

Infertilidade e relevância de acompanhamento especializado para minimizar disfunções sexuais

Heloisa Junqueira Fleury¹, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil

RESUMO

Infertilidade é uma condição que afeta muitos casais. Entre 30% e 40% de mulheres em fertilização assistida apresentam depressão e ansiedade. O relacionamento conjugal também é atingido. Fatores psicossociais que podem tornar indivíduos inférteis mais vulneráveis ao estresse são: características de personalidade, sentimentos de ameaça ou de perda relacionados à infertilidade, percepção de pouco controle sobre a condição de infertilidade e o resultado do tratamento, utilização frequente de estratégias de enfrentamento caracterizadas por evitação e fuga, insatisfação conjugal e dificuldade de comunicação do casal e rede de apoio social insuficiente. Observou-se pequena associação, mas significativa, entre estresse e angústia e a redução das chances de gravidez com o tratamento. A infertilidade e as abordagens terapêuticas para fertilização provocam mudanças na autoestima, no relacionamento e na função sexual. As disfunções sexuais atingem as mulheres (43% a 90%) e os homens (48% a 58%). Além do sofrimento psíquico nas mulheres e em seus parceiros, o comprometimento da vida sexual do casal pode afetar a continuidade do relacionamento, inclusive para o enfrentamento dos desafios do casal que se torna pai e mãe, quando o tratamento é bem-sucedido. A confirmação de que a resiliência pode desempenhar função de proteção nesse percurso, fortalece a importância do acompanhamento psicológico, visando otimizar todos os recursos para melhor superação dessa fase da vida dos casais.

PALAVRAS-CHAVE: Infertilidade, sexualidade, saúde mental, fertilização, ansiedade

INTRODUÇÃO

Infertilidade é uma condição que afeta muitos casais na atualidade, principalmente com o adiamento crescente da maternidade. Em 2010, a população mundial de casais inférteis era de 48.5 milhões, sendo 1,9% de infertilidade primária, entre mulheres de 20 a 44 anos, e de 10,5% entre as que tiveram pelo menos um parto com recém-nascido vivo (infertilidade secundária).¹

Além dos prejuízos que a perda de um bebê e a dificuldade de engravidar causam à saúde mental, outros aspectos também são afetados negativamente, em decorrência de estresse, culpa, ansiedade, tensão na relação conjugal, depressão e isolamento, especialmente quando o tratamento é longo.²

Quando aparecem os primeiros indícios de infertilidade, apesar dos custos físicos, emocionais e financeiros do tratamento, muitos casais buscam ajuda para enfrentar a

^IPsicóloga, mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury

R. Sergipe, 401 — conjunto 309 — São Paulo (SP) — CEP 01243-001

Tel. (11) 3256-9928 — E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 28 de novembro de 2020. Última modificação: 2 de dezembro de 2020. Aceite: 2 de dezembro de 2020.

sobrecarga desse processo. Entre 30% e 40% de mulheres em fertilização assistida apresentam depressão e ansiedade. Com frequência, essas mulheres tendem a se isolar e a apresentar dificuldade para abordar o tema com os familiares e os amigos, o que dificulta ainda mais essa condição psicológica.³

O relacionamento conjugal também é atingido, gerando aproximação maior em alguns casais e afastamento em outros. A tensão pode aumentar quando os objetivos são diferentes, por exemplo, quando um quer continuar tentando enquanto o outro deseja parar. Essas e outras questões tendem a afetar negativamente o relacionamento.⁴

OBJETIVO

O objetivo deste artigo é demonstrar o comprometimento do relacionamento sexual do casal que vivencia a infertilidade e as abordagens terapêuticas para essa condição, assim como a relevância do acompanhamento psicológico para amenizar as dificuldades desse processo.

ESTRESSE RELACIONADO AOS TRATAMENTOS PARA A INFERTILIDADE

Um estudo com uma população de 974 mulheres e 906 homens, atendidos em uma clínica de reprodução assistida, comparou dois grupos (com e sem aconselhamento). Observou-se uma frequência maior de casais em situações estressantes no grupo de aconselhamento. As mulheres desse grupo apresentaram sofrimento psíquico pela ausência de filhos e depressão. Além disso, observou-se uma cobrança interna excessiva, considerada uma possível causa da infertilidade. Embora nesse grupo com aconselhamento o sofrimento feminino fosse maior, os homens relataram maior angústia pela insatisfação com a parceria e com a vida sexual, o que provavelmente acentuava a depressão das mulheres.⁵

Durante o tratamento para reprodução assistida, no dia da coleta do embrião, mulheres apresentaram escores mais altos de ansiedade em relação à primeira consulta. Antes do teste de gravidez, ou seja, nas duas semanas de espera pelo resultado do tratamento, os escores de hostilidade, depressão e ansiedade aumentaram.⁶

Da mesma forma, os parceiros de mulheres em tratamento para reprodução assistida também apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão durante o período de tratamento.⁷

Um outro estudo, com 279 casais em tratamento de fertilidade, identificou que culpar a si mesmo e ao parceiro relaciona-se com o aumento de sintomas de depressão e ansiedade, tanto em homens como em mulheres. Entre os homens, culpar-se diminuiu a satisfação com o

relacionamento. Culpar o parceiro diminuiu a satisfação com o relacionamento do casal, além de aumentar os sintomas de depressão na própria mulher.⁴

Uma revisão identificou vários fatores psicossociais que podem tornar indivíduos inférteis mais vulneráveis ao estresse.³ A combinação de alguns dos fatores listados a seguir pode amplificar esse estresse:

- características de personalidade, tais como neuroticismo, pessimismo e introversão;
- sentimentos de ameaça ou de perda relacionados à infertilidade;
- percepção de pouco controle sobre a condição de infertilidade e sobre o resultado do tratamento;
- utilização frequente de estratégias de enfrentamento caracterizadas por evitação e fuga;
- insatisfação conjugal e dificuldade de comunicação do casal
- rede de apoio social insuficiente.³

Além dessas condições adversas, observou-se, numa revisão que incluiu 31 estudos, uma associação pequena, mas significativa, entre estresse e angústia e a redução das chances de gravidez com o tratamento. Apesar de o número de estudos ser pequeno e de haver muita heterogeneidade entre eles, pode ser considerado um indício de prejuízo importante causado por essa condição.⁸

Os tratamentos para a fertilidade produzem sofrimento importante e comprometem a qualidade de vida de casais inférteis. Porém, a resiliência (resistência individual ao estresse psicossocial), foi considerada um fator protetor inespecífico contra o comprometimento emocional relacionado a essa condição, podendo ser em processos de aconselhamento um recurso do casal para o enfrentamento dessa dificuldade.⁹

COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO SEXUAL

A infertilidade e as abordagens terapêuticas para fertilização provocam mudanças na autoestima, no relacionamento e na função sexual.¹⁰ Essa condição afeta todas as dimensões da vida da mulher, desencadeando disfunções sexuais e depressão.¹¹

Mulheres inférteis apresentaram índices mais altos de disfunção sexual do que o grupo controle (47% e 30%). Seus parceiros também apresentaram um escore erétil significativamente menor,¹² confirmando que a disfunção sexual é mais prevalente em casais em tratamento para a infertilidade.^{7,13,14} Esse resultado foi confirmado em outro estudo que identificou porcentagem de disfunções sexuais, de 43% a 90% entre as mulheres e de 48% a 58% entre os homens, com relatos de menor satisfação sexual.¹⁵

Um estudo qualitativo identificou quatro temas que colaboraram para o comprometimento do comportamento sexual de casais inférteis: a influência da medicação, o impacto

das tecnologias próprias dos processos de reprodução assistida, o planejamento do intercurso e o impacto psicológico da infertilidade no comportamento sexual.¹⁶

Apesar de tantos estudos apontarem evidências de distúrbios sexuais em casais inférteis, uma revisão de 10 artigos apresentou resultados inconsistentes, provavelmente pelas inúmeras limitações.¹⁷

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DO CASAL

Duas revisões sistemáticas avaliaram as evidências de eficácia de intervenções psicossociais para melhorar as taxas de gestação e reduzir a angústia dos casais em tratamento para reprodução assistida. A primeira, com 39 estudos, alguns deles não controlados, encontrou evidências dessa eficácia.¹⁸

Por outro lado, outra revisão sistemática, com apenas 20 artigos, todos controlados, identificou relatos de resultados positivos com a diminuição dos níveis de ansiedade, aumento nas taxas de gravidez e melhorias no relacionamento conjugal, mas concluiu que os dados eram insuficientes para confirmar que as intervenções psicológicas, especialmente as cognitivas comportamentais, apresentavam bons resultados.³

Esse estudo destacou a importância do acompanhamento psicológico do casal em tratamento para reprodução assistida, especialmente durante o período mais estressante de espera pelo resultado do teste de gravidez e depois do fracasso do procedimento.³

As intervenções psicossociais nesses 20 estudos pesquisados foram: psicoeducação (informações sobre os tratamentos médicos e a influência recíproca entre a condição física e a psicológica), treino de habilidades (técnicas de redução de estresse e de relaxamento, exercícios, habilidades

de comunicação, estratégias de enfrentamento e técnicas de resolução de problemas), apoio emocional (expressão e compartilhamento de emoções, escrever ou falar sobre seus sentimentos, pensamentos, expectativas ou dificuldades, compartilhar em grupos, sendo o apoio flexível para atender as necessidades individuais) e reestruturação cognitiva (interromper pensamentos negativos e substituir por pensamentos ou crenças positivas).³

Um protocolo promissor, mas ainda sem resultados publicados, foi proposto por Bright e colaboradores¹⁹ e inclui uma diversidade maior de intervenções psicossociais, inclusive relatos de atendimento *on-line*, com foco no indivíduo e em casais heterossexuais e de mesmo sexo. Inclui terapias de casal, terapias de grupo e individuais, ilustrando a diversidade de práticas clínicas voltadas para a redução do sofrimento psicológico e o fortalecimento da saúde mental dos casais acometidos pela infertilidade.

CONCLUSÃO

A experiência da infertilidade, especialmente durante os tratamentos de reprodução assistida, causa prejuízos importantes para a saúde mental e sexual dessa população.

Além do sofrimento psíquico nas mulheres e em seus parceiros, o comprometimento da vida sexual do casal pode afetar a continuidade do relacionamento, inclusive para o enfrentamento dos desafios do casal que se torna pai e mãe, quando o tratamento é bem-sucedido.

A confirmação de que a resiliência pode desempenhar uma função de proteção nesse percurso, fortalece a importância do acompanhamento psicológico, visando otimizar todos os recursos para uma melhor superação dessa fase da vida dos casais.

REFERÊNCIAS

1. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001356. PMID: 23271957; <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>.
2. Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment Health Nurs.* 2002;23(1):31-41. PMID: 11887609; <https://doi.org/10.1080/01612840252825464>.
3. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *J Assist Reprod Genet.* 2016;33(6):689-701. PMID: 26979745; <http://doi.org/10.1007/s10815-016-0690-8>.
4. Péloquin K, Brassard A, Arpin V, Sabourin S, Wright J. Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2018;39(1):64-72. PMID: 28635527; <http://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289369>.
5. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod.* 2009;24(2):378-85. PMID: 19049994; <http://doi.org/10.1093/humrep/den401>.
6. Yong P, Martin C, Thong J. A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *J Assist Reprod Genet.* 2000;17(10):553-6. PMID: 11209535; <http://doi.org/10.1023/a:1026429712794>.
7. Dong YZ, Yang XX, Sun YP. Correlative analysis of social support with anxiety and depression in men undergoing in vitro fertilization embryo transfer for the first time. *J Int Med Res.* 2013;41(4):1258-65. PMID: 23860014; <http://doi.org/10.1177/0300060513483416>.

8. Matthiesen SM, Frederiksen Y, Ingerslev HJ, Zachariae R. Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Hum Reprod*. 2011;26(10):2763-76. PMID: 21807816; <https://doi.org/10.1093/humrep/der246>.
9. Herrmann D, Scherg H, Verres R, et al. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J Assist Reprod Genet*. 2011;28(11):1111-7. PMID: 21901362; <http://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2>.
10. Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: a literature review. *Australas Med J*. 2011;4(11):620-7. PMID: 23386877; <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2011.1055>.
11. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*. 2008;5(8):1907-14. PMID: 18564149; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x>.
12. Gabr AA, Omran EF, Abdallah AA, et al. Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;217:38-43. PMID: 28843867; <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.08.025>.
13. Ferraresi SR, Lara LA, de Sá MF, Reis RM, Rosa e Silva AC. Current research on how infertility affects the sexuality of men and women. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov*. 2013;7(3):198-202. PMID: 23829396; <http://doi.org/10.2174/18722148113079990009>.
14. Mendonça CR, Arruda JT, Noll M, Campoli PMO, Amaral WND. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;215:153-63. PMID: 28628848; <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.013>.
15. Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, et al. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. *Acta Clin Croat*. 2019;58(3):508-15. PMID: 31969764; <http://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15>.
16. Bokaie M, Simbar M, Yassini Ardekani SM. Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(10):645-56. PMID: 26644793. Available from: <http://journals.ssu.ac.ir/ijrmnew/article-1-593-en.html>. Accessed in 2020 (Dec 01).
17. Wischmann T. Sexual disorders in infertile couples: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25(3):220-2. PMID: 23562955; <http://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328360e507>.
18. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006592. PMID: 25631310; <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>.
19. Bright K, Dube L, Hayden KA, Gordon JL. Effectiveness of psychological interventions on mental health, quality of life and relationship satisfaction for individuals and/or couples undergoing fertility treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2020;10(7):e036030. PMID: 32690514; <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036030>.