

# Aspectos emocionais do casal após falha nas técnicas de fertilização in vitro

Emotional impact in a couple after in the vitro fertilization techniques failure

Rafael Parizzi Veloso<sup>1</sup>, Newton E. Busso<sup>2</sup>, Fabrício Maki Kawasaki<sup>1</sup>, Marcelo Simonsen<sup>1</sup>,  
Rafael de Lião Olivato<sup>1</sup>

## Resumo

**Introdução:** A infertilidade conjugal acomete 10% dos casais. Quando técnicas clínicas e/ou cirúrgicas não são suficientes para a obtenção da gravidez, lança-se mão das técnicas de reprodução assistida como a fertilização in vitro (FIV). A falha na realização deste procedimento acarreta uma série de reveses vivenciados pelo casal, como raiva, desamparo, ausência de controle e diminuição da auto-estima.

**Método:** Nesta revisão bibliográfica foram avaliados trabalhos recentes que abordaram o impacto emocional da falha da FIV sobre o convívio do casal e sobre cada um de seus membros individualmente. O conhecimento sobre esta dinâmica permite o melhor acompanhamento da FIV.

**Discussão:** Foi observado que aspectos psicológicos relativos à vida íntima e ao relacionamento do casal a busca da gravidez por motivos externos à paternidade e a satisfação do parceiro levam a doenças psiquiátricas relacionadas a falha do tratamento. Quanto aos aspectos individuais, o otimismo revelou-se potente arma para prevenção destas comorbidades relacionadas à falha da FIV. O tempo prolongado de tratamento leva a insegurança e pessimismo. O aumento do número de falhas é diretamente proporcional ao aumento de crises depressivas intermitentes. A qualidade do relacionamento também é outro ponto-chave. Uma má qualidade exacerba as comorbidades em questão, do contrário, um bom relacionamento é fundamental para o sucesso da tera-

*pia. O diagnóstico de infertilidade gera instabilidade para o casal. Esses tendem a desenvolver impotência sexual, bem como rompimento e outras consequências. Os sintomas das comorbidades relacionadas à falha da FIV ocorrem logo após a falha, sendo que os pacientes têm um aumento significativo de ansiedade também inversamente proporcional ao número de filhos progressos. O nível social é fator de bom prognóstico para as doenças associadas*

**Conclusões:** Deve-se realizar um estudo minucioso dos fatores de risco dos casais sujeitos à FIV, para tratarmos precocemente estes pacientes, sem riscos de desenvolverem outras comorbidades. Porém, há uma falta de estudos relacionados a tratamento de distúrbios emocionais já consolidados. Conforme a realidade econômica brasileira, um estudo econômico faz-se necessário.

**Descritores:** Fertilização in vitro/psicologia, Infertilidade, Falha de tratamento, Estresse psicológico, Fatores socioeconômicos

## Abstract

**Introduction:** Infertility reaches 10% of the couples. When clinical and/or surgical treatment are not able to lead to a pregnancy, we can make use of assisted reproduction techniques, as in vitro fertilization (IVF). The IVF failure generates a group of negative feelings, experienced by these couple's, as anger, abandon, lost of control and reduced self-esteem.

**Method:** It has been analysed, in this literature review, recent works that discussed the emotional impact from IVF failure in a couple's living and on each one of the couple's members, studied as isolated individuals. The knowledge learned with this experiences allows us to adopt fundamental measures as long as we accompany these patients with IVF failure.

**Discussion:** It has been observed that psychological factors related to intimacy life and relationship; quest

<sup>1</sup> Acadêmicos do 5º Ano de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

<sup>2</sup> Professor Assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

**Trabalho Realizado:** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo

**Endereço para correspondência:** Rafael Parizzi Velloso. E-mail: rafaél\_velloso\_xl@yahoo.com.br. Fone: 9302.0205

*for pregnancy because other reason that not the paternity, as a problems solutions, or fear of loneliness and the partner's satisfaction leads to psychiatric diseases related to the treatment's failure. About the individual's issues, the optimism reveals itself as a powerful weapon for this IVF failure related diseases' treatment. The prolonged time of treatment leads to insafety and pessimism feelings, as we can see in a short-time and a long-time treatment. On a medium-time, we can observe feeling like perseverance and trust. The failure number's raise is directly proportional to the intermittent depression crisis. The relationship-quality is an key point. A bad relation grow this group of diseases, otherwise, a good relationship is fundamental for the therapy's success. The infertility diagnosis generate a relationship instability. They intend to develop disfunctional erection, as well as couple's split and other symptoms. This related diseases' symptoms occur right after the failure, and the patients have an increase of anxiety proportionally inverse to the numbers of couple's sons. The social level is a good prognosis factor to the associated diseases.*

*Conclusions: It must be made a special risk factors study on couples that are going to the make the IVF, so we can treat them before the associated diseases outcome. Although, there is a need os studies related to the emotinoal diseases already stablished. On a brazilian enviroment, an economical-impact study is necessary.*

*Key-words: Fertilization in vitrol/psychology; Infertility, Treatment failure; Stress, psychological; Socioeconomic factors*

## **Introdução**

### **Definição**

A infertilidade é uma doença definida como incapacidade de gerar filhos após um ano de relações sexuais freqüentes e não protegidas. Só após este prazo é recomendado início de investigações, a não ser que a história médica ou achados físicos indiquem avaliação e tratamento precoces (Pettracco et al, 1999; American Society for Reproductive Medicine, 2004). A OMS\* citada por Pettracco et al (1999) recomenda, no entanto, uma classificação mais conservadora,

ampliando o período para dois anos.

Na prática clínica, o período de 12 meses foi definido após a constatação de que 80% dos casais engravidam em um ano de tentativa (Pettracco et al, 1999). Conforme Gnoth et al (2005), após este período a taxa de nascidos vivos cai para 55%. Após 48 meses, aproximadamente 5% dos casais são definitivamente estéreis, com uma chance em torno de 0% para conseguirem conceber naturalmente no futuro (Gnoth et al, 2005).

Conforme o manual de reprodução humana da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia)\*\*, citada por FEBRASGO (1997) a infertilidade pode ser dividida em:

- Primária: significa que a mulher nunca concebeu, apesar da prática de coitos regulares sem anticoncepção por um período mínimo de dois anos.
- Secundária: refere-se à mulher que já concebeu anteriormente, todavia não volta a fazê-lo, apesar de manter atividade sexual regular sem anticoncepção por um período mínimo de dois anos.

### **Causas**

As causas da infertilidade podem ser masculinas, femininas, mistas ou inexplicáveis. Elas serão mais bem abordadas abaixo.

Segundo Speroff et al (1995), dentre as causas definidas o fator masculino responde por 35% dos casos. Estão entre as principais causas de infertilidade masculina:

- produção reduzida de espermatozóides (varicocele, insuficiência testicular, desordens endócrinas, criptorquidia, estresse, tabagismo, nicotina, tabagismo e drogas recreacionais);
- obstruções do ducto (epididimais – pós-infecção, ausência congênita do ducto deferente, ducto ejaculatório pós-infecção, após vasectomia);
- incapacidade de enviar espermatozóides para a vagina (distúrbios de ejaculação, hipospádia, problemas sexuais);
- sêmen anormal (infecção, volume anormal, viscosidade anormal);
- fatores imunológicos (anti-corpos imobilizadores de espermatozóides, anticorpos aglutinadores de espermatozóides). (Rebar, Erickson, 2005)

As causas femininas conhecidas, por sua vez,

\* OMS APUD Pettracco A, Badalotti M, Arent A. Epidemiologia da infertilidade conjugal. In: Busso NE, Costa AA, Rehoji J. Indução da ovulação. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 38-43.

\*\* FIGO APUD FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Infertilidade conjugal: manual de orientação. Editores Joaquim Roberto Costa Lopes e Nilson Donadio. [on line] Rio de Janeiro: FEBRASGO; 1997. Disponível em: <http://www.febasgo.org.br/manuais.htm> [05 jan 2006]

correspondem a 50% dos casos (Speroff et al, 1995; Pasqualotto et al, 2004) e têm como principais exemplos:

- doenças das tubas uterinas (doença inflamatória pélvica, anomalias congênitas, endometriose, após peritonite anterior de origem não congênita);
- amenorréia e anovulação;
- distúrbios anovulatórios mínimos;
- fatores cervicais e uterinos (leiomiomas e pólipos, anomalias uterinas, sinéquias intra-uterinas, glândulas endocervicais destruídas);
- fatores vaginais (ausência congênita de vagina, hímen imperfurado, vaginismo, vaginite);
- fatores imunológicos (anticorpos imobilizadores de espermatozóides, anticorpos aglutinadores de espermatozóides);
- fatores nutricionais e metabólicos (desordens da tireóide, diabetes mellitus, distúrbios nutricionais graves) (Rebar, Erickson, 2005).

As causas mistas, que correspondem a 1/3 dos casos, são dificilmente avaliadas (Rebar, Erickson, 2005).

Classifica-se como portador de infertilidade sem causa aparente o casal que não atingiu concepção, após dois anos de união com vida sexual ativa sem uso de anticoncepcionais e cuja investigação não logrou determinar o fator causal. Esta modalidade acomete 10 a 20% de todos os casais inférteis (FEBRASGO, 1997; Isaksson, Tiitinen, 2004).

Speroff et al (1995), defendem que o aumento do número de casais estéreis tem relação com o envelhecimento da população após a segunda guerra mundial. E de acordo com estes mesmos autores, o aumento da expectativa de vida acabou criando um grande número de mulheres que adiavam o casamento, segundo a FEBRASGO (1997), o envelhecimento causa uma diminuição da quantidade e qualidade dos folículos ovarianos. Cerca de 4% das mulheres entre 15 e 24 anos tem fertilidade prejudicada, 13% entre 25 e 34 anos e aproximadamente 30% entre 35 e 44 anos. (Speroff et al, 1995)

### Técnicas de Fertilização

O recrutamento folicular é obtido através de técnicas hormonais. Usualmente preferem-se os análogos GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone) e/ou FSH (Follicle-Stimulating Hormone). Após haver a monitorização do crescimento e maturação folicular, o hCG é fornecido na dose de 10.000 UI e programa-se a colheita dos oócitos após 34 a 36 horas. Na maioria dos casos, a aspiração é realizada por via endossonográfica vaginal. O apoio da fase lútea é feito habitualmente com progesterona injetável, oral ou

vaginal (FEBRASGO, 1997).

Conforme American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology (1995), a porcentagem de sucesso com a FIV (usando-se da injeção intracitoplasmática de espermatozóides - ICSI) é de 18,8%, valor sujeito a variações conforme o diagnóstico da infertilidade e modalidades de tratamento.

Havendo falha no método, pesquisas na Áustria (Kemeter e Fiegl, 1998) mostram que 30% dos pacientes vão conceber depois, 20% optam pela adoção e 50% simplesmente desistem da idéia de ter um filho. Ainda segundo Kemeter e Fiegl (1998), tanto no diagnóstico da infertilidade quanto na falha da técnica de reprodução assistida, o problema físico deve ser avaliado junto com o componente psíquico, pois ambos estão intimamente associados. O médico tem papel fundamental na avaliação e aconselhamento do casal.

Em um estudo em 2005 com 187 candidatas, Verhaak et al (2005), abordam o quanto é estressante o tratamento da infertilidade, pois foi constatado que todas as etapas do tratamento causam ansiedade. Considerando que em grande parte dos casais, o tratamento é a última chance para se conceber (seja por motivos financeiros, seja por tratamentos com outras técnicas sem resultados) o estresse envolvido é ainda maior (Verhaak, et al, 2005).

Não apenas o procedimento, como também o papel biológico da mulher coloca sobre ela um peso emocional mais intenso do que sobre o homem quando se realiza alguma técnica de reprodução assistida (Litt et al, 1992; Kemeter, Fiegl, 1998). Freeman et al (1985) reportaram que em 200 pacientes submetidos a FIV, 49% das mulheres e 15% dos homens considerou o procedimento a mais desconfortável experiência de suas vidas.

### Método

Nesta revisão bibliográfica, abordaremos os mais importantes aspectos envolvidos no desgaste emocional do casal e, separadamente, em cada um de seus membros, decorrentes da falha da FIV.

### Discussão

Diversos sentimentos têm sido relacionados com a falha da FIV. Preocupação, raiva, desamparo, ausência de controle, diminuição da auto-estima (Litt et al, 1992). Todos são diferentes quando vivenciados individualmente ou pelo casal e evidentemente há dificuldade para desmembrá-los e estudá-los separadamente. Seguiremos uma divisão mais teórica do que empírica para melhor abordar todas estas reações.

Quando falamos dos aspectos psicológicos da falha da reprodução assistida, é necessário o estudo do relacionamento do casal. A vida social e íntima de um casal tem sido apontada como o principal suporte emocional frente a situações de dificuldade (Verhaak et al, 2005). As questões que surgem podem ser divididas nos seguintes campos: relacionamento do casal e aspectos psicodinâmicos. Cwikel et al (2004) o estresse oriundo da infertilidade leva a alterações na frequência cardíaca e nos níveis de cortisol, que impedem o sucesso das técnicas de reprodução assistida. Segundo Eugster et al (2004) mulheres que mantêm um estado constante de ansiedade tem uma taxa de gravidez menor na segunda tentativa por FIV com ICSI.

Sobre o relacionamento, Kemeter, Fiegl (1998) afirmam em seu trabalho que a forma com que o casal encara o desafio da concepção varia muito conforme a expectativa de cada um quanto à gestação. Se houver expectativas muito díspares, um dos membros do casal pode estar em tratamento da infertilidade apenas para satisfazer o outro. Outro problema seria o casal enxergar no conceito a solução para os problemas ou – pior – para a falta de vínculo emocional na relação. A busca desenfreada pela gravidez pode também desencadear problemas novos ao casal, como diminuição da libido, divergência de opiniões quanto à gestação e medo da solidão. Tanto os problemas intimamente ligados à gestação quanto os surgidos como decorrência da preocupação colaboram para aumentar o estresse e a dificuldade de concepção. (Kemeter, Fiegl, 1998).

Emoções negativas e conflitos estressantes estão presentes na adaptação do casal à infertilidade, criando um ambiente desfavorável para o seu tratamento e para a administração do problema segundo Austenfeld, Stanton (2004). Neste trabalho, procurou-se administrar e orientar o aspecto emocional do casal infértil, concluindo-se que esta estratégia de suporte ao casal é a mais eficiente e com as melhores taxas de sucesso dentre as abordagens ao casal infértil (Austenfeld, Stanton, 2004). A administração de outros aspectos relativos à infertilidade, como etiologia da infertilidade, tempo de diagnóstico e causas de falha pode causar resultados deletérios à comunicação do casal e ao seu relacionamento (Hynes et al, 1992).

Conforme afirmam Lok et al (2002), a insatisfação com o casamento está intimamente relacionado com a ansiedade pós-falha de tratamento. Mulheres que acusam falta de suporte do marido são mais freqüentemente acometidas de depressão, que pode atingir 7,5% delas (Lok et al, 2002). Ambos elementos relacionam-se com distúrbios do afeto entre o casal (Verhaak et al, 2005).

Em trabalho com 86 casais, Baram et al (1988) demonstraram que 66% deles se queixavam de piora

do relacionamento, das funções sexuais e do estilo de vida após a falha do tratamento de FIV. Weaver et al (1997), em seu estudo, concluem que homens podem se beneficiar de orientação sobre como auxiliar sua parceira, oferecendo suporte emocional e reduzindo o estresse do casal. Newton et al (1990) demonstram que os níveis de ansiedade aumentam significativamente em ambos os sexos nos estágios pré e pós-falha de tratamento de IVF.

Segundo Schmidt et al (2005), a qualidade da comunicação entre o casal é fator predisponente para estresse e outros problemas relacionados à falha no tratamento da infertilidade. Seus resultados demonstram que a dificuldade de comunicação entre os cônjuges “claramente” transforma a infertilidade em stress e, no mesmo trabalho, foi observado que diferentes atitudes dos casais, dos cônjuges entre si e em relação ao médico podem levar a diferentes resultados quanto ao desenvolvimento de novas comorbidades associadas à infertilidade.

Em um trabalho realizado por Blenner (1990), constatou-se que a maioria dos maridos prefere terminar o tratamento antes das esposas. A discordância entre continuar e terminar o tratamento pode causar um conflito entre o casal e levar a efeitos negativos para o tratamento. A capacidade de negociação entre o casal é de suma importância para resolver os problemas do tratamento de fertilização e está diretamente relacionada com o número de tentativas e o as experiências passadas.

Quanto aos aspectos psicodinâmicos, vale ressaltar que o excesso de preocupação e dedicação para haver a concepção pode levar o casal a suprimir elementos importantes da convivência. O controle excessivo do trabalho para engravidar e a repetição de falhas na técnica de reprodução assistida pode levar o casal a crises depressivas intermitentes (Verhaak et al, 2005).

Se o desejo de conceber for muito intenso, com expectativas muito grandes, tanto maior será a frustração da falha da técnica de reprodução assistida (Kemeter, Fiegl, 1998). Por outro lado, conforme Litt et al (1992), otimismo (aqui visto como disposição para enfrentar qualquer nova circunstância) durante o tratamento tem se mostrado um bom elemento preditivo para se evitar a angústia após a falha.

Mesmo havendo concepção após longa espera pode haver também frustração relacionada às falhas: o idealismo da maternidade e paternidade construído por longa data pode não corresponder à realidade de ter um filho, segundo Kemeter, Fiegl, 1998.

Oddens et al (1999) analisaram aspectos psicodinâmicos de pacientes antes destes procurarem o tratamento de infertilidade e após a falha da técnica. Ao compará-los com o grupo controle, não encontrou



grandes alterações emocionais nestes pacientes. Isso só foi possível quando a amostra foi comparada com as de outros estudos como os de Dunkel-Schetter e Lobel, 1991 e outros grupos controle (Guttmann et al, 1986). A análise precoce destes casais ofereceu maiores informações sobre as alterações e como elas cursaram e concluiu-se que a maioria destas ocorrem nas fases iniciais do diagnóstico de infertilidade.

Especificamente quanto a FIV, Boivin e Takefman (1996) concluíram que fases específicas do tratamento são associadas a pequenos aumentos nos escores de estresse. Foi observado um aumento nas taxas de estresse e depressão pós-falha do tratamento de infertilidade, correspondendo aos achados de Hynes et al, 1992.

Analisando individualmente o impacto da falha, a infertilidade gera um sentimento de inadequação no indivíduo, associada a uma sensação de inferioridade quanto ao prazer da relação sexual conforme Ardeni et al, 1999. Dependendo da vulnerabilidade do indivíduo, o tipo de resposta emocional e a sua intensidade podem variar muito. Newton et al (1990) afirmam que as mulheres têm um significativo aumento da ansiedade após falha de tratamento, principalmente aquelas que não possuem filhos e expressam este sentimento mais dramaticamente. Os seguintes elementos estão vinculados à vulnerabilidade: personalidade e suporte social.

No que diz respeito à personalidade, pessoas neuróticas e com atitudes defensivas a falhas, geralmente têm resposta emocional mais negativa. Embora faltem estudos longitudinais, diferentes trabalhos conferem destaque à personalidade neurótica como fator preditivo para se determinar a resposta emocional à falha (Lok et al, 2002).

Segundo Berg e Wilson (1991) em estudo que cruzava alterações psicológicas e tempo de tratamento concluiu-se que a angústia emocional foi mais elevada no primeiro ano de tratamento, voltando ao normal no segundo ano e piorando de novo no terceiro ano de tratamento. Litt et al (1992) verificaram que 17 % das mulheres após uma ou duas semanas da falha no tratamento de infertilidade necessitaram de tratamentos psiquiátricos em clínicas especializadas.

A capacidade de aceitação a circunstâncias negativas não se mostra um parâmetro muito confiável para se prever o comportamento emocional. Litt et al (1992) e Lok et al (2002) usaram métodos variados para avaliação da personalidade de modo que não pode ser considerado fator preditivo. Mesmo assim, acredita-se que esta tem papel muito interligado às reações da falha (Litt et al, 1992; Lok et al, 2002).

Por enquanto, pode-se dizer que – no início do tratamento – não enfrentar a situação, não encarar os reais riscos de falha e usar-se de “escapismos” quan-

do for falar sobre a reprodução assistida são fatores preditivos de ruim prognóstico que indicam intervenção médica (Litt et al, 1992).

Schmidt et al, 2005 compararam grupos que obtiveram gravidez (controle) com o tratamento e grupos que obtiveram falha. A forma de encarar a infertilidade foi muito diferente entre homens e mulheres. Elas tinham mais facilidade de abordar a infertilidade e melhor capacidade de enfrentar a questão da falha. Os autores concluíram que o risco de desenvolvimento de estresse e outras complicações relacionadas à infertilidade aumentam proporcionalmente às dificuldades de comunicação e entendimento entre o casal em si e o casal e o médico.

Depois do tratamento, a simples atitude de culpar a técnica de FIV como causadora da infertilidade foi comprovada como sendo atitude vinculada aos aspectos emocionais negativos da falha, assim como se conceber que a culpa da infertilidade é própria (Litt et al, 1992).

Poucos trabalhos avaliaram a possibilidade de auto-agressão das mulheres após falha do tratamento. Lok et al (2002), demonstraram que uma em cada dez mulheres apresenta tal comportamento.

Sentimentos como auto-estima e autoconfiança também estão diminuídos naquelas mulheres que apresentam falha no tratamento de IVF, segundo Hynes et al, 1992. Geralmente os níveis de angústia antes do tratamento e após a falha são diretamente proporcionais e daí a necessidade de atentar para reações adversas dos pacientes mesmo antes da realização da reprodução assistida (Hynes et al, 1992).

Alguns estudos indicam que a experiência da falha do tratamento de infertilidade pode ajudar o casal a se conscientizar de que é infértil e de que deve procurar um outro meio de ter um filho ou desistir. O estudo de Boivin et al 1995, compararam casais após a falha no tratamento de infertilidade com casais sem tratamento. Naturalmente, o grupo de casais que teve fracasso experimentou maior angústia. O resultado também mostrou que a relação entre o número de fracassos no tratamento e angústia era independente de idade, anos de esterilidade, ou anos em tratamento. Boivin et al (1995), neste mesmo trabalho, concluíram que a falha no tratamento de infertilidade provoca diversos eventos emocionais que são necessários para que o casal amadureça e aceite a infertilidade.

Festinger (1957) relata que quando a mulher acredita fortemente que irá engravidar e passa por vários fracassos, cria-se uma dissonância cognitiva que pode levar a severas alterações psicológicas com repercussões no casamento. Por outro lado, quando a mulher aceita que não poderá conceber um filho, a dissonância cognitiva não afeta o fator psicológico e sua vida se

acomoda. Segundo a teoria de Menning (1980), a infertilidade possui diversas fases emocionais, começando pela fase de choque e negação, seguida da fase de raiva, frustração e depressão, possivelmente terminando na fase de aceitação. A fase de reação é normalmente associada a alterações psicológicas e conflitos matrimoniais. Menning (1980) conclui que repetitivas falhas no tratamento é fator importante para a evolução e aceitação da infertilidade.

No que diz respeito ao suporte social, apesar do cotidiano do casal – como já dito – ser o principal elemento preditivo sobre as questões emocionais de seus membros, toda a rede de amizades e familiares tem influência nas respostas emocionais dos dois (Kemeter, Fiegl, 1998). Verhaak et al (2005), por outro lado, defendem que o tipo de resposta emocional independe do tamanho da rede social.

Conforme Verhaak et al(2005), idade, nível educacional e até mesmo a presença ou não de filho não se mostraram parâmetros importantes para se prever a ansiedade e depressão da falha da técnica. Outros autores como Leiblum et al (1987) mostraram, por outro lado, que ter um filho está entre os mais importantes elementos preditivos para o nível de estresse ao longo da reprodução assistida. Weaver et al, 1997 concordam com Leiblum et al,1987 quanto ao aumento da incidência de estresse em casais que obtiveram falha no tratamento, porém discorda do autor quando ele afirma que a falha na maternidade é fator preditivo de estresse para a mulher e para o casal a longo prazo.

Newton et al (1990) encontraram dados que mostram que mulheres sem filhos anteriores apresentam um maior grau de ansiedade em relação àquelas mulheres que já possuem filhos, sugerindo que para o grupo de mulheres que possui filhos a falha no tratamento de IVF não é crucial. Este mesmo autor verificou o estado de ansiedade que incide sobre homens com e sem filhos que passam por um infortuito de falha de IVF em suas mulheres e observou não haver grandes diferenças no estado emocional entre estes dois grupos.

A duração dos problemas de fertilidade (principalmente no que diz respeito ao número de tentativas realizadas) mostrou-se significativa para prever a depressão apenas em trabalhos da China, que apresentam o significativo inconveniente das diferenças culturais (Lok et al,2002). Weaver et al, 1997, no entanto, analisando três grupos de casais (bem-sucedidos no tratamento, casais que não conseguiram êxito e casais normais), concluíram que, após longo tempo, poucos casais pertencentes ao grupo da falha no tratamento apresentavam indicações de assistência psico-social.

Nenhuma dentre as referências bibliográficas tra-

tou sobre o impacto financeiro de um novo tratamento após a falha da técnica. Trata-se de um tema com papel preponderante sobre as decisões e aspectos emocionais dos pacientes, principalmente em nosso país.

## Conclusão

Mesmo com muitos casais enfrentando bem a terapia de reprodução assistida, deve-se realizar um estudo cuidadoso dos fatores de risco de cada casal (e de cada um de seus membros individualmente) para amenizar e, se possível, restringir todas as manifestações emocionais negativas de impacto que possam ser vivenciadas.

A grande maioria dos estudos levantados relatou que casais com falhas no tratamento em reprodução assistida possuem mais distúrbios emocionais do que os com sucesso. Maridos que não apóiam a esposa no tratamento geram maiores conflitos conjugais e alterações depressivas após tratamento com insucesso das esposas.

Outros estudos concluem que esta fase de distúrbios emocionais é útil para que haja um amadurecimento tanto psicológico pessoal da mulher como conjugal para a infertilidade.

Embora faltem estudos longitudinais e prospectivos (em especial os de longa duração), já se tem conhecimento de algumas variáveis devem ser estudadas no início da terapia: angústia antes do tratamento, personalidade neurótica, medo de enfrentar o assunto e relacionamento do casal.

Em particular quanto ao medo de enfrentar o assunto, seria fundamental em próximos trabalhos se montar um questionário amplo que traduzisse com fidelidade o fator estressante de cada um dos pacientes. Segundo Schmidt et al, 2005, a orientação quanto ao enfrentamento, adequada a cada casal, é benéfica e preserva o casal de fatores como desenvolvimento de estresse, rompimentos e diminuição da qualidade do relacionamento.

Quanto ao tratamento de distúrbios emocionais já consolidados, há uma falta de estudos de grande impacto. Os trabalhos avaliados apenas ressaltam a importância de médicos e psicólogos na avaliação e tratamento destes.

Observamos que a realidade social dos locais onde foram realizados os trabalhos não condiz com a brasileira, faltando estudos nacionais que avaliem não só o impacto psíquico, como também o econômico da falha da técnica sobre o casal.

## Referências bibliográficas

American Society for Reproductive Medicine. Definition of "infertility". Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril 2004;82 (Suppl 1):S206.

- American Society for Reproductive/Society Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1993 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril* 1995; 64(1):13-21.
- Ardenti R, Campari C, Agazzi L, La Sala GB. Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Hum Reprod* 1999; 14(12):3126-32.
- Austenfeld JR, Stanton AL. Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health related outcomes. [Review] *J Pers* 2004; 72(6):1335-63.
- Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Huang KO. Psychosocial adjustment following unsuccessful in-vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1988; 9(3):181-90.
- Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991;14(1):11-26
- Blenner JL. Passage through infertility treatment: a stage theory. *Image J Nurs Sch* 1990;22(3):153-8.
- Boivin J, Takefman JE, Tulandi T, Brender W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertil Steril* 1995; 63(4):801-7.
- Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum Reprod* 1996; 11(4):903-7.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. [Review] *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;117(2):126-31.
- Dunkel-Schetter C, Lobel M. Psychological reactions to infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter C, editors. *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press; 1991. p.29-57.
- Eugster A, Vingerhoets AJ, van Heck GL, Merkus JM. The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmatic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25(1):57-65.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Infertilidade conjugal: manual de orientação*. Editores Joaquim Roberto Costa Lopes e Nilson Donadio. [on line] Rio de Janeiro: FEBRASGO; 1997. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/manuais.htm> [05 jan 2006].
- Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford (CA): Stanford University Press; 1957. 291p.
- Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985; 43(1):48-53.
- Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. [Review] *Hum Reprod* 2005; 20(5):1144-7.
- Guttman S, Brinsmead M., Stander J, Oliver M. Psychosocial profile of 180 couples undergoing IVF. [Abstract]. *J In Vitro Fertil Embryo Transf* 1986; 3: 189-90. [Presented at the IVF World Congress; Melbourne, Australia; 1985].
- Hynes GJ, Callan VJ, Terry DJ, Gallois C. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br J Med Psychol* 1992; 65 (pte.3):269-78.
- Isaksson R, Tiitinen R. A present concept of unexplained infertility.[Review] *Gynecol Endocrinol* 2004;18(5):278-90.
- Kemeter P, Fiegl J. Adjusting to life when assisted conception fails. *Hum Reprod* 1998;13(4):1099-105.
- Leiblum SR, Kemmann E, Laine MK. The psychological concomitants of in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 6:165-78.
- Litt MD, Tennen H, Affleck G, Klock S. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *J Behav Med* 1992;15(2):171-87.
- Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53(4):195-9.
- Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34(4):313-9.
- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertil Steril* 1990; 54(5):879-86.
- Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod* 1999;14 (1):255-61.
- Pasqualotto FF, Lucon AM, Sobreiro BP, Pasqualotto EB, Arap S. Effects of medical therapy, alcohol, smoking, and endocrine disruptors on male infertility. [Review] *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2004;59(6):375-82.
- Petracco A, Badalotti M, Arent A. Epidemiologia da infertilidade conjugal. In: Busso NE, Costa AA, Rehohi J. *Indução da ovulação*. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 38-43.
- Rebar RW, Erickson GF. Ciclo menstrual e fertilidade. In: Goldman L, Ausiello D, editores. *Cecil tratado de medicina interna*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. v.2, p. 1757-9.
- Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod* 2005; 20(11):3248-56.
- Speroff L, Glass RH, Glass RH, Kase NG. Infertilidade de causa feminina. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 5ª ed. São Paulo: Manole; 1995. p. 849-70.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaat FW. Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *J Behav Med* 2005;28(2):181-90.
- Weaver SM, Clifford E, Hay DM, Robinson J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Educ Couns*1997; 31(1):7-18.

Data de recebimento: 04/05/2006

Data de Aprovação: 03/11/2006