religiosa

Vinte e nove sujeitos (48,3%) afirmaram ser praticantes e trinta e um (51,7%), não praticantes. (Veja Tabela 5)

6.2.1.8 Grau de Escolaridade

Há uma tendência ($p=0.059$) destas mulheres apresentarem o grau de escolaridade maior que o dos homens: o percentual de mulheres com 3º grau completo foi de 83,3% e o percentual de homens foi de 56,7% (Veja Tabela 5).

6.2.1.9 Renda

Apesar de não ter atingido significância estatística ($p= 0,281$), há uma tendência dos homens apresentarem renda maior que as mulheres: 50% dos homens e apenas 30% das mulheres têm renda acima de 20 salários mínimos. O teste de Mann-

Whitney apresentou resultado marginalmente significativo ($p=0,062$), indicando que, em média, o número de salários mínimos é maior entre os homens. (Veja Tabela 5)

TABELA 5. Dados Gerais.

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Total		p
		N	%	N	%	N	%	
Ocupação	Grupo II	20	66,7	19	63,3	39	65,0	0,962
	Grupo III	9	30,0	10	33,3	19	31,7	
	Grupo V	1	3,3	1	3,3	2	3,3	
Religião	Católica	24	80,0	23	76,7	47	78,3	0,554
	Israelita	1	3,3	1	3,3	2	3,3	
	Espírita	1	3,3	4	13,3	5	8,3	
	Protestante	1	3,3	0	0,0	1	1,7	
	Nenhuma	3	10,0	2	6,7	5	8,3	
Praticante	Sim	13	43,3	16	53,3	29	48,3	0,606
	Não	17	56,7	14	46,7	31	51,7	
Grau de Escolaridade	1º grau incompl.	1	3,3	0	0,0	1	1,7	0,059
	1º grau completo	1	3,3	0	0,0	1	1,7	
	2º grau incompl.	0	0,0	1	3,3	1	1,7	
	2º grau completo	5	16,7	4	13,3	9	15,0	
	3º grau incompl.	6	20,0	0	0,0	6	10,0	
	3º grau completo	17	56,7	25	83,3	42	70,0	
Renda Mensal	1 – 5 s.m.	0	0,0	3	10,0	3	5,0	0,281
	6 – 10 s.m.	3	10,0	5	16,7	8	13,3	
	11 – 15 s.m.	5	16,7	5	16,7	10	16,7	
	16 – 20 s.m.	7	23,3	8	26,7	15	25,0	
	> 20 s.m.	15	50,0	9	30,0	24	40,0	
Relação Atual	1º casamento	29	96,7	26	86,7	55	91,7	0,353
	2º casamento	1	3,3	4	13,3	5	8,3	
Filhos Naturais	Outros casamentos	5	16,7	1	3,3	6	10,0	0,195
	Relação Atual	3	10,0	3	10,0	6	10,0	

6.2.1.10 Estado Civil

O Estado Civil casado foi relatado por 28 (93,3%) dos sujeitos, sendo que apenas dois (6,7%) sujeitos, relataram seu estado civil como separado e como outro. (Veja Tabela 6).

TABELA 6. Estado Civil.

		N	%
Estado Civil	Casado	28	93,3
	Separado	1	3,3
	Outro	1	3,3

5.2.1.11 Tempo de Casado

O tempo de casado de 23,3% dos casais era de 2 a 5 anos; 50% tinham entre 6 e 9 anos e os 26,7% restantes tinham mais de 10 anos de casado (Veja Tabela 7).

TABELA 7. Tempo de Casado.

		N	%
Tempo de Casado	2 a 5 anos	7	23,3
	6 a 9 anos	15	50,0
	Mais de 10	8	26,7

6.2.1.12 Tempo de Infertilidade

O tempo de infertilidade destes casais variou de 1 a 17 anos, com média de 5,5 e desvio-padrão de 3,7 anos. A mediana do tempo de infertilidade foi 4,5 anos

(Veja Tabela 8). Apenas 3 (10%) casais tinham menos de 2 anos de infertilidade; 15 (50%) casais tinham entre 2 e 5 anos; 6 (20%) tinham entre 6 e 9 anos e 6 (20%) casais tinham mais de 10 anos de infertilidade.

TABELA 8. Medidas descritivas do tempo de infertilidade.

Média $\pm$ DP	5,5 $\pm$ 3,7
Mediana	4,5
Mínimo – Máximo	1,0 – 17,0
N	30

6.2.1.13 Relação Atual

Dentre os sujeitos, 55 (91,7%) estão no primeiro casamento e cinco (8,3%) estão no segundo casamento (Veja Tabela 5).

6.2.1.14 Filhos Naturais em Outros Casamentos

Apenas seis sujeitos (um casal e quatro sujeitos) (10,0%) tinham filhos naturais de outros casamentos, cujas idades e sexo estão descritas na Tabela 9.

TABELA 9. Relação do sexo e idades dos filhos naturais de outros casamentos.

Nº do casal	Nº do sujeito	Sexo do sujeito	Nº de filhos	Idade dos filhos	Sexo dos Filhos
3	6	Feminino	1	7	Feminino
3	5	Masculino	2	10 e 12	Masculino e Feminino
4	7	Masculino	2	21 e 19	Ambos Masculino
23	45	Masculino	1	26	Feminino
29	57	Masculino	1	15	Feminino
30	59	Masculino	1	18	Feminino

6.2.1.14.1 Filhos Naturais na Relação Atual

Apenas 3 casais (seis sujeitos) (10,0%) tinham filhos naturais da relação atual. Um casal tinha duas filhas de 24 e 19 anos e um filho de 17 anos; outro casal tinha uma filha de 4 anos e o terceiro casal tinha uma filha de 11 anos.

6.2.1.15 Filhos Adotivos em Outros Casamentos

Em relação à questão de filhos adotivos, nenhum casal (100%) tem filhos adotivos.

6.2.1.15.1 Filhos Adotivos na Relação Atual

Em relação à questão de filhos adotivos, 100% dos casais não os tem tampouco relação atual.

Na Tabela 5 estão apresentados os dados gerais da amostra de homens e mulheres e também da amostra total: ocupação, religião, prática religiosa, grau de

escolaridade, renda mensal, relação atual e filhos naturais. Só houve diferença estatisticamente significativa entre os homens e as mulheres quanto ao grau de escolaridade.

6.2.1.16 Profissionais Implicados no Tratamento

Dentre os sujeitos, 37 (61,7%) relataram ter apenas um profissional implicado no tratamento: 17 (28,3%) relataram ter dois profissionais implicados, 5 (8,3%) relataram dois e apenas um (1,7%) relatou ter quatro profissionais implicados no seu tratamento. (Veja Tabela 10).

TABELA 10. Profissionais implicados no tratamento.

		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Profissional	Ginecologista	24	80,0	30	100,0	54	90,0
	Urologista	14	46,7	7	23,3	21	35,0
	Psicólogo	1	3,3	5	16,7	6	10,0
	Clínico Geral	5	16,7	2	6,7	7	11,7
	Outros	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Número de profissionais	1	19	63,3	18	60,0	37	61,7
	2	8	26,7	9	30,0	17	28,3
	3	2	6,7	3	10,0	5	8,3
	4	1	3,3	0	0,0	1	1,7

Dentre todos os sujeitos, 24 do sexo masculino (80%) indicaram que o ginecologista estava implicado no seu tratamento, enquanto que para os 30 sujeitos do sexo feminino, ou seja, 100%, o ginecologista estava implicado no seu tratamento. Para 46,7% (14) dos sujeitos do sexo masculino, o urologista esteve implicado, enquanto que esteve implicado somente para 7 (23,3%) sujeitos do sexo feminino. O Psicólogo foi citado como profissional implicado no tratamento em apenas 1 sujeito do sexo masculino (3,3%) e para 5 (16,7%) sujeitos do sexo feminino. O clínico geral foi citado como implicado em 5 (16,7%) sujeitos do sexo masculino e para 2 (6,7%) sujeitos do sexo feminino. Em relação a outros profissionais, apenas 1 (3,3%) sujeito do sexo masculino e um (3,3%) do sexo feminino indicou, sendo este profissional o endocrinologista.

6.2.1.17 Tentativas Anteriores de Fertilização

Dos 30 casais estudados, 12 (40%) estavam na primeira tentativa de fertilização; 6 (20%) já haviam feito uma tentativa anterior; 5 (16,7%) já haviam feito duas, 3 (10%) haviam feito três tentativas anteriores, 2 (6,7%) fizeram quatro tentativas anteriores e 2 (6,7%) casais haviam feito cinco tentativas antes desta, conforme a Tabela 11 e Gráfico 1.

TABELA 11. Tentativas anteriores de fertilização.

No. tentativas	N	%
Nenhuma	12	40,0
Uma	6	20,0
Duas	5	16,7
Três	3	10,0
Quatro	2	6,7
Cinco	2	6,7
Total	30	100,0

GRÁFICO 1. Distribuição dos casais de acordo com o número de tentativas anteriores.

6.2.1.18 Momentos de Tensão Emocional em Tentativas Anteriores

Na Tabela 12 estão apresentados os percentuais de pacientes que indicaram cada um dos nove momentos como sendo o primeiro, segundo ou terceiro momento de maior tensão nas tentativas anteriores.

Dos 36 sujeitos que já haviam feito tentativas anteriores, 35 (97,2%) indicaram que “aguardar a gravidez” foi um dos três momentos de maior tensão, dentre as nove alternativas. Dezenove sujeitos (9 homens e 10 mulheres) elencaram “aguardar a gravidez” como sendo o momento de maior tensão. Este foi eleito como o segundo momento de maior tensão por outros 8 sujeitos (5 homens e 3 mulheres) e como terceiro momento de maior tensão por mais 8 sujeitos (3 homens e 5 mulheres). Apenas um sujeito não apontou este como um dos três momentos de maior tensão.

O momento “implantação do embrião” foi mencionado por 16 sujeitos, dos quais 8 homens e 8 mulheres, como sendo um dos três momentos de maior tensão. Dentre estes, quatro sujeitos o elencaram como sendo o primeiro, sete como sendo o segundo, e cinco como sendo o terceiro momento de maior tensão em tentativas anteriores.

A “investigação diagnóstica” e o “dia da coleta do espermatozoide” foram indicados pelo mesmo número de sujeitos como momentos de maior tensão. Sete homens e cinco mulheres indicaram a investigação diagnóstica, ao passo que o dia da coleta do

esperma foi indicado apenas por homens (66,7%), como um dos momentos de maior tensão. Dentre os onze sujeitos que elegeram o “dia da coleta dos óvulos” como um dos momentos de maior tensão, 9 eram mulheres (50,0 %) e 2, homens (11,1%).

Ao longo da medicação foi o momento mencionado por 7 sujeitos (19,4%), como sendo o momento de maior tensão nas tentativas anteriores, sendo que dois eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

Durante as ultra-sonografias foi o momento mencionado por seis sujeitos (16,7%), sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

A última injeção foi mencionada por cinco sujeitos (13,9%), sendo um homem e quatro mulheres, como o momento de maior tensão e, finalmente, o momento de iniciar a medicação foi mencionado por apenas um sujeito do sexo feminino, como o 2º momento de maior tensão.

No Gráfico 2 estão representados os percentuais de sujeitos que indicaram cada um dos momentos como sendo um dos três de maior tensão.

TABELA 12. Momentos de maior tensão emocional em tentativas anteriores (percentual calculado com base em 18 casos femininos e 18 masculinos).

	Momento	Masculino		Feminino		Total		p
		N	%	N	%	N	%	
Aguardar gravidez	1º	9	50,0	10	55,6	19	52,8	1,000
	2º	5	27,8	3	16,7	8	22,2	0,691
	3º	3	16,7	5	27,8	8	22,2	0,691
	Total	17	94,4	18	100,0	35	97,2	1,000
Implantação do embrião	1º	3	16,7	1	5,6	4	11,1	0,603
	2º	2	11,1	5	27,8	7	19,4	0,402
	3º	3	16,7	2	11,1	5	13,9	1,000
	Total	8	44,4	8	44,4	16	44,4	1,000
Investigação Diagnóstica	1º	2	11,1	2	11,1	4	11,1	1,000
	2º	3	16,7	2	11,1	5	13,9	1,000
	3º	2	11,1	1	5,6	3	8,3	1,000
	Total	7	38,9	5	27,8	12	33,3	0,725
Dia da coleta dos espermatozóides	1º	1	5,6	0	0,0	1	2,8	1,000
	2º	6	33,3	0	0,0	6	16,7	0,019
	3º	5	27,8	0	0,0	5	13,9	0,046
	Total	12	66,7	0	0,0	12	33,3	<0,001
Dia da coleta dos óvulos	1º	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000
	2º	0	0,0	4	22,2	4	11,1	0,104
	3º	2	11,1	4	22,2	6	16,7	0,658
	Total	2	11,1	9	50,0	11	30,6	0,028
Ao longo da medicação	1º	1	5,6	2	11,1	3	8,3	1,000
	2º	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000
	3º	1	5,6	2	11,1	3	8,3	1,000
	Total	2	11,1	5	27,8	7	19,4	0,402
Durante US	1º	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000
	2º	1	5,6	1	5,6	2	5,6	1,000
	3º	1	5,6	2	11,1	3	8,3	1,000
	Total	2	11,1	4	22,2	6	16,7	0,658
Última injeção	1º	1	5,6	1	5,6	2	5,6	1,000
	2º	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000
	3º	0	0,0	2	11,1	2	5,6	0,486
	Total	1	5,6	4	22,2	5	13,9	0,338
Ao iniciar a medicação	1º	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	2º	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000
	3º	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Total	0	0,0	1	5,6	1	2,8	1,000

GRÁFICO 2. Percentual de sujeitos que indicaram cada um dos momentos como sendo o de maior tensão em tentativas anteriores.

6.2.1.19 Momentos de Tensão Emocional na Tentativa Atual

Na Tabela 13 estão descritos os percentuais de sujeitos que indicaram cada um dos nove momentos como sendo o primeiro, segundo ou terceiro momento de maior tensão na tentativa atual.

Dos 60 sujeitos, ou seja, todos os que estão na tentativa atual, 43 (71,7%) indicaram que “aguardar a gravidez” foi um dos três momentos de maior tensão, dentre as nove alternativas. Vinte e quatro sujeitos (12 homens e 12 mulheres)

elencaram “aguardar a gravidez” como sendo o momento de maior tensão. Este foi eleito como o segundo momento de maior tensão por outros nove sujeitos (5 homens e 4 mulheres) e como terceiro momento de maior tensão, por mais 10 sujeitos (6 homens e 4 mulheres).

O momento “implantação do embrião” foi mencionado por 29 sujeitos, dos quais 14 homens e 15 mulheres, como sendo um dos três momentos de maior tensão. Dentre estes, 6 sujeitos o elencaram como sendo o primeiro, 13 como sendo o segundo e 10 como sendo o terceiro momento de maior tensão na tentativa atual.

O dia da coleta dos óvulos, foi indicado por 31 sujeitos (51,7%), sendo oito homens e vinte e três mulheres, como o momento de maior tensão.

Dezessete (28,3%) sujeitos (dez homens e sete mulheres) elegeram a investigação diagnóstica, ao passo que o dia da coleta do espermatozoide foi indicado por 18 sujeitos (30,0%), sendo que 56,7% (17) dos homens e 3,3% (1) das mulheres, como um dos momentos de maior tensão.

Ao longo da medicação foi citado por 12 sujeitos (20,0%), sendo seis homens e seis mulheres, a última injeção foi elencado por onze sujeitos (18,3%), durante as ultra-sonografias por dez sujeitos (16,7%) e ao iniciar a medicação por nove sujeitos (15%), sendo seis homens e três mulheres (Veja Tabela 13).

TABELA 13. Momentos de maior tensão emocional na tentativa atual.

	Momento	Masculino		Feminino		Total		p
		N	%	N	%	N	%	
Aguardar gravidez	1º	12	40,0	12	40,0	24	40,0	1,000
	2º	5	16,7	4	13,3	9	15,0	1,000
	3º	6	20,0	4	13,3	10	16,7	0,731
	Total	23	76,7	20	66,7	43	71,7	0,390
Dia da coleta dos óvulos	1º	1	3,3	7	23,3	8	13,3	0,353
	2º	0	0,0	7	23,3	7	11,7	1,000
	3º	7	23,3	9	30,0	16	26,7	1,000
	Total	8	26,7	23	76,7	31	51,7	0,002
Implantação do embrião	1º	3	10,0	3	10,0	6	10,0	1,000
	2º	6	20,0	7	23,3	13	21,7	1,000
	3º	5	16,7	5	16,7	10	16,7	1,000
	Total	14	46,7	15	50,0	29	48,3	0,796
Investigação Diagnóstica	1º	4	13,3	1	3,3	5	8,3	0,052
	2º	3	10,0	4	13,3	7	11,7	0,011
	3º	3	10,0	2	6,7	5	8,3	0,771
	Total	10	33,3	7	23,3	17	28,3	0,390
Dia da coleta dos espermatozoides	1º	4	13,3	1	3,3	5	8,3	0,353
	2º	12	40,0	0	0,0	12	20,0	<0,001
	3º	1	3,3	0	0,0	1	1,7	1,000
	Total	17	56,7	1	3,3	18	30,0	<0,001
Ao longo da medicação	1º	0	0,0	3	10,0	3	5,0	0,237
	2º	2	6,7	2	6,7	4	6,7	1,000
	3º	4	13,3	1	3,3	5	8,3	0,353
	Total	6	20,0	6	20,0	12	20,0	1,000
Última injeção	1º	2	6,7	1	3,3	3	5,0	1,000
	2º	0	0,0	1	3,3	1	1,7	1,000
	3º	2	6,7	5	16,7	7	11,7	0,424
	Total	4	13,3	7	23,3	11	18,3	0,317
Durante US	1º	1	3,3	1	3,3	2	3,3	1,000
	2º	1	3,3	4	13,3	5	8,3	0,353
	3º	0	0,0	3	10,0	3	5,0	0,237
	Total	2	6,7	8	26,7	10	16,7	0,038
Ao iniciar a medicação	1º	3	10,0	1	3,3	4	6,7	0,612
	2º	1	3,3	1	3,3	2	3,3	1,000
	3º	2	6,7	1	3,3	3	5,0	1,000
	Total	6	20,0	3	10,0	9	15,0	0,472

GRÁFICO 3. Percentual de sujeitos que indicaram cada um dos momentos como sendo o de maior tensão na tentativa atual

6.2.1.20 Comparação entre os momentos de maior tensão entre a tentativa atual e as anteriores

Para a comparação entre a tentativa atual e as anteriores quanto aos momentos de maior tensão na tentativa atual, foram considerados indistintamente o primeiro, segundo ou terceiro momentos. O teste de McNemar indicou discordância ($p=0,008$) entre a resposta assinalada em tentativas anteriores e na tentativa atual, com relação à indicação do dia da coleta dos óvulos como o momento de maior (1º, 2º ou 3º) tensão.

Nenhum dos 36 sujeitos estudados indicou este momento na tentativa anterior e deixou de indicar na tentativa atual, ao passo que 8 sujeitos não haviam indicado este momento na tentativa anterior e passaram a indicá-lo na atual. Após a 1ª tentativa, o dia da coleta dos óvulos passou a ter uma “importância” maior (maior tensão) para os sujeitos. Estas análises também foram reproduzidas separadamente para a amostra de mulheres e para a amostra de homens. Não foram encontradas diferenças estatísticas quanto aos momentos de maior tensão entre as tentativas anteriores a atual. Estes dados estão descritos na Tabela 14.

TABELA 14. Momento em que sentiram mais tensão emocional em tentativas anteriores versus tentativas atuais (percentual calculado com base nos 36 sujeitos que não estão na 1ª tentativa)

Anterior	Não indicou	indicou	Não indicou	Indicou	Tese de McNemar
Atual	Não indicou	Não indicou	Indicou	Indicou	
Investigação Diagnóstica	22	8	2	4	p=0,109
Ao iniciar a medicação	31	0	4	1	p=0,125
Ao longo da medicação	25	4	4	3	p=1,000
Durante US	28	4	2	2	p=0,688
Última injeção	29	1	2	4	p=1,000
Dia da coleta óvulos	17	0	8	11	p=0,008
Dia da coleta esperma	22	4	2	8	p=0,688
Implantação embrião	12	5	8	11	p=0,581
Aguardar gravidez	0	4	1	31	p=0,375

6.2.2 Associação entre Variáveis Demográficas

Não foram encontradas evidências de associação entre a variável relação atual e as variáveis: grau de escolaridade (p=0,572), religião (p=0,470) e ocupação

($p=0,525$). Também não foram encontradas evidências de associação entre as variáveis religião e ocupação ($p=0,909$) e entre religião e grau de escolaridade ($p=0,271$). A associação entre o grau de escolaridade e a ocupação foi estatisticamente significativa ($p<0,001$), ou seja, quanto maior o grau de escolaridade, “maior” o grau de ocupação.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a distribuição do grupo de casais que estão na primeira tentativa de fertilização e a do grupo que já havia feito uma ou mais tentativas, quanto ao tempo de casado ($p=0,448$). O percentual de casais que tem até 5 anos de infertilidade é semelhante dentre os que estão na primeira tentativa e os que não estão ($p=0,135$).

Há uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de infertilidade e o tempo de casado ($p=0,008$). Quanto maior o tempo de casado, maior o tempo de infertilidade. Estes dados estão apresentados na Tabela 15.

TABELA 15. Distribuição dos casais quanto ao tempo de infertilidade e tempo de casado.

Tempo de Infertilidade	Tempo de Casado						Total	
	2-5 anos		6-9 anos		+ de 10 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 2 anos	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
2-5 anos	5	33,3	10	66,7	0	0,0	15	100,0
6-9 anos	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100,0
10 anos ou +	1	16,7	0	0,0	5	83,3	6	100,0
Total	7	23,3	15	50,0	8	26,7	30	100,0

p=0,008

6.2.3 Dados Médicos sobre a Infertilidade

O diagnóstico de infertilidade do casal foi misto em 10 (33,3%) casais, apenas feminino em 6 (20%) e apenas masculino em 14 (46,7%) casais, conforme ilustra o Gráfico 4. Assim sendo, nesta amostra há 24 (80%) homens com diagnóstico de infertilidade e apenas 16 (46,7%) mulheres (Tabela 16). Esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,0159$). Na Tabela 17 estão discriminados os fatores de diagnóstico feminino e masculino identificados nestes sujeitos.

GRÁFICO 4. Distribuição dos 30 casais quanto ao diagnóstico de infertilidade.

TABELA 16. Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico individual.

	Masculino		Feminino		Total	
Infertilidade	N	%	N	%	N	%
Sim	24	80,0	16	46,7	40	66,7
Não	6	20,0	14	33,3	20	33,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

TABELA 17. Fatores de diagnóstico masculinos e femininos.

		N	%
Fatores masculinos	Azoospermia não-obstrutiva	6	25,0
	Oligozoospermia	4	16,7
	Oligozoospermia / Oligo-astenozoospermia	1	4,2
	Oligo-astenozoospermia	4	16,7
	Oligo-asteno-terozoospermia	1	4,2
	Teratozoospermia	2	8,3
	Astenozoospermia	3	12,5
	Vasectomia/Neuropatia Diabética/ Problema de Próstata (sêmen congelado).	3	12,5
	Total	24	100,0
Fatores femininos	Tubário	4	25,0
	Tubário / ovulação	1	6,3
	Tubário / endometriose	2	12,5
	Ovulação	5	31,3
	Útero e cervix	1	6,3
	Endometriose	3	18,8
	Total	16	100,0

A forma de coleta dos espermatozóides foi à masturbação para a maioria dos casais (76,7%), punção para 16,7% e biópsia testicular para 6,7%, conforme ilustra o Gráfico 5.

GRÁFICO 5. Distribuição dos 30 casais quanto à forma de coleta dos espermatozóides

6.3 Resultados - Parte II

6.3.1 Escalas de Ansiedade STAI-TRAIT E STAI-STATE (FREQUÊNCIA E INTENSIDADE)

Conforme mencionado no Capítulo 5.1.5 – Análises Estatísticas Específicas, os sujeitos foram agrupados quanto ao sexo, portanto grupo Masculino e Feminino. Os resultados serão apresentados de acordo com este agrupamento.

6.3.1.1 Análise das Frequências no STAI Total e nos Itens mais Representativos

Nas Tabelas 18, 19, 20 e 21 estão apresentadas as medidas descritivas da escala de ansiedade Stai, sob os seguintes enfoques: STAI-TRAIT FREQUÊNCIA,

STAI-STATE FREQUÊNCIA, STAI-TRAIT INTENSIDADE E STAI-STATE INTENSIDADE.

Os homens apresentaram grau de ansiedade significativamente menor que as mulheres quanto às escalas STAI-TRAIT Frequência e Intensidade e semelhantes quanto às escalas STAI-STATE.

TABELA 18. Medidas descritivas do STAI-TRAIT FREQUÊNCIA e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.

Categoria	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Feminino	40,70	6,44	39,00	32,00	56,00	30	
Masculino	35,30	6,64	34,50	23,00	50,00	30	0,001
Total	38,00	7,03	37,00	23,00	56,00	60	

TABELA 19. Medidas descritivas do STAI-STATE FREQUÊNCIA e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.

Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Feminino	42,80	8,66	43,00	24,00	65,00	30	
Masculino	40,93	7,65	40,00	24,00	59,00	30	0,167
Total	41,87	8,16	42,00	24,00	65,00	60	

TABELA 20. Medidas descritivas do STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.

Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Feminino	26,67	8,52	25,92	15,89	47,63	30	
Masculino	19,46	5,40	18,74	10,63	34,13	30	0,001
Total	23,07	7,96	21,56	10,63	47,63	60	

TABELA 21. Medidas descritivas do STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo (pareado) entre os sexos masculino e feminino.

Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Feminino	28,55	11,76	25,87	11,98	62,45	30	
Masculino	24,87	7,78	23,90	9,38	46,61	30	0,080
Total	26,71	10,06	25,09	9,38	62,45	60	

No Gráfico 6 pode-se observar que, apesar dos homens apresentarem, em média, estado (STATE) de ansiedade semelhante às mulheres, eles partem de um traço de ansiedade significativamente menor, indicando que, para os homens houve um maior “acrécimo” de ansiedade quando considerado o seu traço naturalmente menos ansioso.

GRÁFICO 6. Médias das escalas STAI-TRAIT e STAI-STATE frequência para os sujeitos do sexo masculino e feminino.

Nas Tabelas 22 e 23 estão apresentados os percentuais de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT e STAI-STATE, respectivamente.

Na primeira escala, foram encontradas diferenças entre as distribuições dos homens e das mulheres quanto às questões: 09, 13 e 18 e na segunda escala, não foram encontradas diferenças significantes.

TABELA 22. Distribuição da frequência de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

	Masculino		Feminino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
06. Sinto-me descansado	22	73,3	18	60,0	40	66,7	0,411
07. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	9	30,0	12	40,0	21	35,0	0,588
20. Fico tenso e preocupado quando penso em meus problemas do momento	7	23,3	9	30,0	16	26,7	0,770
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	3	10,0	12	40,0	15	25,0	0,017
13. Sinto-me seguro	3	10,0	12	40,0	15	25,0	0,017
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	4	13,3	10	33,3	14	23,3	0,127
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	4	13,3	10	33,3	14	23,3	0,127
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	4	13,3	9	30,0	13	21,7	0,210
02. Canso-me facilmente	5	16,7	7	23,3	12	20,0	0,747
16. Estou satisfeito	3	10,0	8	26,7	11	18,3	0,182
19. Sou uma pessoa estável	5	16,7	5	16,7	10	16,7	0,729
01. Sinto-me bem	5	16,7	3	10,0	8	13,3	0,704
10. Sou feliz	3	10,0	5	16,7	8	13,3	0,704
04. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem	3	10,0	4	13,3	7	11,7	1,000
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	3	10,0	3	10,0	6	10,0	0,667
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	0	0,0	6	20,0	6	10,0	0,031
03. Tenho vontade de chorar	0	0,0	5	16,7	5	8,3	0,062
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	3,3	2	6,7	3	5,0	1,000
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	2	6,7	0	0,0	2	3,3	0,472
15. Sinto-me deprimido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

TABELA 23. Distribuição da frequência de pacientes que assinalaram as respostas 3 ou 4 para cada uma das questões da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

	Masculino		Feminino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
10. Sinto-me “em casa”	19	63,3	21	70,0	40	66,7	0,7842
08. Sinto-me descansado	19	63,3	19	63,3	38	63,3	0,7888
01. Sinto-me calmo	15	50	20	66,7	35	58,3	0,2949
15. Estou descontraído	16	53,3	18	60,0	34	56,7	0,7945
09. Sinto-me ansioso	15	50	14	46,7	29	48,3	1,0000
02. Sinto-me seguro	8	26,7	17	56,7	25	41,7	0,0362
05. Sinto-me à vontade	10	33,3	13	43,3	23	38,3	0,5954
16. Sinto-me satisfeito	8	26,7	14	46,7	22	36,7	0,1804
19. Sinto-me alegre	8	26,7	12	40,0	20	33,3	0,4113
03. Estou tenso	10	33,3	9	30,0	19	31,7	1,0000
11. Sinto-me confiante	6	20	10	33,3	16	26,7	0,3811
17. Estou preocupado	8	26,7	7	23,3	15	25,0	1,0000
20. Sinto-me bem	5	16,7	9	30,0	14	23,3	0,3598
07. Estou preocupado com os possíveis infortúnios	6	20	6	20,0	12	20,0	0,7469
13. Estou agitado	4	13,3	6	20,0	10	16,7	0,7290
12. Sinto-me nervoso	5	16,7	3	10,0	8	13,3	0,7041
06. Sinto-me perturbado	1	3,33	2	6,7	3	5,0	1,0000
18. Sinto-me superexcitado e confuso	2	6,67	1	3,3	3	5,0	1,0000
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	3,33	1	3,3	2	3,3	0,4720
04. Estou arrependido	1	3,33	0	0,0	1	1,7	1,0000

A Tabela 24 mostra o percentual de pacientes que atingiram pelo menos 30 pontos em cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE. Esta pontuação foi obtida multiplicando-se o valor assinalado na frequência pelo valor da indicado na intensidade. Por exemplo: se um paciente assinalou 2 para a frequência e 5,6 para intensidade, a pontuação atingida será 11,2. O maior valor possível de ser atingido é $4 \times 10 = 40$; e o menor, é $1 \times 0 = 0$. Assim, 30 pontos representa 75% da escala e 10, 25%. As questões estão em ordem decrescente de acordo com o total de pacientes que atingiram os pontos. A questão que apresentou o maior número de pacientes com alta pontuação foi a número 09: “Sinto-me ansioso”.

TABELA 24. Distribuição da frequência de pacientes que atingiram pelo menos 30 pontos (ou 75% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

SSI $\geq$ 30	Masculino		Feminino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
09. Sinto-me ansioso	5	16,7	4	13,3	9	15,0	1,000
08. Sinto-me descansado	2	6,7	2	6,7	4	6,7	1,000
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	3,3	3	10,0	4	6,7	0,612
10. Sinto-me “em casa”	1	3,3	2	6,7	3	5,0	1,000
16. Sinto-me satisfeito	0	0,0	2	6,7	2	3,3	0,491

A Tabela 25 mostra o percentual de pacientes que atingiram até 10 pontos em cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE. A maior parte dos pacientes (96,7%) fez baixa pontuação na questão 04: “estou arrependido”.

TABELA 25. Distribuição da frequência de pacientes que atingiram até 10 pontos (ou 25% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-STATE INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

	Masculino		Feminino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
SSI $\leq$ 10							
04. Estou arrependido	29	96,7	29	96,7	58	96,7	1,000
14. Sinto-me uma pilha de nervos	28	93,3	28	93,3	56	93,3	1,000
06. Sinto-me perturbado	28	93,3	24	80,0	52	86,7	0,254
18. Sinto-me superexcitado e confuso	27	90,0	25	83,3	52	86,7	0,706
13. Estou agitado	25	83,3	19	63,3	44	73,3	0,143

As Tabelas 26 e 27 mostram os resultados análogos para as escalas STAI-TRAIT.

TABELA 26. Distribuição da frequência de pacientes que atingiram pelo menos 30 pontos (ou 75% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

	Masculino		Feminino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
STI $\geq$ 30							
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	3,3	6	20,0	7	11,7	0,103
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	0	0,0	5	16,7	5	8,3	0,052
06. Sinto-me descansado	1	3,3	3	10,0	4	6,7	0,612
20. Fico tenso e preocupado quando penso em meus problemas do momento	0	0,0	4	13,3	4	6,7	0,112
04. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem	1	3,3	2	6,7	3	5,0	1,000

TABELA 27. Distribuição da frequência de pacientes que atingiram até 10 pontos (ou 25% do máximo de 40 pontos) para cada uma das questões da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE e teste comparativo entre os sexos masculino e feminino.

STI $\leq$ 10	Masculino		Feminino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	27	90,0	27	90,0	54	90,0	1,000
15. Sinto-me deprimido	29	96,7	24	80,0	53	88,3	0,103
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	29	96,7	23	76,7	52	86,7	0,052
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	27	90,0	23	76,7	50	83,3	0,299
03. Tenho vontade de chorar	28	93,3	20	66,7	48	80,0	0,021

6.3.1.2 Associação entre as Variáveis do STAI Total e os Dados

Demográficos e Médicos

O “cruzamento” entre os valores obtidos a partir das escalas de ansiedade STAI-TRAIT FREQUÊNCIA e os fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade, estão apresentados na Tabela 28.

TABELA 28. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.

Fator	Categoria	N	Média	DP	P
Idade	Até 35 anos	29	38,90	7,37	0,344
	Mais de 35 anos	31	37,16	6,72	
Grau de escolaridade	2º grau	12	37,50	4,56	0,786
	3º grau	48	38,13	7,56	
Renda mensal	Até 20 sm	36	40,00	6,94	0,006
	Mais de 20 sm	24	35,00	6,16	
Tempo de casado	1 a 5 anos	14	39,21	5,92	0,465
	Mais de 5 anos	46	37,63	7,36	
Tempo de infertilidade	1 a 5 anos	36	37,22	7,03	0,298
	Mais de 5 anos	24	39,17	7,03	
Tentativas anteriores	Primeira tentativa	24	38,08	6,85	0,941
	Outras anteriores	36	37,94	7,25	
Diagnóstico de	Sujeito sem diagnóstico de infertilidade	20	38,00	7,12	1,000
Infertilidade	Sujeito com diagnóstico de infertilidade	40	38,00	7,08	

A Tabela 29 mostra resultados análogos para a escala STAI-STATE FREQUÊNCIA.

TABELA 29. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.

Fator	Categoria	N	Média	DP	P
Idade	Até 35 anos	29	42,76	8,08	0,417
	Mais de 35 anos	31	41,03	8,27	
Grau de escolaridade	2º grau	12	42,25	6,02	0,857
	3º grau	48	41,77	8,66	
Renda mensal	Até 20 sm	36	42,78	8,65	0,293
	Mais de 20 sm	24	40,50	7,33	
Tempo de casado	1 a 5 anos	14	44,64	9,64	0,147
	Mais de 5 anos	46	41,02	7,57	
Tempo de infertilidade	1 a 5 anos	36	40,39	8,68	0,086
	Mais de 5 anos	24	44,08	6,90	
Tentativas anteriores	Primeira tentativa	24	44,13	7,62	0,080
	Outras anteriores	36	40,36	8,26	
Diagnóstico de infertilidade	Sujeito sem diagnóstico de infertilidade	20	43,15	5,01	0,303
	Sujeito com diagnóstico de infertilidade	40	41,23	9,34	

As Tabelas 30 e 31 reproduzem estes resultados para as mesmas escalas considerando a intensidade.

TABELA 30. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.

Fator	Categoria	N	Média	DP	P
Idade	Até 35 anos	29	24,19	9,41	0,303
	Mais de 35 anos	31	22,02	6,28	
Grau de escolaridade	2º grau	12	22,09	7,88	0,637
	3º grau	48	23,31	8,04	
Renda mensal	Até 20 sm	36	24,22	8,55	0,172
	Mais de 20 sm	24	21,34	6,77	
Tempo de casado	1 a 5 anos	14	24,81	7,34	0,354
	Mais de 5 anos	46	22,54	8,13	
Tempo de infertilidade	1 a 5 anos	36	22,74	7,72	0,705
	Mais de 5 anos	24	23,55	8,44	
Tentativas anteriores	Primeira tentativa	24	24,14	7,96	0,399
	Outras anteriores	36	22,35	7,98	
Diagnóstico de infertilidade	Sujeito sem diagnóstico de infertilidade	20	23,47	8,22	0,783
	Sujeito com diagnóstico de infertilidade	40	22,86	7,92	

TABELA 31. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.

Fator	Categoria	N	Média	DP	P
Idade	Até 35 anos	29	26,99	11,43	0,838
	Mais de 35 anos	31	26,45	8,77	
Grau de escolaridade	2º grau	12	24,32	8,50	0,362
	3º grau	48	27,31	10,41	
Renda mensal	Até 20 sm	36	27,33	10,67	0,568
	Mais de 20 sm	24	25,79	9,21	
Tempo de casado	1 a 5 anos	14	28,36	13,08	0,488
	Mais de 5 anos	46	26,21	9,07	
Tempo de infertilidade	1 a 5 anos	36	25,97	10,35	0,490
	Mais de 5 anos	24	27,82	9,72	
Tentativas anteriores	Primeira tentativa	24	28,50	11,00	0,266
	Outras anteriores	36	25,53	9,35	
Diagnóstico de infertilidade	Sujeito sem diagnóstico de infertilidade	20	27,74	8,40	0,579
	Sujeito com diagnóstico de infertilidade	40	26,20	10,86	

Os pacientes do sexo masculino que fizeram a coleta dos espermatozóides por meio de punção ou biópsia apresentaram valores das escalas STAI-TRAIT (Veja Tabela 32) e STAI-STATE FREQUÊNCIA semelhantes aos que fizeram a coleta por meio de masturbação (Veja Tabela 33).

TABELA 32. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.

	Média	DP	p
Masturbação (n=23)	35,39	7,01	0,8943
Punção/Biópsia (n=7)	35,00	5,74	

TABELA 33. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE FREQUÊNCIA, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.

	Média	DP	P
Masturbação (n=23)	40,91	8,23	0,9795
Punção/Biópsia (n=7)	41,00	5,89	

Os pacientes do sexo masculino que fizeram a coleta dos espermatozóides por meio de punção ou biópsia apresentaram valores das escalas STAI-TRAIT (Veja Tabela 34) e STAI-STATE INTENSIDADE semelhantes aos que fizeram a coleta por meio de masturbação (Veja Tabela 35).

TABELA 34. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-TRAIT INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.

	Média	DP	p
Masturbação (n=23)	19,56	5,54	0,8459
Punção/Biópsia (n=7)	19,10	5,31	

TABELA 35. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala STAI-STATE INTENSIDADE, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.

	Média	DP	p
Masturbação (n=23)	25,29	8,29	0,5995
Punção/Biópsia (n=7)	23,49	6,15	

6.3.2. Escalas de Stress: SCOPE-STRESS

6.3.2.1 Análises das Frequências e dos Fatores do SCOPE-STRESS e dos Itens mais Representativos

Na Tabela 36 estão apresentadas as medidas descritivas da escala SCOPE-STRESS para os sujeitos do sexo masculino e para os do sexo feminino e para a amostra total. Não houve diferença significativa entre os escores médios dos homens e mulheres.

Tabela 36. Medidas descritivas do SCOPE-STRESS testes comparativos (pareado) entre os sexos masculino e feminino.

Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Feminino	18,02	6,98	18,52	4,20	38,60	30	
Masculino	19,51	8,17	17,45	5,20	38,50	30	0,357
Total	18,77	7,57	17,99	4,20	38,60	60	

Na Tabela 37 estão apresentadas as medidas descritivas de cada um dos 29 fatores da escala SCOPE-STRESS, bem como a comparação entre os sexos masculino e feminino. Os homens apresentaram médias dos fatores 13 (aspirações econômicas) e 3 (espírito competitivo) significativamente maiores que as mulheres que, por sua vez, apresentaram média do fator 5 (somatização) maior. Não houve diferença estatística entre homens e mulheres quanto às médias dos demais fatores.

TABELA 37. Média e desvio-padrão dos 29 fatores da escala SCOPE-STRESS e testes comparativos entre os sexos masculino e feminino.

	Masculino		Feminino		Total		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Aspirações Econômicas.	51,11	26,60	32,78	17,22	41,94	24,06	0,003
Intensificação de Esforços	44,44	26,74	34,44	29,01	39,44	28,12	0,170
Desinteresse	38,33	18,13	33,33	14,52	35,83	16,47	0,243
Espírito Competitivo	42,78	27,57	21,67	20,60	32,22	26,37	0,001
Laconismo	29,44	22,18	28,33	25,20	28,89	23,54	0,857
Prática Sexual	30,00	16,29	22,22	16,25	26,11	16,60	0,069
Limitação de Produção	20,56	18,41	28,33	19,15	24,44	19,03	0,114
Introversão	27,22	22,52	20,56	15,59	23,89	19,50	0,188
Retraimento	25,00	21,33	22,22	21,14	23,61	21,10	0,614
Assertividade Sexual	20,56	23,85	24,44	20,87	22,50	22,30	0,504
Insegurança Verbal	18,33	20,22	22,22	21,59	20,28	20,83	0,474
Tensão Muscular	17,78	16,91	21,11	19,04	19,44	17,94	0,476
Insegurança Social	16,67	13,84	21,67	17,04	19,17	15,59	0,217
Perda de Controle	12,78	23,85	20,56	30,54	16,67	27,45	0,276
Acúmulo de Conflitos	18,33	16,58	14,44	17,36	16,39	16,94	0,379
Incapacidade de Persuasão	16,11	16,07	16,67	16,95	16,39	16,38	0,897
Pessimismo	15,56	19,54	17,22	19,81	16,39	19,53	0,744
Distúrbio do Sono	20,00	19,77	12,22	17,47	16,11	18,91	0,112
Incapacidade Verbal	13,89	15,83	18,33	17,70	16,11	16,80	0,310
Frequência de Conflitos	19,44	17,00	12,22	18,01	15,83	17,74	0,116
Somatização	10,00	9,39	19,44	20,57	14,72	16,55	0,027
Satisfação Sexual	16,30	17,44	11,11	12,72	13,70	15,36	0,193
Preocupações	9,44	13,62	15,56	19,04	12,50	16,70	0,158
Desvitalização	11,11	14,73	12,78	17,33	11,94	15,97	0,690
Dificuldade de vincular-se	8,89	21,32	8,89	14,34	8,89	18,02	1,000
Interesse Sexual	8,89	9,32	7,56	7,97	8,22	8,62	0,554
Inaptidão Social	7,78	11,36	8,33	12,95	8,06	12,08	0,860
Esgotamento	9,44	13,62	6,11	10,25	7,78	12,07	0,289
Inibição Verbal	7,78	16,80	7,22	10,43	7,50	13,87	0,878

6.3.2.2 Associações entre o SCOPE-STRESS e os Dados Demográficos e Médicos

Os fatores idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade não apresentaram efeito significativo sobre o SCOPE-STRESS, quando avaliado cada um isoladamente, conforme os níveis descritivos (p) apresentados na Tabela 38.

TABELA 38. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os grupos de pacientes determinados a partir dos fatores: idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade.

Fator	Categoria	N	Média	DP	P
Idade	Até 35 anos	29	19,77	8,03	0,325
	Mais de 35 anos	31	17,83	7,12	
Grau de escolaridade	2º grau	12	21,54	7,91	0,158
	3º grau	48	18,08	7,41	
Renda mensal	Até 20 sm	36	20,13	8,14	0,088
	Mais de 20 sm	24	16,73	6,25	
Tempo de casado	1 a 5 anos	14	18,82	10,14	0,979
	Mais de 5 anos	46	18,75	6,74	
Tempo de infertilidade	1 a 5 anos	36	17,66	8,03	0,168
	Mais de 5 anos	24	20,43	6,64	
Tentativas anteriores	Primeira tentativa	24	19,46	6,77	0,570
	Outras anteriores	36	18,31	8,12	
Diagnóstico de infertilidade	Sujeito sem diagnóstico de infertilidade	20	19,43	7,22	0,637
	Sujeito com diagnóstico de infertilidade	40	18,44	7,81	

Em média, os 7 pacientes do sexo masculino que fizeram a coleta dos espermatozóides por meio de punção ou biópsia apresentaram valores da escala SCOPE-STRESS significativamente menores que os 23 pacientes que fizeram a coleta por meio de masturbação (Vide Tabela 39).

TABELA 39. Média e desvio-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os grupos de pacientes determinados a partir da forma de coleta dos espermatozóides.

	Média	DP	P
Masturbação (n=23)	20,95	8,63	0,016
Punção/Biópsia (n=7)	14,81	4,02	

6.3 Regressão Linear Múltipla

A técnica de regressão linear múltipla foi utilizada para estudar o efeito conjunto dos fatores sexo, grau de escolaridade e renda mensal, e STAI-TRAIT (frequência) no SCOPE-STRESS. Estes fatores foram, a princípio, incluídos nesta análise por terem apresentado os menores níveis descritivos ($p < 0,20$) dentre todos os fatores avaliados.

O método *stepwise* foi aplicado para selecionar, dentre estes, os fatores mais importantes. Assim, os fatores sexo e STAI-TRAIT Frequência mostraram-se significativamente associados ao SCOPE-STRESS, com níveis descritivos $p = 0,004$ e $p < 0,001$ respectivamente. Os níveis descritivos para as variáveis que não foram selecionadas pelo *stepwise* são: $p = 0,092$ para grau de escolaridade e $p = 0,489$ para renda mensal .

A interpretação dos resultados da análise múltipla pode ser entendida da seguinte forma: o SCOPE-STRESS de um homem é maior que o de uma mulher, se ambos tiverem os mesmos níveis de STAI-TRAIT Frequência.

No Gráfico 7 ilustra esta situação, dentre os sujeitos com “baixo” grau de ansiedade (STAI-TRAIT Frequência < mediana), os homens apresentam SCOPE-STRESS, em média, maior que as mulheres; no entanto, é nos sujeitos com “alto” grau de ansiedade (STAI-TRAIT Frequência > mediana) que esta diferença aparece: o SCOPE-STRESS médio dos homens é $25,73 \pm 8,58$ e o das mulheres, $20,23 \pm 6,34$.

Resultados análogos foram observados quando substituído o STAI-TRAIT Frequência por STAI-TRAIT Intensidade.

GRÁFICO 7. Médias e desvios-padrão dos valores obtidos a partir da escala SCOPE-STRESS, para os sujeitos do sexo feminino e masculino estratificados de acordo com valores baixos (menor ou igual à mediana), ou altos (maior que a mediana) da escala STAI-TRAIT frequência.

7. DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou o stress e a ansiedade dos casais submetidos à reprodução assistida no momento anterior à coleta dos óvulos e/ou espermatozóides.

Todos os casais convidados a participar deste trabalho aceitaram. No entanto, foram excluídos da pesquisa aqueles casais em que um dos sujeitos, pelo fato de ter sido chamado para a coleta, interrompeu o preenchimento dos questionários.

Segundo Van Balen, Trimbos-Kemper e Verdumen (1996), as mulheres assumem um excesso de responsabilidade na infertilidade do casal e geralmente surperprotegem o cônjuge, quando há evidências de fatores masculinos alterados, havendo, inclusive, um escasso interesse dos homens em participar de grupos de pesquisa. Neste estudo, nenhum homem se recusou a participar e, inclusive, mostraram um interesse, na maior parte das vezes, maior que o das mulheres.

Foram levantados dados com o objetivo de caracterizar a população que se submete a Reprodução Assistida, sob diferentes prismas, caracterizando a população em relação às variáveis demográficas, às relacionadas à infertilidade, aos momentos de maior tensão, ao stress e à ansiedade nesses casais.

Os resultados obtidos quanto às variáveis demográficas pesquisadas, em relação à **faixa etária** dos casais que se submeteram ao processo, mostraram que nenhuma mulher tinha mais do que 45 anos de idade, a maioria (63,3%) tinha entre 27 e 35 anos, enquanto que 50% dos homens tinham idades entre 36 e 44 anos (Tabela 3). Ao comparar esses dados com a literatura médica, observou-se uma semelhança, pois as mulheres nessa faixa etária são as que têm 25% de chances de ter problemas físicos e de não conseguir engravidar após um ano de tentativas (Mosher e Pratt, 1990; Van Balen, Trimbos-Kemper e Verdumen, 1996). Segundo Hendershot, Mosher e Pratt (1982), a taxa de gravidez declina em 86% nas mulheres entre 20 e 24 anos, e 52% nas mulheres com idades entre 35 e 39 anos. Segundo Berg, Wilson, e Weingartner (1991), as mulheres sentem-se mais pressionadas em relação à idade, pelo declínio da fertilidade feminina.

Nesta amostra, o percentual de mulheres com o 3º grau completo, foi superior ao dos homens (Tabela 5), e há uma tendência dos homens apresentarem **renda** maior que a mulheres, 50% dos homens ganham mais de 20 salários mínimos enquanto apenas 30% das mulheres, o que sugere que, ainda que as mulheres tenham em média um **grau de escolaridade** maior, os homens em média ganham mais (Tabela 5).

A associação entre o **grau de escolaridade** e a **ocupação** foi estatisticamente significativa, ou seja, quanto “maior” o grau de escolaridade, “maior” o grau de ocupação.

Conforme a Tabela 6, 93,3% dos casais afirmaram ser **casados** e em 50% dos casos tinham, entre 6 e 9 anos de **tempo de casados** (Tabela 7).

O **tempo de infertilidade** (Tabela 8) foi, em média, 5,5 anos e encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de infertilidade e o **tempo de casado**, ou seja, quanto maior o tempo de casado, maior o **tempo de infertilidade** (Tabela 15).

Com relação ao **número de tentativas anteriores de fertilização**¹ e **tempo de casado**, não foram encontradas diferenças significantes entre a distribuição do grupo de casais que estão na primeira tentativa de fertilização e a do grupo que já fez uma ou mais tentativas anteriores. O percentual de casais que tem até 6 anos de infertilidade é semelhante dentre os que estão na primeira tentativa e os que não estão, ou seja, o tempo de infertilidade não tem relação com o número de tentativas anteriores.

Como a infertilidade é freqüentemente inesperada, os casais passam, às vezes, anos evitando ter filhos e quando decidem tê-los, o que varia em função da idade, do trabalho, do momento de vida e se deparam com a impossibilidade, vivenciam um choque e uma fase de raiva é experimentada nesse período (Boivin e Takefman, 1995; Boivin, Takefman, Tulandi e Brender, 1995). O momento de procurar um especialista varia, mas pode-se perceber que 50% dos casais que buscaram a Tecnologia de Reprodução Assistida tinham entre 6 e 9 anos de casados (Tabela 7).

¹ Aqui temos, ocupação, religião, grau de escolaridade, renda, estado civil, tempo de infertilidade.

De acordo com esta amostra e segundo Boivin, Takefman, Tulandi e Brender (1995), a relação entre a quantidade de falhas de tratamento e tensão é independente da idade, anos de infertilidade ou anos em tratamento.

Este estudo mostrou um número maior de pacientes na **1ª tentativa** e esse número vem decrescendo; encontrou-se que 40% dos sujeitos estavam na primeira tentativa, 20% já haviam feito uma tentativa anterior e esses números vêm decaindo até 6,7%, que estavam na 5ª tentativa (Gráfico 1). Pode-se concluir que uma série de fatores pode levar esses pacientes a não persistirem nas tentativas de reprodução assistida; alguns podem ter engravidado e outros podem ter desistido do tratamento.

Esses dados são compartilhados por Mahlstedt, Macduff e Bernstein (1987), quando relataram que 56% dos sujeitos afirmavam que repetiriam o protocolo, caso não conseguissem engravidar e, no entanto, no final do ciclo, apenas 37% tinham a intenção de repeti-lo. Isso reflete o desgaste emocional, financeiro e interrupções das atividades diárias experienciadas pelos participantes. Segundo Callan (1987); Leiblun, Aviv e Hammer (1998), somente 25% das pacientes que tiveram 3 ou mais ciclos de insucesso, persistiram no tratamento. Domar e Seibel (1996), afirmam que o impacto da falha da FIV pode ser profundo e isso se reflete nas opções a serem tomadas. Em um estudo de Garner, Aronold e Gray (1984), dentre as mulheres que se submeteram a FIV, 34% tinham sintomas depressivos antes do início de um ciclo; das mulheres que não conceberam, 64% tiveram sintomas depressivos. A alta

prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres que não concebem durante a FIV, pode ter um impacto adverso no sucesso de ciclos futuros.

Não foram encontradas evidências de associação entre a variável **relação atual** e as **variáveis: grau de escolaridade, religião e ocupação**, o que significa que não há nenhuma correlação entre o casamento atual, o grau de escolaridade, a religião e o tipo de trabalho exercido. Também não foram encontradas evidências de associação entre as **variáveis religião e ocupação e entre religião e grau de escolaridade**.

Dentre os sujeitos pesquisados, 91,7% dos casais estão no primeiro casamento, apenas 10% tinham **filhos naturais de outros casamentos** e 10% já tinham **filhos naturais da relação atual**. É interessante notar que 100% da amostra estudada não tinham **filhos adotivos** nem em relações anteriores e nem na atual.

É geralmente assumido, especialmente entre o público em geral, que os casais inférteis freqüentemente concebem após **adoção**. Esse conceito foi estudado por muitos investigadores e os resultados são conflitantes. Segundo Sandler (1965), nos casais cujos fatores orgânicos foram adequadamente tratados e que tinham tensão emocional, a adoção facilitou a concepção. Muitos outros grupos de investigadores (Aaronson e Glienke, 1963; Seibel e Taymor, 1982; Edelman e Connoly, 1986; Domar e Seibel, 1996), refutaram essas alegações. Nesta população, a adoção não apareceu como alternativa, pelo menos no momento em que esses casais estão se submetendo

à reprodução assistida. A esperança em ter um filho natural para estes casais parece mais presente, o que está de acordo com Leiblun, Kemmann e Lane (1987), que evidenciaram que a esperança é extremamente forte nesse momento.

Com relação aos **profissionais implicados no tratamento**, 61,7% dos casais tinham somente um profissional implicado no seu tratamento, enquanto que 28,3% tinham dois profissionais. Em 90% dos casos, esse profissional foi o ginecologista, o urologista aparece implicado em 35% dos casos, sendo 46,7% pelos homens. O psicólogo esteve implicado em apenas um sujeito do sexo masculino (3,3%) e para 5 mulheres (16,7%). Estes dados estão de acordo com Domar e Seibel (1996), que relatam que, apesar do grau de stress emocional experimentado pelos casais na visita inicial, eles normalmente são bastante resistentes à terapia, devido ao seu otimismo de que, por fim, ao longo do tempo, seu problema será resolvido e também baseados no sentimento de que podem “cuidar disso sozinhos”.

As mulheres, segundo Lalos et al., (1985b); Greil, Leitko e Porter, (1988), estão mais acostumadas a buscar a rotina do cuidado da saúde reprodutiva do que os homens, resultados de acordo com este trabalho. Elas são, segundo Greil, Leitko e Porter (1988); Draye, Woods e Mitchell (1988); Berg, Wilson e Weingartner (1991), os pivôs do início do tratamento e a maioria dos contatos inicial é feita com o ginecologista ao invés do urologista, ou com ambos atendendo numa clínica de infertilidade (U.S. Congress Office of Technology Assessment, 1988).

A literatura corrobora com os dados obtidos nesta amostra; segundo Becker e Nachtigall (1991), todas as mulheres em seu estudo assumiram o comando na

iniciação e busca do tratamento médico e isso se comprova por 100% das mulheres terem ido ao ginecologista e, em apenas 35% dos casos, o urologista esteve presente.

As mulheres se responsabilizam mais diretamente por resolver um problema conjugal, sexual ou de infertilidade. Quando as proporções de iniciativas de tratamento são comparadas, normalmente o número de iniciativas das mulheres ultrapassa o dos homens de 10 para 1 (Van Balen, Trimbos-Kemper e Verdumen, 1996; Szejer e Stewart, 1997).

Este estudo mostrou que, em relação aos **momentos** do processo assinalados como produtores de **maior tensão emocional** em **tentativas anteriores** (Tabela 12), que **aguardar o teste de gravidez** foi visto por 97,2% dos sujeitos como um dos momentos mais tensos, para 52,8% como o primeiro momento, para 22,2% como 2º e como o 3º momento também para 22,2%. Este momento tem uma alta tensão emocional, dado este que está de acordo com a literatura, que mostra que o período de aguardar o teste de gravidez é o mais stressante (Baram et al., 1988; Boivin et al., 1998a.)

É interessante notar que, enquanto que para os casais férteis a gravidez é vista como um processo unificado, para os casais inférteis o processo é vivido em etapas, ou seja, há uma consciência imensa dos eventos que estão ocorrendo dentro e fora do corpo. Esses casais conhecem seus “números”: o início do processo medicamentoso, os ultra-sons, a captação dos óvulos, que podem ou não ser colhidos, se foram ou não fertilizados, se ficam ou não implantados no útero e o momento de maior angústia é se o processo enfim vai ou não resultar em uma gravidez e depois se ficarão fixados

ou ocorrerá um aborto (Sandelowsky, Harris e Holditch-Davis, 1990). Enfim, sentimentos de dor, sensação de estar exposto publicamente, sem intimidade e o padrão da construção / reconstrução da dicotomia grávida / não-grávida e essa linha nas pacientes de FIV variam do ponto da fertilização ao da implantação. A linha da gravidez se move do ponto onde algumas mulheres se sentem grávidas, quando os óvulos foram fertilizados, enquanto que outras se sentem no momento da implantação na parede do útero. Em contraste, outras mulheres estão se sentindo grávidas a partir do momento em que o espermatozóide do marido fertilizou o óvulo.

A compartimentação de viver a gravidez como um *continuum*, um processo unificado ou como uma dicotomia, se expressa nos diversos passos para a concepção. Os casais inférteis vivem a divisão celular ocorrendo em seu corpo, valores hormonais, número e tamanho dos folículos, classificação dos óvulos, número de óvulos fertilizados, número de divisões celulares, número de óvulos fertilizados a serem transferidos, os congelados, os perdidos. Essa externalização dos eventos do lado biológico faz com que os casais se sintam conseguindo uma gravidez em um prolongado período de tempo. Cada casal pode se sentir “engravidando” em cada uma dessas fases de um prolongado “engravidamento”, uma boa ultra-sonografia, uma boa coleta, em que tenham obtido sucesso. Para esses casais o exame final, o teste de gravidez, é o momento final quando a gravidez se interrompe ou continua.

Enquanto para alguns casais a gravidez foi sendo vivida como uma série de sucessos, outros casais experienciam o processo como uma série de obstáculos, trazendo mais ansiedade, como uma gradual edificação que é definida como “adquirindo uma gravidez”. Ainda como padrão de resolução, alguns casais não

acreditam no teste, acham que pode ter ocorrido uma alteração no resultado por terem tomado hormônios, outros só passam a acreditar depois de passado o período em que há o maior perigo da perda, outros ainda só passam ao estágio de tentando engravidar para grávidos após a amniocentese, e há o que perguntam ao ultrasonografista se é verdade que estão grávidos.

Seibel e Levin (1987), mencionam o “breve momento de gravidez”, que ocorre no momento da transferência do embrião. O momento da **implantação do embrião** foi selecionado por 44,4% dos sujeitos, sendo que ficou em primeiro lugar para 11,1 %, empatando com a **investigação diagnóstica**, que foi assinalada por 11,1%, como o primeiro momento de maior tensão, significando que o impacto do diagnóstico, segundo Daniluk (1988), é vivido com uma significativa tensão, dados que estão de acordo com este estudo.

O **dia da coleta de espermatozóides** foi assinalado por 33,3% dos sujeitos como o momento de maior tensão, dentre estes 66,7 % dos homens, sendo que nenhuma mulher assinalou esse momento. Segundo Eugster e Vingerhoets (1999), este é um dos aspectos mais stressantes do processo de Reprodução Assistida.

O **dia da coleta dos óvulos** foi assinalado como estando em 1º, 2º ou 3º momentos mais tensos, por 30,6% dos sujeitos, sendo por 50% das mulheres, e por apenas 11,1% dos homens, significando que, para as mulheres, parece ter um impacto emocional mais intenso. Dados que estão de acordo com os estudos de Seibel e Levin (1987), que relataram que as mulheres estão mais preocupadas com a coleta dos óvulos que os homens. Segundo Boivin et al., (1998b) existem evidências

de diferenças de gênero no aspecto social e nas reações físicas à FIV e a expectativa da captação dos óvulos causam mais stress nas mulheres que nos homens. Segundo Boivin et al., (1998a) os estágios de maior stress para os homens e as mulheres são os estágios de captação dos óvulos, transferência e dia do teste de gravidez. O momento de maior fadiga aparece no dia da captação dos óvulos.

O incrível otimismo e intimidade que aparece nesta fase são notáveis. A proximidade da transferência faz com que os casais sintam otimismo, sentimentos de proximidade e aumento de sensação da possibilidade da gravidez. Leiblum, Kemmann e Lane (1987); Boivin e Takefman (1996), sugeriram que, durante as tentativas, os pacientes se tornam mais realistas sobre a gravidez do que antes do tratamento começar. Seus achados e de acordo com este estudo, indicam que este período feliz é um “pequeno-viver” dos casais, que eventualmente decresce durante as 2 semanas de espera aguardar os resultados.

Segundo Leiblum, Kemmann e Lane (1987), as mulheres enfatizam ou acentuam mais intimidade nesse período, enquanto os homens têm esperanças renovadas que são levadas para o casal.

Ao longo da medicação, foi assinalado por 19,4% dos sujeitos, sendo que 27,8% pelas mulheres, que são as que tomam os medicamentos, e, apesar dos possíveis efeitos colaterais, dentre todos os momentos do processo, este não apareceu para esta amostra como um momento de intensa tensão emocional.

Durante as ultra-sonografias, foi assinalado por 16,7% dos sujeitos indicando que é um momento de menor tensão emocional. Podemos supor que, nesse momento, a expectativa de sucesso, a avaliação do crescimento dos óvulos, é vivida com esperança.

A última injeção antes da coleta teve sua resposta assinalada por 13,9% dos sujeitos nos quais 22,2% mulheres e 11,1% homens, o que nos leva a pensar que esta ultima injeção não é muito diferente para este grupo que o momento - ao longo da medicação.

Ao iniciar a medicação, foi assinalado por apenas 2,8% das mulheres e nenhum homem assinalou esta questão, indicando que parece que a medicação é vista como um dos menores fatores causadores de tensão, quando comparado aos outros momentos vividos durante o processo de Reprodução Assistida.

De acordo com esta amostra, há uma notável similaridade no tipo e padrão das reações do casal em alguns estágios do tratamento, o que é corroborado por Boivin et al., (1998b) os homens e as mulheres são especificamente consistentes em suas reações emocionais e sociais na fase de captação dos óvulos, fertilização, implantação ou transferência de embriões e o dia do teste de gravidez e ambos reportam mais mudanças nesses estágios do tratamento. Os resultados deste estudo também são consistentes com Leiblum, Kemmann e Lane (1987); Baram et al., (1988); Newton, Hearn e Yuspe (1990); Connolly et al.,(1995); Slade, Emery e Lieberman (1997), que sugerem que os homens e as mulheres são similarmente afetados pelos eventos da FIV.

Ao analisar os momentos assinalados por esta amostra, como os de **maior tensão emocional**, na **Tentativa Atual** (Tabela 13), encontrou-se que aguardar o **teste de gravidez** continua sendo o mais assinalado por 71,7% dos sujeitos, como 1º, 2º e 3º momento de maior tensão dentre todos, dados corroborados pela literatura conforme já descrito, como sendo a etapa que causa maior tensão emocional.

O **dia da coleta dos óvulos**, passou para o segundo lugar dentre os 9 momentos de maior tensão, assinalado por 51,7% dos sujeitos, sendo 76,7% mulheres e 26,7% homens. As mulheres declararam que vivenciam este momento de forma significativamente mais tensa que os homens, o que já foi explicitado anteriormente.

O momento da **implantação do embrião** foi selecionado por 48,3% dos sujeitos, numa porcentagem equivalente de homens e mulheres, significando que os casais vivenciam de forma semelhante à tensão emocional nesta fase.

O **dia da coleta de espermatozóides** foi assinalado por 30% dos sujeitos, sendo 56,7% homens e 3,3% mulheres, o que sugere que, assim como a coleta dos óvulos, é o momento mais assinalado pelas mulheres, este é sentido como mais tenso pelos homens, ocasião em que se sentem responsáveis por seu desempenho. Este momento não foi assinalado neste grupo por nenhuma mulher como o 2º e 3º momento mais tenso na tentativa atual e foi assinalado por somente uma mulher como o 1º momento mais tenso.

A **investigação diagnóstica** foi assinalada por 28,3% dos sujeitos, sendo marcado como mais tenso por 33,3% dos homens e por 23,3% das mulheres, evidenciando que esta etapa não está entre as mais tensas para ambos os sexos, neste momento do processo.

Ao longo da medicação foi assinalado por 20% dos sujeitos, igualmente entre homens e mulheres. **A última injeção** antes da coleta teve sua resposta assinalada por 18,3% dos casais e **Durante as ultra-sonografias** foi assinalado somente por 16,7% dos sujeitos. **Ao iniciar a medicação** foi assinalado como os momentos de maior tensão por 15% dos sujeitos, sendo que 20% eram homens contra apenas 10% das mulheres, o que sugere que talvez nesta amostra, as mulheres tenham se queixado mais para eles.

As investigações diagnósticas, ou os estágios, ou etapas do tratamento, são produtores de ansiedade e, ocasionalmente stress. É importante que investigadores que refiram ansiedade e stress ocasionados pela infertilidade não criem a impressão de que é algo diferente do que as reações frente às dificuldades encontradas em casais bem ajustados (Freeman et al., 1985).

A Tabela 14 compara os **momentos** assinalados como **mais tensos** em **Tentativas Anteriores e a Tentativa Atual**.

A única etapa que indicou discordância, entre as respostas assinaladas em tentativas anteriores e na tentativa atual, foi com relação ao **Dia da coleta dos óvulos**, onde nenhum sujeito que indicou este momento na tentativa anterior deixou

de indicá-lo na atual e 8 sujeitos que não haviam indicado na tentativa anterior passaram a indicá-lo. Isso parece indicar que, para esta amostra, este momento é realmente tenso, independentemente de já tê-lo experienciado, e passar por essa etapa fez com que os sujeitos que não o imaginavam como tenso, passassem a senti-lo dessa forma.

Os sujeitos desta amostra assinalaram a tensão emocional na maioria das etapas do processo de modo semelhante, com exceção da coleta dos óvulos e dos espermatozóides que dizem respeito mais a cada sexo particularmente. Pode-se afirmar, de acordo com Wright et al., (1989), que a incerteza quanto aos procedimentos é que determina as reações emocionais à FIV e que, enquanto não há evidências de que as reações dos homens e das mulheres são diferentes, existem evidências de que o tratamento produz um impacto emocional negativo em homens e mulheres.

Em relação ao **diagnóstico de infertilidade** do casal, este foi misto em 33,3%, apenas feminino em 20% e apenas masculino em 46,7% da amostra (Tabela 16). Neste estudo, 80% dos homens tiveram o diagnóstico de infertilidade e apenas 46,7% mulheres. Esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,0159$), evidenciando que nestes casais, o fator diagnóstico predominante é o masculino.

Segundo Menning (1988), 35% dos casos diagnosticados têm como causa predominante o fator feminino, 35% o masculino, 20% misto e 10% são atribuídos a fatores inexplicados. Este estudo tem seus dados corroborados por Rowe et al.,

(1998); Glina, Martins e Fragoso (no prelo), que relatam que o fator masculino é a primeira causa em 1/3 dos casais inférteis e associa-se ao fator feminino em 20%. Assim, o fator masculino representa 50% das causas da infertilidade conjugal, o que está de acordo com os resultados deste estudo, onde foi diagnosticado o fator masculino em 46,7% do sujeitos desta amostra (Gráfico 4).

Em relação aos **fatores de diagnóstico masculinos e femininos**, não se encontrou nenhum predominante (Tabela 17). Quanto à **forma de coleta dos espermatozóides**, 76,7% dos homens, utilizaram a masturbação, 16,7% a punção e 6,7% a biópsia testicular (Gráfico 5). Os pacientes que fizeram a coleta dos espermatozóides através de punção ou biópsia apresentaram valores na escala STAI-TRAIT Frequência e Intensidade e STAI-STATE Frequência e Intensidade, semelhante aos que fizeram a coleta através da masturbação, o que significa que nestes grupos, o nível de ansiedade não variou na frequência e tampouco na intensidade (Tabela 33).

Conforme os resultados, em relação às Escala de Ansiedade, os sujeitos foram separados quanto ao sexo, portanto, comparou-se o grupo dos homens e o das mulheres.

Com relação a Escalas de **STAI-TRAIT - Frequência e Intensidade**, as mulheres apresentaram um grau de ansiedade maior que os homens e, em relação a **STAI-STATE Frequência e Intensidade**, a ansiedade foi semelhante em ambos os grupos (Tabelas 18, 19, 20, 21). Isto significa que nesta amostra, as mulheres têm

como característica, um traço de ansiedade maior, o que é corroborado pelos estudos de Newton, Hearn e Yuspe (1990); Wright et al., (1991); Newton et al., (1992); Domar e Seibel (1996); Slade, Emery e Lieberman (1997). O traço de ansiedade, que são as diferenças individuais relativamente estáveis em propensão a ansiedade, mostra que as mulheres deste estudo são mais ansiosas que os homens e têm uma tendência a reagir às situações com mais ansiedade.

Mas se as pessoas que diferem em STAI-TRAIT, mostrarão ou não diferenças em STAI-STATE, depende do grau em que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, e isso é grandemente influenciado por experiências passadas do indivíduo (Spielberger, Gorduch e Luchene, 1979).

Pode-se observar que, apesar dos homens desta amostra apresentarem, em média, o STAI-STATE semelhante ao grupo das mulheres, eles partem de um traço de ansiedade significativamente menor, indicando que, para os homens no momento anterior a coleta dos espermatozóides houve um maior acréscimo de ansiedade, considerando o seu traço naturalmente menos ansioso (Gráfico 6).

Na **escala STAI-TRAIT Freqüência**, (Tabela 22), as questões que os sujeitos assinalaram como **“freqüentemente”** e **“quase sempre”**, sendo portanto as mais produtoras de ansiedade e que discriminaram as populações feminina e masculina, foram:

“Preocupo-me demais com coisas sem importância”, “Sinto-me seguro”, foram mais assinaladas pelas mulheres, o que, denota que as mulheres estão mais ansiosas, mas

sentem-se muito confiantes nesse momento. A questão, “Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça”, não foi assinalada nessa frequência por nenhum homem, evidenciando a elaboração cognitiva para “conseguirem” mostrar-se fortes e com domínio da situação.

Ainda na Tabela 22, **STAI-TRAIT Frequência**, pode-se observar que as questões: “Sinto-me descansado”, teve uma representação de 66,7% dos sujeitos; “Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo” teve 35% e “Fico tenso e preocupado quando penso em meus problemas do momento”, 26,7%. Nenhum sujeito assinalou com alta frequência a questão, “Sinto-me deprimido”, dados que estão de acordo com Boivin e Takefman (1995), que afirmam que nesta fase os pacientes não se sentem deprimidos, a depressão ocorre de 2 a 3 semanas após o fracasso da tentativa. É importante destacar que a perda de objeto, seja uma pessoa amada ou de uma condição desejada que produziria prazer ao sujeito, é um dos fatores centrais em todas as explicações sobre a depressão (Freud, 1917; Beck, 1972; Seligman, 1981). A ausência de intimidade ou proximidade afetiva é experimentada como um fracasso, como uma insuficiência em sua feminilidade. Os sentimentos de impotência e desamparo, a impossibilidade da realização do desejo, núcleo básico da vivência depressiva, deve ser entendida não somente na linha de derrota do sujeito na possibilidade de recuperação do objeto, como na falta de confiança na modificação da situação externa e, sobretudo, nos intensos sentimentos de culpa e responsabilidade que a mulher experimenta ante o que considera seu fracasso.

A questão “Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver”, não foi assinalada com alta frequência por nenhuma mulher e por apenas dois homens, o que sugere que os pacientes estão engajados no processo e se vêem como enfrentando a situação com esperanças, isso denota que a avaliação cognitiva está “colaborando” para um bom enfrentamento do stress nesse momento. Neste momento do processo, parece que a auto-estima e os traços que aparecem são os opostos aos da depressão (independência, segurança na ação e na tomada de decisões, firmeza e agressividade suficientes para se impor, confiança em si mesmo e autovalorização), ajudando-os a enfrentar a situação e a afastar qualquer sentimento que possa “atrapalhar” na conquista do desejo do filho. Isso é corroborado na questão “Tenho vontade de chorar”, que foi assinalada com alta frequência somente por 8,3% dos sujeitos, sendo que nenhum era homem, o que parece significar que além deles negarem seu sofrimento e suas emoções, a esperança é muito forte e eles estão ou se sentem mais próximos de atingir os seus objetivos. A questão “Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente”, só foi assinalada com alta frequência por apenas 5% dos sujeitos, o que sugere que os pacientes mergulham rapidamente no processo, não se sentindo nesse momento paralisados pela ansiedade.

Em relação à **Escala STAI-TRAIT Intensidade** (Tabela 26), o teste comparativo entre homens e mulheres mostrou que a questão “Deixo-me afetar muito pelas coisas”, não foi assinalada por nenhum homem com **alta intensidade** e foi mais intensamente sinalizada por 8,3% das mulheres, indicando que, ainda que mais afetadas pela situação do que os homens, buscam soluções através de um maior envolvimento. Os homens parecem relutar em discutir e mostrar sua ansiedade e

depressão à suas parceiras, o que pode levá-los a se sentir sem condições de ajudar, dados que estão de acordo com Lalos et al., (1985a); Domar e Seibel (1996), que afirmam que os homens parecem sentir uma necessidade de conter suas emoções, não apenas para manter o estoicismo esperado por eles, mas também em virtude do senso de responsabilidade de ser o parceiro estável do relacionamento.

Em relação à **Escala de STAI-TRAIT Intensidade** (Tabela 27) e teste comparativo entre homens e mulheres as questões “Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente” e “Tenho vontade de chorar”, foi assinalada com **menor intensidade** pelos homens, ou seja, 93,3% dos homens sentem pouca vontade de chorar e com pouca intensidade, 66,7% das mulheres também sentem pouca vontade de chorar, porém com mais intensidade do que os homens, isto sugere que os homens tendem a reprimir seus sentimentos negando-os ou ignorando-os, precisando mostrar-se forte para suas parceiras, o que está de acordo com, McGrade e Tolor (1981); Reading, Sledmere e Cox (1982); Lalos et al.,(1985b). A questão “Sinto-me deprimido”, também foi assinalada com pouca intensidade, igual para homens e mulheres, o que é bastante coerente com esta etapa do processo de reprodução assistida. A questão “Não tenho confiança em mim mesmo” aparece praticamente igual entre homens e mulheres como as menos assinaladas, demonstrando que, nesta fase existe a confiança com relação ao envolvimento e ao sucesso da tentativa. “Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver”, igualmente assinalada por homens e mulheres, como a questão de menor intensidade, mostrando que durante o tratamento, sentem-se “resolvendo” o problema. Isto mostra os esforços cognitivos e comportamentais de

enfrentamento do stress e evidencia também o paradoxo em que se encontram esses casais no processo de reprodução assistida.

Isso é muito coerente com o momento vivenciado nesta etapa, onde os esforços para obter o filho “tomam o lugar” dos conflitos emocionais. Estes são e “devem” ser ignorados por medo que atrapalhem essa “pseudo-possibilidade” e o estilo de evitamento das questões emocionais caracteriza esta amostra, o que é corroborado por Chávez (1993), ao relatar que tudo que, na fantasia ou na realidade, possa por em risco a necessidade de ter um filho, passa a ser evitado.

Segundo Seibel (1996); Greenfeld et al.,(1997) apesar do stress emocional experimentado pelos casais na visita inicial e durante o processo, eles normalmente são bastante resistentes à terapia, devido ao seu otimismo de que, por fim, ao longo do tempo, seu problema será resolvido. A maioria dos casais resiste à terapia, baseados no sentimento de que podem “cuidar disso eles mesmos”. A razão mais provável, contudo, é o desejo de um ou ambos os parceiros de não desistir, porque a realidade é muito dolorosa para aceitar, estando repleta de ambigüidades e conflitos que podem “dificultar a força e a canalização das energias necessárias para passar por esse processo longo e penoso de todos os pontos de vista”. Os esforços de enfrentamento mascaram respostas de ansiedade, revelando a presença do stress no processo, dados que são corroborados por este estudo .

Na escala **STAI-STATE Freqüência** comparando (Tabela 23), o grupo de homens e de mulheres, a questão “Sinto-me seguro” foi mais assinalada como **“freqüentemente”** e **“quase sempre”** pelas mulheres, o que significa que elas

sentem-se mais seguras que os homens, talvez pelo maior envolvimento e engajamento frente ao processo e a iniciação de buscar uma solução para o problema.

Os sujeitos tendem a sentir-se bem nesse momento, acreditando na possibilidade da gravidez e “tentando” mostrar-se calmos e seguros nesse ponto do processo o que é evidenciado pelas respostas às questões: “Sinto-me em casa” 66,7%, “Sinto-me descansado” 63,3% “Sinto-me calmo” 58,3% , “Sinto-me descontraído” 56,7%. A questão “Sinto-me ansioso” foi assinalada com alta frequência por 48,3%, significando que ainda que o momento que antecede a coleta seja repleto de esperanças, a ansiedade está presente.

A questão menos assinalada como tendo alta frequência foi “Estou arrependido”, “Sinto-me uma pilha de nervos”, “Sinto-me super excitado e confuso” e “Sinto-me perturbado”, significando que os homens e as mulheres estão igualmente motivados nesta etapa do processo e “avaliam-se” como tendo um controle emocional da situação.

Em relação à Escala de **STAI-STATE Intensidade** (Tabela 24) e teste comparativo entre homens e mulheres, mostrou neste estudo que a questão que apresentou o maior número de pacientes que assinalaram com **alta intensidade** foi “Sinto-me ansioso”, significando que aqueles pacientes que sentiram ansiedade, sentiram-na com alta intensidade. Isso mostra que, comparando-se frequência e intensidade, são poucos os que se sentem ansiosos, mas os que sentem, sentem-se muito ansiosos; muito descansados, muito preocupados, os que se sentem em casa

sentem-se muito em casa. Na questão “Sinto-me satisfeito”, nenhum homem assinalou esta questão com alta intensidade

Em relação à Escala **STAI-STATE Intensidade** (Tabela 25), a questão na qual a maioria dos pacientes fez **baixa pontuação** foi “Estou arrependido” (96,7%), e significa, conforme Leiblum, Kemmann e Lane (1987), e corroborado por este estudo, que este é um momento que os pacientes mantêm grandes esperanças de atingir seus objetivos, como já evidenciado. Este estudo mostra ainda que “Sinto-me uma pilha de nervos” (93,3%) também foi assinalada com fraca intensidade, 86,7% não se sentem perturbados, nem superexcitados e confusos, 73,3% não se sentem agitados.

A média e o desvio-padrão dos valores obtidos através do **STAI-TRAIT Frequência e Intensidade**, não mostrou associação quando comparados com a idade, o grau de escolaridade, o tempo de casado, o tempo de infertilidade, as tentativas anteriores e o diagnóstico de infertilidade. Houve diferença apenas entre a renda do grupo dos homens e o das mulheres (Tabela 28), o grupo que ganha mais de 20 salários mínimos obteve uma média menor em relação ao STAI-TRAIT, o que sugere que não sentir grandes dificuldades financeiras parece aliviar a ansiedade frente ao processo que envolve entre outros fatores, altos custos financeiros.

Para o **STAI-STATE**, os resultados são análogos para **frequência e intensidade**, em relação a essas variáveis.

Em relação ao nível de stress medido pelo **SCOPE-STRESS**, não houve diferença significativa entre os escores médios dos sujeitos do sexo masculino e os do feminino (Tabela 36).

Os homens apresentaram médias dos fatores Aspirações Econômicas (“Sempre penso em como poderia ganhar mais dinheiro” e “Tenho objetivos econômicos elevados”) e Espírito Competitivo (“Para mim é importante que eu pertença à classe dos (as) melhores e mais bem sucedidos (as)” e “Ter sucesso é a coisa mais importante da minha vida”) significativamente maiores que as mulheres que, por sua vez, apresentaram média do fator Somatização (“Aborrecimentos me causam dores no corpo” e “Sinto no corpo um mal estar generalizado”) maior. Não houve diferença estatística entre os homens e as mulheres quanto às médias dos demais fatores (Tabela 37).

O fator Intensificação de Esforços (“Minha vida sempre me custou esforços intensos” e “O que consigo na vida, consigo-o com muito sofrimento”), Perda de Controle (“Não tenho na vida mais nenhuma tarefa a cumprir” e “Não tenho nenhuma influência sobre o percurso da minha vida”) e Laconismo (“Normalmente falo pouco” e “Não gosto de falar, prefiro ouvir”), estão entre os fatores mais assinalados em média, indicando que alguns pacientes podem esconder seus sentimentos por estarem conscientes e temerosos de serem criticados ou entendidos como emocionalmente perturbados. As mulheres “permitem-se” mostrar as suas dificuldades emocionais em relação às questões físicas, isso explica a sua maior pontuação em relação as somatizações.

As mulheres percebem mais sua infertilidade como uma ameaça à sua identidade, os homens a percebem como uma ameaça ao relacionamento. Se eles se sentem entendidos pela sua mulher, tendem a não falar tanto disso para os amigos e grupos sociais; sentem-se mais fortes e parecem não expressar seus sentimentos verdadeiros, voltam-se mais ao trabalho, às questões financeiras; e o espírito competitivo mostra que os mais fortes vencem e com isso sentem que adquirem mais “força”. Esses mecanismos psicológicos, parecem ajudar a lidar com questões que geram culpa, sentimentos de incompetência e impotência em dar a suas parceiras o filho tão desejado. Como as mulheres parecem passar por mais desconforto em relação ao tratamento, eles “precisam” mostrar-se “fortes”, companheiros e dar ou ser o apoio do casal, dados de acordo com Lalos et al., (1985a); Domar e Seibel (1996).

Em relação ao fator Interesse Sexual (“Busco ocupações para evitar sexo”, “Sinto desinteresse por sexo”, “Utilizo fantasias para sentir desejo sexual”, “Sinto ansiedade ao pensar na relação sexual”, “Sinto aversão ao pensar na relação sexual”) foram os itens com menor média de nível de stress pontuados pelos casais deste estudo. Estes dados estão de acordo com diversos autores, que mostraram que a satisfação sexual e conjugal é tão alta nos indivíduos inférteis (Adler e Boxley, 1985; Link e Darling, 1986; Raval et al., 1987; Dennerstein e Morse, 1988; Downey et al., 1989; Berg e Wilson, 1991), ou mais alta (Callan, 1987; Cook et al., 1989; Downey e McKinney, 1992), do que os indivíduos férteis, porém a maioria dos estudos que avaliaram a satisfação sexual e conceitos relacionados, encontraram poucas

diferenças entre os indivíduos inférteis e outros (Freeman, Garcia e Rickels, 1983; Raval et al., 1987; Daniluk, 1988; Kedem et al., 1990; Downey e McKinney, 1992).

Estes casais parecem não falar do decréscimo da libido para não aumentar aos conflitos e a ansiedade do momento. A intimidade fica fortalecida e eles acabam deixando de lado a questão sexual, pelo menos nessas etapas do tratamento. A disfunção sexual ou a falta de desejo passa a ser vista como um dever da infertilidade, vendo a vida sexual como uma etapa do processo da reprodução, portanto não “podem” acrescentar mais uma angústia ao “pensar” sobre isso (os casais fogem desse enfrentamento) nessa etapa. Após os fracassos, isso vêm à tona, acham natural o decréscimo e não entram em contato com essa questão, dados que estão de acordo com Newton, Hearn e Yuspe (1990).

O **SCOPE-STRESS** não mostrou evidência de associação em relação aos dados demográficos como idade, grau de escolaridade, renda mensal, tempo de casado, tempo de infertilidade, tentativas anteriores e diagnóstico de infertilidade (Tabela 38).

Em relação à forma de coleta dos espermatozóides, encontrou-se que o nível de stress medido pelo **SCOPE-STRESS** para os pacientes que utilizaram a masturbação, foi mais alto em relação aos que utilizaram como forma de coleta a punção ou a biópsia (Tabela 39). Pode-se concluir que na punção ou biópsia o comportamento do paciente é “passivo” diante da situação e a masturbação exige além da concentração, uma série de esforços emocionais e cognitivos de adaptação e, por conseguinte, cumprir esse objetivo. É importante ressaltar que a socialização traz

consigo uma serie de papéis a serem desempenhados pelos homens e pelas mulheres e os modelos que se deveria esperar de cada um. Nesse momento específico, pode-se pensar no fato de que os homens devem desempenhar bem o seu papel de provedor, potente e viril, amparando sua parceira, e obviamente isso se subordinaria ao comportamento de masturbação acrescentando o nível de stress, fato associado ao temor dos homens de serem cobrados e responsabilizados por “mais uma falha”.

Os fatores sexo e **STAI-TRAIT Freqüência** mostraram-se significativamente associados ao nível de stress medido pelo **SCOPE-STRESS**. Os dados mostraram que o nível de stress de um homem é maior que o de uma mulher, se ambos tiverem os mesmos níveis de **STAI-TRAIT Freqüência** (Gráfico 7). Dentre os sujeitos com baixo grau de ansiedade, o nível de stress é em média, maior que o das mulheres, porém nos sujeitos com alto grau de ansiedade, o nível de stress dos homens é muito maior.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados permitiu concluir que os casais submetidos à reprodução assistida não evidenciaram diferenças quanto à norma nos escores de ansiedade e níveis de stress.

O tempo de infertilidade também não mostrou correlação entre os pacientes que estavam na primeira tentativa e os que não estavam. Quanto ao tempo de casado, também não houve diferença significativa entre os casais que estavam na primeira tentativa de fertilização e o grupo que já havia feito uma ou mais tentativas. Durante o período em que os casais estão envolvidos no processo de reprodução assistida, parece não haver indicação de danos em seus relacionamentos sexual e conjugal, porém existem evidências (Edelman, Connolly e Bartlett, 1994), que após inúmeros fracassos e o fim das tentativas, essas diferenças apareçam, gerando um aumento de depressão, ansiedade e stress, bem como parece bastante provável que surjam conflitos em seu relacionamento sexual e conjugal.

Aguardar o teste de gravidez foi o momento de tensão emocional mais sinalizado, tanto na tentativa atual, quanto nas tentativas anteriores. O dia da coleta dos espermatozóides, bem como o dia da coleta dos óvulos, foram significativamente mais assinalados pelos homens e as mulheres, respectivamente.

Em relação à escala de ansiedade STAI-TRAIT Frequência e Intensidade, as mulheres apresentaram um grau de ansiedade maior que os homens e, em relação a STAI-STATE Frequência e Intensidade, a ansiedade foi semelhante para ambos os grupos.

Os dados obtidos neste estudo, mostraram que os casais inférteis são psicologicamente bem ajustados, porém é possível que apenas os casais mais bem ajustados procurem ajuda médica para conseguir uma gravidez; por outro lado, um relacionamento vulnerável pode não resistir às investigações e aos diagnósticos médicos e os casais acabem desistindo da ajuda médica. Este postulado de auto-seleção merece investigações futuras.

Os homens e as mulheres no tratamento da reprodução assistida, reportaram níveis similares de stress e ansiedade. Considerando-se outras variáveis como o ajustamento conjugal, a satisfação sexual, os homens e as mulheres nesta amostra foram equiparáveis em seus níveis de funcionamento. Talvez seja importante considerar que enquanto a experiência ou o contexto da infertilidade poderiam ser completamente diferentes para homens e mulheres, os níveis de stress podem ser totalmente equiparáveis.

Mahlstedt (1985) percebe as diferenças de gênero nas seguintes linhas:

“Alguns homens não sentem a necessidade de ter filhos tão intensamente quanto algumas mulheres, os garotos não crescem pensando em si mesmos, principalmente

como pais. A perda da mulher em não engravidar não é experienciada pelos homens, entretanto, a percepção de que o marido não é tão stressado também poderia ser imprecisa, talvez ele simplesmente não expresse seus sentimentos tão abertamente e tão freqüentemente, ou tão intensamente quanto suas esposas” (p.339).

A condição social conferida pela infertilidade e o que é esperado do homem que vive situações stressantes limitam o contato que ele faz com os próprios sentimentos e tem uma influência adversa na habilidade de lidar com o impacto da infertilidade. Sabe-se que quanto maior o conhecimento da infertilidade, mais questões psicológicas aparecem, porém raramente os casais procuram ajuda para os aspectos emocionais e, agravado pelas questões culturais, os homens e as mulheres vêm aos consultórios médicos de forma semelhante, sofrendo estoicamente, mostrando-se fortes, otimistas e indiferentes aos aspectos emocionais.

Um estudo de Weaver et al., (1997) mostrou que as mulheres cujos maridos se recusaram a participar da pesquisa, tiveram um escore maior de stress que as mulheres cujos maridos participaram, portanto parece que nesse momento do processo os casais se unem, existindo uma contra-tendência na infertilidade em “aproximar os casais” para diminuir o stress da situação, diminuindo a possibilidade de críticas por parte do parceiro, familiares e médicos, e não deixam “espaço” para o aparecimento das questões pessoais e inconscientes, o que serve como um mecanismo de defesa para aumentar suas forças e tentar canalizar a energia para uma só meta – o tratamento médico.

É oportuno lembrar que a hipótese “psicogênica” que alguns profissionais utilizam em relação aos aspectos emocionais, quando dizem “... relaxe, tire umas férias, que você conseguirá engravidar!”, costuma causar um sentimento de culpa na pessoa, fazendo com que ela se sinta responsável psicologicamente por sua falha em engravidar e acaba, com isso, evitando profissionais da área de saúde mental, temendo ouvir esse tipo de afirmação. É crítico explicar aos pacientes que uma indicação para um profissional de saúde mental, não significa o término dos cuidados médicos: as razões para uma indicação deveriam ser esclarecidas. Os pacientes são frequentemente resistentes, por causa de compromissos adicionais, para os quais eles devem faltar no trabalho, os custos adicionais ou a perda adicional de controle, percebida sobre suas mentes, bem como sobre seus corpos.

Neste estudo e, de acordo com Mazure, De L’aune e Cherney (1988); Dunkel-Schetter e Lobel (1991), não se encontrou diferença nos escores dos indivíduos inférteis em relação à população em geral e a maioria das médias de stress não distingue os indivíduos inférteis dos outros. Pode-se, portanto, afirmar que esse grupo parece ter uma tendência a responder de forma socialmente aceitável aos questionários .

A reprodução assistida aparece como uma alternativa repleta de grandes chances, sendo que nesse momento, não há “espaço” para lidar também com mais uma crise emocional e os esforços se concentram nas questões médicas.

Como sugestão e devido à já analisada necessidade de lidar com os aspectos emocionais, seria interessante que o profissional da área da saúde mental fosse

inserido no processo desde o início, para que não fosse visto como mais um tratamento, mais desgaste financeiro e de energia psíquica, pois fazendo parte inerente ao processo e incluído desde as consultas iniciais, provavelmente os casais se sentiriam fortalecidos e ganhariam maiores chances de sucesso no tratamento de reprodução assistida.

Pode-se afirmar que, como os homens se colocam na posição de prover ajuda financeira e emocional e não expressam sua ansiedade e dificuldades, quando eles conseguem expor suas emoções, seu grau de stress é maior do que o das mulheres e, ao se constatar que, nesta amostra 80% dos homens tiveram diagnóstico de infertilidade, ter-se-ia evidências de que o stress pode ter influências na espermatogênese.

Os homens parecem ser mais capazes de reprimir os problemas da fertilidade, visto que não têm períodos menstruais que servem como lembranças da “falha” e não experienciam um declínio da fertilidade relacionado à idade. As mulheres estão mais envolvidas, mesmo nos casos onde o fator masculino predomina; entretanto alguns fatores podem tornar o processo de tratamento difícil para os homens, eles podem se sentir excluídos do processo de tratamento, devido ao grande envolvimento da mulher, bem como expressar “menos” suas próprias reações de stress e parecem sentir uma pressão de desempenhar bem um papel de apoio para suas parceiras.

Sabe-se que uma das causas do stress é a decepção com os outros ou com si mesmo. Se os pacientes, ao invés de fugirem das sensações e sentimentos, utilizassem suas capacidades para tentar aprender com elas e assim buscar outra

forma de lidar reconhecendo as situações insatisfatórias, provavelmente a reprodução assistida teria êxitos ainda maiores.

ANEXOS

ANEXO A

**CARTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL
ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE**

ANEXO A

CARTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL ISRAELITA
ALBERT EINSTEIN – HIAE INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ALBERT EINSTEIN

São Paulo, 04 de novembro de 1999.

Ilma. Sra.
Prof. Liliana Seger Jacob**Ref: PP 845/99**

Prezada Senhora:

Informamos que o Protocolo de Pesquisa **"FATOR DE STRESS E ANSIEDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A FERTILIZAÇÃO ASSISTIDA"** recebeu parecer **APROVADO *ad referendum*** do Comitê Técnico Científico e da Comissão de Ética em Pesquisa Médica.

Informamos que V.Sa. deverá apresentar ao Instituto de Ensino e Pesquisa até **04 de maio de 2000**, o relatório de andamento deste projeto.

Conforme sugestão dos consultores seria desejável marcar uma entrevista com Dra. Angela Haddad e Maria Alice Novaes (departamento de Psicologia do HIAE).

Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos no telefone (011) 3747 1338.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Ana Maria Malik
Superintendente
Instituto de Ensino e Pesquisa**CC. Dr. Sidney Glina**

Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein
Av. Albert Einstein, 627 – Morumbi – São Paulo – SP – 05651-901 – Brasil
Tel: (55 – 11) 3747 1338 Fax: (55 – 11) 3747 1334
Internet: www.einstein.br

e-mail: iep@einstein.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO****PREZADO PARTICIPANTE**

Agradecemos a sua participação voluntária nesse estudo que tem como objetivo a identificação dos *Fatores de Stress e Ansiedade em Pacientes Submetidos a um Processo de Fertilização Assistida*. É uma pesquisa vinculada à tese de doutorado em Psicologia Social que estou desenvolvendo na Universidade de São Paulo sob a orientação do Prof. Dr. Esdras G. Vasconcellos e Dr. Sidney Glina.

O questionário que aqui lhe apresentamos contém questões sobre diversos fatores, os quais podem, porventura, estar presentes nesse momento da sua vida. Para respondê-lo é importante que você saiba:

- Não existem respostas certas ou erradas;
- É garantido o ANONIMATO aos respondentes;
- Responda as questões espontânea e tranquilamente sem refletir longamente;
- Não deixe nenhuma questão sem resposta;
- Em caso de dúvida opte pela resposta que mais se assemelha à sua opinião;
- Lembramos que o sucesso desta pesquisa depende de sua sinceridade.

MUITO OBRIGADO PELA ATENÇÃO,

Dr. Sidney Glina
Coordenador da Unidade de
Reprodução Humana do HIAE-Hospital Israelita
Albert Einstein

Dr. Esdras G. Vasconcellos
Prof. Dr. do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo/ USP
Depto. de Psicologia Social e do Trabalho

Profª Liliana Seger Jacob
Doutoranda do IPUSP
Depto. Psicologia Social e do Trabalho

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA REFERIDA ACIMA.

NOME

ASSINATURA

São Paulo, ____/____/1999.

ANEXO C

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

ANEXO C

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**Código de Pesquisa:** _____**IDADE:** _____**SEXO:** feminino () masculino ()**NACIONALIDADE:** _____ **NATURALIDADE:** _____**PROFISSÃO:** _____ **OCUPAÇÃO:** _____**RELIGIÃO:** _____ **Praticante:** () sim () não**GRAU DE INSTRUÇÃO:**

1º grau incompleto () 1º grau completo ()

2º grau incompleto () 2º grau completo ()

3º grau incompleto () 3º grau completo ()

RENDAMENTO MENSAL:

Entre 1 e 5 salários - mínimos ()

Entre 6 e 10 salários - mínimos ()

Entre 11 e 15 salários - mínimos ()

Entre 16 e 20 salários - mínimos ()

Mais de 21 salários - mínimos ()

ESTADO CIVIL:

solteiro () casado () separado () viúvo () outro ()

TEMPO DE CASADO NA RELAÇÃO ATUAL:

0 -1 ano () 2 - 5 anos () 6 - 9 anos () mais de 10 anos ()

TEMPO DE INFERTILIDADE: _____ anos.**A RELAÇÃO ATUAL É:**

	SEU	DELE(A)
1º casamento	()	()
2º casamento	()	()
3º casamento	()	()
além do 3º	()	()

TEM FILHOS NATURAIS:

a) em outros casamentos: sim () não ()

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

b) na relação atual: sim () não ()

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

TEM FILHOS ADOTIVOS:

a) em outros casamentos: sim () não ()

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

b) na relação atual: sim () não ()

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

PROFISSIONAIS IMPLICADOS NO SEU TRATAMENTO:

Ginecologista () Urologista ()

Psicólogo () Clínico Geral ()

Outros: _____

QUANTAS TENTATIVAS ANTERIORES DE FERTILIZAÇÃO?

() nenhuma () 3

() 1 () 4

() 2 () 5

() outras _____

EM OUTRAS TENTATIVAS QUAL O MOMENTO EM QUE VOCÊ SENTIU MAIS TENSÃO?

() no início do tratamento

() ao iniciar a medicação

() durante as ultra-sonografias

() na última injeção após as avaliações

() dia da coleta dos óvulos

() dia da coleta de espermatozóides

() colocação dos embriões

() aguardar o resultado final

NESTA TENTATIVA QUAL O MOMENTO EM QUE VOCÊ SENTIU MAIS TENSÃO?

- ☐ no início do tratamento
- ☐ ao iniciar a medicação
- ☐ durante as ultra-sonografias
- ☐ na última injeção após as avaliações
- ☐ dia da coleta dos óvulos
- ☐ dia da coleta de espermatozóides
- ☐ colocação dos embriões
- ☐ aguardar o resultado final

ANEXO D

QUESTIONÁRIO SÓCIO- ECONOMICO-CUTURAL

ANEXO D

QUESTIONÁRIO SÓCIO- ECONOMICO-CUTURAL

Com relação à ocupação profissional o **Grupo I**, segundo o Questionário Sócio-Econômico-Cultural, inclui: banqueiro, deputado, senador, diplomata, capitalista, alto posto militar como general e marechal, alto cargo de chefia ou gerencia em grande organização, alto posto administrativo no serviço publico, pecuarista, grande industrial, grande proprietário rural com mais de 2000 alqueires, outras ocupações com características semelhantes. **Grupo II:** profissional liberal de nível universitário como médico, engenheiro, arquiteto, advogado, dentista, etc; cargo técnico como pesquisador, químico-industrial, professor universitário, jornalista ou outra ocupação de nível superior, cargo de chefia ou gerencia em empresa comercial ou industrial de porte médio, posto militar de tenente, capitão, major, coronel, grande comerciante, dono de propriedade rural com 200 a 2000 alqueires; outras ocupações com características semelhantes. **Grupo III:** bancário, oficial de justiça, professor primário e secundário, despachante, representante comercial, auxiliar administrativo, auxiliar de escritório ou outra ocupação que exija curso 1º grau (ginasial) completo (Inclui funcionário público com esse nível de instrução e exercendo atividades semelhantes). Posto militar de sargento, sub-tenente e equivalentes; pequeno industrial, comerciante médio, proprietário rural com 20 a 200 alqueires; outras ocupações com características semelhantes. **Grupo IV:** Datilógrafo, telefonista, contínuo, recepcionista, motorista (empregado), cozinheiro e garçom de restaurante, costureiro, operário qualificado (que tem um mínimo de aprendizado profissional, como mecânico, metalúrgico, comerciário, balconista, empregado de loja ou estabelecimento comercial de grande porte, funcionário público no exercício de atividades semelhantes. Posto militar de soldado, cabo e equivalentes; pequeno comerciante, sitiante, pequeno proprietário rural (até

20 alqueires); outras ocupações com características semelhantes. **Grupo V:** Operário (não qualificado), servente, carregador, empregado doméstico, pedreiro, garçom de bar, lavrador ou agricultor (assalariado), meeiro, caixeiro de armazém ou de outro pequeno estabelecimento comercial varejista, quitandeiro, mercearia, loja de ferragens), outras ocupações com características semelhantes.

ANEXO E

AVALIAÇÃO MÉDICA DA INFERTILIDADE

ANEXO E**AVALIAÇÃO MÉDICA DA INFERTILIDADE**

Código de Pesquisa: _____

IDADE: _____

SEXO: Feminino () Masculino ()

DISTRIBUIÇÃO DA INFERTILIDADE DO CASAL COM FATOR:

() fator masculino

() fator feminino

() fator misto

() inexplicado

() desconhecido

ASSINALAR O DIAGNÓSTICO:

Fatores femininos:		
1.	Problemas tubários	
2.	Problemas de ovulação	
3.	Problemas de útero e cervix	
4.	Problemas endócrinos	
5.	Endometriose	

Fatores masculinos:		
1.	Azoospermia–obstrutiva	
2.	Azoospermia não-obstrutiva	
3.	Oligozoospermia	
4.	Oligo-astenozoospermia	
5.	Oligo-asteno-terozoospermia	
6.	Teratozoospermia	
7.	Astenozoospermia	

Forma de Coleta dos Espermatozóides:

() masturbação

() punção epididimária

() punção testicular

() biópsia testicular

ANEXO F

STAI-STATE

07	Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4	
08	Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4	
09	Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4	
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4	
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4	
12	Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4	
13	Estou agitado (a)	1	2	3	4	
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4	
15	Estou descontraído (a)	1	2	3	4	
16	Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4	
17	Estou preocupado (a)	1	2	3	4	
18	Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4	
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4	
20	Sinto-me bem	1	2	3	4	

STAI-TRAIT

ANEXO G**STAI-TRAIT**

Leia cada pergunta e faça um “X” no número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Para responder à **FREQÜÊNCIA** utilize a escala

QUASE NUNCA = 1; ÀS VEZES = 2; FREQUENTEMENTE = 3; QUASE SEMPRE = 4.

Para responder sobre **INTENSIDADE** média, em cada uma dessas afirmações, assinale um X num ponto da linha ao lado.

Observe o gráfico à direita que indica o sentido crescente e decrescente.

QUASE NUNCA = 1

ÀS VEZES = 2

FREQUENTEMENTE = 3

QUASE SEMPRE = 4

N. o		CONCORDO				INTENSIDADE
		1	2	3	4	
01	Sinto-me bem					
02	Canso-me facilmente					
03	Tenho vontade de chorar					
04	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser					
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente					
06	Sinto-me descansado (a)					
07	Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)					

08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4	
09	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4	
10	Sou feliz	1	2	3	4	
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4	
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4	
13	Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4	
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4	
15	Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4	
16	Estou satisfeito (a)	1	2	3	4	
17	Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4	
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4	
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4	
20	Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4	

ANEXO H

SCOPE-STRESS

ANEXO H

SCOPE-STRESS

<p>Faça um X no número à direita, que melhor exprimir sua concordância com as afirmações abaixo e, conseqüentemente, com a sua vida e pessoa, utilizando a escala:</p>			
Não = 0	Um pouco = 1	Bastante = 2	Totalmente = 3

		CONCORDO			
		0 Não	1 Um Pouco	2 Bas- tante	3 Total- mente
1	Fico muito tempo rolando na cama até pegar no sono				
2	Sobre pressão meu cérebro trabalha mais devagar que o normal				
3	Para mim é muito importante que eu pertença à classe dos (as) melhores e mais bem sucedidos (as)				
4	Minha vida sempre me custou esforços intensos				
5	Aborrecimentos me causam dores no corpo				
6	Busco ocupações para evitar sexo				
7	Os problemas são tantos que, às vezes, não vejo mais saídas				
8	Eu já me levanto cansado (a)				
9	Existem pessoas com as quais eu, simplesmente, não consigo evitar atritos				

10	Não tenho na vida mais nenhuma tarefa a cumprir				
11	Tenho dificuldades de encontrar tranquilidade interior				
12	Sinto desinteresse por sexo				
13	Não posso esperar mais muitas coisas boas para o futuro				
14	Minha nuca, meus ombros e costas estão sempre contraídos				
15	Sempre penso como poderia ganhar mais dinheiro				
16	Utilizo fantasias para sentir desejo sexual				
17	Não posso trabalhar adequadamente porque estou esgotado (a).				
18	Acordo freqüentemente durante a noite				
19	Quando as exigências são muitas minha capacidade de produção diminui				
20	Ter sucesso é a coisa mais importante da minha vida				
21	O que consigo na vida, consigo-o com muito sofrimento				
22	Sinto ansiedade ao pensar na relação sexual				
23	Sinto no corpo um mal estar generalizado				
24	Minhas preocupações nunca têm fim				
25	Mesmo muito tempo depois de ter levantado, sinto-me exausto (a)				

26	A presença de determinadas pessoas desperta em mim sentimentos agressivos				
27	Sinto aversão ao pensar na relação sexual				
28	Não tenho nenhuma influencia sobre o percurso da minha vida				
29	Encontro-me sempre sob pressão emocional				
30	Aquilo que ainda vai acontecer na minha vida me dá medo				
31	Mesmo quando estou descansado (a) meus músculos estão sempre tensos				
32	Há semanas em que não tenho nenhuma relação sexual				
33	Tenho objetivos econômicos elevados				
34	Só com grandes dificuldades é que consigo me concentrar no trabalho				
35	Para poder desenvolver-me pessoalmente, falta-me capacidade de expressão				
36	Tenho dificuldade de fazer contatos				
37	Tenho relação sexual mais que 2 vezes por semana				
38	Perco a fala quando alguém, de repente, se dirige a mim				
39	Fico inseguro (a) quando me perguntam a minha opinião				
40	Evito falar de problemas				
41	Difícilmente alguém me procura para conversar				
42	Tenho menos relações sexuais do que gostaria				

43	Geralmente o que eu digo não convence				
44	Acho festas algo desinteressante				
45	Não converso com ninguém sobre meus problemas				
46	Quando estou triste, não deixo ninguém notar minha tristeza				
47	Normalmente falo pouco				
48	Tenho dificuldades em alcançar o orgasmo				
49	Na profissão, ou mesmo em discussões, sempre me falta habilidade verbal				
50	Penso em outras coisas durante o ato sexual				
51	No contato com os outros sou uma pessoa sem vida				
52	Começo a gaguejar quando percebo que muitas pessoas estão me olhando				
53	Fico nervoso (a) e trêmulo (a) quando tenho que realizar algo importante				
54	Eu não consigo falar abertamente sobre o que sinto e penso				
55	Há fatores que me levam a evitar sexo com meu parceiro (a)				
56	Tenho ejaculação rapidamente				
57	Não sou reconhecido (a) e aceito (a) pela sociedade				
58	Em discussões, penso freqüentemente: "O que eu poderia dizer agora?"				
59	Em casa é onde me sinto melhor				

60	Não gosto de conversar sobre mim				
61	Tenho dificuldades de dizer o que gosto na relação sexual				
62	Quando sinto algo por alguém guardo este sentimento para mim				
63	Não consigo modificar nosso estilo sexual				
64	Não gosto de falar, prefiro ouvir				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARONSON, H.G.; GLIENKE, C.F. A study of the incidence of pregnancy following adoption. *Fertility and Sterility*, v.14, p.547-53, 1963.
- ABBEY, A.; HALMAN, L.J.; ANDREWS, F.M. Psychological treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, v.57, p.122-8, 1992.
- ABSE, D.W. Psychiatric aspects of human male infertility. *Fertility and Sterility*, v.17, p.133-37, 1966.
- ADLER, J.D.; BOXLEY, R.L. The psychological reactions to infertility: sex roles and coping styles. *Sex Roles*, v.12, p. 271-79, 1985.
- ALLISON, J.R. Roles and role conflict of woman in infertile couples. *Psychological of Women Quarterly*, v.4, p.97-113, 1979.
- AMORIM, M.H.C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama.** Rio de Janeiro, 1998. 184 p. Tese (Doutorado).Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ANDREWS, F.M.; ABBEY, A.; HALMAN, L.J. Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, v.57, p.1247-252, 1992.

- APPLETON, T. The distress of infertility: impressions from 15 years of infertility counseling. In: *A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction The Bourn may guide to clinical and laboratiru practice*. N.York. Partenón. Publishing Group, Inc. 2nd ed. 1999, p.401-6.
- ASTOR, J.; PAWSON, M. The value of psychometric testing in the investigation of infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, v.5, p.107-11, 1986.
- BARAM, D.; TOURTELOT, E.; MUECHLER, E.; HUANG, K.E. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, v.9, n.4, p. 181-90, 1988.
- BECK, A.T. *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia, Pennsylvania University Press, 1972.
- BECKER, G. *Healing the Infertile Family*. N.York, Bantam Books, 1990.
- BECKER, G.; NACHTIGALL, R.D. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: The case of Infertility. *Social Science and Medicine*, v.32, n.8, p.875-85, 1991.
- BECKER, G.; NACHTIGALL, R.D. Born to be a Mother: The Cultural Construction of Risk in infertility in the US. *Social Science and Medicine*, v.39, n.4, p.507-18, 1994.
- BECKER, G. Metaphors in disrupted lives: Infertility and cultural constructions of continuity. *Medicine Anthropology Quarterly*, v.8, p.383-410, 1994.
- BELL, J.S. Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, v.25, p.1-3, 1981.

BERG, B.J.; WILSON, J.F. Psychiatric morbidity in the infertility population: a reconceptualization. *Fertility and Sterility*, v.53, n.4, p.654-61, 1990.

BERG, B.J.; WILSON, J.F. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavior Medicine*, v.14, p.11-26, 1991.

BERG, B.J.; WILSON, J.F.; WEINGARTNER, P.J. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science and Medicine*, v. 33, n.9, p.1071-80, 1991.

BERGER, D.M. Infertility: A psychiatrist's perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*; v.25, p.553-69, 1980.

BERSNSTEIN, J.; POTTS, N.; MATTOX, J. Assessment of psychologic dysfunction associated with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursing*, v.14, p.63-6, 1985.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALICIO, L. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE*. Manual, Rio de Janeiro, Ed.CEPA, 1979.

BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility*, v.64, n.4, Oct, p.802-10, 1995.

BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E.; TULANDI, T.; BRENDER, W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertility and Sterility*, v.63, n.4, Apr, p.801-7, 1995.

BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E. The impact of the in-vitro fertilization embryo transfer process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction*, v.11, n.5, p.903-07, 1996.

BOIVIN, J.; SHOOG-SVANBERG, A., ANDERSON, L.; HJELMSTEDT, A.; BERGH, T.; COLLINS, A. Distress level in men undergoing intracytoplasmic sperm injection versus in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, v.13, n.5, May, p.1403-06, 1998.

BOIVIN, J.; ANDERSON, L.; SHOOG-SVANBERG, A., HJELMSTEDT, A.; COLLINS, A.; BERGH, T. Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, v.13, n.11, Nov., p.3262-67, 1998.

BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E.; BRENDER, W.; TULANDI, T. The effects of female sexual response in coitus on early reproductive processes. *Journal of Behavioral Medicine*, v.15, n.5, Oct., p.509-18, 1992.

BRAND, H.J.; ROOS, S.S.; VAN DER MERWE, A.B. Psychological stress and infertility. Part 1: Psychological reactions patterns. *British Journal of Medical Psychology*, v.55, p.379-84, 1982.

BRAND, H.J.; ROOS, S.S.; VAN DER MERWE, A.B. Psychological stress and infertility. Part 2: *British. Journal of Medical Psychology*, v.55, p.385-88, 1982.

CALLAN, V.J. The personal and marital adjustment of mothers and voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, v.49, p.847-56, 1987.

CALLAN, V.J.; KLOSKE, B.; KASHIMA, Y.; HENNESSEY, J.F. Toward understanding women's decisions to continue or stop in vitro fertilization: the role of social, psychological, and background factors. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, v.5, n.6, Dec., p.363-9, 1988.

CARLING, F. *And yet we are human*. London, Chatto and Windus, 1962.

- CHATEL, A. Conference d'Andrée Chatel. Sortir la maternité du laboratoire. Montreal. 1988. In: SILVA, M. M. A. *Tecnologias Reprodutivas: A Concepção de Novos Dilemas*. São Paulo, ECOS (Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana - ONG), 1991, p.34.
- CHÁVEZ, M.A.G. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1993.
- CONNOLLY, K.J.; EDELMANN, R.J.; COOKE, I.D. Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.5, p.49-57, 1987.
- CONNOLLY, K.J.; EDELMAN, R.J.; COOKE, I.D.; ROBSON, J. The Impact of Infertility on Psychological Functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, v.36, n.5, Jul., p.459-68, 1995.
- COOK, R., PARSONS, J., MASON, B.; GOLOMBOK, S. Emotional, marital and sexual problems in couples embarking upon AID and IVF treatment for infertility, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.7, p.87-93, 1989.
- DANILUK, J.C. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, v.49, n.6, Jun., p.982-90, 1988.
- DAVAJAN, V.; ISRAEL, R. Diagnosis and Medical Treatment of Infertility. In: STANTON, A.L.; DUNKEL-SCHETTER, C. *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*. N.York, Plenum Press, 1991, p.17.
- DENNERSTEIN, L.; MORSE, C. A review of psychological and social aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, v.9, p.159-70, 1988.

- DOMAR, A.D.; SEIBEL, M.M. The emotional aspects of infertility. In: SEIBEL M. M. (Ed.), *Infertility: A comprehensive text*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton – Lange, 1996, p.29-44.
- DOWNEY, J.; MCKINNEY, M. The Psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychological*, v.62, p.196-205, 1992.
- DOWNEY, J.; HUSAMI, N.; YINGLING, S.; JEWELEWICZ, R.; MCKINNEY, M.; MAIDMAN, J. Mood disorders, psychiatric symptoms and distress in women presenting infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, v.52, n.3, p.425-32, Sept, 1989.
- DUNKEL SCHETTER, C.; LOBEL, M. Psychological reactions to infertility. In: DUNKEL SCHETTER AND A.L. STANTON *Psychological Adjustment to infertility*. Ed.A.C, Plenum, N.York, 1991, p.29-57.
- EDELMANN, R.J. Emotional aspects of in vitro fertilization procedures: review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.8, p.161-73, 1990.
- EDELMANN, R.J.; CONNOLLY, K.J. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, v.59, p.209-19, 1986.
- EDELMANN, R.J.; CONNOLLY, K.J.; BARTLETT, H. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, v.38, n.4, p.355-64, 1994.
- EDELMANN, R.J.; GOLOMBOK, S. Stress and reproductive failure. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.7, n.2, p.79-86, Apr. Jun., 1989.
- EISNER, B.G. Some psychological differences between fertile and infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, v.19, p.391-95, 1963.

EUGSTER, A.; VINGERHOETS, A.J.M. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Journal of Social Science and Medicine*, v.48, n.5, mar., p.575-89, 1999.

FACCHINETTI, F.; MATTEO, M.L, ARTINI, G.P.; VOLPE, A.; GENAZZANI, A.R. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertility and Sterility*, v.67, n.2, Feb., p.309-14, 1997.

FARLEY, T.M.; BELSEY, F.H. The prevalence and etiology of infertility.1988 In: LASS, A. Investigation of the infertile couple for assisted conception: *A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction The Bourn may guide to clinical and laboratiru practice*. 2nd ed., N.York, Partenón, Publishing Group. Inc., 1999, p.13-26.

FOREST, L.; GILBERT, L.G. Infertility: an unanticipated and prolonger life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, v.14, p.42-9, 1992.

FREEMAN, E.W.; BOXER, A.S.; RICKELS, K.; TUREK, R.; MASTROIANNI, L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.3, p.43-8, 1985.

FREEMAN, E.W.; GARCIA, C.W.; RICKELS, K. Behavioural and emotional factors: comparisons of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. *Fertility and Sterility*, v.40, p.195-201, 1983.

FREEMAN, E.W.; RICKELS, K.; TAUSIG, J.; BOXER, A.; MASTROIANNI, L.; TURECK, R.W. Emotional and psychosocial factors in follow-up of women after IVF-ET treatment. *Acta Obstetrica et Gynaecology Scandinavica*, v.66, p.517-21, 1987.

FREUD, S. (1915[1917]) Duelo y melancolía.. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Trad. de Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981, Tomo II, p.2091-100.

GARCIA, C.; FREEMAN, E.W.; RICKELS, K.; WU, C.; SCHOLL, G.; GALLE, P.C.; BOXER, S. A Behavioral and emotional factors and treatment responses in a study of anovulatory infertile woman. *Fertility and Sterility*, v.44, p.478-83, 1985.

GARNER, C.; ARONOLD, E.; GRAY, H. The psychological impact of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, v.41, p.28-31, 1984.

GIBLIN, P.T.; POLAND, M.L.; MOGHISSI, K.S.; ANGER, J.W.; OLSON, J.M. Effects of stress and characteristic adaptability on semen quality in health men. *Fertility and Sterility*, v.49, p.127-32, 1988.

GLINA, S.; MARTINS, F.G.; FRAGOSO, J.B. Infertilidade Masculina. In: SEGRE, C. A. M. *Perinatologia Prática*. São Paulo, Ed. Sarvier [no prelo].

GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. N.J. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1963.

GREENFELD, D. Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v.14, n.4, Apr., p.186-8, 1997.

GREENFELD, D.; MAZURE, C.; HASELTINE, F.P.; DECHERNEY, A.N. The role of the social worker in the vitro fertilization program. *Social Work in Health Care*, v.10, p.71-9, 1997.

- GREIL, A.L. A secret stigma: the analogy between infertile and chronic illness and disability. In: *Advances in Medical Sociology*, v.2, ed G. Albrecht and J. Levy, JAI Press, Greenwich, C.T., 1991a, p.17-38.
- GREIL, A.L. *Not yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 1991b.
- GREIL, A.L. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, v.45, n.11, Dec., p.1679-704, 1997.
- GREIL, A.L.; LEITKO, T.A.; PORTER, K.L. Infertility: his and hers. *Gender and Society*, v.2, p.172-99, 1988.
- HARKNESS, C. *The Infertility Book: A Comprehensive Medical and Emotional Guide*, San Francisco, Volcano Press, 1987.
- HARRISON, K.L.; CALLAN, V.J.; HENNESSEY, J.F. Stress and semen quality in a in vitro fertilization program. *Fertility and Sterility*, v 48, p.633-37, 1987.
- HARRISON, R.F.; O'MOORE, R.R.; O'MOORE, A.M. Stress and Fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *International Journal of Fertility*, v.3, p.153-59, 1986.
- HARRISON, K.L.; CALLAN, V.J.; HENNESSEY, J.F. Stress and semen quality in a in vitro fertilization program. *Fertility and Sterility*, v.48, p.633-36, 1987.
- HENDERSHOT, G.E.; MOSHER, W.D.; PRATT, W.F. Infertility and age: An unresolved issue. *Family Planning Perspectives*, v.14, p.287-9, 1982.
- HYNES, G.J.; CALLAN, V.J.; TERRY, D.J.; GALLOIS, C. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *British Journal of Medical Psychology*, v.65, p.269-78, 1992.

JEKER, L.; MICIONI, G.; RUSPA, M.; ZEEB, M.; CAMPANA, A. Wish for a child and infertility: study on 116 couples. I. Interview and psychodynamic hypotheses. *International Journal of Fertility*, v.33, n.6, Nov-Dec., p.411-20, 1988.

JENSEN, M.P.; KAROLY, P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: TURK, D.C.; MELZACK, R. *Handbook of Pain Assessment*, 3rd. ed., New York, Guilford Press, 1992, p.135- 51.

KEDEM, P.; MIKULINCER, M.; NATHANSON, Y.E.; BARTOOV, B. Psychological aspects of male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, v.63, n.1, Mar., p.73-80, 1990.

KIPPER, D.A.; ZIGLER-SHANI, Z.; SERR, D.M.; INSLEER, V. Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: A methodological inquiry. *Journal of Psychosomatic Research*, v.21, p.363-69, 1977.

LALOS, A.; LALOS, O.; JACOBSSON, L.; VONSCHOULTZ, B.A. Psychological reactions to the medical investigations and surgical treatment of infertility. *Gynaecology Obstetrics Investigation*, v.20, p.209-15, 1985a.

LALOS, A.; LALOS, O.; JACOBSSON, L.; VONSCHOULTZ, B.A. Psychosocial characterization of infertile couples before surgical treatment of the female. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, v.4, p.83-9, 1985b.

LALOS, A.; LALOS, O.; JACOBSSON, L.; VONSCHOULTZ, B.A. The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica et Gynaecology Scandinavica*, v.64, p.599-604, 1985c.

- LASS, A. Investigation of the infertile couple for assisted conception. In: *A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction The Bourn Hall guide to clinical and laboratory practice*. 2nd ed., N.York, Parthenon Publishing Group. Inc, 1999, p.13-26.
- LEIBLUM, S.R.; AVIV, A.; HAMER, R. Life after infertility: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, v.13, n.12, p.3569-74, 1999.
- LEIBLUM, S.R.; KEMMANN, E.; LANE, M.K. The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, v.6, n.2, p.165-70, 1987.
- LINK, P.W.; DARLING, C.A. Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v.12, p.46-59, 1986.
- LITT, M.D., TENNEN, H., AFFLECK, G.; KLOCK, S. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavior Medicine*, v.5, p.171-87, 1992.
- LOBER, J.; BANDLAMUDI, L. The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender and Society*, v.7, p.32-49, 1993.
- MAHLSTED, P. The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, v.43, n.4, p.335-46, 1985.
- MAHLSTED, P., MACDUFF, S.; BERNSTEIN, J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, v.4, p.232-36, 1987.

- MAI, F.M; MUNDAY, R.N.; RUMP, E.E. Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples. *Psychosomatic Medicine*, v.34, p.431-40, 1972.
- MARTIN-MATTEWS, A.; MATTHEWS, R. Beyond the mechanics of infertility: perspectives on the social psychology of infertility and involuntary childlessness. *Family Relations*, v.35, p.479-87, 1986.
- MATHEWS, R.; MATHEWS, A. M. Infertility and involuntary childlessness: the transition to non-parenthood. *Journal of Marital Family*, v.48, p.641-47, 1986.
- MAZOR, M.D. Emotional reactions to infertility. In: MAZOR M. D. AND SIMONS H. F. (Eds.) *Infertility: Medical, Emotional, and Social considerations*. N.York, Human Sciences Press, 1984, p.23-35.
- MAZURE, C.M.; GREENFELD, D.A. Psychological studies of in vitro fertilization embryo transfer participants. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, v.6, n.4, p.242-56, Aug., 1989.
- MAZURE, C.M.; DE L'AUNE, W.; DE CHERNEY, A.H. Two methodological issues in the psychological study of in vitro fertilization/embryo transfer participants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gyneacology*, v.9, n.3, p.17-21, 1988.
- MCEWAN, K.L.; COSTELLO, C.G.; TAYLOR, P.J. Adjustment to infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, v.96, p.108-16, 1987.
- MCGRADY, J.J.; TOLOR, A. The reaction of infertility and the infertility investigator: a comparison of the response of men and women. *Infertility*, v.4, p.7-11, 1981.

MENNING, B.E. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, v.34, n.4, p.313-19, 1980.

MENNING, B.E. *Infertility: A guide for childless couples*. 2nd Ed., New York: Prentice Hall Press, 1988.

MERCH MANUAL .16th ed. Philadelphia, P. A.; *National Publishing Co*, 1992.

MEYERS, M., DIAMOND, R.; KEZUR, D.; SCHARF, C.; WEINSHEL, M.; RAIT, D.S. An Infertility Primer for Family Therapists: I Medical, Social, and Psychological Dimensions. *Family Process*, v.34, p.219-29, June, 1995.

MIALL, C.E. Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behavior*, v.6, p.383-403, 1985.

MIALL, C.E. The Stigma of involuntary childlessness. *Social Problems*, v.33, p.268-82, 1986.

MIRANDA, C.; LARRAZABAL, F.; LABAN, P. Orientación familiar en parejas infértiles. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, v.60, n.2, p.75-8, 1995.

MORSE, C. A.; VAN HALL, E. Psychosocial aspects of infertility: a review of current concepts. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, v.6, p.157-64, 1987.

MOSHER, W.D.; PRATT, W.F. *Fecundity & infertility in the United States 1965-1988: Advance data-192*, Washington DC: National Center for Health Statistics, 1990.

NEWTON, C.R.; HEARN, M.T.; YUSPE, A.A. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, v.54, n.5, Nov., p.879-86, 1990.

- NEWTON, C.R.; HEARN, M.T; YUSPE, A.A.; HOULE, M. Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: implications for counseling. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v.9, n.1, Feb., p.24-31, 1992.
- O'MOORE, A.M; O'MOORE, R.R.; HARRISON, R.F; MURPHY, G.; CARRUTHERS, M.E. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, v.27, p.145-51, 1983.
- OLSHANSKY, E.F. Identity of self as infertile: an example of theory generating research. *Adv in Nursing Sciences*, v.9, p.54-63, 1987.
- PAULSON, J.D.; HAARMANN, B.S.; SALERNO, R.L.; ASMAR, P. An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*, v.49, p.258-62, 1988.
- PEREIRA, D.H.M. Uma lição de perseverança. In: SIQUEIRA, L. *Três Chances, três vidas. Uma história real sobre a fertilização in vitro*. São Paulo, Ed. Madras. 1998, 234 p.
- PINES, D. Emotional aspects of infertility. *International Journal of Psychoanalysis*, v.71, n.4, p.561-70, 1990.
- PIOTROWSKY, Z.A. Psychogenic factors in anovulatory women. II Psychological evaluation. *Fertility and Sterility*, v.13, p.11-9, 1962.
- POOK, M.; ROHRLE, B.; KRAUSE, W. Individual prognosis for changes in sperm quality on the basis of perceived stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v.68, p.95-101, 1999.

RAVAL, H.; SLADE, P.; BRICK, P.; LIEBERMAN, B.E. The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v.5, p.221-34, 1987.

READING, A.E.; CHANG, L.C.; KERIN, J.F. Attitudes and anxiety levels in women conceiving through in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, v.52, n.3, p.95-9, 1989.

READING, A.E.; SLEDMERE, C.M.; COX, D.N. A survey of patients attitudes towards artificial insemination by donor. *Journal of Psychosomatic Research*, v.26, p. 429-35, 1982.

ROWE, P.J.; COMHAIRE, F.H.; HARGREAVE, T.B.; MELLOWS, H. J. *Manual da OMS Sobre Padronização de Exame e Diagnóstico da Infertilidade em Casais*, 1^a ed, São Paulo, Ed. Santos, 1998.

SABATELLI, R.M.; METH, R.L.; GAVAZZI, S.M. Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, v.37, p.338-43, 1988.

SANDELOWSKY, M. The color gray: ambiguity and infertility image. *Journal of Nursing Scholarship*, v.19, p.70-4, 1987.

SANDELOWSKY, M.; POLLOCK, C. Women's experience of infertility image. *Journal of Nursing Scholarship*, v.18, p.140-44, 1986.

SANDELOWSKY, M.; HOLDITCH-DAVIS, D.; HARRIS, B.G. Living the life: explanations of infertility. *Sociology of Health and Illness*, v.12, p.195-215, 1990.

SANDELOWSKY, M.; HARRIS, B.; HOLDITCH-DAVIS, D. Mazing: infertility couples and the quest for a child image. *Journal of Nursing Scholarship*, v.21, p.220-26, 1989.

- SANDELOWSKY, M.; HARRIS, B.; HOLDITCH-DAVIS, D. Pregnant moments: the process of conception in infertility couples. *Research in Nursing and Health*, v.13, p.273-82, 1990.
- SANDLER, B. Conception after adoption: A comparison of conception rates. *Fertility and Sterility*, v.16, p.313-9, 1965.
- SANDLER, B. Emotional stress and infertility. *Journal of Psychosomatic Research*, v.12, p.51-9, 1968.
- SARREL, P.M.; DECHERNEY, A.H. Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertility and Sterility*, v.43, p.894-9, 1985.
- SCHROEDER, P. Infertility and the word outside. *Fertility and Sterility*, v.49, p.765-70, 1988.
- SEIBEL M.M. *Infertility: A comprehensive text*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton – Lange, 1996.
- SEIBEL, M.M.; TAYMOR, M.L. Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, v.37, p.137-45, 1982.
- SEIBEL, M.M.; LEVIN, S. A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF. *Journal of in vitro Fertilization Embryo Transfer*, v 4, p.135-40, 1987.
- SELIGMAN, M. *Indefensión*. Madrid, Ed. Debate, 1981.
- SHAW, P., JOHNSTON, M.; SHAW, R. Counseling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, v.9, p.171-80, 1988.

- SILVA, M.M.A. *Tecnologias Reprodutivas: A concepção de novos dilemas*. ECOS – Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana, ONG, São Paulo, 1991.
- SIQUEIRA, L. *Três Chances, três vidas. Uma história real sobre a fertilização in vitro*. São Paulo, Ed. Madras. 1998, 236 p.
- SLADE, P.; EMERY, J.; LIEBERMAN, B.A. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, v.12, p.183-90, 1997.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, California Consulting. Psychologist Press, 1970.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE*. [State-Trait Anxiety Inventory – STAI] Manual, Trad. Adaptação Angela M. B. Biaggio e Luiz Natalício, Rio de Janeiro, Ed. CEPA, 1979.
- SPSS® Base 10.0 Copyright, by SPSS, inc., [Programa de Computador] Chicago, and U.S.A., 1999.
- STANTON, A. Downward comparisons in infertile couples. *Basic and Applied Social Psychology*, v.13, p.389-403, 1992.
- STANTON, A.L.; DUNKEL-SCHETTER, C. *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*, N.York, Plenum Press, p.9, 1991.
- STOLERU, S.; TEGLAS, J.P.; FERMANIAN, J.; SPIRA, A. Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, v.8, p.1039-46, 1993.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Trad. Maria N. B. Benetti, São Paulo, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1997.

THIERING, P.; BEAUREPAIRE, J.; JONES, M. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, v.37, p. 481-6, 1993.

TUBERT, S. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnologia*. Madrid, Siglo Veintiuno de España, Editores S.A., 1991.

U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Infertility: Medical and social Choices*. OTA-BA-358, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1988.

VALENTINE, D. Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, v.11, p.61-9, 1986.

VAN BALEN, F.; TRIMBOS-KEMPER, T.; VERDUMEN, J. Perception of diagnosis and openness of patients about infertility. *Patient Education and Counseling*, v.28, n.3, Aug, p.247-52, 1996.

VAN BALEN, F.; VERDUMEN, J.; KETTING, E. Choices and motivations of infertile couples. *Patient Education and Counseling*, v.31, n.1, p.19-27, 1997.

VASCONCELLOS, E.G. *Stress Coping und Soziale Kompetens bei Kardiovaskulären Erkrankungen*. München, 520 p. Tese (Doutorado), Ludwig-Maximilians Universität in München, 1984.

WASSER, S.K. Psychosocial stress and infertility: cause or effect? *Human Nature*, v.5, p.206-93, 1994.

- WASSER, S.K.; SEWALL, G.; SOULES, M.R. Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertility and Sterility*, v.59, p.685-9, 1993.
- WEAVER, S.M.; CLIFFORD, E.; HAY, D.M.; ROBINSON, J. Psychological adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, v.31, n.1, may, p.7-18, 1997.
- WHITEFORD, L.M.; GONZALEZ, L. Stigma: The Hidden Burden of Infertility. *Social Science and Medicine*, v.40, n.1, p.27-36, 1995.
- WOOLLETT, A. Childlessness: strategies for coping with infertility. *International Journal of Behavior Development*, v.8, p.473-82, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Recent Advances in Medically Assisted Conception*. WHO Technical Report Series, 820. Geneva: World Health Organization Publications, 1992.
- WRIGHT, J.; ALLARD, M.; LECOURS, A.; SABOURIN, S. Psychosocial Distress and Infertility: A Review of Controlled Research. *International Journal of Fertility*, v.34, n.2, March/Apr., p.126-42, 1989.
- WRIGHT, J.; DUCHESNE, C.; SABOURIN, S.; BISSONNETTE, F.; BENOIT, J.; GIRARD, Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, v.55, n.1, p.100-8, Jan., 1991.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ROSNER, B. *Fundamentals of Bioeststatistics*. 4th Ed, N. York, Duxbury Press, 1995.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Manual de Orientação: Citações Bibliográficas no Texto e Notas de Rodapé*, 3^a ed., São Paulo, 1997.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Diretrizes para a Elaboração de Dissertações e Teses*, São Paulo, 1999.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Manual de Orientação: Normalização de Referências Bibliográficas*, São Paulo, 1997.