



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde**

BRUNA RAFAELA DE MARCHI

**ESTRESSE E ANSIEDADE EM MULHERES SUBMETIDAS À
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

São José do Rio Preto

2020

BRUNA RAFAELA DE MARCHI

**ESTRESSE E ANSIEDADE EM MULHERES SUBMETIDAS À
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.a. Dr.a Maria Jaqueline Coelho Pinto

São José do Rio Preto

2020

De Marchi, Bruna Rafaela

Estresse e Ansiedade em mulheres submetidas à reprodução humana assistida

São José do Rio Preto, 2020.

Folhas: xi pág. 42

Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde –
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Título em Inglês: Stress and anxiety of women submitted to assisted human
reproduction

Orientadora: Prof. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

1. Estresse; 2. Ansiedade; 3. Mulheres; 4. Reprodução Humana Assistida; 5.
Infertilidade.

BRUNA RAFAELA DE MARCHI

**ESTRESSE E ANSIEDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À
REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

BANCA EXAMINADORA

EXAME DE DEFESA

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ºExaminador: Prof. Dr. Edilberto de Araújo Filho

Instituição: Centro de Reprodução Humana de São José do Rio Preto

2ºExaminadora: Prof. Dra Neide Aparecida Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 13 de março de 2020

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iv
Lista de Anexos.....	v
Lista de Apêndices.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	x
Introdução	1
Objetivos.....	12
Método.....	12
Participantes.....	12
Instrumentos.....	13
Aspectos Éticos.....	14
Procedimento.....	14
Resultados e Discussões.....	15
Conclusão.....	27
Referências	28

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu esposo Cássio por todo apoio. Ele sempre esteve ao meu lado com incentivos e encorajamentos para eu ir atrás de tudo o que eu sonhei.

Agradeço aos meus pais por terem sempre me oferecido os melhores estudos que eles puderam e também por terem sido grande fonte de incentivo para eu estudar mais e mais.

Agradeço a minha Orientadora Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto por ser ter sido mais que uma Orientadora. Com toda a humildade e sabedoria, ela colaborou imensamente para que eu pudesse absorver o melhor de todas as orientações.

Agradeço ao Centro de Reprodução Assistida por abrir espaço para eu poder realizar a pesquisa e por confiar e acreditar em meu trabalho.

Agradeço a Dra. Ligia Previato de Araújo por sempre ser grande colaboradora e incentivadora do meu trabalho e de minha pesquisa. Com todo o carinho, sabedoria e conhecimento, ela sempre colabora para que todos que estão a sua volta sejam pessoas melhores, e por sorte, eu faço parte dessas pessoas.

Agradeço ao Dr. Edilberto de Araújo Filho por ter aceitado estar na minha banca de defesa e por compartilhar todo conhecimento que ele possui.

Agradeço a Dra. Neide Micelli Domingos por ter aceitado estar na minha banca de defesa e por ter sido sempre uma excelente Mestre.

Agradeço a Dra Lilian que colaborou imensamente com a parte estatística do meu trabalho.

Agradeço a FAMERP pela oportunidade de eu poder realizar o meu mestrado.

Agradeço a CAPES também pela oportunidade de eu poder realizar o meu mestrado.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.....	33
---	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	36
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico	40
Apêndice C – Laudo Laboratorial	42

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Inventário Beck de Ansiedade
Beta HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana – Exame que confirma a gravidez
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IUI	Inseminação Artificial Intrauterina
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
MI	Metáfase I – oócito imaturo sem capacidade de fecundação
MII	Metáfase II – oócito maduro e com capacidade de fecundação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Prófase I – oócito mais imaturo que MI, sem capacidade de fecundação
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRHA	Tratamento de Reprodução Humana Assistida

De Marchi, B. R. (2020). Estresse e ansiedade em mulheres submetidas à reprodução humana assistida (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

RESUMO

Muitas mulheres demonstram preocupações e interesses com o funcionamento reprodutivo. Ainda não são todas que obtêm o filho por reprodução natural, e com isso, precisam recorrer a tratamentos de reprodução assistida, que pode ser um estressor para muitas delas. O objetivo do estudo foi investigar e comparar os níveis de estresse e ansiedade em mulheres em Tratamento de Reprodução Humana Assistida (TRHA) antes e após a fertilização in vitro (FIV); bem como levantar características sociodemográficas e clínicas; verificar correlação do estresse e ansiedade na maturidade e qualidade oocitária e no resultado final; comparar estresse e ansiedade antes e após procedimento. Trata-se de uma pesquisa descritiva, longitudinal. As participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico, ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e ao Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL). Participaram do estudo 26 mulheres. A média de idade foi 31,5 anos ($\pm 2,54$); casadas, com tempo médio de tentativas de engravidar natural de 3,5 anos ($\pm 2,57$). Da amostra, quatorze (53,84%) tinham como fator impeditivo fator feminino, seis (23,07%) fator masculino, três (11,53%) fator feminino mais fator masculino, e três (11,53%) sem causa aparente. Os resultados do BAI indicaram que, vinte (76,93%) não apresentaram sintomas de ansiedade pré tratamento, três (11,53%) ansiedade leve, uma (3,85%) moderada e duas (7,69%) grave. No pós tratamento, vinte (76,93%) não apresentaram ansiedade e seis (23,07%) leve. Os resultados do ISSL indicaram que, vinte (76,93%) não apresentaram estresse pré tratamento e seis (23,07%) na fase de resistência. No pós tratamento, vinte e uma (80,77%) não apresentaram estresse e cinco (19,23%) apresentaram na fase de resistência. Com relação ao laudo laboratorial, a mediana de oócitos capturados foi de 15 (variação de 3 a 41); oócitos maduros (MII) de 11 (variação de 3 a 28); oócitos imaturos (MI) de 0,9 (variação de 0 a 5); oócitos imaturos (PI) de 0,7 (variação de 0 a 5), e oócitos rompidos de 0,6 (variação de 0 a 6). O Beta HCG foi dezessete (65,38%) positivo e nove (34,61%) negativo. **Conclusões:** As participantes do estudo não apresentaram sintomas significativos de estresse e ansiedade. Em relação a ansiedade não houve correlação dos sintomas de pré e pós tratamento com a qualidade oocitária e resultado final (Beta HCG). Em relação ao estresse já foi possível identificar que vinte das participantes (76,93%) não

tiveram sintomas de estresse no pré e pós tratamento e com isso, influenciou na qualidade oocitária ($p=0,0027$) no estágio MII, porém em relação ao Beta HCG não houve correlação com os sintomas de estresse.

Palavras-chave: Estresse; Ansiedade; Mulheres; Reprodução Humana Assistida; Infertilidade.

De Marchi, B.R. (2020). Stress and anxiety of women submitted to assisted human reproduction (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

ABSTRACT

Many women express concerns and interests about reproductive functioning. Not all of them get their child through natural reproduction yet, and with that, they need to resort to assisted reproduction treatments, which can be a stressor for many of them. The aim of the study was to investigate and compare the levels of stress and anxiety in women undergoing Assisted Human Reproduction Treatment (TRHA) before and after in vitro fertilization (IVF); as well as raising sociodemographic and clinical characteristics; verify correlation of stress and anxiety in maturity and oocyte quality and in the final result; compare stress and anxiety before and after the procedure. It is a descriptive, longitudinal research. The participants answered the Sociodemographic Questionnaire, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSL). 26 women participated in the study. The mean age was 31.5 years (± 2.54); married, with an average of 3.5 years of natural pregnancy attempts (± 2.57). Of the sample, fourteen (53.84%) had a female factor as impeding factor, six (23.07%) male factor, three (11.53%) female factor plus male factor, and three (11.53%) without cause apparent. The results from BAI indicated that twenty (76.93%) did not present pre-treatment anxiety symptoms, three (11.53%) mild anxiety, one (3.85%) moderate and two (7.69%) severe. In the post-treatment period, twenty (76.93%) showed no anxiety and six (23.07%) mild. The ISSL results indicated that twenty (76.93%) had no pre-treatment stress and six (23.07%) in the resistance phase. In the post-treatment period, twenty-one (80.77%) had no stress and five (19.23%) had it in the resistance phase. Regarding the laboratory report, the median of captured oocytes was 15 (range 3 to 41); mature oocytes (MII) of 11 (range 3 to 28); immature oocytes (MI) 0.9 (range 0 to 5); immature oocytes (PI) 0.7 (range 0 to 5), and ruptured oocytes 0.6 (range 0 to 6). Beta HCG was seventeen (65.38%) positive and nine (34.61%) negative. Conclusions: The study participants did not show significant symptoms of stress and anxiety. Regarding anxiety, there was no correlation between pre- and post-treatment symptoms with oocyte quality and final result (Beta HCG). In relation to stress, it was already possible to identify that twenty of the participants (76.93%) had no symptoms of stress in the pre and post treatment and, thus, influenced the oocyte quality ($p = 0.0027$) in the MII stage, however in relation to Beta HCG did not correlate with stress symptoms.

Keywords: Stress; Anxiety; Women; Assisted Human Reproduction; Infertility.

INTRODUÇÃO

Infertilidade

A infertilidade conjugal, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é caracterizada como as tentativas para a fertilização por mais de um ano consecutivo sem uso de algum método que a evite em mulheres na idade reprodutiva e sexualmente ativa (Silva, 2019). Pode ser decorrente de uma desordem do sistema endócrino e reprodutivo e, afetar não só o corpo da mulher, mas também, trazer consequências ao nível do seu funcionamento interpessoal e social (Khetarpal & Singh, 2012).

De acordo com Leite (2017) 8 a 10% dos casais da população mundial em idade reprodutiva apresentam dificuldades para engravidar. No Brasil, de acordo com o 3º Censo de 2000, 14% das mulheres em idade fértil apresentaram dificuldades para engravidar (Bahamondes & Makuch, 2012).

A infertilidade foi considerada um problema feminino durante muitos anos. Após várias décadas de investigação, as pesquisas relatam que os casais que passaram por essa dificuldade, 30% dos fatores podem ser atribuídos à mulher, 30% ao homem e 20% são atribuídos a ambos. Além disso, no conjunto dos casais inférteis, 20% não apresentam uma causa conhecida. No entanto, segundo estudos, a infertilidade deve ser sempre compreendida como um problema do casal (Silva, 2019).

A infertilidade masculina tem origem em problemas de alterações no sêmen, insuficiência testicular, perturbações endócrinas, obstrução do trato genital masculino, anticorpos anti-espermatozoide, medicação, fatores ambientais, estresse, doença sistêmica, varicocele e perturbações de ejaculação. Já nas mulheres, pode haver problemas de anovulação; idade; bloqueios das tubas uterinas, endometriose, muco cervical incompetente, anomalias do cariótipo, tumores malignos, malformações

anatômicas e interrupção da nidação, obesidade, estresse, abuso de substâncias (Júnior & Reis, 2010).

Na anamnese do casal infértil, é realizada uma avaliação de seus hábitos e meio ambiente, que inclua uma investigação da história clínica, com destaque a antecedentes pessoais e familiares (infecções, problemas genéticos, cirurgias, fumo, uso de produtos tóxicos ou drogas, contato com agrotóxicos, tratamentos anteriores etc.) (FEBRASGO, 2011).

A propedêutica do fator feminino inicia-se com a anamnese e o exame físico. Na anamnese, é esclarecida a importância da idade; investiga-se o tempo de infertilidade, antecedentes menstruais, sexuais e obstétricos, além de antecedentes clínicos e cirúrgicos. O exame físico geral busca identificar o peso, altura e índice de massa corpórea, e o exame ginecológico completo engloba exame das mamas e aparelho genital. É avaliada também a infertilidade primária ou secundária (a primária é quando nunca houve gestação e a secundária é quando houve, porém existe a dificuldade). O fator masculino investiga a sua história clínica (FEBRASGO, 2011).

Os critérios de diagnóstico em infertilidade podem se dividir em três etapas de investigação. Na primeira etapa, possuem relação direta com a ausência de gestações e os exames pedidos são: análise do sêmen, histerossalpingografia, laparoscopia e avaliação laboratorial da ovulação. Em princípio, a fertilidade nessas situações não é corrigida sem tratamento. Na segunda etapa, não está diretamente relacionada à infertilidade, são realizados exames como o teste pós-coito, a pesquisa de anticorpos antiespermatozoide e o teste de penetração no muco cervical. Assim sendo, os resultados anormais desses testes comumente se relacionam a gestações obtidas sem uso de qualquer terapêutica. Na terceira etapa, os exames não possuem comprovada ligação com a fertilidade, como a

avaliação cronológica do endométrio, a correção da varicocele, o teste da clamídia, entre outros (FEBRASGO, 2011).

Tratamentos de Reprodução Humana Assistida

A partir de 1970, avanços no campo da reprodução chamada assistida foram notados com o primeiro relato do nascimento de um bebê britânico por Inseminação Intrauterina, também chamada de artificial (IIU). Em 1978, houve o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta nascido na Inglaterra. Em 1980, nasce o primeiro bebê de FIV na Austrália, Candice Reed. No Brasil, nasceu em 1984, Anna Paula Caldeira, o primeiro caso de fertilização in vitro no país. Em 1992 teve o relato da primeira gravidez em humanos por Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), na Bélgica. Logo, a disseminação da técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozoides se espalhou rápido pelo mundo (Moura, Souza & Scheffer, 2009).

A técnica mais utilizada no TRHA é a FIV com suas técnicas de inseminação: convencional ou por meio de Injeção Intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI). As etapas envolvidas na FIV compreendem a estimulação ovariana, aspiração folicular para coleta de oócitos, fecundação em laboratório e transferência de embriões (Alvares, 2015).

Assim, o primeiro passo do tratamento consiste em uma ovulação induzida, e um monitoramento do tamanho dos folículos via ultrassonografia transvaginal, para prever o momento da ovulação. Quando o tamanho médio dos folículos alcançar cerca de 18 mm é realizada a aspiração deles para a fertilização in vitro. Este procedimento de aspirar é realizado em média quatorze dias após o primeiro dia da menstruação. O procedimento é feito no centro cirúrgico, com sedação e consiste na aspiração dos oócitos contidos dentro dos folículos. O líquido folicular obtido é encaminhado para o laboratório para análise dos oócitos, fertilização e desenvolvimento inicial embrionário. A transferência de embriões para o útero, realizada por via transcervical, ocorre até cinco dias após aspiração

folicular, etapa final da fertilização (Oliveira, Camargo, Santos, Silva & Moraes Filho, 2018).

Para Oliveira, Passos e Leal (2013), a FIV é o método mais avançado nesse processo de tratamento de infertilidade. Casais que recorrem a esse tratamento, diagnosticados como inférteis, muitas vezes lidam com dificuldade de engravidar após alguns ou anos de tentativas sem sucesso ou tem um fator fisiológico envolvido.

Outro método a ICSI, consiste na injeção de um único espermatozoide diretamente no interior do óvulo. Com essa técnica, a fertilização é “forçada” no laboratório, conseguindo a fecundação mesmo na vigência de fator masculino grave e falhas de fertilização anteriores (Pereira & Fátima, 2016).

Um aspecto para fornecer importantes indicadores de gravidez é a maturidade oocitária. O óvulo pode estar no estágio de Metafase II (MII), é maduro e com capacidade para fecundação (Rienzi & Ubaldi, 2012; Rienzi, Balaban, Ebner & Mandelbaum, 2012). O óvulo imaturo, pode estar no estágio de Metafase I (MI) e Prófase I (PI) – sendo este mais imaturo que MI, os dois sem possibilidade de fecundação. Também pode acontecer dos oócitos romperem e degenerarem, mas também podem estar relacionados a oócitos imaturos. A média esperada de oócitos capturados em mulheres de 25 a 35 anos é de 15 oócitos maduros (Rienzi & Ubaldi, 2012).

A qualidade dos óvulos e, conseqüentemente, a sua capacidade de fertilização e correto desenvolvimento embrionário, são determinados pela sincronia da maturação nuclear e citoplasmática. A morfologia dos óvulos pode fornecer importantes indicadores da capacidade de fertilização, desenvolvimento embrionário e gravidez (Rienzi et al., 2012).

Interferências na Reprodução Humana

A idade da mulher é considerada um dos fatores relevantes na fertilidade de um casal. A tendência a postergar a maternidade na contemporaneidade é vista como uma opção válida, embora com essa prorrogação haja um declínio da fertilidade, ou seja, da probabilidade de conseguir uma gravidez em um ciclo menstrual. Esse declínio tem como base a piora na qualidade dos oócitos, levando à anormalidades cromossômicas, morfológicas e funcionais; a diminuição da reserva folicular ovariana e as alterações hormonais, resultando em disfunções ovulatórias. Com isso, as chances de gravidez ficam consideravelmente reduzidas e as mulheres que concebem têm maior risco de complicações na gravidez (Sighinolfi, Grisendi & La Marca, 2017).

Para mulheres com idade inferior ou igual a 25 anos, a taxa de concepção é de 60% aos 6 meses e 85% ao ano. Quando a idade da mulher é igual ou superior a 35 anos, as taxas de concepção são de 60% anual e de 85% aos dois anos de tentativa. A probabilidade da ocorrência de uma gravidez, com relações sexuais regulares com mulheres que tenha mais de 35 anos de idade é cerca de 20% a 25% em cada ciclo menstrual (Peluso, Fonseca, Rodart, Cavalcanti, Gastaldo, Christofolini, Barbosa & Bianco, 2014).

O máximo de fertilidade feminina centra-se por volta dos 25 anos, e a partir dos 35 anos começa um declínio acentuado da capacidade de engravidar, interrompendo somente quando a mulher atinge a menopausa. À medida que a mulher envelhece, o processo de atresia folicular é acelerado, leva a um decréscimo acentuado tanto do número, como da qualidade dos óvulos (Bayer, 2012).

Outros fatores podem interferir na fertilidade feminina segundo Sasaki, Aprobato, Maia, Ferreira e Giviziez (2016), como a obesidade que pode levar a distúrbios metabólicos e hormonais em homens e mulheres e interferir com o sucesso de ciclos de tratamento de infertilidade.

Para Sobral, Barata, Carvalho, Reis e Sousa (2012), as drogas ilícitas como a cocaína pode levar a um fator de infertilidade feminino tubário; o consumo de cannabis está associado às alterações na ovulação; o abuso de bebidas alcoólicas nas mulheres relaciona-se com alterações hormonais e distúrbios na implantação e desenvolvimento embrionário. Segundo Soares (2018), na mulher, o tabaco pode levar às alterações na função ovariana e resultar na diminuição dos níveis de esteroides, alterações nas trompas e útero com probabilidade de abortamento ou gravidez ectópica. Unuane, Tournaye, Velkeniers e Poppe (2011) apontaram as causas genéticas, endometriose grave, fatores tubo-peritoneais, cervicais e uterinos ou ainda a disfunções ovulatórias a outros fatores de interferência.

Outra doença que afeta a fertilidade feminina é a endometriose. Esta é caracterizada pela presença do endométrio, localizado fora da cavidade uterina, podendo instalar-se em diversos locais, como ovários, peritônio, ligamentos úterossacros, região retro cervical, septo reto-vaginal, intestino, bexiga e ureteres (Cacciatori & Medeiros, 2015).

A endometriose pode ocasionar várias manifestações clínicas, e as mulheres podem apresentar quadros assintomáticos e sintomáticos de localização e intensidade diferentes, isso vai depender também do grau de acometimento da doença (Carvalho, Souza & Lima, 2018). A doença acarreta cerca de 5 a 15% das mulheres em idade reprodutiva e 50% das mulheres com problemas de fertilidade, ela também é uma das principais causas da infertilidade feminina (Barbosa & Oliveira, 2015).

As mulheres com endometriose apresentam baixo índice de fertilização, podem apresentar alterações nas trompas, ovulações inadequadas, ter interferência na qualidade dos óvulos, dificuldade na implantação do embrião no útero, e também no transporte do óvulo pela tuba uterina (De Marqui, 2014).

Segundo Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares e Santos (2012), muitas são as causas do diagnóstico de infertilidade. Se já realizados todos os exames, e não há uma causa existente da falta de fertilidade, não se devem descartar problemas emocionais e psicológicos.

Aspectos Psicológicos

Os estudos na área da infertilidade mostram que a qualidade de vida nos casais inférteis é bastante inferior comparada a outros casais que não passam por essa dificuldade. E mesmo nesses casais inférteis, a mulher tem mais prejuízos em sua qualidade de vida do que o parceiro (Kissi, Amamou, Hidar, Idrissi, Khairi & Ali, 2014).

Nahar e Richters (2011) relataram que as mulheres sem filhos podem ter maiores dificuldades sociais, emocionais e econômicas. Porém, essas dificuldades podem estar relacionadas com a sua posição na sociedade e a sua identidade de gênero.

Já o estudo realizado por Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha e Matos (2011) mostrou que todas as mulheres são mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos durante esta experiência. A infertilidade é um evento de vida marcante com várias consequências psicológicas para a mulher, levando-a à maior preocupações (sociais, sexuais e interpessoais) e a um estigma social ao modo de vida sem filhos.

A infertilidade pode gerar outras variáveis ligadas à apreensão, ansiedade, tensão e frustração, estresse, além de sentimento de perda por não ter concebido um filho, que parece interferir negativamente no tratamento (Leite & Frota 2014).

Ferreira, Simões, Gonçalves, Miyazaki e Pinto (2014), relataram que a demora no TRHA pode gerar distúrbios na ovulação se houver ansiedade e estresse envolvidos. Esses dados poderão ser justificados conforme o número de tratamentos que as pacientes já foram submetidas.

Segundo Cordeiro e Gomes (2013), mulheres com maiores níveis de ansiedade e expectativas em relação à tentativa de fertilização foram aquelas que realizaram maior número TRHA e mulheres com menor nível de ansiedade foram as que menos tratamentos RHA realizaram.

A mulher, ao lidar com o diagnóstico de infertilidade pode apresentar outros fatores geradores de estresse como, dificuldades na carreira, no casamento, a demora nos tratamentos de infertilidade, investimento financeiro no tratamento, questionamentos que entram na intimidade do casal, ansiedade e decepção ao ter que realizar nova tentativa de TRHA. Algumas mulheres descrevem a experiência da infertilidade como um processo de luto, já outras, sentimentos de ansiedade e depressão (Araújo, Gonçalves & Tomaz, 2019).

Segundo Khodarahimi, Hosseinmirzaei e Bruna (2014), os sintomas ansiosos e depressivos podem ocorrer devido aos sentimentos de fracasso de um papel de mãe idealizado. Montagnini, Blay, Novo, Freitas e Cedenho (2009) notaram que devido aos extensos protocolos diagnósticos e o longo período de tratamento, o TRHA pode ser considerado um estressor crônico, que aumenta a vulnerabilidade para sintomas psicológicos em 25 à 60% dos pacientes, principalmente em mulheres. Esses sintomas podem interferir nos resultados do tratamento.

A ansiedade é um dos sentimentos mais presentes durante o TRHA. Ela aparece como um sinal de alerta para o ser humano interpretar que pode estar ou estarás em perigo. O intuito é para se defender ou fugir. Ansiedade possui um sinal similar ao medo; mas neste o perigo é externo, real, de origem não-conflituosa. No caso da ansiedade a ameaça sentida é interna, vaga ou de origem conflituosa; ela desperta um que está sempre acompanhado com a sensação de estar em perigo ou que o pior pode acontecer (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Segundo Salkovskis (2004) as interpretações a respeito das situações, ocasionam as emoções. De acordo com a teoria cognitiva-comportamental, pessoas que sentem ansiedade estão em alerta grande parte do tempo, acreditando que podem ser prejudicadas por um dano físico ou moral, e na maioria das vezes a presença real do estímulo não está presente.

Outro sentimento predominante no TRHA é o estresse. Ele tem sido definido por Lipp (1996, p. 20) como:

“uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. É importante conceitualizar o estresse como sendo um processo e não uma reação única (...).”

O estresse foi dividido por Lipp e Malagris (2001), em três estágios: alarme, resistência e exaustão. A fase de alarme diz respeito ao organismo se mobilizar para reagir ao estressor. O corpo, por meio de reações bioquímicas, se prepara para reação de luta ou fuga. As glândulas endócrinas liberam hormônios, como a adrenalina, com isso, é provocado taquicardia, maior oxigenação no sangue, taquipnéia, tensão muscular generalizada, aumento da circulação periférica, facilitação da atividade mental (sensação, percepção, concentração, pensamento e processamento da informação relacionados à fonte do estresse), redução da afluência ao trato reprodutor (dificuldades sexuais) e o corpo se mantém em equilíbrio para enfrentar a situação ou fugir. É uma fase considerada positiva, ela pode colaborar para que o indivíduo tenha melhora no desempenho e habilidades.

Na fase de resistência, o organismo busca reparar o dano que o estresse ocasionou e retornar à situação de prontidão relaxada, mas devido a isso, surge uma sensação de

desgaste e cansaço. Entretanto, se a presença do estressor persiste, a fase de alarme inicia e se ela prolongar colabora com o aparecimento da fase de exaustão, que é um estresse maléfico para o organismo, já que ele suga as reservas de energia adaptativa. É neste estágio de exaustão que as patologias começam ser desenvolvidas (Lipp & Malagris, 2001; Seger, 2001).

A quarta fase é denominada de “quase exaustão”, ela está entre a fase de resistência e a de exaustão. Ela é caracterizada por um enfraquecimento da pessoa, que não consegue mais resistir ou adaptar-se ao estressor (Lipp & Malagris, 2001).

Estudos indicam uma relação entre estresse e insucesso de Fertilização *in vitro* (FIV). Quanto maior o nível de ansiedade e estresse, menor a chance de gravidez. A dificuldade de engravidar pode, ainda, gerar modificações nos relacionamentos interpessoais e sociais do indivíduo. O estresse é visto mais como consequência do que como causa do TRHA (Jacob-Seger, 2000).

O estresse prolongado pode desencadear uma reação no cérebro e pode alterar o funcionamento dos hormônios reprodutivos que são importantes na capacidade de conceber. Por exemplo, o estresse aumenta a liberação de epinefrina no cérebro e adrenalina no corpo. Esses hormônios podem aumentar a ansiedade, e assim, podendo causar uma resposta de fuga ou luta. Eles também regulam a liberação do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) a partir do hipotálamo, um dos muitos hormônios das funções reprodutoras. Portanto, o estresse, pode levar a alterações no funcionamento reprodutivo, na ovulação e na fertilidade (Domar & Prince, 2011).

Nesse sentido, vários mecanismos biológicos relacionados ou desencadeados pelo evento estressor podem modificar a função reprodutiva a ponto de alterar a fertilidade. A função cíclica ovariana pode ser perturbada por um estresse emocional e levar a uma interrupção temporária do ciclo menstrual. O desejo obsessivo de engravidar pode

dificultar a concepção. No entanto, é extremamente difícil estabelecer relações de causa-efeito já que as causas de infertilidade são múltiplas e não envolvem apenas fatores ligados à fisiologia feminina, mas também a causas de infertilidade masculina e, a resposta a um determinado evento estressor pode variar para cada indivíduo (Moreira & Azevedo, 2010).

No entanto, a psicologia se faz necessária nesse campo relacionado a infertilidade. Não para aliviar por completo sintomas de ansiedade e estresse e nem trazer a solução aos diagnósticos, mas para obter escuta diferenciada e acolhimento. É uma oportunidade para os casais exporem e possivelmente elaborar as dificuldades decorrentes das tentativas para engravidar. Podendo amenizar os principais sofrimentos psíquicos como autoestima rebaixada, conflito pessoal e conjugal, ansiedade, medo, desesperança do futuro, negativismo entre outros, e com isso reduzir as chances de surgir problemas mais sério, como por exemplo, a depressão (Leite & Frota, 2014).

A participação da psicologia no tratamento de casais inférteis permite perceber os aspectos emocionais envolvidos no processo de RA e suas implicações no tratamento para melhor condução e intervenção de cada caso (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel & Stevens, 2012).

OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral

Investigar e comparar os níveis de estresse e ansiedade em mulheres em TRHA antes e após a FIV.

Específicos

Levantar características sociodemográficas e clínicas de mulheres em TRHA.

Verificar correlação do estresse e ansiedade na maturidade e qualidade oocitária e no resultado final. Foi realizada pela Correlação de Pearson

Comparar os níveis estresse e ansiedade antes e após procedimento.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Pesquisa descritiva, longitudinal, com análise comparativa antes e após procedimento de fertilização assistida.

Local

Centro Particular Privado de Reprodução Humana, que atende em média quarenta casais por mês para realizar FIV, localizado em uma cidade do interior de São Paulo.

Participantes

O estudo foi realizado com 26 mulheres em TRHA por meio da técnica de FIV com ICSI. Justifica-se o número de participantes pelo período de conveniência pela demanda.

Crítérios de Inclusão

Foram inclusas as mulheres com idade inferior ou igual a 35 anos em TRHA por meio da técnica de FIV com ICSI.

Crítérios de Exclusão

Foram excluídas mulheres com idade superior a 35 anos, pela interferência do fator idade no TRHA, tabagistas, obesas e/ou com diagnóstico de endometriose grave.

Seleção da amostra

Todas as pacientes que se enquadrarem nos critérios de inclusão e que não apresentarem fatores impeditivos discriminados nos critérios de exclusão.

Materiais e Instrumentos de coleta de dados:

Serão incluídos no protocolo de pesquisa instrumentos aprovados para uso pelo SatePsi (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos); validados na versão brasileira; de aplicação e correção mais simples e rápida; utilizados na literatura em pesquisas semelhantes, e de fácil compreensão. Foram selecionados para compor o protocolo:

- **Questionário Sociodemográfico e clínico** (Apêndice A), criado pelas próprias pesquisadoras para levantar dados sociodemográficos. O instrumento tem dezessete questões: idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda familiar, se houve casamentos anteriormente, infertilidade primária ou secundária, número de filhos, quantidade de gestação, de abortos, de números de FIV, tempo de TRHA, história clínica; tratamentos anteriores e critério diagnóstico.

- **Inventário de Ansiedade Beck (BAI – Beck Anxiety Inventory)**, escala de auto-relato, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. Inicialmente criado para medir ansiedade em pacientes psiquiátricos, porém, mostrou-se adequado também para a população geral. É construído por 21 itens que descrevem os sintomas de ansiedade e o indivíduo assinalará a que se identificar dentro de uma escala de quatro pontos, sendo estas, escalas de níveis crescentes de gravidade: (1) “Absolutamente não”; (2) “Levemente: não me incomodou muito”; (3) “Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; (4) “Gravemente: dificilmente pude suportar” (Cunha, 2011) (não autorizada a reprodução).

- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**, fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada individualmente ou em grupos de até 20 pessoas. Não é necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para a pessoa. O Instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na

última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência (Rossetti et al., 2008) (não autorizada a reprodução).

- **Laudo Laboratorial** (Apêndice B) - criado pelo embriologista do centro de reprodução humana para levantar dados da qualidade oocitária de cada paciente.

- **Aspectos éticos** (Anexo C) - Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, CAAE 96747618.1.0000.5415.

PROCEDIMENTO

As participantes foram convidadas via telefonema e informadas sobre a pesquisa. As que aceitaram participar, agendaram para comparecer no Centro de Reprodução Humana. No dia da entrevista foram esclarecidas novamente sobre a pesquisa, ao concordarem foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE, conforme resolução número 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde e segundo as normas do Comitê de Ética em Pesquisa. Em seguida, foi preenchido o questionário sociodemográfico e aplicados os inventários na presença da psicóloga e pesquisadora da pesquisa. E também foram submetidas a realizar o ultrassom do sétimo dia, que em média ocorre uma semana antes do procedimento de aspiração dos oócitos.

Como protocolo, no mesmo dia da aspiração dos oócitos, o laudo laboratorial foi emitido pelo embriologista, tendo-se acesso ao resultado da quantidade e qualidade dos óvulos. Após uma semana do procedimento, as participantes colheram sangue em laboratório particular para realizar o exame do Beta HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) - (hormônio que confirma a gravidez). Uma semana após resultado deste Beta HCG foi agendado novamente a aplicação dos Inventários ISSL e BAI.

As coletas foram realizadas no período de Janeiro à Novembro de 2019.

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados inclui média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A correlação de variáveis categóricas em dois grupos foi realizada pela Correlação de Pearson. Análise estatística foi realizada mediante o programa Prisma 6.07 (2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Características Sociodemográficas e clínicas

A amostra do estudo foi composta por 26 participantes mulheres em tratamento de reprodução humana assistida cujas características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas da amostra (N=26)		
	M	DP
Idade	31,5	± 2,54
Tempo de tentativas para engravidar natural (anos).	3,5	± 2,57
	n	(%)
Estado Civil		
Casada	26	100
Ocupação		
Empresária	6	23,07
Dona de casa	4	15,38
Fisioterapeuta	3	11,53
Administradora	2	7,69
Enfermeira	2	7,69
Bancária	1	3,84
Engenheira Civil	1	3,84
Funcionária Pública	1	3,84
Farmacêutica	1	3,84
Fotógrafa	1	3,84
Psicóloga	1	3,84
Serviços Gerais	1	3,84
Vendedora	1	3,84
Escolaridade		
Médio completo	6	23,07
Superior completo	20	76,93

Religião			
	Católicas	20	76,93
	Evangélicas	4	15,38
	Espíritas	1	3,84
	Sem religião	1	3,84
Renda Salarial			
	0 a 3 mil reais	1	3,84
	3 a 5 mil reais	3	11,53
	5 a 10 mil reais	14	53,84
	Mais de 10 mil reais	8	30,76
Casamentos anteriores			
	Não	26	100
Número de filhos			
	Nenhum	21	80,76
	1 filho	5	19,23
Fator impeditivo			
	Fator feminino	14	53,84
	Fator masculino	6	23,07
	Fator feminino + masculino	3	11,53
	Sem causa aparente	3	11,53
Diagnóstico			
Casal	Sem causa aparente	3	11,53
F. Fem.	Fator tubário	11	42,30
F. Fem.	Endometriose Leve	9	34,61
F. Masc.	Oligospermia	3	11,53
F. Masc.	Varicocele	2	7,69
F. Masc.	Vasectomia	2	7,69
F. Masc.	Azoospermia	1	3,84
Número de gestações			
	Nenhuma	19	73,07
	1 gestação	4	15,38
	2 gestações	2	7,69
	3 gestações	1	3,84
Quantidade TRHA de FIV com ICSI			
	Nenhum	18	69,23
	1 tratamento	7	26,93
	4 tratamentos	1	3,84

O estudo mostrou que a média de idade é de 31,5 anos, e a média de tempo de tentativas de engravidar é de três anos e meio, todas as participantes são casadas. Das participantes, vinte e duas (84,62%) trabalham e quatro (15,38%) se classificam como

donas de casa. A maioria (n=20) tem ensino superior completo (76,93%) e seis (23,07%) ensino médio.

Índices semelhantes quanto às características da amostra foram observado em um estudo desenvolvido em uma Universidade de Portugal, que investigou o perfil sociodemográfico de 129 mulheres com diagnóstico de infertilidade e em TRHA. A amostra infértil tinha idade média de 34,99 anos (DP \pm 4,45). A maioria das mulheres eram casadas (62,8%), possuíam ensino superior (79,8%) e estavam empregadas (79,8%). O grupo profissional com maior destaque foi o de Profissões Intelectuais e Científicas (35,7%) (Urbano & Marques, 2018).

Um estudo holandês de coorte retrospectivo realizado em 2012 analisou 1924 casais. Concluiu que quanto ao número de horas de trabalho semanais, mulheres com emprego e que trabalhavam mais de 32 horas por semana experienciavam maior tempo para engravidar, do que mulheres que trabalhavam entre 16 a 32 horas por semana (Mutsaerts et al., 2012).

O tratamento em reprodução humana depende de tempo e um alto gasto financeiro, e estes são grandes obstáculos para muitas pacientes que apresentam mais de um emprego e necessitam de muitos atestados médicos para seguir o tratamento. Algumas mulheres relatam ter que em alguns momentos conviver com piadas e ironias de colegas de trabalho, incluindo o chefe, que as questionam da necessidade de ir repetidamente ao médico (Batista, Bretones & Almeida, 2016).

Um fator que colabora ou não com o tratamento é o estilo de vida dos pacientes. Estilos de vida são hábitos que podem influenciar na saúde em geral. Alguns aspectos como a idade, a nutrição, o peso, a realização de atividade física, o estresse e as exposições ambientais podem ter reflexos na fertilidade. Hábitos como o tabagismo, o uso de drogas

ilícitas e o consumo de álcool e cafeína também influenciam negativamente (Sharma, Biedenharn, Fedor & Agarwal, 2013).

Foi possível identificar que vinte e cinco (96,15%) participantes possuem um suporte religioso e para elas é importante para contribuir no alívio da ansiedade e estresse. Segundo Pilger (2016), a religiosidade é relacionada ao enfrentamento em diversos contextos da saúde.

É importante destacar que a estratégia de enfrentamento “Religiosidade” por si só não se configura sempre como uma estratégia de enfrentamento benéfica (Carver et al., 1989). A interpretação do uso da religiosidade se relacionaria à própria interpretação que o indivíduo faria da situação de estresse. A religiosidade pode representar ora conforto, bem estar e consolo, ora uma punição divina que justifique o não envolvimento no enfrentamento da situação. Crenças religiosas podem ser utilizadas para atribuir sentido positivo ou negativo às experiências (Panzini & Bandeira 2007).

Por sua vez, Gradwohl et al. (2013), em estudo com homens e mulheres inférteis brasileiros, observou que a religião foi utilizada como instrumento importante para lidar com a infertilidade.

Além da religião, segundo Moreira-Almeida e Lucchetti, (2016), o que diz respeito à conexão com algo maior pode ser compreendido também como espiritualidade. Termo este que pode ser caracterizado pela vivência de valores mais profundos, manifestação da essência, na qual humano e Divino são únicos. A principal função da dimensão espiritual é a capacidade de levar o ser humano a ir além de si, ou seja, buscar um vínculo com ele mesmo, com os outros seres humanos e com o mundo (Roese, 2011).

À respeito da renda salarial do casal, quatorze (53,84%) apresentou renda salarial de 5 a 10 mil, oito (30,76%) tem renda a mais de 10 mil reais, três (11,53%) de 3 a 5 mil reais e um (3,84%) de 0 a 3 mil reais.

Uma pesquisa realizada nos anos de 2017 e 2018, no pequeno município de Marechal Cândido Rondon/PR, centrou-se na experiência vivida por oito mulheres e um homem que utilizaram meios reprodutivos tecnológicos como a inseminação artificial e a fertilização in vitro. O estudo também teve como objetivo investigar o quanto cada participante já havia gasto em medicamentos e procedimentos (FIV e/ou Inseminação Assistida). Nos depoimentos dessa pesquisa as mulheres revelaram que o gasto com o tratamento variou de R\$ 12.000,00 (doze mil reais) à R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) (Heidemann, 2018).

Dá para se ver que são investimentos altos e dependendo do resultado do Beta HCG, as tecnologias são vistas com bons ou maus olhos. Aqueles que delas obtêm sucesso consideram-nas positivas. Por outro lado, aqueles que se deparam com insucessos ou desistem pelos obstáculos existentes, como limite financeiro, invasividade, e estresse emocional tentam desvalorizá-las ao caracterizá-las como artificiais, perigosas e de baixo desempenho (Heidemann, 2018).

É importante ressaltar que em geral, os procedimentos, os medicamentos e as internações são pagos e os custos são bem altos, com isso pode interferir nas decisões dos casais de continuar ou não com o tratamento se estes não possuírem renda estável ou ajuda de terceiros para arcarem com o tratamento (Heidemann, 2018).

Todas as participantes da pesquisa estão no primeiro casamento. A maioria delas n=21 (80,76%) não possuem nenhum filho e apenas cinco (19,23%) tem um filho do atual relacionamento.

É fato que do ponto de vista cultural as mulheres ainda são educadas na expectativa de um dia terem um filho. Pesquisas mostraram que para muitas mulheres o fato de não terem filhos é como morrer aos poucos e de forma lenta. A infertilidade é descrita e precisa cada vez mais ser compreendida como um fenômeno importante que

comporta uma dimensão física, psíquica, emocional e sociocultural (Lins, Patti, Peron & Barbieri, 2014).

No que diz respeito a fator impeditivo, quatorze (53,84%) das analisadas tinha fator feminino, seis (23,07%) fator masculino, três (11,53%) fator feminino mais masculino e três (11,53%) sem causa aparente.

Após várias décadas de investigação, as pesquisas relatam que os casais que passaram por essa dificuldade, 30% dos fatores podem ser atribuídos à mulher, 30% ao homem e 20% são atribuídos a ambos. Além disso, no conjunto dos casais inférteis, 20% não apresentam uma causa conhecida. No entanto, segundo estudos, a infertilidade deve ser sempre compreendida como um problema do casal (Silva, 2019).

O estudo demonstrou que dezenove (73,07%) das entrevistadas não tiveram nenhuma gestação (infertilidade primária), quatro (15,38%) tiveram uma gestação (infertilidade secundária), duas (7,69%) tiveram duas gestações (infertilidade secundária) e uma (3,84%) tiveram 3 gestações (infertilidade secundária). Dezoito delas (69,23%) nunca fizeram nenhum TRHA por meio da técnica de FIV com ICSI, sete (26,93%) já havia realizado um tratamento e uma (3,84%) já realizou quatro TRHA de FIV com ICSI.

Um estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa e exploratória realizado em Goiânia – GO em 2016, teve como objetivo descrever os impactos psicossociais da infertilidade em mulheres que tentam engravidar sem sucesso por meio da reprodução assistida. Foram realizadas entrevistas com quatro mulheres, e resultou-se que para elas o plano da maternidade foi apresentado sempre como desejo maior. Com as sucessivas negativas do tratamento, relatos de sensações frustrantes apareceram e aumentavam o sofrimento das entrevistadas. O futuro incerto é outro ponto estressor que alimenta sentimentos como medo, frustração e preocupação. Um apoio psicossocial para essas mulheres é de suma importância, já que a perspectiva, em detrimento de todo

sofrimento causado, é continuar a tentar até conseguir a maternidade desejada (Batista et al., 2016).

Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Com relação à ansiedade, a mediana de pontos no BAI pré tratamento foi 6,4 (variação de 1 a 17) e pós tratamento foi 6,3 (variação de 3 a 14). Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Classificação dos sintomas de ansiedade pré e pós tratamento (n=26)				
BAI	Pré		Pós	
	n	%	n	%
Mínimo (0-10)	20	76,93	20	76,93
Leve (11-19)	3	11,53	6	23,07
Moderado (20-30)	1	3,85	-	-
Grave (31-63)	2	7,69	-	-
Total	26	100	26	100

Nota. BAI = Beck Anxiety Inventory

Foi possível identificar que no Pré TRHA, vinte pacientes (76,93%) não apresentaram ansiedade; três (11,53%) apresentaram ansiedade leve; uma (3,85%) apresentou ansiedade moderada; duas (7,69%) grave. No Pós TRHA vinte pacientes (76,93%) não apresentaram ansiedade e seis (23,07%) apresentaram ansiedade leve. Na comparação de ansiedade pré e pós TRHA, as mulheres no pré apresentaram níveis mais altos de ansiedade, porém, essa comparação não foi significativa ($p=0,2615$).

No estudo, a maioria das participantes não apresentaram sinais moderados e graves de ansiedade. Pode-se considerar que no Centro de Reprodução Assistida, é protocolo as pacientes realizarem acompanhamento psicológico antes do TRHA por meio da técnica de FIV com ICSI. As participantes relataram acreditar que o apoio psicológico colaborou no alívio da ansiedade e estresse durante e após o TRHA.

O modelo de intervenção psicológica no Centro de Reprodução Humana, consiste primeiro em uma avaliação psicológica e do estilo de vida dos entrevistados. As demais sessões podem ser presenciais ou por videoconferência e são focadas nas queixas dos pacientes (a maioria é redução de ansiedade) e com isso são introduzidas técnicas cognitivas e comportamentais como por exemplo, resolução de problemas, questionamento socrático, foco no tratamento para mudança. Se houver tempo antes do TRHA para mudança de estilo de vida (nutricional, atividade física, acupuntura, etc) a psicóloga também trabalha com intervenções comportamentais e indica os pacientes a buscar auxílio de outros profissionais dessas áreas. Fora isso, a intervenção psicológica também consiste na realização de relaxamentos para colaborar na redução da ansiedade e estresse.

A Terapia Cognitivo-comportamental tem se mostrado efetiva para o tratamento de Transtornos de Ansiedade, utilizando-se de técnicas de relaxamento, resolução de problemas, planejamento de atividades de recreação, foco no tratamento para a mudança e o controle antecipatório da preocupação e da catastrofização (Linden et al., 2005). Um estudo longitudinal, cujo objetivo era comparar técnicas de relaxamento e TCC para alívio dos sintomas de ansiedade. Concluiu que ambas são eficazes para o tratamento de transtornos de ansiedade, mesmo após 13.7 meses do fim do acompanhamento psicológico (Öst & Breitholtz, 2000).

Uma participante do estudo diagnosticada com infertilidade sem causa aparente e que já havia realizado quatro TRHA de FIV por meio de ICSI, realizou durante um ano psicoterapia, acompanhamento e mudança nutricional e introduziu atividade física regular em sua rotina. Esse caso específico foi possível notar que o último TRHA em comparação aos tratamentos anteriores obteve resultado mais eficaz em todas as etapas dele.

Um estudo publicado em 2016 teve como objetivo revelar a atenção e melhorias na promoção do estilo de vida de mulheres com infertilidade sem causa aparente com pelo menos um dos fatores de risco que têm sido apontados como negativos para a fertilidade (tabagismo, IMC < 18.5 Kg/m² e > 25, sedentarismo e exercício excessivo, consumo de álcool, consumo de café superior a 300 mg/dia e níveis elevados de stress) por meio de educação e de que forma essas melhorias têm impacto nos tratamentos. Foram analisadas 64 mulheres e os resultados revelaram uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis médios de quatro das variáveis: estresse (p<0.001), IMC (p<0.001), consumo excessivo de cafeína (p<0.001) e pouca atividade física (p<0.001). O número de fatores de risco diminuiu da primeira para a terceira entrevista de forma significativa. As taxas de gravidez foi de 46.15% e 19.24% no grupo de educação e de controlo respetivamente (p=0.02). Concluiu-se que educação promotora de estilos de vida saudáveis foi eficaz na redução dos riscos para a infertilidade e que aumentou as taxas de sucesso nos TRHA ao corrigir esses fatores de risco (Kaya, Kizilkaya, Aydin & Hassa, 2016).

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

Com relação aos sintomas de estresse, os resultados estão presentes na tabela 3.

Tabela 3

Classificação dos sintomas de estresse pré e pós tratamento (n=15)				
ISSL	Pré		Pós	
	n	%	n	%
Alerta (sem estresse)	20	76,93	21	80,77
Resistência	6	23,07	5	19,23
Quase exaustão	-	-	-	-
Exaustão	-	-	-	-
Total	26	100	26	100

Nota. ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

Foi possível identificar que no Pré TRHA, vinte pacientes (76,93%) não apresentaram sinal de estresse; seis (23,07%) apresentaram estresse na fase de resistência.

No Pós TRHA vinte e uma pacientes (80,77%) não apresentaram estresse e cinco (19,23%) apresentaram estresse na fase de resistência. Na comparação de estresse pré e pós TRHA, as mulheres no pré apresentaram níveis mais altos de estresse, porém, essa comparação não foi significativa ($p= 0,7342$). A maioria das participantes não apresentaram níveis de exaustão de estresse.

Um estudo transversal de 2013 realizado em um Ambulatório de Reprodução Humana no interior de São Paulo com 101 homens e 101 mulheres buscou avaliar o nível de estresse e identificar variáveis associadas. Os participantes responderam à versão brasileira do Inventário de Problema de Fertilidade (IPF) com base nos quatro domínios: "relacionamentos sociais", "vida sem filhos"; "relacionamento conjugal/sexual" e "maternidade/paternidade" e também a um questionário com características socioeconômicas e reprodutivas. De modo geral, os participantes apresentaram alto nível de estresse em todos os domínios, exceto no domínio "vida sem filhos" e foi sugerido que o apoio psicossocial é importante e deve ser diferenciado para homens e mulheres (Gradwohl, Osis & Makuch, 2013).

Um estudo de coorte publicado em 2014 analisou 401 mulheres para avaliar se os níveis de estresse estão associados à infertilidade. Revelou que as mulheres com níveis altos de estresse experienciaram uma redução de 29% na taxa de fecundação. (Lynch, Sundaram, Maisog, Sweeney & Louis, 2014).

Laudo Laboratorial

Com relação ao laudo laboratorial, a média de oócitos capturados ($n=26$) foi de 19 (variação de 9 a 41). A média de oócitos maduros (MII) foi de 14 (variação de 5 a 28); oócitos imaturos (MI) foi de 1,5 (variação de 0 a 5); oócitos imaturos (PI) foi de 0,9 (variação de 0 a 5) e a média de oócitos rompidos foi de 1,1 (variação de 0 a 6). Os resultados estão presentes na tabela 4.

Tabela 4

Laudo laboratorial		
Oócitos	Média	Varição
Capturados	15	(3 a 41)
Maduros (MII)	11	(3 a 28)
Imaturos (MI)	0,9	(0 a 05)
Imaturos (PI)	0,7	(0 a 05)
Rompidos	0,6	(0 a 06)

Resultados do Beta HCG

Com relação ao resultado do Beta HCG, presentes abaixo na tabela 5. Foi possível perceber que dezessete (65,38%) participantes obtiveram Beta HCG positivo e nove (34,61%) Beta HCG negativo.

Tabela 5

Distribuição dos resultados de Beta HCG		
Beta HCG	n	%
Positivo	17	65,38
Negativo	9	34,61
Total	26	100

Nota. Beta HCG = (Gonadotrofina Coriônica Humana) - (hormônio que confirma a gravidez).

Um estudo de coorte prospectivo foi realizado em 2000 com o objetivo de determinar a eficácia de intervenções psicológicas nas taxas de concepção de mulheres com diagnóstico de dois anos de infertilidade. Participaram do estudo setenta e três mulheres e foram divididas em grupo de TCC, grupo de suporte e grupo controle. Mostrou que as taxas de concepção dos grupos das mulheres que receberam instruções efetivas de como lidar com o estresse foram mais altas, 55% no grupo cognitivo de intervenção comportamental, 54% num grupo de apoio e 20% nas mulheres que não receberam qualquer tipo de apoio (Rooney & Domar, 2014).

O acompanhamento psicológico e as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ajudaram a reduzir os sintomas de estresse e ansiedade que o

diagnóstico de infertilidade e o TRHA podem ocasionar. É fato que o TRHA é um estressor e com isso pode interferir até no resultado do Beta HCG. É de mera importância que as pacientes e/ou os casais que vão submeter-se aos procedimentos recebam também atendimento psicológico para contribuir no bem estar destes.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de infertilidade é por si só um fator estressante, aliado a árdua rotina de procedimentos e medicações que podem colaborar para que ocorra um aumento do nível de estresse e ansiedade.

As participantes do estudo não apresentaram sintomas significativos de estresse e ansiedade. A maioria obteve um aumento do quadro de ansiedade e estresse antes do TRHA do que após o resultado do Beta HCG, isso pode estar relacionado com o resultado positivo da maioria dos Betas HCG das participantes do estudo.

Em relação a ansiedade não houve correlação dos sintomas de pré e pós tratamento com a qualidade oocitária e resultado final (Beta HCG). Em relação ao estresse já foi possível identificar que vinte das participantes (76,93%) não tiveram sintomas de estresse no pré e pós tratamento e com isso, influenciou na qualidade oocitária ($p=0,0027$) no estágio MII (apresenta qualidade para possível fecundação), porém em relação ao Beta HCG não houve correlação com os sintomas de estresse.

O acompanhamento psicológico colaborou para que não houvessem níveis altos de ansiedade e se estresse, podendo ocasionar resultados mais satisfatórios em todas as etapas do tratamento.

Outras pesquisas precisam ser realizadas para mostrar a efetividade do acompanhamento psicológico no TRHA e a importância do papel do psicólogo junto a equipes multidisciplinar de Reprodução Assistida.

REFERÊNCIAS

- Álvares, C. (2015). Entre o social e biológico: repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 3, 99 – 110.
- Araújo, M.L.S., Gonçalves, S.G.T. & Tomaz, R.S.R. (2019). *A atuação do Psicólogo no acompanhamento a casais heterossexuais diagnosticados com infertilidade*. (Trabalho de Conclusão de curso). Repositório Institucional
- Bahamondes, L. & Makuch, M. (2012). Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil. *Facts Views Vis Obgyn*, 4, (4), 221–226.
- Barbosa, D. A. S.; Oliveira, A. M. (2015). Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. *Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. 1(1).
- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução e Climatério*. 31(3), 121-127.
- Bayer, S.R., Alper, M.M., Penzias, A.S. (2012). Factors affecting fertility. In *The Boston IVF Handbook of infertility*. *Informa Healthcare*. 11–18.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Cacciotori, F.A. & Medeiros, J.P.F. (2015). Endometriose: uma revisão da literatura. *Revista de Iniciação Científica*, 13(1).
- Carvalho, I.S., Souza, E.A.C., Lima, E. (2018). Endometriose as causas mais comuns de infertilidade feminina. *Anais dos CONCIFA*. 1(1).
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cordeiro, M.S. & Gomes, J.C. (2013). Ansiedade e Relacionamento Conjugal em mulheres com infertilidade: impacto da terapia de grupo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 07-13.
- De Marqui, A.B.T. (2014). Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 3 (2).
- Domar, A. D., & Prince, L. B. (2011). Impact of psychological interventions on IVF outcome. *Sexuality, Reproduction and Menopause Journal*, 9(4), 26-32.
- Febrasgo Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2011). *Manual de Orientação Reprodução Humana*.

https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Reproducao_-_Humana.pdf

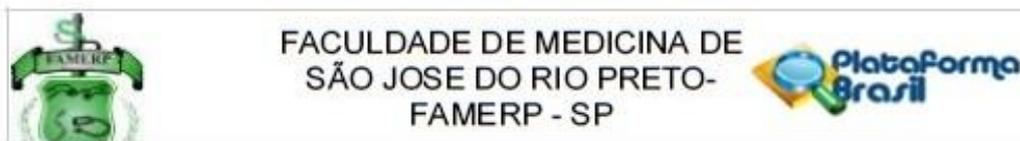
- Ferreira, L.A.P., Simões, L.R., Gonçalves, L.C.S., Miyazaki M.C.O.S. & Pinto, M.J.C. (2011). Estresse em casais inférteis. *Reprodução & Climatério*, 29(3), 88–92.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 96(9), 2408-2414.
- Gradwohl, S.M.O., Osis, M.J.D. & Makuch, M.Y. (2013). Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-261. doi: [10.1590/S0100-72032013000600004](https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600004)
- Heidemann, S.C.F. (2018). *Foram dois, "Voltamos em cinco": família e reprodução assistida em Marechal Cândido Rondon*. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu.
- Jacob-Seger, L. (2000). *Stress e ansiedade em pacientes submetidos à reprodução humana assistida*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo –USP, São Paulo.
- Kaya Y., Kizilkaya N., Aydin Y., Hassa H., (2016). The effect of health-promoting lifestyle education on the treatment of unexplained female infertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Acesso em 30 de setembro de 2019 às 17:49hs.
- Khetarpal, A., & Singh, S. (2012). Infertility: Why can't we classify this inability as disability. *Australasian Medical Journal*, 5, 334-339.
- Khodarahimi, S., Hosseinmirzaei, S., Bruna, M. (2014). The Role of Infertility in Mental Health, Psychological Distress and Sexual Dysfunction in a Sample of Iranian Women. *Women & Therapy*, 37(1-2), 178-194.
- Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Idrissi, K., Khairi, H. & Ali, B. (2014). Quality of Life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, 134-137.
- Leite, S. P. (2017). *Analgesia para raspagem endometrial em mulheres com subfertilidade: ensaio clínico controlado com alocação aleatória das participantes*. Doctoral Thesis, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.17.2018.tde-26042018-114427.
- Leite, R. R.Q., Frota, A.M.M.C., (2014). O desejo de ser Mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*. 20(2): 152.
- Liden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann. (2005). Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders Results of a

- Controlled Clinical Trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.
- Lins, P.G.A., Patti, E.A.M., Peron, A.C., Barbieri, V. (2014). O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. *Estudos em Psicologia (Campinas)*. 31(3). 387-392
- Lipp, M.E.N. (1994). *Stress: conceitos básicos. Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Editora Papyrus, 1996. Cap. 1 p. 17-31.
- Lipp, M.E.N.; Malagres, L.E.N. (2001). *O stress emocional e seu tratamento*. In: Rangé, B. (org). *Psicoterapia cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Cap 28. P. 475-490.
- Lynch C.D., Sundaram R., Maisog J.M., Sweeney A.M., Louis G.M.B., (2014). Preconception stress increases the risk of infertility : results from a couple-based prospective cohort study — the LIFE study. *Oxford Univ Press*. 29(5) 1067–1075.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S. & Stevens, G.A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *Plos Medicine*, 9, 1-12.
- Montagnini, H.M., Blay, S.L., Novo, N.F. Freitas, V. & Cedenho, A.P.(2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 26(4), 475–481.
- Moreira, S.N.T. & Azevedo G.D. (2010). Estresse e função reprodutiva feminina. *Polêmica*, 9(4), 58-63.
- Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência e saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54-57.
- Moura, M., Souza & M.C.B., Scheffer, B.S. (2009). Reprodução assistida: Um pouco de história. *Revista da SBPH*, 12(2), 23-42
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Santos, T. A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 27(5), 533-549.
- Mutsaerts M.A.Q., Groen H., Huiting H.G., Kuchenbecker W.K.H., Sauer P.J.J., Land J.A., (2012). The influence of maternal and paternal factors on time to pregnancy — a Dutch population-based birth-cohort study : the GECKO Drenthe study. *Oxford Univ Press*. 27(2) 583–593.
- Nahar, P. & Ritchers, A. (2011). Suffering of childless women in Bangladesh: the intersection of social identities of gender and class. *Anthropology & Medicine*, 18(3), 327-338.
- Nillni Y.I., Gradus J.L., Hatch E.E., Drph K.J.R., (2016). Depression, anxiety, and psychotropic medication use and fecundability. *Am J Obstet Gynecol*. 1 (8).

- Oliveira, G.P., Passos, M.P., Leal, E.S. (2013). Nascimento peregrinação messiânica de casais inférteis pelas clínicas de reprodução humana assistida. *Pensando Famílias*, 17(1), 17–27.
- Oliveira, B.S., Camargo, C.R.O, Santos, F.B., Silva, L.C.S., Moraes Filho, A.V. (2018). Abordagem teórica sobre reprodução humana assistida: principais técnicas, legislações e aspectos éticos. *Saúde e ciência em ação*, 4(1).
- Öst, L., Breitholtz E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Panzini, Raquel Gehrke, & Bandeira, Denise Ruschel. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(Suppl. 1), 126-135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Peluso, C., Fonseca, F.L.A., Rodart, I.F., Cavalcanti, V., Gastaldo, G., Christofolini, D.M., Barbosa, C.P., and Bianco, B. (2014). AMH: An ovarian reserve biomarker in assisted reproduction. *Clin. Chim. Acta* 437, 175–182.
- Pereira, K. K. P. C. S., Fátima, O. D. F. A, (2016). As Principais Técnicas de Reprodução Humana Assistida. *Saúde & Ciência Em Ação*, 2016. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/182>. Acesso em: 28 de setembro. 2019.
- Pilger, C., (2016). *Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto
- Rienzi, L.F., e Ubaldi, F.M. (2012). Oocyte retrieval and selection. In Textbook of Assisted Reproductive Technologies. *Informa Healthcare*, 96–113.
- Rienzi, L., Balaban, B., Ebner, T., e Mandelbaum, J. (2012). The oocyte. *Hum. Reprod.* 27, 2–21.
- Roese, A. (2011). Sofrimento espiritual, busca de sentido e espiritualidade. *Revista Pistis Práxis*, 3(2), 333-359.
- Rooney K.L., Domar A.D., (2014). The impact of lifestyle behaviors on infertility treatment outcome. *Curr Opin Obs Gynecol.* 26 (5).
- Salkovskis, P. M. (2004). *Ansiedade, crenças e comportamento de busca de segurança*. Fronteiras da terapia cognitiva (61- 82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sasaki, R.S.A., Aprobato, M.S., Maia, M.C.S., Ferreira, E.A.B.F. & Giviziez, N.Z. (2016). Há alteração do dia da ovulação em pacientes com sobrepeso ou obesidade? Estudo transversal. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 143-150

- Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health : taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol.* 11, 1–15.
- Seger, L. (2001). *Comportamento verbal como construção social: implicações para a terapia comportamental.* In: Marinho, M.L.; Caballo, V.E. (org). *Psicologia clínica e da saúde.* Londrina: Editora UEL; Granada: APICSA, 11, 213-223
- Sighinolfi, G., Grisendi & V., La Marca, A. (2017). How to personalize ovarian stimulation in clinical practice. *J. Turkish-German Gynecol. Assoc.*, 148–153.
- Silva, M. G. N. M., (2019). *Aspectos psicológicos na infertilidade masculina e sua relação com os parâmetros seminais.* (Dissertação de Mestrado em Psicobiologia) - Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Soares, T.V.M., (2018). *Estilos de vida e sua repercussão na fertilidade.* (Dissertação de Mestrado).
- Sobral, D., Barata, M., Carvalho, M.J., Reis, S. e Sousa, S. (2012). *Estilos de Vida e Reprodução.* Em: C.C. Jorde, (ed), *Orientações Técnicas em Medicina da Reprodução,* Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Lisboa.
- Urbano, F. C., Marques, M. (2018). *Bem-estar psicológico em mulheres inférteis e férteis: vida sem vidas.* (Dissertação de Mestrado).
- Unuane, D., Tournaye, H., Velkeniers, B. e Poppe, K. (2011). Endocrine disorders & female infertility. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 25. 861-873.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse e ansiedade de mulheres submetidas a reprodução assistida

Pesquisador: bruna rafaela de marchi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96747618.1.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.029.145

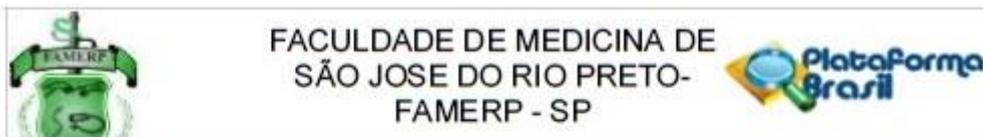
Apresentação do Projeto:

A mulher pode demonstrar maiores preocupações e interesses com seu funcionamento reprodutivo, devido também ao limite de idade para concretizar o nascimento de um filho. O projeto tem como objetivo investigar a ansiedade e estresse em mulheres que realizam o tratamento de reprodução humana assistida. Será realizada uma pesquisa experimental, longitudinal, com análise quantitativa. A aplicação será no Centro de Reprodução Humana de São José do Rio Preto, São Paulo, no ano de 2018 com base a atender os objetivos propostos. O critério de seleção estabelecido para inclusão serão mulheres com idade inferior ou igual a 35 anos. Os critérios de exclusão serão mulheres com idade superior a 35 anos de idade, tabagistas, obesas com diagnóstico de endometriose grave. Os instrumentos serão o Questionário Sócio demográfico, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e laudo laboratorial. As pacientes que preencherem os critérios de inclusão e concordarem em participar da pesquisa irão responder os inventários uma semana antes da aspiração dos folículos e uma semana após o resultado do Beta HCG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar os níveis de estresse e ansiedade em mulheres em TRHA antes e após a

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416			
Bairro: VILA SÃO PEDRO	CEP: 15.090-000		
UF: SP	Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO		
Telefone: (17)3201-5813	Fax: (17)3201-5813	E-mail: cepfamerp@famerp.br	



Continuação do Parecer: 3.029.145

fertilização in vitro.

Objetivo Secundário: Levantar características sociodemográficas de mulheres em TRHA. Verificar possíveis interferências do estresse e ansiedade na maturidade e qualidade oocitária e no resultado final. Comparar estresse e ansiedade antes e após procedimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A mulher entrar em contato com sintomas e sentimentos e não ter preparo para lidar com estes.

Benefícios: Proporcionar esclarecimentos sobre o estresse e ansiedade para mulheres que realizam tratamento de reprodução assistida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresentou relevância quanto a proposta de investigação de fatores emocionais em mulheres em tratamento de reprodução, considerando as características do tratamento e possibilidade de sobrecarga emocional neste envolvido

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

Revisar o TCLE a fim de que todos os itens constem como se direcionando diretamente a participante, em segunda pessoa, e não em terceira.

Não incluir o Instrumento Inventário de Ansiedade Beck (BAI – Beck Anxiety Inventory) nos anexos, apenas incluí-lo nas referências e indicar a impossibilidade de reprodução, como o Instrumento ISSL.

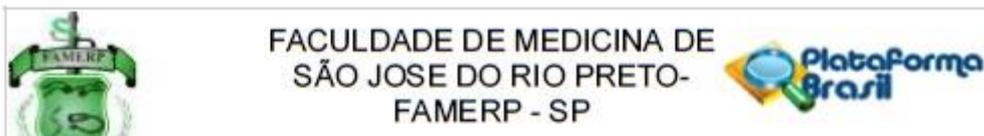
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências do parecer anterior nº 2.950.141 foram corrigidas, estando o presente projeto em acordo com a Resolução 466/12, sendo APROVADO com recomendações que não inviabilizam a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
 Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 3.029.145

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1153624.pdf	08/11/2018 10:43:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/11/2018 10:42:41	bruna rafaela de marchi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEE.docx	08/11/2018 10:26:14	bruna rafaela de marchi	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoo.pdf	24/08/2018 08:02:27	bruna rafaela de marchi	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	24/08/2018 07:58:16	bruna rafaela de marchi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoAssinada.pdf	22/08/2018 09:11:51	bruna rafaela de marchi	Aceito
Orçamento	custos.pdf	22/08/2018 09:03:58	bruna rafaela de marchi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 21 de Novembro de 2018

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Estresse e Ansiedade em mulheres submetidas a Reprodução Assistida



Você gostaria de participar de um estudo?

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você está realizando Tratamento de Reprodução Humana Assistida, que poderá aumentar o conhecimento a respeito de estresse e ansiedade em mulheres, com o título “Estresse e Ansiedade em mulheres submetidas à reprodução assistida”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e possível aperfeiçoamento do tratamento

de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O estudo é sobre mulheres que realizam tratamento de fertilização *in vitro* que tenham menos de 35 anos de idade.

O objetivo desse estudo é verificar os níveis de estresse e ansiedade em mulheres em Tratamento de Reprodução Humana Assistida (TRHA) antes e após a fertilização *in vitro*.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

O estudo será realizado da seguinte maneira: você será convidada por meio de telefonema para agendamento e ao concordar será devidamente esclarecida sobre a pesquisa e assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução número 466/2012 –

Conselho Nacional de Saúde e segundo as normas do Comitê de Ética em Pesquisa. Haverá após a assinatura do TCLE o procedimento de coleta de dados através de Inventários para analisar o nível de ansiedade e estresse, e entrevista pelo questionário sociodemográfico.

Como protocolo, no mesmo dia da aspiração dos óvulos, o laudo laboratorial será emitido pelo embriologista, tendo-se acesso ao resultado da quantidade e qualidade oocitária. Após duas semana do procedimento de transferência embrionária você deverá colher um Beta HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) - (hormônio que confirma a gravidez). Após uma semana do resultado será realizada novamente a aplicação dos Inventários para analisar o nível de ansiedade e estresse.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: os riscos de participar do estudo são mínimos, pois a participante não será submetida a qualquer procedimento/intervenção, mas poderá sentir-se constrangida, ansiosa ou mesmo exposta a responder os questionários.



É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para verificar se há estresse e ansiedade em mulheres em tratamento de reprodução assistida e contribuir com melhores resultados de futuros tratamentos.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.



Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Bruna Rafaela de Marchi pelo e-mail bruna.boamente@hotmail.com ou ainda pelo telefone: (17) 99152-7334 e/ou de sua orientadora Maria Jaqueline Coelho Pinto, e-mail psijaqueline@famerp.br telefone (17) 99152-0731.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br, no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.



Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável

Bruna Rafaela de Marchi

Orientador

Dr^a Maria Jaqueline Coelho Pinto

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

(Nome e Assinatura)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

(Informação sigilosa somente para controle do pesquisador)

1. Idade: _____ **2. Data de Nascimento:** ____/____/____

3. Religião: _____ **4. Profissão:** _____

5. Escolaridade:

- 0 – Nenhuma
- 1 – Ensino Fundamental: 1^a a 4^a série
- 2 – Ensino Fundamental: 5^a a 8^a série
- 3 – Ensino Médio
- 4 – Ensino Superior _____

6. Renda mensal do casal:

- 0 – Menos de 1 salário mínimo por mês
- 1 – Mais de 1 salário mínimo por mês
- 2 – Mais de R\$ 3 mil por mês
- 3 – Mais de R\$ 5 mil por mês
- 4 – Mais de R\$ 10 mil por mês

7. Estado civil:

- 0 – Solteira
- 1 – União Estável
- 2 – Casada
- 3 – Separada/Desquitada/Divorciada

8. Houve casamentos anteriormente:

- 0 - Não
- 1 - Um casamento
- 2 - Dois casamentos
- 3 - Três ou mais

9. Infertilidade Primária 0

Infertilidade Secundária 1

10. Número de filhos:

- 0 – Nenhum
- 1 – Um filho
- 2 – Dois filhos
- 3 – Três ou mais

11. Quantidade de Gestações

- 0 – Nenhuma
- 1 – Uma gestação
- 2 – Duas gestações
- 3 – Três ou mais

12. Quantidade de abortos naturais

- 0 – Nenhum
- 1 – Um aborto
- 2 – Dois abortos
- 3 – Três ou mais

13. Quantidade de TRHA:

- 0 – Nenhum
- 1 – Um
- 2 – Dois
- 3 – Três ou mais

14. Quanto tempo de TRHA?

- 0 – Menos de um anos
- 1 – Um ano
- 2 – Dois anos
- 3 – Três anos ou mais

14. História Clínica do Casal:.....

.....

.....

.....

15. Quais TRHA foram feitos:.....

.....

.....

16. Diagnóstico:.....

.....

.

