

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

MARIANA MARTINS MARFIL

THAMIRES CRISTINA SANTOS DE SOUZA

THAYENE THAMARA RANGEL

**SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA DA MULHER NOS
TRATAMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Duque de Caxias
2022

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE MEDICINA

MARIANA MARTINS MARFIL

THAMIRES CRISTINA SANTOS DE SOUZA

THAYENE THAMARA RANGEL

**SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA DA MULHER NOS
TRATAMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

**Orientador: Professor Eduardo Sertã de Souza
Carvalho Coorientadora: Professora Carolina
Figueiredo Freitas**

Duque de Caxias
2022

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

MARIANA MARTINS MARFIL

THAMIRES CRISTINA SANTOS DE SOUZA

THAYENE THAMARA RANGEL

**SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA DA MULHER NOS
TRATAMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2022

Duque de Caxias
2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, cuja presença nos auxilia nas nossas escolhas, abrindo caminhos e nos dando confiança frente aos desafios e adversidades;

Aos nossos familiares, por todo apoio, amor, paciência, carinho e compreensão;

Aos nossos amigos, que sempre deixaram o caminho mais divertido e leve;

Aos nossos professores, por todo conhecimento, dedicação e inspiração;

Ao nosso orientador e coorientadora, por todo suporte, sem o qual não teríamos conseguido concluir;

A todos os que nos ajudaram ao longo desta caminhada;

E aos nossos familiares que não estão mais entre nós, mas que sempre farão parte desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por se mostrar presente em todos os instantes da nossa jornada, trazendo força e conforto nos momentos mais difíceis. Foi Ele que nos ofereceu sabedoria para lidar com situações desafiadoras, que são corriqueiras na profissão que escolhemos.

Gostaríamos de agradecer também ao nosso orientador Eduardo Sertã de Souza Carvalho e coorientadora Carolina Figueiredo Freitas, por terem aceitado o convite de nos auxiliar, nos doando parte do seu tempo e conhecimento para que esse trabalho pudesse ser realizado com êxito. Vocês são exemplos de profissionais.

Obrigada aos nossos familiares que sempre acreditaram e investiram em nós, nos proporcionando a realização do nosso maior sonho: a Medicina. Acreditem, sem vocês nada disso seria possível e somos muito gratos por tanta doação, amor e zelo.

Aos amigos, obrigada por estarem sempre ao nosso lado, por terem acreditado em nós e em nosso potencial, vocês são peças fundamentais para que esse caminho se tornasse mais leve.

Por último e não menos importante, a nós, por termos nos encontrado desde o primeiro instante da faculdade e servirmos de apoio para todos os obstáculos que nos fizeram chegar até aqui. Obrigada pelo crescimento pessoal e profissional que tivemos até hoje, sabemos que essa amizade vai muito além desses 6 anos.

EPÍGRAFE

"O homem saudável é aquele que possui um estado mental e físico em perfeito equilíbrio."

Hipócrates

"Ser o homem mais rico do cemitério não me interessa. Ir para a cama sabendo que fiz algo sensacional é o que me importa."

Steve Jobs

"Queremos ter certezas e não dúvidas, resultados e não experiências, mas nem mesmo percebemos que as certezas só podem surgir através das dúvidas e os resultados somente através das experiências."

Carl Jung

RESUMO

Introdução: A evolução social da mulher e da fertilidade se modificou aos longos dos anos, tornando a infertilidade um problema de saúde pública. Nessa perspectiva, a saúde mental ganhou um papel importante para a efetividade do processo de reprodução assistida.

Objetivos: Analisar a influência da saúde mental na infertilidade e na mulher em processo de fertilização. **Métodos:** Realizado uma revisão bibliográfica de publicações em inglês e português de 1981 a 2022, através do banco de dados do PubMed, Google acadêmico e SciELO com os descritores: “Reprodução Assistida”, “infertilidade”, “saúde reprodutiva” e “saúde mental”.

Conclusões: A sobrecarga emocional e transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, podem afetar diretamente e indiretamente em sistemas neuroquímicos, diminuindo as chances efetivas de sucesso terapêutico. Ao obter o diagnóstico de infertilidade, é necessário cuidar da saúde reprodutiva e mental da mulher durante os estágios de fertilização in vitro.

Palavras-chave: “Técnicas de Reprodução Assistida”, “infertilidade”, “saúde mental”, “saúde reprodutiva”, “fertilização”.

ABSTRACT

Background: The social evolution of women and fertility has changed over the years, making infertility a public health problem. In this scenery, the mental health has played an important role for the effectiveness of assisted reproduction process. **Objective:** To analyze the influence of mental health on infertility and on women in the process of fertilization. **Methods** A bibliographic review of publications in English and Portuguese from 1981 to 2022 was carried out, through the PubMed database, Google academic and SciELO with the descriptors: “Assisted Reproduction”, “infertility”, “reproductive health” and “mental health” **Conclusion:** Emotional overload psychological disorders, such as anxiety and depression, can directly and indirectly affect neurochemical systems, reducing the effective chances of therapeutic success. When getting the diagnosis of infertility, it is necessary to take care of the reproductive and mental health on woman during in vitro fertilization stages. **Keywords:** “Assisted Reproduction Techniques”, “infertility”, “mental health”, “reproductive health”, “fertilization”.

LISTA DE ABREVIATURAS

RA – Reprodução Assistida

FIV – Fertilização in vitro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GBD – The Global Burden of Disease

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

OMS – Organização Mundial de Saúde

HSG – Histerossalpingografia

HSCP – Histeroscopia

CC – Citrato de Clomifeno

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide

CFM – Conselho Federal de Medicina

SBRA – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Conceitos Fundamentais.....	14
2.2 Investigação do Casal.....	14
2.3 Propedêutica da infertilidade feminina.....	15
2.4 Infertilidade sem causa aparente.....	15
2.5 Terapêutica da infertilidade.....	17
2.6 Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a reprodução assistida.....	18
2.7 Aspectos gerais da saúde mental da mulher.....	19
2.8 Epidemiologia dos transtornos mentais da mulher.....	21
2.9 Reprodução assistida: Aspectos psicológicos envolvidos.....	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 GERAL	23
3.2 ESPECÍFICOS.....	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
5. DISCUSSÃO	25
5.1. Evolução social da visão da mulher e fertilidade.....	26
5.2. Congelar ou não os óvulos?.....	27
5.3. Fisiopatologia da saúde reprodutiva da mulher em busca da RA.....	29
5.4. Saúde mental: Qual é a sua relação com a fertilidade?.....	30
5.5. Infertilidade feminina: Repercussões psíquicas.....	31
5.6 Infertilidade e uso de medicamentos antidepressivos	32
5.7. Atuação da saúde mental no processo de FIV.....	34
5.8. Importância de uma equipe multidisciplinar.....	36
6. CONCLUSÃO.....	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

Em 1978 nascia Louise Brow, o primeiro bebê de proveta do mundo. Na época, sua mãe tentou engravidar por nove anos, mas devido uma obstrução tubária ela só conseguiu engravidar através de um método que estava em desenvolvimento pelo embriologista Robert Edwards e o ginecologista Patrick Steptoe. Após cinquenta tentativas falhas, em dezembro de 1977, Lesley estava grávida.³³

Um casal é considerado infértil quando não ocorre a concepção após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas. O termo infertilidade é aplicado ao casal e não a um único indivíduo. Suas causas são variadas e estão relacionadas ao sistema reprodutor masculino e feminino.^{6,25,26,34}

Quando a reprodução assistida foi criada tinha como intuito ajudar casais heterossexuais inférteis a construir uma família. No entanto, os padrões familiares mudaram não sendo mais o único intuito.

Casais inférteis são apenas uma parcela dos pacientes que buscam as técnicas de reprodução assistida. A mudança social que ocorreu durante este tempo gerou novos tipos de pacientes. Mulheres vêm buscando métodos de reprodução assistida para terem filhos mais tarde e poderem focar mais na carreira e, ainda assim, a decisão da mulher de congelar óvulos ainda é um tabu. Como a idade máxima das candidatas à gestação por técnica de reprodução assistida é de 50 anos, isso possibilita que a mulher tenha mais tempo para concretizar-se financeira e profissionalmente antes de ter uma família. A união homoafetiva feminina que possui desejo de engravidar podem passar pela chamada “gravidez compartilhada”, ou seja, quando os óvulos são de uma paciente e o embrião é implantado no útero de sua parceira. Pacientes com problemas oncológicos são atualmente estimulados para preservação da fertilidade, através do congelamento de óvulos, que pode ser afetada pelo tratamento oncológico.³⁵

A infertilidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. A OMS alega que cerca de 12% dos casais de todo o mundo são

afetados pela infertilidade, com uma prevalência de 5% na população em idade reprodutiva.^{6,35}

Mesmo com o desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida, com um aumento de 11,6 % de embriões congelados de 2018 para 2019 e com um percentual de 76 % de taxa de fertilização in vitro nos bancos de célula (cenário médio internacional é de 65 %), os casais ainda passam por muitas dificuldades antes e durante o processo.³⁵

As principais dificuldades ainda encontradas são desgaste mental enfrentado pelo casal após algumas tentativas frustradas e o alto custo de todo o processo.^{1,2,3,5}

Estudos^{17,18,19} indicam que as mulheres sofrem mais estresse emocional do que os homens até por questões culturais e sociais. Desde os primórdios da sociedade a mulher é educada para ter filhos. A mulher era vista como um símbolo de fertilidade e, caso não conseguisse conceber, era sobre ela que caíam as repercussões sociais e físicas. “Na Roma Bizantina e, apesar das iniciativas de Soranas, um dos mais famosos ginecologistas da época, a terapêutica da infertilidade era, para muitas mulheres patrícias, a do flagelo no ventre com chicotes de pele de caba no templo de Juno ou nas “Festas de Março”

Em 1992, já existiam trabalhos⁸ que mostravam que mulheres em processo de fertilização tinham duas vezes mais chances de depressão do que mulheres que não passavam por esse processo. Em 2018 A Sociedade Americana de Reprodução publicou um artigo identificando que os aspectos psicológicos negativos do processo era a principal causa da finalização do tratamento. Em artigos^{1,2,4,7} de 2014 a 2018, muitas pacientes alegaram que se tivessem um apoio psicológico melhor não teriam abandonado o tratamento.

A segunda maior causa de abandono da fertilização in vitro (FIV) é o alto custo de todo processo. Mesmo com novas leis que visam diminuir o custo da reprodução assistida, é de conhecimento geral que o custo da FIV pode chegar a trinta mil reais e que, infelizmente, devido ao custo elevado poucos hospitais do SUS oferecem o tratamento inteiramente de graça.^{33,35}

Esses são apenas dois dos problemas encontrados. Mesmo sendo uma revolução e uma possibilidade para inúmeras pessoas, precisamos entender e fazer com que os pacientes entendam que não é um processo fácil, com chance alta de insucesso e que pode gerar inúmeras frustrações.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

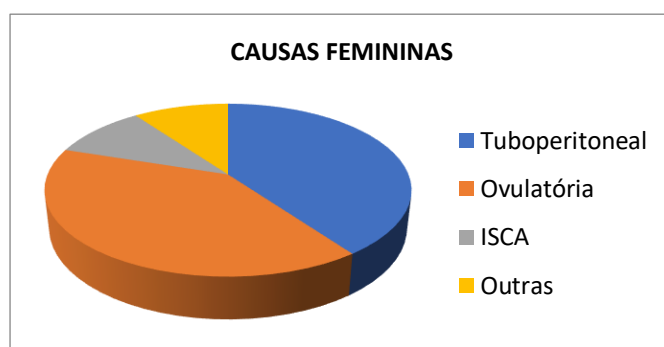
2.1 Conceitos Fundamentais

A infertilidade é uma condição comum que afeta até 15% dos casais em idade reprodutiva. Existe uma suposição de que a infertilidade tenha aumentado nos últimos anos, mas isso não é verdade. A prevalência da infertilidade permaneceu estável nos últimos 40 anos. No entanto, a demanda por investigação e tratamento aumentou consideravelmente desde o início e aperfeiçoamento das novas técnicas de fertilização.²⁶

A investigação da infertilidade deve ser considerada em qualquer casal que não tenha conseguido engravidar após 12 meses de relações sexuais vaginais regulares sem o uso de contracepção, em mulheres com menos de 35 anos de idade e após 6 meses em mulheres em mulheres de 35 anos ou mais nas mesmas condições.^{25,26}

2.2 Investigação do Casal

A investigação sempre deve ser realizada no casal e não apenas na mulher. Fatores masculinos são responsáveis por até 35 % da infertilidade conjugal.²⁷



Endocrinologia Ginecologia Clínica e Infertilidade – Fritz and Speroff

A individualização dos possíveis fatores responsáveis pela infertilidade leva a uma melhor conduta terapêutica.²⁶

A investigação deve ser realizada o mais rápido possível com o intuito de minimizar o desgaste emocional desses casais e antecipar o tratamento.^{6,26}

2.3 Propedêutica da infertilidade feminina

No final dos anos 60 se iniciou um fenômeno denominado como a “segunda transição demográfica”. Esse fenômeno foi caracterizado pela divulgação de métodos contraceptivos mais eficazes, por uma maior qualificação educacional feminina e, com isso, uma maior participação no mercado de trabalho.

O atraso do desejo reprodutivo por fatores citados acima tem uma forte relação com uma das principais causas de infertilidade, o envelhecimento ovariano.^{6,27}

O óvulo passa por um processo de envelhecimento que leva a uma redução do número de folículos e diminuição na qualidade oocitária. Esse declínio da fecundabilidade começa a partir dos 35 anos, ou seja, a idade cronológica é um forte determinante para o sucesso reprodutivo, devido o impacto na reserva e qualidade ovariana.^{25,26,27}

As causas tuboperitoneais é são de igual importância para a infertilidade e, assim como causas ovarianas, representa 40% da causa de infertilidade na mulher. Sua alta incidência se dá pelo alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, visto que um dos principais fatores é a Doença Inflamatória Pélvica.^{25,26} Além de endometriose e cirurgias pélvicas.

As causas uterinas correspondem apenas 2 a 3% da causa de infertilidade feminina. Entre essas causas estão leiomiomas, pólipos, sinéquias.^{25,26}

2.4. Investigação das causas de infertilidade feminina

É preciso buscar a causa da infertilidade para buscar adequar o tratamento. Como este é um trabalho sobre a saúde mental e reprodutiva da mulher, o foco serão os fatores femininos.

Para descobrir se a causa da infertilidade é o fator ovulatório é preciso utilizar métodos diretos e indiretos de avaliação da ovulação. Os principais métodos de avaliação se baseiam na ultrassonografia seriada e na produção de progesterona pelo corpo lúteo após a eclosão do folículo.^{25,26,27}

Nos testes bioquímicos serão testados LH urinário e Progesterona na fase lútea (7 a 9 dias após o pico de LH).²⁶

Nas ultrassonografias seriadas serão vistos desenvolvimento e maturação folicular, além do perfil endometrial.²⁶

Avaliação da reserva ovariana também é um método de avaliação para definir a quantidade e qualidade de folículos presentes nos ovários, que podem sabidamente declinam com o avançar da idade. Tem indicação dos testes de avaliação ovariana para situações de maior risco de diminuição de reserva ovariana.²⁶ Na prática, segundo orientador, é feito a avaliação de reserva ovariana para todas as pacientes – a sociedade americana na teórica só recomenda avaliação para pacientes acima de 35 ou com algum tipo de alteração no ciclo menstrual.

TABELA: International Glossary on Infertility and Fertility, 2017

INDICAÇÃO DOS TESTES DE AVALIAÇÃO DE RESERVA OVARIANA
Idade feminina > 35 anos.
História familiar de insuficiência ovariana prematura.
Presença de ovário único
Cirurgia ovariana prévia
Quimioterapia ou radioterapia pélvica prévia
ISCA
Baixa resposta à estimulação com gonadotrofinas exógenas
Pacientes que se submeterão técnicas de reprodução assistida

Já os fatores tuboperitoneais devem ser investigados a partir da Histerossalpingografia (HSG) que é o exame de primeira linha de investigação da permeabilidade tubária.²⁶

Quando a tuba é pérvia, o contraste extravasa para a cavidade abdominal bilateralmente. Esse achado é denominado prova de Cotte positiva e representa permeabilidade tubária.

O padrão ouro para a investigação de fator uterino é a histeroscopia para avaliação de doenças da cavidade uterina.²⁶ (HSCP não é feita de rotina, somente na suspeita de patologias na cavidade endometrial)

As vias fisiológicas, de como a depressão pode afetar a concepção, ainda não são totalmente conhecidas, mas os sintomas depressivos têm sido associados ao comprometimento da ovulação, resultando em alterações na menstruação, incluindo amenorreia secundária e períodos menstruais irregulares.³¹

2.5 Terapêutica da infertilidade

O tratamento da infertilidade deve ser individualizado e multifatorial. No entanto, muitas técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos voltadas para terapêutica do sistema reprodutor feminino. As técnicas são divididas em: baixa complexidade e alta complexidade.^{25,26} Além disso, a sociedade começou a despertar e perceber a importância da saúde mental e sua terapêutica em todo o processo de reprodução assistida.

No Brasil o principal agente indutor da ovulação na baixa complexidade é o Citrato de Clomifeno (CC). A resposta desejada com o uso desse medicamento é o retorno da ovulação. A ovulação ocorre em 80% dos ciclos induzidos e a taxa de gravidez situa-se em 35%.^{25,26}

Normalmente o CC é bem tolerado, mas muitas mulheres (até 78%) descrevem alguns efeitos indesejáveis durante os cinco dias de tratamento, como, fogachos e alterações de humor.

Já nos tratamentos de alta complexidade será necessária alta tecnologia para facilitar o encontro do espermatozoide com o óvulo. Dentre essas técnicas estão a Fertilização in Vitro (FIV) e FIV com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).^{25,26}

A FIV é a técnica em que o óvulo é fertilizado pelo espermatozoide em laboratório. Nesta técnica, a taxa de gravidez pode aumentar quando se coleta maior número de óvulos. É por isso que a FIV é antecedida por uma estimulação ovariana. Mesmo com o objetivo de se coletar um maior número de folículos possível, a tendência atual é transferir um menor número de embriões, para evitar gestação múltipla.²⁶

Como dito acima, a terapêutica da infertilidade deve ser feita de modo multifatorial, e isso inclui um suporte psicológico adequado e, quando necessário, lançar mão da utilização de psicofármacos. Sabe-se que não se trata de um processo simples, inclusive do ponto de vista psicológico, pois as mulheres que recebem tratamento de fertilidade têm uma alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade.³⁰

Dessa forma, tendo em vista o cunho estressante dos procedimentos durante o processo de reprodução assistida, a ansiedade gerada, o acentuado desgaste pessoal, social e conjugal, como também o importante impacto produzido na vida do indivíduo, tanto sobre os planos e projetos futuros, como demandas atuais e, principalmente, pelo frequentemente desdobramento em quadros depressivos, os aspectos emocionais e psicológicos envolvidos na infertilidade têm tido especial atenção das Sociedades Europeia e Americana de Reprodução Humana, que recomendam a presença de um profissional de saúde mental nas equipes.^{30,40}

2.6 Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a reprodução assistida

Apesar de regulamentar apenas a atuação do médico, o Conselho Federal de Medicina é a única entidade no Brasil a tratar sobre as normas e regulamentações sobre a reprodução assistida. Até o momento, o Congresso Nacional não produziu nenhuma lei sobre esse assunto.¹²

Segundo as normas vigentes no país, os planos de saúde e o Sistema Único de Saúde não são obrigados a custear as técnicas de reprodução.¹²

A Resolução 2.187/17 do CFM visa orientar os médicos e pacientes a partir de diretrizes enquanto projetos de lei sobre a questão não são aprovados.¹²

A preservação social atribui o direito à pessoas saudáveis, sem indicação médica para assistência à fertilidade, ao congelamento dos seus gametas, possibilitando a condição reprodutiva posterior.¹²

Gestação compartilhada em reprodução assistida para casais homoafetivos femininos também é uma diretriz assegurada por esta resolução.¹²

Além disso, homens e mulheres podem fazer doações de gametas desde que seja respeitado um limite de idade. Cinquenta anos para homens e trinta e cinco anos para mulheres.¹²

2.7 Aspectos gerais da saúde mental da mulher

Os transtornos psiquiátricos femininos são diversos e apresentam peculiaridades. Isso ocorre, pois possui influência hormonal o que é muito relevante em certos momentos períodos críticos, como: pré-menstrual, puerpério e climatério. Durante esses momentos em que tem as famosas “gangorras emocionais”, ou seja, oscilação hormonal, o risco é maior, porque as mulheres ficam mais vulneráveis aos transtornos de humor, podendo ter uma exacerbação dos transtornos preexistentes e surgimentos de novos.^{23,24}

A depressão é um transtorno do humor caracterizado por um sentimento persistente de tristeza e perda de interesse, associado a uma experiência subjetiva de grande sofrimento e perda de controle. É um transtorno crônico, recorrente e incapacitante. Cada episódio depressivo dura no mínimo duas semanas, e o indivíduo acometido deve apresentar pelo menos cinco dos nove sintomas listados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais V (DSM-V): distúrbio do sono, perda de interesse ou perda do prazer, sentimento de culpa ou pensamento de desvalia, mudança do nível de energia ou fadiga, prejuízo na atenção ou concentração, mudança do apetite ou peso, alterações psicomotoras, pensamento suicida e humor deprimido.^{1,4,6,7,24}

A depressão tem prevalência na população geral cerca de 3-11%. Acometendo mais mulheres, tendo taxas de 1,5 a 3 vezes maiores do que as dos homens. Chegam a apontar uma prevalência de depressão nas mulheres de até 25% ao longo da vida.²⁴

A ansiedade é o transtorno psiquiátrico mais comum, com prevalência de 17% na população geral. Sendo mais comum em mulheres (30,5%) do que homens (19,2%). Os sintomas de ansiedade, por sua vez, apresentam dois componentes: alteração da percepção das sensações fisiológicas e percepção de ser nervoso ou assustado. Suas manifestações incluem diarreia, vertigem, hiperidrose, reflexos aumentados, hipertensão, palpitações, dilatação das pupilas, inquietação, síncope, taquicardia, parestesias, tremores, irritação estomacal, sintomas urinários, dentre outros efeitos. Os transtornos de ansiedade abrangem transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, agorafobia, fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo.^{1,4,5,6,7,24}

Os transtornos psiquiátricos na gestação por si só não aumentariam o risco para aparecimento ou piora dos transtornos psiquiátricos preexistentes. Uma revisão sistemática de literatura avaliou os principais fatores de risco para sintomas depressivos na gestação e concluiu que 12,7% das gestantes apresentam transtorno depressivo maior, sendo que os principais fatores de risco associados a sintomas depressivos na gravidez seriam: ansiedade materna, evento de vida estressor, história de depressão prévia, precário suporte social, dificuldades financeiras e outros.^{1,4,6,7,24}

O estudo da saúde mental das mulheres deve fazer parte da formação e atualização de todos os profissionais de equipes que realizam assistência à mulher, como: ginecologia, obstetria e psiquiatria.

2.8 Epidemiologia dos transtornos mentais da mulher

Os transtornos psiquiátricos e/ou mentais são problemas relevantes e com alta prevalência no Brasil. Cada vez mais, a incidência vem crescendo conforme a população brasileira vai ganhando conhecimento sobre a importância da saúde mental. Nas primeiras décadas da vida tem maior é a fase com maior incidência, ocasionando em incapacitação e mortalidade precoce.^{23,24}

Segundo o estudo The Global Burden of disease (GBD) realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que entre as dez principais causas de incapacitação, cinco são de distúrbios neuropsiquiátricos, sendo depressão responsável por 13% da carga de morbidade.^{23, 24}

O sexo feminino está mais vulnerável a ter sintomas de ansiedade e depressão durante a sua vida, independente se está em ciclo reprodutivo ou não. Sendo a depressão a doença que mais afeta as mulheres, gerando incapacidade, em países subdesenvolvidos e desenvolvidos.^{1,4,6,7,23,24}

Ainda não há fortes evidências, mas há suspeita de que mecanismos hormonais afetem a prevalência da ansiedade e depressão em mulheres. Isso ocorre porque o ritmo neuroendócrino está relacionado à reprodução da mulher, sendo este período fortemente afetado à mudança de fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos.^{1,2,4,6,7,23,24} Em contrapartida, acredita-se que o estrogênio é um fator de proteção a outras doenças, como por exemplo a esquizofrenia.²³

2.9 Reprodução assistida: Aspectos psicológicos envolvidos

Durante processo de reprodução assistida é comum que a mulher se sinta frustrada, incapaz, inferior e culpada caso não consiga engravidar.¹ Juntamente ao tratamento, existe um grande potencial de desfechos psicossociais negativos para a saúde mental, principalmente quando persiste após anos de tentativas sem sucesso.^{1,3,4,5,6,7,9} As patologias mais comumente

associadas são a ansiedade e depressão, sendo estudadas como causa e/ou consequência da infertilidade.^{17, 18, 19, 23, 24, 32}

Esse quadro de sentimentos pode se desenvolver para um alto nível de ansiedade, que pode vir a interferir no processo de fertilização assistida, e até mesmo, é levantada a hipótese de impedimento da ocorrência de sucesso do tratamento e concretização da gravidez.^{17, 24,30,31,32} Esse ponto citado é complexo e há muitas linhas de pensamento relacionados a ele, alguns autores defendem que a ansiedade influencia de forma significativa no sucesso da fertilização assistida e outros afirmam o contrário, ou demonstram resultados inconclusivos acerca do tema.

Além disso, importante ressaltar que vários estudos evidenciam que quando a mulher é acompanhada por um profissional da saúde mental, o processo de reprodução assistida pode se tornar menos penoso, livrando a paciente de passar por um grande sofrimento. Em geral todas as abordagens visam auxiliar os casais inférteis a lidarem com os desdobramentos da infertilidade, assim como auxiliar a refletir sobre as decisões que deverão tomar em relação aos tratamentos^{3, 4, 18, 19, 30, 32, 35, 40}

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Apresentar a problemática envolvida durante o processo de reprodução assistida em todas as esferas da saúde da mulher, incluindo a: fisiológica, psicológica, social e conjugal.

3.2 ESPECÍFICOS

Mostrar a evolução social sobre a visão da sociedade perante o sexo feminino e fertilidade.

Contextualizar a dificuldade que a mulher enfrenta na decisão de congelar ou não seus óvulos.

Abordar a fisiopatologia da saúde reprodutiva da mulher em busca de reprodução assistida.

Abordar como a saúde mental interfere ativamente no processo de Reprodução Assistida.

Expor a importância da abordagem de equipe multidisciplinar no tratamento, incluindo psicólogos e psiquiatras.

4. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho se baseia em uma revisão de literatura não sistemática através de um estudo ecológico, ou seja, um estudo agregado, observação e transversal. O período estabelecido para este trabalho abrange do ano 1981 até 2022. Foi necessário um período muito extenso de tempo, pois há poucos trabalhos disponíveis sobre os assuntos correlacionados.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados artigos obtidos através da pesquisa de termos ‘Reprodução assistida’, ‘Saúde Mental em Reprodução Assistida’, ‘Infertilidade’, ‘Saúde Reprodutiva’ e ‘Fertilização’ em bibliotecas virtuais como PubMed e SciELO, leitura de artigos publicados em fontes de alto impacto, como: Oxford University e Elsevier. Além de seus respectivos termos em inglês: ‘Assisted reproductive’, ‘Mental Health in assisted reproductive’, ‘Infertility’ e ‘Reproductive Health’.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram: texto integral disponível para consulta e idioma em língua portuguesa ou inglês. Foram excluídos os trabalhos que abordassem a reprodução assistida em outras situações, que não conciliasse a sua associação com a saúde mental.

Além dos artigos pesquisados, foram utilizados livros texto para o estudo do tema e Guidelines de Sociedades Nacionais e Internacionais. Os livros obtidos através da biblioteca virtual são: Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade (2017) e Tratado de Saúde Mental da Mulher (2012).

Para cada nova informação obtida encontrada, uma nova pesquisa foi feita aos mesmos bancos de dados quando se fez necessária à coleta de mais informações.

5. DISCUSSÃO

A infertilidade é um problema de saúde pública muito relevante no atual cenário mundial. Estatísticas da OMS mostram que 50 a 80 milhões de pessoas em todo o mundo podem ser inférteis. Atualmente, segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), é estimado que cerca de 35% dos casos de infertilidade estão relacionados à mulher, cerca de 35% estão relacionados ao homem, 20% a ambos e 10% são provocados por causas desconhecidas.^{6,25,26,35}

Atualmente as mulheres estão abandonando o conceito de serem apenas símbolos de fertilidade e serem destinadas a ter filhos, elas estão entrando cada vez mais no mercado de trabalho, procurando estabilidade financeira e sucesso profissional, deixando a ideia de ter uma família em segundo plano.^{6,10,11}

Ainda assim, a infertilidade sempre foi considerada como um estigma social, e é evidenciada como uma experiência social, mental e fisicamente prejudicial para as mulheres que desejam conceber.^{11,12} A questão da infertilidade deixou de ser sinônimo de que uma mulher não poderia ter filhos. Atualmente, há inúmeros tratamentos registrados e possíveis de serem feitos com resultados de sucesso. Além disso, com as técnicas de reprodução assistida, os casais homoafetivos também são uma parcela importante dos pacientes que procuram atendimento para constituir uma família.^{6,35}

Podemos perceber, dessa forma, que a evolução das técnicas de reprodução assistida trouxe a solução e possibilidade de realização de um sonho, não só para casais heterossexuais, mas também para a diversidade de pacientes que a mudança social conduziu e que, anteriormente, não teriam alternativas de tratamento. O processo de reprodução assistida é revolucionário e vem se aprimorando com o passar do tempo, porém todo esse processo acaba gerando um viés na saúde reprodutiva e mental da mulher. O diagnóstico e o tratamento podem se estender por períodos extremamente longos (até anos), tornando esse um processo extremamente complexo.^{1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 32}

O debate da saúde reprodutiva e mental da mulher se mostra muito necessário. Além de todos os motivos supracitados, dentre todas as causas de infertilidade, 10% são de causas idiopáticas. Trazer isso como assunto e torná-lo cada vez mais difundido permite que a mulher tenha mais conhecimento sobre si, sobre o que vai enfrentar e se prepare adequadamente para o processo.^{27, 29}

Pela sua relevância clínica, fica evidente que deve ser dado a esse assunto a devida importância. Sabendo que a infertilidade e o tratamento da reprodução assistida envolvem condições emocionais, fisiológicas e psicológicas, acredita-se que o suporte nessas áreas é de grande importância e pode levar ao aumento nas taxas de sucesso na reprodução assistida.

5.1. Evolução Social da visão da mulher e fertilidade

Durante séculos o papel da mulher na sociedade era o de procriação, educação dos filhos e submissão aos seus companheiros. Porém ao longo do tempo a mulher foi adentrando no mercado de trabalho, porém ainda sendo depreciada pela sociedade com remuneração inferior e exploração de mão de obra feminina.^{6, 10,11}

Com o capitalismo o feminismo ganhou força trazendo possibilidades de trabalho e crescimento profissional das mulheres.^{10,11}

As mulheres conseguiram sim alcançar muitos direitos através das leis que foram conquistadas pelos movimentos sociais: direitos ao voto feminino, direitos sexuais e reprodutivos, direitos à educação, ao trabalho, ao divórcio, direitos diante das violências contra as mulheres, mais, ainda assim, há uma grande dificuldade para alcançar a equidade entre os sexos.¹⁰

Ao comparar a evolução social da mulher na época medieval até os tempos modernos do século atual, podemos ver que ela mudou drasticamente. Se antes a mulher se ansiava pelo casamento e filhos, atualmente, a grande maioria das mulheres desejam sucesso profissional. Porém o sucesso profissional tem o seu preço, que é a baixa taxa de fecundação. O mercado

profissional cobra tempo para o crescimento como profissional, deixando algumas mulheres sem tempo para se dedicar a relacionamentos e fecundação.

No século XIX, em que o contexto cultural convertia a maternidade numa atividade nobre e a única possibilidade da realização feminina reconhecida pela sociedade, viver situações de infertilidade tornava-se já diferente. No entanto, foi no cenário Pós-Moderno, séculos XX e XXI, que os movimentos feministas levaram a sociedade a libertar-se da ideia de que a maternidade era uma obrigação surgindo, assim, um novo modelo de feminilidade que oferece à Mulher mais do que somente o papel de Mãe. A Maternidade tornou-se, assim, uma escolha e não uma obrigação^{6,35}

Cada dia aumenta mais a idade média de mulheres que engravidam e diminui a taxa de fecundidade. Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país registra uma média de 1,94 filhos por mulher. Ao comparar a taxa de fecundidade do Brasil desde os anos 60, ela vem tendo um declínio de forma progressiva. Em 1960, a taxa era de 6,3 filhos por mulher. Nos anos 70, foi para 5,78. Em 1980 a taxa era de 4,4. Já em 2000 foi para 2,3.^{13,14}

Com a mulher conquistando seu espaço no mercado de trabalho a sua “função primordial” de procriação acabou ficando em segundo plano, aumentando os casos de infertilidade de forma indireta.

5.2. Congelar ou não os óvulos?

Segundo levantamento do Grupo Huntington, de julho a setembro deste ano houve um aumento de 71,4% no número de pacientes que realizaram a criopreservação – método de congelamento de óvulos. Um dos motivos para esse crescimento é o aumento da idade para engravidar, dessa forma, a gravidez tardia, que ocorre após os 35 anos, se torna cada vez mais frequente.^{15, 16}

Além disso, o congelamento dos óvulos é útil não só para mulheres que desejam postergar a gravidez, mas também para pacientes em tratamento de câncer, doenças

autoimunes, e doenças benignas como a de endometriose, cistos ovarianos, baixa reserva ovariana e casais homoafetivos. É diante desses cenários que o congelamento de óvulos surge como uma opção.¹⁶

Definido pela Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva desde 2013, o congelamento de óvulos é uma possibilidade para conservar a qualidade e a quantidade dos óvulos, aumentando as chances de uma gravidez futura. É um procedimento em que ocorre a captação dos óvulos e armazenamento em nitrogênio líquido a uma temperatura de 196°C negativos. Essa prática é mais conhecida atualmente, porém existe há mais de 30 anos.^{15, 16, 28}

O processo de criopreservação se inicia no estudo de sua saúde reprodutiva, ou seja, reserva ovariana. Após isso, começa a indução da ovulação de duração variável para estimular o crescimento do maior número de folículos possíveis, visando um maior número de óvulos em apenas um ciclo. No momento que a maioria dos folículos atinge um diâmetro médio acima de 18 mm, é realizada a punção ovariana guiada por ultrassom, para captação dos óvulos. Os óvulos irão passar por profissionais do setor da embriologia e os óvulos maduros serão congelados. Quando a paciente se decidir engravidar, os óvulos serão descongelados para serem fertilizados pela Fertilização In Vitro (FIV).^{16, 28}

Esse procedimento é disponível para mulheres acima de 21 anos e o ideal é que seja feito até os 35 anos pela reserva ovariana. A técnica de congelamento de óvulos não garante a obtenção de uma gestação futura. Ela mantém a viabilidade dos óvulos na época em que foram criopreservados, com as suas respectivas condições de saúde dos óvulos daquele momento. A obtenção da gestação futura dependerá, além da condição dos óvulos, da saúde do aparelho reprodutivo completo.^{16, 28}

Todavia, se sabe pouco sobre o potencial impacto do congelamento nos futuros embriões. Os estudos acerca dessa prática ainda são iniciais, mais pesquisas são necessárias para produzir mais dados e, principalmente, resultados confiáveis. Embora os dados de curto prazo pareçam tranquilizadores, faltam dados de longo prazo sobre resultados de desenvolvimento e dados de segurança em populações diversas.^{28,29}

5.3. Fisiopatologia da saúde reprodutiva da mulher em busca da RA

Ao pesquisar a causa da infertilidade o casal deve ser investigado. As grandes causas da infertilidade são fatores tuboperitoneais (35%), causas masculinas (35%), ovulatória (15%) e infertilidade sem causa aparente (10%).^{25,26, 28,29}

Ao realizar a investigação deve-se usar dois parâmetros: idade da mulher e frequência das relações. Se a mulher tiver abaixo de 35 anos deve aguardar até 12 meses com o casal tendo relações frequentes. Porém caso a mulher tenha acima de 35 anos pode esperar 6 meses ou começar imediatamente o tratamento para infertilidade.^{25,26, 28,29}

A avaliação básica da infertilidade consiste em hormônios (FSH, AMH, Estradiol Progesterona, TSH, T4 livre e prolactina), ultrassonografia transvaginal para contagem de folículos antrais (USG-TV), histerossalpingografia e espermograma. Ao avaliar todo o aparelho reprodutivo podemos chegar em uma situação em especial que se encontra ovulação presente, útero normal e trompas pervias indicando ser uma infertilidade sem causa aparente.^{25,26, 28,29}

Ao realizar o estudo da mulher analisamos a saúde reprodutiva da mulher, ou seja, funcional. Mas o que devemos nos indagar é: Será que devemos nos preocupar com seu nível de estresse afetando a fisiologia desse sistema reprodutivo?

Nos últimos 30 anos, a maioria das investigações sobre a interação entre estresse emocional e infertilidade mostrou que a infertilidade causa estresse, mas o estresse não necessariamente causa infertilidade. Vários fatores influenciam essa diferença, sendo um decisivo a cronicidade do estresse. Estudos pré-clínicos^{2,3} indicam que o estresse pode promover mudanças de longo prazo em múltiplos sistemas neuroquímicos.

O estresse influencia gerando reações no eixo hipotálamos-hipófise-adrenal (HPA) e nos nervos noradrenérgicos e adrenérgicos, gerando respostas diferentes a cada tipo de “estressores” e diferenças biológicas entre a resposta entre o sexo masculino e feminino. Há

outros sistemas que também podem ser envolvidos, são eles: eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HPG) ou o sistema simpático-adrenal-medular.^{2,3}

Os mediadores de estresse podem ter efeitos protetores e/ou prejudiciais, dependendo do curso de tempo de sua secreção. Quando esse mediador é a longo prazo, eles produzem o que tem sido chamado de 'sobrecarga alostática', significando uma mudança na estabilidade de importantes sistemas fisiológicos com consequências negativas, afetando direta ou indiretamente a fertilidade².

Foi feito um estudo, em 1950, por Selye que observou atrofia ovariana em ratas expostas ao estresse. Após este estudo, Berga em 1996, afirma que foi confirmado o potencial do estresse em inibir o eixo HPG e afetar a fertilidade. Porém não obteve sucesso ao tentar isolar ligações causais únicas entre infertilidade e estresse. O eixo de HPA e hormônios de estresse afetam diretamente a fertilidade, pois lida com hormônios, como: GnRH, prolactina, LH e FSH, bem como com hormônios que podem interferir na fertilidade, como cortisol, opióides endógenos e melatonina.²

Foi descoberta que a ansiedade e altos níveis de cortisol antes da recuperação do oócito e transferência de embriões resultam em menores chances de gravidez.²

O estresse agudo e crônico da linha de base afeta os desfechos biológicos, ou seja, o número de oócitos recuperados e fertilizados, mas também afeta a gravidez, parto nascido vivo, peso ao nascer e gestações múltiplas, enquanto o estresse do procedimento influenciou apenas os desfechos biológicos. Então, é prioritário gerenciar primeiro o estresse inicial, do que o estresse inerente ao próprio tratamento de fertilidade.²

5.4. Saúde mental: Qual é a sua relação com a fertilidade?

A Organização Mundial de Saúde (2007), define saúde mental como: “Um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou doenças”. Ela está relacionada com a promoção de bem-estar, prevenção de transtornos mentais (...). Em torno de 10% dos casos de infertilidade são de causa idiopática,^{25,26, 28,29} e

quando um casal não apresenta problemas orgânicos e mesmo assim apresenta dificuldades em engravidar, parte do impedimento dessa gestação pode estar em cunho psíquico, fatores estressores físicos e psicológicos.^{2, 3, 4, 17, 30, 31, 37, 38}

Os transtornos psíquicos que mais se destacam em um processo de reprodução assistida são a depressão e a ansiedade.^{18,19} Além desses, o estresse também é um fator relevante de pesquisas.^{2,3,20} Um estudo com dados de quase 10.000 mulheres inférteis, demonstra que em torno de 44% que moram em países de baixa e média renda, como o Brasil, são acometidas por sintomas depressivos.¹⁷

Como visto, de acordo com o que foi citado acima, são muitos os desdobramentos causados por uma saúde mental desequilibrada, e estudiosos se dividem perante essa problemática. Muito se é falado sobre ansiedade, estresse e sintomas depressivos como consequências do processo de reprodução assistida, entretanto, mudando a ótica de visão, também é possível se questionar se esses fatores também poderiam ser uma causa da infertilidade, já que a saúde mental, segundo estudos, tem uma relação direta com a fertilidade feminina.^{1, 4, 17, 18, 30, 31, 37, 38}

Dessa forma, dividem-se as literaturas quanto a hipótese de que a infertilidade pode se apresentar por causas psicológicas (hipótese psicogênica) ou a infertilidade ser a causa de sintomas psicológicos. Atualmente, é dominante a ideia de que a infertilidade atua como causa e não como consequência de fatores psicológicos, entretanto, em até meados dos anos 1980, o modelo psicogênico se mostrava dominante.

5.5 Infertilidade feminina: Repercussões psíquicas

Existem inúmeros estudos que demonstram os desdobramentos da infertilidade em cunho psíquico.^{1,2,3,4,6,7,9} Um dos projetos de vida de muitas mulheres está na experiência da maternidade e no sonho de ser mãe, e quando se deparam com o obstáculo de concretizá-lo, o desgaste físico e emocional que esse projeto impacta no psiquismo humano é bem amplo e complexo.

A infertilidade e os desafios físicos, emocionais e financeiros associados aos tratamentos de infertilidade podem contribuir para a depressão, ansiedade, ou exacerbar sintomas preexistentes em muitos pacientes, trazendo à tona conflitos, angústias, promovendo uma desestabilidade emocional e psíquica.^{32,33} Isso é ressaltado pela alta taxa de diagnósticos psiquiátricos observados em mulheres submetidas à fertilização in vitro (FIV), que se aproxima de 40%, quase o dobro da taxa encontrada em uma população controle.²⁴

Literaturas indicam que embora homens e mulheres experimentem sofrimento psicológico durante a FIV, as mulheres apresentavam maior ansiedade e depressão antes do tratamento, piorando ainda mais no dia da retirada dos oócitos, durante pré e pós-transferência dos embriões e durante o período de espera para a realização do teste de gravidez.^{17, 18, 24, 30, 31, 35}

Em geral, a sociedade tem muito mais abertura e facilidade para lidar com as questões físicas do que mentais/emocionais que o acompanham. Se tratando do processo de reprodução assistida isso também é evidente: é muito mais fácil que deixem de lado os efeitos psíquicos que um diagnóstico de infertilidade e tentativas consecutivas de uma reprodução assistida pode trazer. Dar a devida importância à saúde mental da mulher durante esse processo não só propicia de que a mesma continue tentando a gravidez e não abandone o tratamento, como também de viver a vida em toda a plenitude que deseja ter.^{4, 6, 9, 23, 32, 33}

Como já citado, dados da literatura já comprovaram que as mulheres inférteis apresentam tendência maior a sintomas psiquiátricos do que os homens. Dessa forma, é de grande importância que o médico esteja atento para a intensidade e a permanência desses sintomas em relação à paciente. Caso sintomas depressivos se intensifiquem, um quadro mais severo pode se instaurar e se fazer necessário a instauração de psicoterápicos.

5.6 Infertilidade e uso de medicamentos antidepressivos

Os transtornos mentais mais comuns, como ansiedade e depressão, são considerados as doenças do século XXI. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relatam que o Brasil é o segundo país das Américas com maior número de pessoas depressivas, equivalentes

a 5,8% da população, atrás dos Estados Unidos, com 5,9%. Além disso, o Brasil ocupa o primeiro lugar quando a questão é a prevalência de casos de ansiedade.

Dessa forma, não é difícil imaginar que também é crescente o número do uso de medicamentos antidepressivos. Fazendo uma correlação com mulheres em tratamento de reprodução assistida, à medida que mais mulheres se submetem a tratamentos para engravidar, há um crescente reconhecimento das dificuldades psicológicas, emocionais, físicas e financeiras que muitas vezes acompanham esse tratamento.^{1, 4, 5, 6, 7, 9, 17, 20, 32}

Sendo assim, seja devido ao processo de infertilidade ou a sintomas preexistentes ao início do mesmo, algumas mulheres que recebem tratamento de infertilidade recebem também medicamentos antidepressivos.^{2, 22, 24, 36} Com isso, surge um questionamento, qual a influência do uso desses medicamentos antidepressivos no tratamento de reprodução assistida?

Embora muitos medicamentos antidepressivos estejam disponíveis, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são os mais comumente prescritos para tratar a depressão antes e durante a gravidez.²¹ Em 2004 um estudo foi realizado com o objetivo de analisar o impacto do uso de antidepressivos e o resultado da fertilização in vitro.²² Nele, foram encontrados dados de que 40% das mulheres que tomavam inibidores seletivos da recaptação de serotonina obtiveram sucesso com gestações em andamento, e, em comparação, 51% das mulheres que não faziam uso do medicamento, obtiveram sucesso. Entretanto, esses não são dados que tem significância estatística, pois esse estudo foi limitado por sua natureza retrospectiva, o pequeno tamanho da amostra e avaliação inespecífica de depressão e uso de antidepressivos.

Em 2009 também foi publicado outro estudo sobre o efeito de inibidores seletivos de recaptação de serotonina no resultado da fertilização in vitro³⁶, e embora fosse o maior estudo realizado, até o ano publicado, abordando o potencial impacto do uso de ISRS no resultado da fertilização in vitro, também se mostrou inconclusivo. O estudo se mostrou limitado pelo pequeno tamanho da amostra, dada a natureza retrospectiva do estudo, não conseguiram controlar os sintomas depressivos ou o estado emocional dos pacientes e nem a duração do uso de ISRS antes do ciclo de fertilização in vitro. Também é possível que não tenham sido

capazes de identificar todos os pacientes em uso de ISRS caso os mesmos tenham omitido essas informações no questionário de saúde.

Sendo assim, ainda carecem de estudos para se concluir a real influência dos usos de ISRS durante o tratamento, e ao analisar o efeito desses medicamentos nos resultados da FIV, é importante considerar que a depressão em si também pode estar contribuindo para a diminuição das taxas de gravidez.³⁶

Dessa forma, seria antecipado afirmar para as mulheres que se apresentam para o tratamento de fertilização in vitro e recebem prescrição de ISRS sobre qualquer impacto negativo dos ISRS no resultado da fertilização in vitro. Até que mais informações estejam disponíveis, é prudente que todos os médicos e profissionais de saúde mental envolvidos com mulheres em tratamento de fertilização in vitro perguntem sobre os seus sintomas, história pregressa e história familiar de depressão, história de outras perdas ou traumas, sistema de apoio durante o tratamento, história de medicação e terapia psiquiátrica. A avaliação do uso de antidepressivos deve ser feita com cuidado, pois algumas mulheres podem relutar em revelar seu uso desses medicamentos.

Os médicos que prescrevem medicamentos psiquiátricos para pacientes de fertilização in vitro devem trabalhar em contato com a equipe de fertilização in vitro, a fim de trazer o melhor tratamento para a paciente. Encaminhar um paciente com depressão ou com alto risco de desenvolver depressão para psicoterapia continua sendo uma maneira eficaz e não invasiva de gerenciar sintomas agudos e fornecer suporte durante o estresse do tratamento de fertilização in vitro. No entanto, as mulheres que se tornam progressivamente mais deprimidas devem ser atendidas por um psiquiatra para consulta e possível administração de psicofármacos.

5.7. Atuação da saúde mental no processo de FIV

Como já visto anteriormente, durante o processo de FIV a saúde mental pode se apresentar alterada pelo longo desgaste emocional e cuidados necessários da paciente durante o processo. O desejo de ser mãe se depara com a incapacidade biológica de ter. Estudos

mostram que passando pelo processo de reprodução assistida, em um casal, as mulheres apresentaram níveis mais altos de ansiedade e depressão que os homens.^{1, 2, 4, 20, 23}

Os serviços de saúde mental são de grande importância na qualidade do atendimento para pacientes em tratamento de fertilidade. Em 1980, esse assunto já era debatido demonstrando a significância do sofrimento psíquico durante todo o processo de reprodução assistida.³⁹

A falha terapêutica em alguns casos é vista como “castigo divino” e a pressão social e cultural é drástica, levando a um quadro de ansiedade e depressão não só durante o processo e por conta dele, mas também por desdobramentos sociais. A relação entre estado emocional das mulheres e infertilidade com tratamentos de reprodução assistida já notório e embasado por trabalhos científicos. A infertilidade é uma experiência médica, psicológica e social.^{1,2,3,5,6,7}

Segundo artigo¹ casais relatam que não foram informados da possibilidade de fazer um tratamento psicológico para ajudar o tratamento e que se tivesse conhecimento, o utilizariam, podendo evitar o abandono do tratamento.⁴ Diversos artigos apontam que há abandono do processo na época em que mais se tem chances de obter o êxito de conceber. Um paciente demasiadamente angustiado pode ter dificuldade em compreender todas as informações médicas, não estando, dessa forma, completamente ciente de todas as informações que envolvem o processo, podendo levar a sequentes frustrações que poderiam ser evitadas.^{1,2,4,5,6}

A comunicação médico-paciente é muito importante em todas as áreas médicas, especialmente em um processo delicado como o do tratamento de reprodução assistida, onde uma falta de vínculo eficiente pode levar a trocas frequentes de clínicas especializadas e demasiado sofrimento.

Além disso, uma carga emocional muito pesada, em que não se tem um acompanhamento psicológico apropriado, pode fazer com que mulheres desistam do tratamento da fertilização. Isso fica evidente de acordo com estudo realizado em 2018¹, em que a carga psicológica foi a razão mais comum pela qual os pacientes segurados relataram

descontinuar o tratamento de fertilização in vitro. Dessa forma, a busca por equilíbrio entre os aspectos técnicos e psíquicos do tratamento deve ser um objetivo da equipe multidisciplinar.

5.8. Importância de uma equipe multidisciplinar

O processo de reprodução assistida é complexo, e durante todo o tratamento existe uma gama grande de profissionais envolvidos, como médicos de várias especialidades, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas.⁴

Durante o tratamento, por conta de todo desequilíbrio que se instala após uma descoberta de infertilidade, pode ocorrer do paciente não ter uma real noção do que o espera, por isso que é importante o papel de uma equipe multidisciplinar nesse momento.^{14, 18, 19, 32} A idealização do sucesso do tratamento pode dificultar todo o processo, pois ao se deparar com resultados insatisfatórios, facilmente os sentimentos negativos podem se exacerbar e levar a uma somatização dos mesmos.

Dessa forma, uma equipe multidisciplinar busca abranger diversos aspectos da vida reprodutiva, aliando tecnologia e acolhimento. É um trabalho feito focando na totalidade do indivíduo que está ali, sendo o atendimento muito além do consultório médico. Estudos mostram melhores resultados no tratamento através do suporte integral ao paciente.^{14, 18, 19, 32}

6. CONCLUSÃO

Podemos concluir que o papel da mulher e sua respectiva fertilidade vem mudando ao longo da história. A função do sexo feminino era, exclusivamente, a de procriação e cuidados domésticos e familiares. Após o crescimento do movimento feminista, as mulheres começaram a conquistar independência em suas escolhas em todos os setores de sua vida.

Acompanhando essa evolução, a visão da mulher sobre a fertilidade também se modificou, a maternidade que antes era vista como obrigação tornou-se uma escolha. Adentrando no mercado de trabalho, cada dia mais as mulheres vem se dedicando à realização profissional e postergando a maternidade. Com isso, há uma alteração direta da taxa de fecundidade, pois é sabido que a taxa de reserva ovariana reduz conforme o envelhecimento, tornando-se a infertilidade um problema de saúde pública.

Com o crescimento da infertilidade, a reprodução assistida foi criada no intuito de ajudar casais heterossexuais, entretanto, conforme o conceito de família se alterou, não só eles foram beneficiados com essa tecnologia; Casais homoafetivos, pacientes oncológicos e mulheres que optaram por uma maternidade mais tardia são exemplos.

A medicina reprodutiva acompanhou a evolução dos cenários acima citados. Antigamente, um dos maiores ginecologistas da época tratava a infertilidade com flagelos no ventre. Já hoje, temos diversas tecnologias envolvidas no tratamento para casais inférteis.

O congelamento de óvulos se tornou um serviço da medicina muito útil, pois essa tecnologia dá oportunidade para mulheres que ainda não estão certas sobre a decisão de ter filhos ou necessitam de mais tempo para se especializar e/ou aprimorar para o mercado de trabalho. Uma desvantagem observada é o alto custo, além disso, estudos não foram capazes de afirmar quais são os possíveis efeitos do congelamento nos óvulos.^{28,29}

Há décadas que há investigação sobre a relação entre estresse emocional e infertilidade. É comprovado^{1,2,3,4,5} que a reprodução assistida, principalmente quando há diversas falhas

terapêuticas, causa estresse emocional. Porém, ainda há dúvidas de que o estresse, de forma isolada, ajude a contribuir para a infertilidade.

É comprovado² que o estresse age em eixos endócrinos – HPA e HPG – tendo dessa forma uma relação direta com fatores contributivos da fertilidade. Ademais, tudo depende do curso de tempo e da secreção desse fator de risco.

Em alguns estudos² pode-se perceber que o estresse pode ocasionar atrofia ovariana e afeta hormônios como: GnRH, prolactina, LH e FSH, diretamente relacionados à fecundidade.

Altos níveis de ansiedade e estresse agudo e crônico afetam a recuperação de oócitos, fecundação e probabilidade de sucesso do desenvolvimento do embrião, dificultando a gravidez. Também pode afetar o peso ao nascer do recém-nascido, parto e gestações múltiplas. Concluindo-se que é necessário controlar o estresse da paciente antes, durante e após o tratamento.

Durante o processo de reprodução assistida a saúde mental se apresenta tendo uma correlação íntima. Seja como causa ou consequência da infertilidade ela tem um papel de suma importância durante o tratamento. Uma saúde mental desequilibrada pode não só interferir diretamente, através de alterações hormonais, mudança do ciclo, como também levar a desistência do tratamento.

Os desdobramentos da infertilidade em cunho psíquico são muitos e leva tanto um desgaste físico quanto emocional. Os desafios passados podem contribuir, principalmente, para um estresse exacerbado, ansiedade e quando em níveis mais elevados, depressão. Embora tanto o homem quanto a mulher experimentem sofrimento psicológico durante um tratamento de FIV, são as mulheres que apresentam isso de forma mais elevada, sendo assim, no casal infértil, as mulheres apresentam tendência maior a sintomas psiquiátricos do que os homens.

Dessa forma, um acompanhamento psicológico durante o tratamento de FIV tem grande impacto positivo, evitando abandono de tratamento e sequentes frustrações durante o

processo. A comunicação médico paciente se faz muito presente e deve ser eficiente com o mesmo objetivo de dar um tratamento integrativo e total á mulher que está passando por uma instabilidade de emoções, sentimentos e incertezas.

Juntamente com esses diagnósticos, é possível que seja necessário o tratamento dos transtornos mentais com psicofármacos. Nesse caso, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são os mais comumente prescritos antes e durante a gravidez. Estudos acerca do impacto dos ISRS durante o processo de FIV não são conclusivos, ainda carecem de estudos para que se conclua a real influência deles durante o tratamento.

Durante a reprodução assistida o casal passa por diversas situações de abalo emocional e incertezas. A equipe multidisciplinar é importante para o suporte integral ao paciente, conseguindo acolher e ajudar em todos os estágios do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domar AD, Rooney K, Hacker MR, Sakkas D, Dodge LE. Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*. VOL. 109 NO.6/ JUNHO 2018
2. Lynch CD, Sundaram R, Maisog JM, Sweeney AM, Buck Louis GM. Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study-the LIFE study. *Human Reproduction* VOL. 29, NO.5 pp. 1067-1075, 2014.
3. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction* VOL.21, NO. 7 pp.1651-1658, 2006.
4. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril*. pp. 209-215.e2., 2016.
5. CORDEIRO, Marina Sofia; GOMES, José Carlos. Ansiedade e Relacionamento Conjugal em Mulheres com Infertilidade: Impacto da Terapia de Grupo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, NO. 9, pp. 7-13, JUNHO 2013.
6. SILVA, Inês Rafaela Valente et al. As vivências da mulher infértil. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIII, NO. 8, p. 181-189, DEZEMBRO 2012
7. Stewart, L. M., Holman, C. D., Semmens, J. B., Preen, D., Mai, Q., & Hart, R. Hospital mental health admissions in women after unsuccessful infertility treatment and in vitro fertilization: an Australian population-based cohort study. *PloS one*, 10(3), 2015

8. KLAPISCH-ZUBER, Christiane. As normas do controle. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. (Dir.) História das mulheres: a Idade Média. São Paulo: Afrontamento, 1990.
9. Hynes, G. J. et al. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. SETEMBRO 1992
10. ALVES, Branca Moreira; PINTANGUY, Jacqueline. O que é feminismo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
11. SANTOS, Lorena Cristina. A evolução da mulher na sociedade. Hoje em Dia, 3 mar. 2021. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/opini%C3%A3o/blogs/opini%C3%A3o1.363900/a-evolu%C3%A7%C3%A3o-da-mulher-na-sociedade-1.827030>. Acesso em: 4 mar. 2022.
12. Sharma RS, Saxena R, Singh R. Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. Indian J Med Res. 2018 Dec;148(Suppl):S10-S14. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_636_18. PMID: 30964077; PMCID: PMC6469376.
13. IBGE (Brasil) (org.). Taxa de Fecundidade Total – Brasil: Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015. Brasil: IBGE, 2013. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso em: 4 mar. 2022.
14. CERQUEIRA, Wagner. Taxa de fecundidade no Brasil. Mundo e Educação: UOL, 2012. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/taxa-fecundidade-no-brasil.htm>. Acesso em: 4 abr. 2022.
15. FADDUL, Juliana. Congelamento de óvulos: entenda o que é, quem pode fazer e quanto custa. CNN Brasil, 12 dez. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/congelamento-de-ovulos-entenda-o-que-e-e-o-quanto-pode-te-custar/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

16. HUNTINGTON GROUP (Brasil) (org.). O que é o congelamento de óvulos?. Huntington Group Website, 2022. Disponível em: <https://www.huntington.com.br/tratamentos/congelamento-de-ovulos/>. Acesso em: 5 abr. 2022.
17. Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S. *et al.* The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Res and Pract* 7, 6 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3>
18. Bell JS. Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *J Psychosom Res.* 1981;25(1):1-3. doi:10.1016/0022-3999(81)90077-5
19. Moreira, Simone da Nóbrega Tomaz et al. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2006, v. 28, n. 6 [Acessado 23 Fevereiro 2022], pp. 358-364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000600007>>. Epub 20 Out 2006. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000600007>.
20. Seger-Jacob, Liliana. Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia; 2000 [citado 2022-02-23]. doi:10.11606/T.47.2001.tde-11102001-141733.
21. Nomura, Marcelo Luís e Silva, João Luís Carvalho Pinto e Riscos e benefícios do uso dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2007, v. 29, n. 7 [Acessado 17 Março 2022], pp. 331-334. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000700001>>. Epub 29 Out 2007. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000700001>.

22. Klock SC, Sheinin S, Kazer R, Zhang X. A pilot study of the relationship between selective serotonin reuptake inhibitors and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril*. 2004;82(4):968-969. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.02.139
23. RENNÓ, Joel et al. Tratado de Saúde Mental da Mulher. [S. l.]: Atheneu, 2012.
24. CARVALHO, Claudia. Transtornos Psiquiátricos e uso de psicofármacos em mulheres inférteis em busca de reprodução assistida, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 1-73, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174718/001062056.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2022.
25. BALA R, Singh V, Rajender S, et al. Environment, Lifestyle, and Female Infertility; 2021
26. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015
27. Marc A. Fritz; SPEROFF Leon; Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade 2017
28. Mandawala AA, Harvey SC, Roy TK, Fowler KE. Cryopreservation of animal oocytes and embryos: Current progress and future prospects. *Theriogenology*. 2016;86(7):1637-1644. doi:10.1016/j.theriogenology.2016.07.018
29. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. Mature oocyte cryopreservation: a guideline. *Fertil Steril*. 2013;99(1):37-43. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.09.028

30. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 2007;13(6):607-616. doi:10.1093/humupd/dmm019

31. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):29-36. doi:10.1001/archpsyc.60.1.29

32. Marciano RP, Amaral WN. Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura. *Femina*. 2021;49(6):379-84

33. RAMIREZ-UCLES, Isabel M.; CASTILLO-APARICIO, M. del; MORENO-ROSSET, C.. Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: analysis of the moderating role of gender. *Clínica y Salud, Madrid*, v. 26, n. 1, p. 57-63, março 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 05 de maio de 2022.

34. Faria, Dieime Elaine Pereira de, Grieco, Silvana Chedid e Barros, Sônia Maria Oliveira de Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2012, v. 46, n. 4 [Acessado 5 Maio 2022], pp.794-801. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400002>>. Epub 25 Set 2012. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400002>.

35. Cunha, Maria do Carmo Vieira da et al. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [online]. 2008, v. 30, n. 3 [Acessado 5 Maio 2022] , pp. 201-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>>. Epub 17 Mar 2009. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>.

36. Friedman BE, Rogers JL, Shahine LK, Westphal LM, Lathi RB. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril*. 2009;92(4):1312-1314. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.03.060
37. Demyttenaere K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, Koninckx PR. Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*. 1992;17(6):655-665. doi:10.1016/0306-4530(92)90024-2
38. JMJ Smeenk, CM Verhaak, A. Eugster, A. van Minnen, GA Zielhuis, DDM Braat, O efeito da ansiedade e depressão no resultado da fertilização in vitro, *Reprodução Humana*, Volume 16, Edição 7, Julho de 2001, Páginas 1420 – 1423, <https://doi.org/10.1093/humrep/16.7.1420>
39. Kraft, A. D., Palombo, J., Mitchell, D., Dean, C., Meyers, S., & Schmidt, A. W. (1980). The psychological dimensions of infertility. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 618–628. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1980.tb03324.x>
40. Farinati, Débora Marcondes, Rigoni, Maisa dos Santos e Müller, Marisa Campio Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [online]. 2006, v. 23, n. 4 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 433-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>>. Epub 22 Set 2011. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>.
41. Duarte-Filho, Oscar Barbosa and Podgaec, Sérgio Freeze-all policy for in vitro fertilization in women with normal response to ovarian stimulation. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2021, v. 19 [Accessed 24 May 2022], eAO6290. Available from: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6290>. Epub 11 Oct 2021. ISSN 2317-6385. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6290.

42. Ferraz, M.S. et al. Maturação in vitro de oócitos de cutias (*Dasyprocta prymnolopha*, Wagler 1831) seguida de fertilização in vitro e ativação partenogenética. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia* [online]. 2020, v. 72, n. 02 [Acessado 19 Maio 2022], pp. 443-451. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-4162-11140>>. Epub 08 Maio 2020. ISSN 1678-4162. <https://doi.org/10.1590/1678-4162-11140>.
43. Inal, Zeynep Ozturk et al. Is There Any Effect of the Physician Performing Embryo Transfer in IVF-ICSI Treatment: A Prospective Cohort Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2022, v. 44, n. 01 [Accessed 24 May 2022] , pp. 19-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0041-1740473>>. Epub 28 Feb 2022. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740473>.