



Escola Superior de Saúde Atlântica

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ciclos Temáticos

Ano Letivo 2021/2022

4º ano 2º semestre

**O IMPACTO DA INFERTILIDADE NA SAÚDE MENTAL DA
MULHER - Scoping Review**

The impact of infertility in women's mental health - Scoping Review

Monografia Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Adriana Firme 202093671

Flávia Alves 202093635

Orientador: Prof. ^a Doutora Joana Marques

Barcarena, 1 julho de 2022

Escola Superior de Saúde Atlântica
Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ciclos Temáticos

Ano Letivo 2021/2022

4º ano 2º semestre

**O IMPACTO DA INFERTILIDADE NA SAÚDE MENTAL DA
MULHER - Scoping Review**

The impact of infertility in women's mental health - Scoping Review

Monografia Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Adriana Firme 202093671

Flávia Alves 202093635

Orientador: Prof^a Doutora Joana Marques

Barcarena, 1 julho de 2022

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas neste relatório.

“Eu atribuo o meu sucesso a isto: eu nunca desisto ou dou alguma
desculpa”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer a todos os que contribuíram e nos apoiaram para que pudéssemos chegar ao final deste percurso académico, que tanto nos custou a conquistar.

À nossa família, queremos agradecer todo o apoio que nos deram ao longo desta jornada, por terem acreditado sempre em nós, nunca nos terem deixado desistir e estarem sempre presentes nas horas de maior aperto, recebendo-nos sempre com amor, oferecendo colo e de braços abertos para nos acolher.

À Professora Doutora Joana Marques por toda a disponibilidade, pela dedicação, pelas palavras de conforto e encorajamento, pelas partilhas e sobretudo pelos conselhos.

Não menos importante, agradecemos uma à outra, por termos sido muitas vezes o apoio constante e o pilar uma da outra, para que tudo corresse como desejássemos.

Obrigada a todos!

RESUMO

Enquadramento: A infertilidade é definida pela OMS como a ausência de contraceção após vinte e quatro meses de relações sexuais regulares e desprotegidas. As causas podem ter origem apenas num membro do casal, como pode ser de ambos, embora exista mais prevalência nas mulheres. As causas podem ser por alterações emocionais como alterações do sistema reprodutor feminino, contudo existem diversos tratamentos de procriação medicamente assistida.

O diagnóstico pode desencadear diversas psicopatologias nas mulheres, tais como a ansiedade/depressão e o estresse, estas respostas humanas podem ser minimizadas com a intervenção dos profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro face a estas respostas, pode promover a saúde mental desta população, contribuindo para uma melhor gestão da infertilidade e qualidade de vida.

Objetivo: Conhecer o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher.

Metodologia: O trabalho realizado consiste numa Scoping Review. Após a definição dos critérios de inclusão e pesquisa nas bases de dados, obteve-se uma amostra final de 6 artigos.

Resultados: Foram encontradas diversas consequências psicológicas que tiveram um impacto negativo na vida da mulher com infertilidade, nomeadamente o estresse, depressão e ansiedade.

Considerações finais: O enfermeiro consegue intervir, tendo maior incidência na consulta de enfermagem, ou seja, na promoção de estilos saudáveis, no suporte psicossocial, bem como na adaptação ao problema identificado.

Descritores: Infertilidade; Mulher; Depressão; Ansiedade;

ABSTRACT

Background: Infertility is defined by the WHO as the absence of contraception after twenty-four months of regular and unprotected sexual intercourse. The causes may originate from only one member of the couple, as it may be from both, although there is a greater prevalence in women. The causes may be emotional changes such as changes in the female reproductive system, however there are several treatments for medically assisted procreation.

The diagnostic can trigger several psychopathologies in women, such as anxiety/depression and stress, these human responses can be minimized with the intervention of health professionals. The nurse's intervention in the face of these responses can promote the mental health of this population, contributing to a better management of infertility and quality of life.

Objective: To know the impact of infertility on women's mental health.

Methodology: The work carried out consists of a Scoping Review. After defining the inclusion criteria and searching the databases, a final sample of 6 articles was obtained.

Results: Several psychological consequences were found that had a negative impact on the life of women with infertility, namely stress, depression and anxiety.

Final considerations: The nurse can intervene, having a greater incidence in the nursing consultation, that is, in the promotion of healthy styles, in the psychosocial support, as well as in the adaptation to the identified problem.

Keywords: Infertility; Women; Depression; Anxiety.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. A Infertilidade e as principais causas	3
2.1.1. Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida	6
2.2. A Saúde Mental da Mulher	8
2.2.1. Impacto da Infertilidade na Saúde Mental da Mulher	10
2.3.1. A Intervenção do Enfermeiro no Processo de Infertilidade Vivenciado pela Mulher	12
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
3.1. Fluxograma	16
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1.1. Depressão e Ansiedade	31
5.1.2. Stresse e outras consequências na Saúde Mental da Mulher	33
6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
9. ANEXOS	42
1. I- Declaração do Orientador	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado dos artigos

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNPMA - Centro Nacional de Procriação Medicamente Assistida

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

ESMP - Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria

EV - Endovenoso

FIV - Fertilização *in vitro*

IA - Inseminação Artificial

ICSI - Microinjecção Intracitoplasmática de Espermatozóide

IVI - Instituto Valenciano Infertilidade

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMA - Procriação Medicamente Assistida

PO - *Per Os*

SCIRUS - (ELSEVIER)

TEC - Transferência de Embriões Criopreservados

1. INTRODUÇÃO

A infertilidade é um obstáculo para atingir a saúde reprodutiva, sendo assim reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema que afeta vários milhões de pessoas em todo o mundo e é definida como a incapacidade de engravidar após alguns meses de relações sexuais regulares e desprotegidas (WHO, 2020). Segundo a OMS, estima-se que a infertilidade afeta cerca de 48 milhões de pessoas mundialmente, (WHO, 2020) mas em Portugal os dados ainda não foram muito explorados e, por isso, pensa-se que afete cerca de 12% da população (Lascasas, 2018). A infertilidade é distinguida em infertilidade primária e infertilidade secundária. A infertilidade primária é definida como a incapacidade de gerar o primeiro nado vivo, e a infertilidade secundária é descrita como a incapacidade de gerar um nado vivo após uma gravidez bem-sucedida (Lascasas, 2018). Na infertilidade podem estar envolvidas algumas causas para a mesma acontecer, entre elas, causas femininas, masculinas ou relacionadas com o casal. Entre as causas femininas algumas razões que podem justificar a infertilidade são síndrome do ovário poliquístico, doenças do útero, endometriose, antecedentes familiares, hábitos do quotidiano e causas inexplicáveis (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2020). Um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) revela que cerca de 5% dos casais necessitam de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA). As intervenções mais comuns e realizadas são a Fertilização *in vitro* (FIV) e a Inseminação Artificial (IA) onde as taxas de sucesso são elevadas, apesar de existirem outras intervenções que são também realizadas (CNPMA, 2022).

É necessária uma anamnese completa e rigorosa ao casal, com história clínica e familiares implicadas, para um controlo rigoroso sobre cada situação. São também pedidos meios complementares de diagnóstico para se conseguir definir a etiologia do problema que afeta o casal (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2020). A justificação para a escolha do tema prende-se com a necessidade de explorar o assunto - infertilidade e saúde mental - uma vez que são temáticas pouco abordadas nos cuidados de saúde. Desta forma, considera-se que o tema é pertinente pois é bastante atual e pouco desenvolvido, sendo um ponto de partida para demonstrar a sua importância e relevância. Na área da enfermagem a saúde materna e obstétrica e a saúde mental têm uma importante articulação, uma vez que os enfermeiros têm um papel fundamental no acompanhamento

a estas mulheres/casais/famílias. O papel do enfermeiro nesta área passa também por identificar os sentimentos e emoções da mulher/casal, ajudando os mesmos a encontrar estratégias para aprender a lidar com toda a situação que estão a vivenciar, ou se for caso disso, aprender a gerir a situação face ao diagnóstico. Posto isto, o nosso objetivo centra-se em conhecer o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher, identificando as respostas da mulher que comprometem a sua saúde mental durante o processo de infertilidade. Para atingir este objetivo, realizou-se uma Scoping Review, onde se pesquisaram artigos científicos, publicados entre 2015 e 2022 em bases de dados científicas. O trabalho apresenta uma estrutura organizadora do desenvolvimento de uma Revisão Scoping. Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico, onde se aborda a infertilidade e as suas principais causas, epidemiologia e respetivos tratamentos. Para contextualizar o tema, e as consequências da infertilidade na saúde da mulher. Como foco do trabalho, são posteriormente as respostas humanas da mulher infértil, suportado pela teoria de Afaf Meleis, que norteou o presente trabalho.

De forma a apresentar o percurso de pesquisa desenvolvido, é exposto o fluxograma apresentado e o percurso realizado para a obtenção dos resultados e a tabela com os artigos incluídos na amostra.

Finaliza-se o trabalho, sublinhando as suas importantes implicações para a prática de enfermagem e considerações finais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.A Infertilidade e as principais causas

A OMS reconhece a infertilidade como um problema de saúde pública e de extrema importância na medida em que provoca impactos negativos no bem-estar físico, mental e social do casal (Gomes, Azevedo, Mar, Bastos & Torres, 2016). O processo natural da gravidez inicia-se no cérebro, mais concretamente no hipotálamo e hipófise, onde estão em constante comunicação com os ovários para que a mulher consiga todos os meses produzir oócitos que estejam prontos a ser fecundados. A estimulação do hipotálamo, nas mulheres, provoca uma produção da hormona que liberta gonadotrofinas e, cujo objetivo, é fazer com que a hipófise produza uma hormona estimuladora de folículos. Esta hormona uma vez produzida (produtora de folículos) atua diretamente no ovário, onde irá haver o desenvolvimento de inúmeros folículos e que onde se desenvolvem de uma forma dominante. Após o desenvolvimento do folículo dominante e consequente produção de estrogénio, o endométrio prepara-se para aumentar a sua espessura e o útero adapta-se a uma possível gravidez. Durante o ciclo menstrual, a hormona segregada na hipófise, prepara-se para libertar oócitos e levar os mesmos até à trompa uterina, onde vão ser fecundados pelo espermatozóide. Relativamente aos homens, o processo de produção de sémen inicia-se através da produção e libertação de gonadotrofinas, através do hipotálamo, assim como a estimulação de folículos que acontece na hipófise. Ao contrário do que acontece com as mulheres, nos homens a produção de espermatozoides é diária. Nos homens, os espermatozoides são armazenados nos epidídimos e os mesmos distribuem-se através de canais. As vesículas seminais secretam o líquido seminal e a próstata segrega o líquido prostático, que no seu conjunto com os espermatozoides produzem o esperma, que vai ser posteriormente lançado através da uretra quando existir uma ejaculação (Lascasas, 2018). Segundo Cunha (2012) citado por Gomes, Azevedo, Mar, Bastos & Torres (2016), “A infertilidade tem vindo a aumentar nos últimos anos e atinge cerca de 30% dos casais em idade fértil, sendo que os fatores femininos e masculinos contribuem, igualmente, com uma taxa de 40% cada e apenas 20% se referem à combinação dos dois.” (p.34). Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2020) indica que a partir dos 28 anos, a mulher começa a ter uma perda progressiva da resposta dos folículos primordiais ao nível

hormonal, tendo assim uma diminuição de folículos maduros e, passando a ter um aumento de folículos imaturos, podendo até deixar de ovular.

Este processo natural nem sempre ocorre. A infertilidade é algo que pode estar presente na vida da mulher, homem ou casal. O processo da infertilidade passa inicialmente pela prevenção, seguindo-se do seu diagnóstico e recorrendo ao tratamento mais adequado. O acesso desigual nos diferentes países do Mundo continua a ser um desafio para a OMS, uma vez que estes tratamentos são vistos, em muitos países, como não prioritários. Quando a mulher experimenta a infertilidade existe um impacto negativo que a particulariza, como o estigma social, a ansiedade, a depressão, a baixa auto estima e o fator emocional (WHO, 2020). O Instituto Valenciano Infertilidade (IVI) considera existir três tipos de infertilidade: masculina, feminina e mista e têm uma percentagem e conseqüentes causas. Cerca de 30% das causas masculinas consideradas devem-se a alterações do trato genital, classificando as mesmas como alterações testiculares, patologias da próstata, alterações da ejaculação ou ereção e alterações na produção da qualidade e quantidade do esperma. Relativamente às causas femininas, situam-se também em cerca de 30%, e estão associadas à idade reprodutora avançada (menopausa precoce), endometriose, lesões nas trompas de falópio, problemas ovulatórios e anomalias uterinas. Existem também uma percentagem de infertilidade mista, que ronda os 20%, definida como aquela que os dois elementos do casal são responsáveis (Instituto Valenciano de Infertilidade, 2022).

Cerca de 20% da taxa de infertilidade pode ser de causa inexplicável, uma vez que não é possível determinar a causa para que tal aconteça. Seguidamente são especificadas as principais causas de infertilidade, de forma a facilitar a compreensão da temática (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2020) e (Lascasas, 2018).

Síndrome do ovário poliquístico – estes impedem a formação de ovócitos maduros ou até mesmo a ovulação, uma vez que derivam de uma resposta hormonal e podem aumentar o seu tamanho, ocupando desta forma o espaço livre e necessário para o desenvolvimento do ovócito.

- Endometriose – conhecida por ser uma patologia congénita, causando disfunção ovulatória, não se sabendo até ao momento a etiologia da patologia, se de causa genética ou se está intimamente ligada a fatores tóxicos ambientais.

- Patologias uterinas – entre as patologias mais conhecidas, os fibriomas, que podem impedir a gravidez devido a ocupação na musculatura lisa do endométrio.
- Os pólipos que provocam hemorragias frequentes, devido a inflamação, e podem desencadear o aborto.
- Antecedentes familiares – a infertilidade pode ter uma causa hereditária, e por isso, deve ser avaliada a história familiar completa.
- Hábitos do quotidiano – o estresse ocupacional associado à infertilidade afeta a concepção espontânea.
- Causas inexplicáveis – ocorrem devido a ausências de alterações evidentes do aparelho reprodutor; estima-se que esteja presente em cerca de 10% das mulheres.

A percentagem de sucesso de uma gravidez a cada ciclo menstrual vai reduzindo cerca de 20%-25%, sendo que 80% os casais conseguem uma gravidez com sucesso após um ano de tentativas e 90% no final de dois anos (DGS, 2008).

Estima-se que cerca de 15%-20% dos casais tenham problemas na área da fertilidade, numa idade reprodutiva e que tem vindo a aumentar ao longo dos anos em Portugal, causando diversos problemas psicológicos (Monteiro, 2021).

Segundo a DGS (2008) citado por Monteiro (2021), “é possível identificar um fator masculino em 30%-40% dos casos. Na mulher a patologia está presente 30-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a disovulação em 14%-15%, podendo, segundo outros autores ultrapassar os 20%. E em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa” (p.5).

Cerca de 30% dos casos, a causa de infertilidade é de ambos os elementos do casal, sendo por isso importante a investigação da causa em ambos os elementos, contribuindo assim para um problema conjunto, ou seja, só casal (Monteiro, 2021).

A preservação e prevenção na saúde tanto das mulheres, como de homens deve ser iniciada precocemente, de forma a minimizar as percentagens de infertilidade. Desta forma, são apresentadas algumas estratégias de educação e promoção da saúde com este objetivo, devendo ser promovidas pelos profissionais de saúde que acompanham a população a nível dos cuidados de saúde primários (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2020):

- Nutrição adequada e variada com correta hidratação de líquidos;
- Evitar o contacto com centrais radioativas, por exemplo centrais termoelétricas, como também limitar o uso de aparelhos como telemóveis e televisores;
- Não consumir substâncias alcoólicas ou estupefacientes;
- Manter o padrão de sono regular;
- Realizar exercício físico regularmente;
- Realizar ecografia pélvica feminina a partir dos 15 anos para despistar possíveis anomalias;
- Colpocitologia uterina deve ser realizada após o início da vida sexual para despiste do cancro do colo do útero.

2.1.1. Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida

As vivências das mulheres com infertilidade surgem também dos tratamentos aos quais são submetidas, para ser possível engravidar. Neste sentido, e para melhor compreensão das respostas humanas das mulheres, considerou-se importante descrever os atuais tratamentos a que são submetidas e em que consistem.

A definição de Procriação Medicamente Assistida (PMA) para a IVI consiste num conjunto de técnicas e tratamentos médicos destinados a favorecer a gravidez em caso de problemas de fertilidade masculina, feminina ou ambos. Em Portugal o primeiro tratamento através de técnicas de PMA - Fertilização *in vitro* (FIV) decorreu em julho de 1985 no Hospital de Santa Maria – Lisboa, tendo a criança nascido em fevereiro de 1986. Já se teriam iniciado meses antes, procedimentos laboratoriais para o tratamento de casais inférteis, como a Inseminação Artificial (IA) na Faculdade de Medicina do Porto, seguindo-se então outras técnicas também elas hoje conhecidas, como a Criopreservação de Embriões e a Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI). Através dos últimos dados obtidos, em 2016 no nosso país, 3% das crianças nascidas foram concebidas através de PMA (CNPMA,2022). As técnicas de PMA iniciam-se após uma anamnese ao casal e com os meios complementares de diagnóstico realizados. O CNPMA aprovou quatro tipos de técnicas para a realização da PMA, são elas a Inseminação Artificial, Fertilização *in vitro*, Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóide e Transferência de Embriões Criopreservados (TEC).

- IA – Tem como objetivo respeitar ao máximo o ambiente natural dos gâmetas, proporcionando a fecundação (IVI,2022). É uma técnica reprodutiva de baixa complexidade. A forma como se processa consiste em introduzir a amostra de sémen recolhida, e que foi processada no laboratório, no útero da mulher. Esta técnica inicia-se após o ciclo menstrual da mulher com a administração de terapêutica endovenosa (EV) ou oral (*Per Os*), cujo objetivo consiste em provocar a ovulação em determinado momento, identificado posteriormente em registo ecográfico. Nesta altura os espermatozóides são escolhidos em laboratório e introduzidos *in* útero através de um cateter de pequenas dimensões. É indicado em situações de infertilidade feminina (problemas de ovulação) e em situação de infertilidade masculina (problemas do trato genital, como alterações e motilidade dos espermatozóides) e infertilidade mista como a disfunção sexual. Esta técnica tem taxas de sucesso que rondam os 10% por cada tentativa (CNPMA,2022).
- FIV – É a união do óvulo com o espermatozóide em laboratório -*in vitro*-, com o objetivo de dar origem a embriões já fecundados para serem colocados no útero materno e que evoluem até conseguir uma gravidez (IVI,2022). A FIV é a junção do ovócito com o espermatozóide, laboratorialmente, cujo objetivo é obter embriões já fecundados a fim de os transferir *in* útero. Este procedimento ocorre após o ciclo menstrual da mulher. É efetuada a estimulação dos ovários através de terapêutica EV durante um período de dez dias, com o objetivo de obter um determinado número de ovócitos (cerca de dez) Posteriormente é efetuado um exame ecográfico e, poderá ser pedido ou não, colheita de sangue, para determinar o momento ideal para recolher os ovócitos (punção folicular), efetuado através de via vaginal. No mesmo dia é realizada uma colheita de espermatozóides que são posteriormente preparados em laboratório e colocados em incubação com os ovócitos. A taxa de fecundação, após este período de incubação, ronda os 70%. O período de desenvolvimento pode durar entre 2 a 5 dias e, posteriormente, entre um a dois embriões são transferidos para o útero da mulher. Duas semanas após a transferência embrionária, é realizada uma colheita sanguínea que irá determinar se existe ou não ocorrência de gravidez. As taxas de sucesso de FIV rondam 25% a 30% por cada procedimento.

Este é frequentemente indicado a mulheres que tenham anomalias nas trompas de falópio irreversíveis, endometriose e insucesso em outras técnicas como a indução de ovulação (CNPMA,2022).

- ICSI - Este processo consiste na extração de um espermatozóide a partir de uma amostra de sémen ou através de uma biópsia testicular para selecionar os espermatozoides mais adequados (IVI,2022). A ICSI é uma técnica de PMA incluída no tratamento da FIV, indicada em homens com fatores de infertilidade grave ou cujo tratamento com FIV, anteriormente, teve uma taxa de insucesso muito elevada (CNPMA,2022). Nesta técnica, o homem necessita de fornecer uma quantidade de sémen, ou também poderá ser feita uma recolha através de biópsia testicular, de forma a selecionar os melhores espermatozoides que serão utilizados para fecundar os óvulos (IVI,2022). As taxas de sucesso são inferiores às taxas de sucesso da FIV (CNPMA,2022).
- TEC - a taxa de sobrevivência dos embriões, após a sua descongelação, é elevada e as taxas de sucesso são sobreponíveis às da transferência de embriões "a fresco"(CNPMA,2022).

Este procedimento implica que o útero se encontre em condições “normais” para receber o embrião para este ser transferido para o útero. Poderá ser necessário a administração de estrogénios ou aproveitar as situações naturais criadas pelo organismo da pessoa, em caso de mulheres com ciclos menstruais regulares (CNPMA,2022).

2.2. A Saúde Mental da Mulher

A saúde mental é um importante foco no presente trabalho. Sabe-se que o enfermeiro tem um importante papel na sua avaliação e intervenção, merecendo desta forma especial destaque quando se aprofunda o tema da infertilidade na mulher.

Segundo a OMS 2014, citado por Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (2020) a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos da vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para contributos à sua comunidade” (p.3), ou seja, pode-se dizer que existe saúde quando se visualiza um desenvolvimento da pessoa em diversos fatores, tais como de natureza biológica, psicológica, social, cultural

e ecológicas. Contudo, ter saúde mental não é só a ausência de doença, ou de perturbações mentais, ou de alterações de comportamento, para ter saúde mental é necessário a capacidade de adaptação ao meio envolvente do indivíduo (Sequeira e Sampaio, 2021).

Desta forma, a promoção da saúde mental é de relevante importância para que o indivíduo adquira as capacidades necessárias para realizar as suas habilidades, sejam estas pessoais ou profissionais. De acordo com Chyczij, Ramos, Santos, Jesus & Alexandre (2020), Portugal tem uma das maiores prevalências de doenças mentais da Europa, estando em quarto lugar, sendo observado uma tendência para o acréscimo da prevalência anual. A OMS criou um plano de ação de saúde mental 2013-2020, com o objetivo de criar metas para serem atingidas pelos diferentes países. Em Portugal teve como objetivo assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços possibilitando a promoção da saúde mental, a prestação de cuidados de qualidade, bem como a facilitar a reintegração e recuperação dos indivíduos com doença mental (DGS, 2017).

Com base no mesmo Programa, concluiu-se que existia na população portuguesa uma percentagem de 21% de perturbações da ansiedade e cerca de 17% sofria de depressão. Estas são as que mais prevalecem no sexo feminino, afetando o funcionamento social e ocupacional de forma negativa (Chyczij et al., 2020).

A ansiedade é definida segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2016, p.86), como uma emoção negativa caracterizada por “sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (Sampaio, Ribeiro, Santos, 2011). Segundo Carlos, Sequeira, Juárez, Gois & Sawada, a “ansiedade é complexa de identificar e qualificar, pois este é experienciado por cada pessoa de uma forma diferente” (2011, p.73). Os sentimentos podem variar de ligeiros a graves. Já a depressão é caracterizada como uma perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima. A tristeza pode levar a perturbações do sono ou de apetite, bem como baixos níveis de concentração. Este diagnóstico afeta substancialmente o funcionamento da vida quotidiana do indivíduo (DGS – Depressão e Outras Perturbações Mentais Comuns, 2017).

Importa também compreender um problema que é muitas vezes a etiologia de um quadro de depressão. O estresse, apesar de ter muitos sintomas idênticos a depressão, é caracterizado segundo a CIPE (OE, 2015) como um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente,

sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo" (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015, p.86).

O Dia Internacional da Saúde Mental é celebrado no dia 10 de outubro, este tem como propósito a sensibilização da importância do acesso generalizado de saúde mental, sendo o tema de 2021. Os cuidados de saúde mental para todos, deve começar a ser uma realidade. Este facto foi revelado pela pandemia COVID-19, onde se constata o impacto que teve na saúde mental da população e a influência que a saúde mental tem em todas as outras dimensões da saúde da pessoa/família (Organização Mundial de Saúde, 2021).

Após uma breve contextualização da saúde mental e desenvolvidos alguns conceitos centrais ao objetivo da presente revisão, importa especificar a área da saúde mental na população que se pretende estudar a mulher.

2.2.1. Impacto da Infertilidade na Saúde Mental da Mulher

A infertilidade pode causar diversas alterações do equilíbrio emocional e levar a tristeza, inquietação, ansiedade e por vezes sentimento de culpa, sobretudo se o principal foco na vida futura do casal é a maternidade (Fonseca, 2016). Perante isto, é necessário que os casais estejam preparados para um diagnóstico menos favorável e até mesmo a possibilidade de realização de PMA, e as suas possíveis complicações, tais como a possibilidade de insucesso, o tempo de demora do processo, os inúmeros exames exigidos bem como os tratamentos invasivos. Com estes aspetos, podem desencadear-se diversas psicopatologias, tais como a ansiedade/depressão e o estresse. A depressão e a ansiedade durante a infertilidade podem influenciar na procura de ajuda, levando a que as mulheres se isolem. Contudo, a maioria das pessoas tende a aprender a lidar com o diagnóstico. Além disso, a existência de incerteza no processo de tratamento, provoca diversos sentimentos, como o sofrimento emocional e sentimentos de esperança e intimidade.

Os diagnósticos psicológicos são mais presentes nas mulheres durante a realização de FIV, comparativamente a mulheres que engravidam de forma espontânea. Num estudo realizado, a ansiedade e a depressão estão interligados, levando a uma diminuição da taxa de gravidez bem-sucedida após a FIV. É de realçar que a redução do estresse através de momentos de apoio e orientação com profissionais de saúde, está relacionado com melhorias de taxa de conceção, mas o estresse pode não estar associado apenas a fatores

internos, como as alterações emocionais (angústia, perda de controlo, entre outros), mas também relacionado com fatores externos como a medicação e as hormonas, bem como a tempo de sucesso da gestação (Fonseca, 2016).

Constata-se desta forma que, a infertilidade na mulher tem impacto a vários níveis, não só no momento do diagnóstico, como no processo de realização dos tratamentos. De forma a melhor compreender o impacto, importa estudar as várias respostas humanas envolvidas neste processo, de forma a promover uma intervenção mais eficaz e personalizada.

2.3. As respostas humanas da mulher infértil

O casal quando é confrontado com o diagnóstico de infertilidade, inicia um processo de transição, que segundo Afaf Meleis, se caracteriza como o percurso de mudança nos estádios desenvolvidos de vida, ou alterações de saúde, ou, em circunstâncias sociais, em vez da resposta das pessoas à mudança. Ou seja, a vida do indivíduo é marcada por períodos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de sucesso, incluindo os processos psicológicos envolvidos na fase de adaptação à mudança ou rutura. Segundo Chick e Melais (1986), citado por Santos et al (2015), estes referem que consoante a transição, os clientes têm de encarar novos conhecimentos, pois existe uma ligação direta entre o movimento e tempo, o que resulta numa mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou até mesmo de habilidades (Santos et al, 2015). Reportando a teoria de Meleis esta identifica quatro tipos de transição essenciais, sendo estas as de: desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Contudo as mais relevantes e que se identificam com o diagnóstico de infertilidade, são as transições situacionais e de saúde doença, pois as situacionais estão relacionadas com alteração de funções em diversos contextos onde o cliente/indivíduo está inserido, isto engloba a adição de um novo membro ou a morte do mesmo. Já as transições saúde-doença incluem as mudanças repentinas de papel que irão originar uma alteração do bem-estar do indivíduo, seja por uma doença crónica ou aguda ou de um estado de cronicidade para o estado de bem-estar. As transições podem ser ou não vivenciadas de forma suave, podendo as mesmas surgir respostas humanas deste processo de passagem de um estado para o outro. É dever do enfermeiro conhecer as respostas humanas originadas em cada processo de transição e intervir em função das mesmas, com vista a uma transição suave (Santos et al, 2015).

De acordo com Santos et al (2015), Afaf Meleis é a autora que mais destaca a definição e conceito de transição, tal como a sua pertinência no domínio da enfermagem, citando que “a transição é um conceito central para a Enfermagem” (p.156). O foco dos enfermeiros é o cliente que está a experienciar o processo de transição, a antecipar o mesmo ou a completá-lo, constituindo assim um ponto importante dos enfermeiros, no sentido de atuar nas circunstâncias, bem como o devolver os cuidados do processo de transição, como as alterações de saúde-doença e as suas manifestações através dos comportamentos do cliente. Segundo Santos et al (2015), "Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas” (p.162). Isto deve ser realizado com a utilização de estratégias de compreensão do processo de transição do cliente, aumentando a importância de uma relação de ajuda, de confiança entre o enfermeiro e o mesmo, priorizando a capacidade de ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas vivências, bem como permitir a expressão dos conhecimentos vindos do cliente, pois são estas informações que nos fazem saber mais acerca do cliente. Para além destas competências dos enfermeiros, Benner (2005) acrescenta a importância da educação e orientação, que irá permitir que o cliente esteja mais preparado para as situações de doença (Santos et al, 2015).

Contudo, segundo Santos et al (2015), o enfermeiro tem um papel mais distinguível nas intervenções antecipatórias, na preparação para a mudança de papéis e na prevenção de efeitos negativos da transição, sendo que para Meleis & Trangenstein (2010) e Zagonel (1999), a atuação deve estar centrada no processo e nas experiências em transição e o resultado deve ser na saúde e bem-estar do indivíduo. Concluindo, segundo Santos et al (2015), “a compreensão da transição permite aos enfermeiros “trabalhar” para um cuidado “mais” holístico" (p.162).

Aprofundadas as especificidades e importância das respostas humanas no processo de vida, importa agora compreender a intervenção do enfermeiro perante as mesmas.

2.3.1. A Intervenção do Enfermeiro no Processo de Infertilidade Vivenciado pela Mulher

Segundo a OMS, citado pela OE (2020) os enfermeiros desempenham um papel vital na prestação de serviços de saúde, dedicando a sua vida à prestação de cuidados ao longo de

todo o ciclo vital dos indivíduos, indo ao encontro das necessidades em saúde diária essenciais.

Para Champanhe (2011), o enfermeiro tem quatro focos de intervenção principais com a pessoa infértil, sendo estas na promoção de estilos de vida saudáveis, no suporte psicossocial dos casais em adaptação ao problema e na educação para a saúde dos casais inférteis, tendo como principal objetivo a readaptação. Estas intervenções podem ser realizadas nas consultas de enfermagem, que segundo a DGS, são utilizadas preferencialmente para a intervenção com cliente, visando a realização da avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento) (Martins et al, 2018). Nas consultas, e com base numa avaliação inicial do casal, é importante recolher informações relevantes, como (Baia, 2012):

- Identificar histórico pessoal e familiar de cada um (antecedentes sexuais e reprodutivos do casal);
- Exame físico;
- Identificar sentimentos, através da comunicação terapêutica do casal relativamente a infertilidade, expectativas pessoais e familiares;
- Adequar estratégias para ajudar o casal a lidar com o processo de tratamento;
- Dar apoio emocional, aliviando as emoções sentidas, bem como a aceitar o diagnóstico;
- Promover o estilo de vida saudável e favorável para a fertilidade, como diminuição dos níveis de stresse, fazer uma alimentação saudável, evitar o consumo de álcool, entre outros;
- Aconselhar a frequentar grupos de casais que tenham o mesmo diagnóstico, ouvindo as experiências de outros casais.

De acordo com Baia (2012) o principal foco do enfermeiro é na relação interpessoal com o cliente. Segundo a teoria de Peplau, teoria das relações interpessoais, esta é centrada no enfermeiro e no paciente, e tem como principal objetivo a identificação de conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais, que são desenvolvidas durante a prática de enfermagem, ou seja, os momentos de cuidar do cliente possam ser vistos como uma oportunidade de crescimento pessoal e de transformar as mesmas em experiências. Desta forma, este descreve o processo de relação interpessoal em quatro fases, sendo estas, a orientação, em que o doente tem a capacidade de pedir ajuda aos profissionais de

saúde, a identificação, onde o enfermeiro tem a capacidade de identificar as necessidades do cliente, a exploração do máximo da relação enfermeiro-cliente, para compreender os maiores benefícios possíveis. Por último a fase da resolução, esta acontece quando o cliente tem alta dos recursos de saúde utilizados (Almeida, Lopes e Damasceno, 2002).

Esta teoria pode ser utilizada em qualquer prática de enfermagem, principalmente a nível das consultas de enfermagem, otimizando a relação entre o enfermeiro e o cliente ou o casal no processo de infertilidade, permitindo a identificação do problema, o processo da resolução com outros profissionais de saúde e por último a resolução parcial ou completa da mesma, como por exemplo o início do tratamento para a infertilidade ou a transição do processo de parentalidade. Os enfermeiros têm um papel importante também na diminuição dos efeitos negativos, ou menos positivos no processo de transição, isto é, foram registados problemas relativos à ansiedade, ao medo de perder o filho aquando da gravidez, bem como uma maior fragilidade. Perante isto, o enfermeiro tem como objetivo, planear intervenções adaptadas aos clientes no sentido de ajudar a ultrapassar as dificuldades dos mesmos, permitindo assim desenvolver no futuro o papel parental da forma mais adequada. Isto fornecendo o apoio emocional necessário e a utilizando técnicas de coping com o casal, ou seja, de acordo com a CIPE “Gerir o stresse e ter a sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (2015, p.50), utilizando estratégias para se adaptar às diversas circunstâncias adversas, melhorando assim a forma de estar dos casais, aumentando a confiança no processo de transição (Alexandre et al, 2014).

Conclui-se assim que, os cuidados de enfermagem antecipatórios e preventivos no planeamento familiar são imprescindíveis, mais precisamente nos cuidados pré-concepcionais, no processo de infertilidade e no processo de transição para a parentalidade. (Alexandre et al, 2014).

O estabelecimento de uma relação empática e terapêutica deve ser o objetivo inicial deste processo. Conhecendo as possíveis respostas humanas que emergem de um processo de infertilidade, o enfermeiro tem um importante papel no apoio emocional, adaptação ao diagnóstico, promoção de hábitos saudáveis facilitadores da fertilidade, acompanhamento no processo, gestão de expectativas e promoção de esperança.

A intervenção do enfermeiro deve acontecer nos vários contextos, como cuidados de saúde primários, hospitais e clínicas de tratamento de infertilidade, com vista à promoção do bem-estar da mulher/casal.

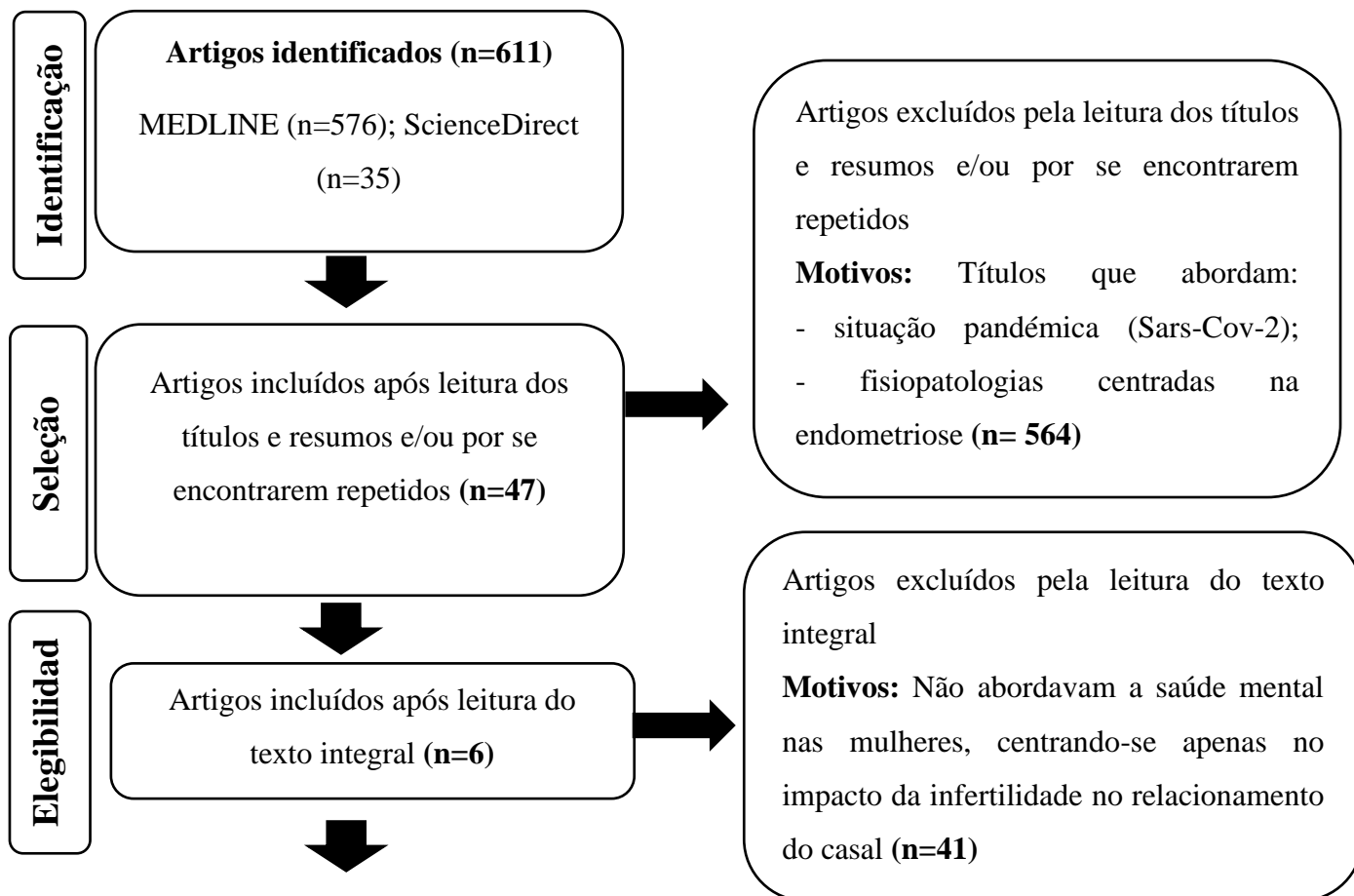
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

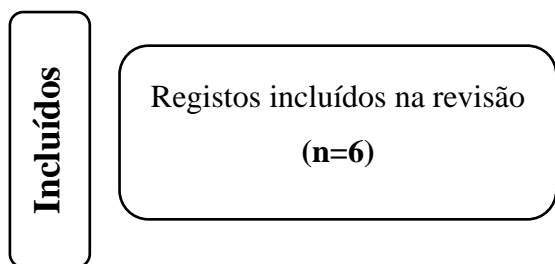
Realizou-se uma Scoping Review. De forma para definir-se a questão de partida, optou-se pela estratégia PCC, considerando-se: População – mulheres com infertilidade; Conceito – impacto da infertilidade na saúde mental; Contexto – comunidade, hospitais e clínicas, resultando na questão: Qual o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher. Recorreu-se à plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para validar os descritores, obtendo-se a seguinte equação de pesquisa: *infertility AND women AND depression AND anxiety*.

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2015 e 2022, em português e inglês, com texto integral disponível e que abordassem o tema do impacto da infertilidade na saúde mental da mulher. Para a pesquisa de dados foram utilizadas as bases de dados como MEDLINE e ScienceDirect.

Inicialmente foram encontrados 611 artigos, dos quais, através da análise dos artigos e aplicados os critérios de inclusão se obteve uma amostra final de 6 artigos (fluxograma).

3.1. Fluxograma





4. RESULTADOS

Artigo	Objetivo	Tipo de Estudo/Revisão	Resultados
<p>Título: Stress and coping in couples facing infertility</p> <p>Autores: Lauri A Pasch and Kieran T Sullivan</p> <p>Ano: 2017</p>	<p>Conhecer o impacto do stress associado à infertilidade, no relacionamento do casal.</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● O diagnóstico de infertilidade pode gerar vergonha, culpa, raiva, tristeza e até mesmo a perda de controlo; ● O resultado imprevisto do tratamento de fertilidade pode contribuir para o estresse; ● As mulheres que acreditam que tinham uma grande probabilidade de ficarem grávidas, tinham menos estresse, já as mulheres que os seus parceiros, tinham grande esperança, que estas ficassem grávidas, tinham mais estresse; ● Estresse na infertilidade pode afetar não só o indivíduo, bem como a comunicação no relacionamento.
<p>Título: Anxiety and depression in women</p>	<p>Analisar a influência da ansiedade e depressão nos resultados dos tratamentos de fertilidade e o efeito</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mulheres com infertilidade sofrem de sintomas de ansiedade e depressão em diferentes intensidades;

<p>undergoing infertility treatment</p> <p>Autores: Paulina Gdanska, Ewa Drozdowicz-Jastrzebska, Piotr Wegrzn, Maria Radziwon-Zaleska, Mirosław Wielgos</p> <p>Ano: 2017</p>	<p>do tratamento com técnicas de reprodução assistida na presença de ansiedade e depressão nas mulheres.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Os sintomas mais comuns da depressão são alterações do humor, baixa atividade, falta de interesse e incapacidade de ter prazer em realizar tarefas que gosta; ● O estresse pode influenciar os resultados dos tratamentos da infertilidade, contudo as mulheres são mais afetadas pelo estresse do que os homens; ● Cerca de 86,8% das mulheres sofriam de ansiedade e 40,8% das mulheres sofriam de depressão; ● Nos casais italianos inférteis, mostra que 14,7% das mulheres e 4,5% dos homens tinham ansiedade; ● Estudo em Denmark mostra que 11,6% das mulheres sofrem de depressão major e 4,3% dos homens durante o tratamento de infertilidade; ● De acordo com o modelo “psychogenic infertility” existem vários fatores que podem comprometer a fertilidade, tais como traços de personalidade, sentimento de culpa, medo do momento do parto, entre outros; ● Com base num estudo encontrado (questionário de psychometric), realizado a 264 mulheres que realizavam
--	--	--	---

			<p>tratamento em vitro (IVF), verificaram uma significância entre os níveis de cortisol e noradrenalina, em comparação com o dia anterior iniciar o tratamento IVF;</p> <ul style="list-style-type: none">● Também existe uma relação entre o nível elevado de cortisol e intensidade de ansiedade. Contudo as mulheres que engravidaram tinham baixos níveis de noradrenalina e cortisol;● Existem estudos que relacionam a ansiedade com a eficácia dos tratamentos de infertilidade, incluindo uma meta-análise de 31 estudos respetivos;● Denmark encontrou associação entre a ansiedade e os efeitos das técnicas de reprodução assistida (ART);● Estudos mostram que os casais a realizar pela primeira vez ART sofrerem de um elevado estado de ansiedade comparativamente a casais que já realizaram múltiplos tratamentos;
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">● Outro estudo mostra que os níveis elevados de ansiedade foram encontrados em mulheres que não conseguiram engravidar através de IVF;● Estudo realizado com 89 mulheres demonstra que o insucesso do tratamento de infertilidade está relacionado com a baixa qualidade de vida e o elevado nível de ansiedade;● Estudos realizados com população germânica, demonstram que tanto o homem como a mulher sofrem de elevados níveis de ansiedade;● Outro estudo com 530 mulheres na Suécia, constatou que a maioria das mulheres que submetidas a IVF não tinham grandes cotações em relação a doenças mentais após dois anos de tratamento;● Um estudo realizado na Dinamarca refere que as mulheres com depressão a realizarem ART tinham baixas cotações ao começarem os ciclos, comparativamente a mulheres que
--	--	--	--

			<p>iniciaram os ciclos de ART com o diagnóstico de depressão;</p> <ul style="list-style-type: none">● Um estudo conduzido nos U.S.A. a um grupo de 202 mulheres que realizaram IVF pela primeira vez, revela que o diagnóstico de depressão influencia a eficácia de IVF. Já uma meta-análise demonstra que não há qualquer significância entre a depressão antes de ART, visto que tem resultados positivos de gravidez;● Um estudo sueco demonstra que mulheres que começaram o IVF no passado tinham maior risco de depressão após 20-23 anos;● Um estudo a um grupo de 41050 mulheres, em que mulheres realizaram ART, cerca de 552 destas, foram diagnosticadas com depressão. Refere também que mulheres que já têm um filho, têm menos risco de depressão, em comparação com as mulheres que perderam um filho após o tratamento. Contudo o risco de depressão é elevado nas primeiras 42 horas pós-parto.
--	--	--	---

<p>Título: The relationship between stress and infertility</p> <p>Autores: Kristin L. Rooney, Ba; Alice D. Domar, PhD</p> <p>Ano: 2018</p>	<p>Conhecer as doenças psicológicas associadas aos tratamentos de infertilidade e o potencial impacto desses sintomas no resultado do tratamento reprodutivo, bem como a eficácia das intervenções psicológicas nas taxas de sofrimento e gravidez.</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alguns estudos recentes concluem que as mulheres inférteis não têm nenhuma diferença significativa relativamente aos sintomas de ansiedade e depressão comparativamente a mulheres férteis. Contudo em 2004, um estudo, revelou que cerca de 122 mulheres foram entrevistadas na sua primeira consulta na clínica de infertilidade e cerca de 40% foi diagnosticada com ansiedade, depressão ou até mesmo os dois; ● Volgsten e Colleagues reportam que 31% prevalece com sintomas psicóticos, sendo o mais comum a depressão MAJOR; ● Um estudo realizado na Dinamarca com 42 000 mulheres que passaram por ART, 35% rastrearam positivo para depressão; ● Num outro estudo com 174 mulheres a realizar o tratamento para a infertilidade, 39% correspondeu aos critérios de depressão major; ● Um dos maiores estudos com cerca de 352 mulheres e 274 homens que foram acompanhados em clínicas de
---	---	----------------------------	--

			<p>infertilidade no norte da Califórnia, foi constatado que cerca de 56% das mulheres e 32% dos homens manifestam sintomas de depressão, e 76% das mulheres e 61% dos homens com sintomas de ansiedade;</p> <ul style="list-style-type: none">● Clientes inférteis sofrem mais com sintomas de ansiedade e depressão do que clientes férteis;● Num estudo mais recente a 106 mulheres com infertilidade, 9,4% das mulheres reportou ter pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio;● Uma revisão da literatura mais recente concluiu que 25% até 60% de clientes inférteis reportam sintomas psicóticos e que os seus níveis de ansiedade e de depressão são significativamente mais altos no período fértil;● Mulheres com um tratamento ineficaz têm níveis mais altos de ansiedade, e indivíduos com duas ou mais falhas no tratamento experienciam mais depressão em comparação com indivíduos sem historial de tratamento;● Quanto mais angústia existir antes e durante o tratamento, menores são os resultados finais esperados (gravidez);
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ● Um estudo relativamente a fecundidade com 339 mulheres no Reino Unido, na tentativa de concepção, reportou sintomas de depressão, ansiedade, estresse e não foram associados ao tempo de gravidez. Contudo num estudo similar de 501 mulheres nos Estados Unidos, foi registado níveis de amilase durante a gravidez; ● O mais recente estudo a 135 clientes que realizaram IVF, os níveis de cortisol existentes no cabelo foram associados a melhores resultados de gravidez; ● Os sintomas psicológicos interferem negativamente na fertilidade do indivíduo; ● Mulheres que sofrem um aborto correm o risco crescido de stress pós-trauma, a maioria refere ter ansiedade e depressão;
<p>Título: Infertility and psychological and social health of iranian infertile</p>	<p>Identificar as consequências psicológicas e sociais da infertilidade nas mulheres do Irão.</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Casais que enfrentam o diagnóstico de infertilidade ou processo de tratamento têm um impacto negativo relativamente a níveis emocionais e sociais, bem como sofrimento psicológico no relacionamento. Diversos

<p>women: A Systemtic Review</p> <p>Autores: Haniye Zarif Golbar Yazdi, Hmidreza Aghamohammadi an Sharbaf, Hossein Kareshki, Malihe Amirian</p> <p>Ano: 2020</p>			<p>estudos relatam depressão, ansiedade, falta de confiança e baixos níveis de bem-estar psicológico;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● As mulheres sofrem mais emocional e sentimentalmente devido à infertilidade, aumentando a pressão a nível social e no próprio relacionamento; ● Existe uma comparação da manifestação dos níveis de ansiedade entre os homens e as mulheres, relatando que as mulheres têm níveis mais elevados, contudo, os homens ao nível da depressão sofrem mais que as mulheres; ● Os resultados de 14 documentos, considerando a depressão em mulheres inférteis, indica uma prevalência de cerca de 30% até 66%; ● Cerca de 58% das mulheres inférteis sofreram um certo grau de ansiedade, sendo que 37% tiveram sintomas ligeiros de depressão, 10% sintomas moderados e 11% sintomas severos; ● Os resultados de 8 estudos, relativos à ansiedade nas mulheres inférteis, confirmam que a ansiedade é uma das consequências psicológicas mais relevantes;
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ● Os resultados de 9 estudos relacionam o suporte social às mulheres inférteis, demonstram que a falta de suporte social é um dos principais causadores de alterações da saúde mental, adaptação à infertilidade e a um ajuste conjugal; ● Resultados: seis principais consequências psicológicas da infertilidade, sendo estas alteração da qualidade de vida, depressão, ansiedade, suporte social, violência e alteração da função sexual. Os casais que realizam terapia, lidando assim com as suas necessidades, conseguem uma evolução positiva na qualidade de vida e aumentar a eficácia dos tratamentos médicos.
<p>Título: Living as an infertile woman: the case of southern and northern Ghana</p>	<p>Identificar as vivências da mulher infértil nas comunidades no norte e sul do Gana.</p>	<p>Método qualitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Foram realizadas 15 entrevistas a homens e mulheres no norte do Gana e 15 entrevistas a homens e mulheres no sul do Gana (no total de 30), em idades compreendidas entre os 23 e os 45 anos, que relatam o sofrimento e a falta de reconhecimento em que vivem no meio da comunidade onde estão inseridos;

<p>Autores: Dorcas Ofosu-Budu and Vilma Hannien</p> <p>Ano: 2020</p>			<ul style="list-style-type: none"> ● A amostra de população para o estudo realizado foi de estratos socioeconómicos diferentes, sendo a maioria com carência económica e pouco instruída; ● No estudo realizado, 73% das mulheres dizem sentir-se psicologicamente perturbadas, enquanto os outros 23% revelaram ter sido criticadas pelos membros da família; ● Dificuldade em demonstrar os sentimentos como a dor com as comunidades que as rodeiam. Muitas mulheres preferem partilhar a sua dor apenas com os cônjuges; ● As mulheres inférteis são vistas como “bruxas” e “enfeitiçadas” por não conseguirem ter filhos; ● São mulheres emocionalmente instáveis; ● O estudo comprova que estes casais experimentam maiores níveis de depressão, ansiedade, agressividade e baixos níveis de autoestima; ● As vivências psicológicas vão ao encontro de sentimentos como preocupação, solidão e falta de concentração; ● As mulheres que não se reproduzem são vistas, no sul do Gana, como diferentes, desafiadoras e desconectadas. São consideradas como “estéreis e sem terra”;
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ● A conclusão do estudo refere que a sociedade necessita de ser instruída e sensibilizada para a questão da infertilidade no casamento.
<p>Título: Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks</p> <p>Autores: Amritha Bhat; Nancy Byatt</p> <p>Ano: 2016</p>	<p>Conhecer as alterações psiquiátricas na mulher com infertilidade e a na perda perinatal.</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Os sintomas ou transtornos depressivos/ ansiedade são comuns entre as mulheres que sofrem de infertilidade ou já passaram por perda perinatal. Os sintomas podem ter efeitos diretos ou indiretos sobre a infertilidade e contribuir para maus resultados obstétricos; ● A infertilidade e o seu tratamento estão associados ao sofrimento psíquico e, por essa razão, é essencial abordar os sintomas e distúrbios psiquiátricos em mulheres que sofrem de infertilidade, porque de alguma forma pode comprometer a saúde mental, relativamente aos resultados de fertilidade; ● Mulheres com história de depressão major e falta de apoio social são pessoas com maior risco de desenvolver “luto difícil”, justificando desta forma um acompanhamento mais regular;

			<ul style="list-style-type: none">• Tanto a infertilidade como a perda perinatal estão associadas à morbilidade psiquiátrica, sendo que os maus resultados podem ser evitados se forem efetuadas avaliações sistemáticas para garantir a prestação adequada de avaliação e cuidados de saúde mental;• A gravidez bem sucedida não evita o risco da manutenção das consultas de psicopatologia, sendo prudente a monitorização das mulheres com histórico de infertilidade ou perda perinatal.
--	--	--	--

Tabela 1 – Resultados dos artigos

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos permitiram encontrar respostas para o objetivo definido, sendo este conhecer o impacto da infertilidade na saúde mental das mulheres. Dos seis artigos incluídos na amostra, um artigo é referente ao ano 2016, dois referentes ao ano de 2017, um referente ao ano 2018 e por último, dois artigos de 2020. No que refere aos países onde foram desenvolvidos, um foi realizado no norte de Gana, dois no Irão, um na Polónia e por fim dois dos artigos nos Estados Unidos da América. Várias metodologias foram consideradas, nomeadamente quatro artigos são revisões sistemáticas da literatura, um de revisão da literatura e por fim um estudo qualitativo. Após a leitura do artigo optou-se por organizar a discussão dos resultados em 3 categorias, sendo estas, depressão e ansiedade, estresse e outras consequências na saúde mental das mulheres.

5.1.1. Depressão e Ansiedade

A infertilidade pode levar a diversas consequências na saúde mental da mulher. Remetendo a uma revisão da literatura recente, conclui-se que existe uma prevalência entre 25% a 60% de sintomas psicológicos nos indivíduos com infertilidade, com um aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Kristin, Rooney & Domar, 2018). Em concordância, segundo Gdanska, Drozdowicz-Jastrzebska, Wegrzn, Radziwon-Zaleska e Wielgos, “a ansiedade e depressão são as mais comuns” (2017; p 109), contudo experienciam sintomas com diferentes intensidades. Em contrapartida, Kristin, Rooney & Domar, (2018) revelam que as mulheres inférteis não demonstraram nenhuma diferença significativa nos sintomas de depressão e ansiedade, comparado com mulheres férteis.

Referindo que o estudo realizado por Yazdi et al (2018) no Irão “revelou que a proporção de manifestação de sintomas de depressão na mulher infértil é 2.71 maior do que no homem infértil” (p 68), comprovando-se que a prevalência de depressão nas mulheres varia de 30% a 66%. Este também revela que a ansiedade é a consequência psicológica da infertilidade que mais prevalece, tendo uma taxa de 44% a 86%, contudo “os sintomas de ansiedade são 2.26 vezes mais nas mulheres inférteis do que nos homens”. Para além disso, as mulheres que sabiam a causa da infertilidade, vivenciam maiores percentagens de depressão do que as que não conheciam o diagnóstico (Lopes & Leal, 2012).

Segundo Lopes & Leal (2012) a depressão é associada sempre à ansiedade, contudo salientam que, com base em Corney (1996), o período de maior stresse situa-se antes do prognóstico, ou seja quando se mantêm as incertezas, relacionando a duração da

infertilidade com os índices de depressão, sendo que “ as mulheres que lidam com a infertilidade entre dois e três anos eram aquelas que representavam maiores índices de depressão, comparativamente com aquelas que cuja história de infertilidade se arrastava há menos de um ano ou mais de seis anos” (p.34). Suportando este achado, Ramezanzadeh e colaboradores (2004) dizem que entre o primeiro e o terceiro ano, as percentagens de ansiedade e depressão são baixas, sendo que é mais comum a depressão atingir a mulheres que têm o diagnóstico de infertilidade entre sete a nove anos.

Relativamente à influência da depressão nos tratamentos de fertilidade, estes estão diretamente relacionados, sublinhando Gdanska et al (2017) que a “depressão pode levar à diminuição da fertilidade e baixas taxas de sucesso de gravidez durante os tratamentos de FIV” (p.111), contudo comparativamente ao estudo realizado com a população Dinamarquesa, comprovou-se que as mulheres com depressão, que realizam técnicas de reprodução assistida, tiveram uma taxa de menor sucesso do que as mulheres sem o diagnóstico de depressão. Como também é verificado “quanto mais angústia a mulher sentir antes e durante o tratamento, menores são as taxas de gravidez” (Kristin, Rooney & Domar, 2018, p 43). Sendo que Lopes & Leal (2012) salientam que “estes doentes apresentam pior prognóstico por não se encontrarem motivadas para enfrentar a doença e participar empenhadamente no tratamento” (p.32).

Um estudo desenvolvido nos USA (Gdanska et al, 2017), realizado com 202 mulheres, durante o tratamento de FIV efetuado pela primeira vez, demonstrou que o diagnóstico de depressão não interfere na eficiência de FIV. Revelou não existir relação entre o diagnóstico de depressão antes da realização de técnicas de reprodução assistida, com o número de gestações alcançadas. No que se refere à ansiedade, não foi encontrada qualquer ligação com a eficácia dos tratamentos de infertilidade, contudo um estudo realizado na Dinamarca demonstrou haver relação entre estes dois componentes.

Contudo, existe uma forte relação entre os níveis de sintomatologia da depressão com o início da realização de técnicas de reprodução assistida, ou seja, existem mais sintomas de depressão em casais durante esse processo do que em casais que estão a dar início à primeira sessão de tratamento. Contudo em relação à ansiedade é demonstrado o oposto, casais que iniciam os tratamentos têm mais ansiedade comparativamente aos casais que já realizaram diversas sessões de tratamento. Neste sentido é descrito num estudo realizado com a população germânica que “tanto o homem como a mulher sofrem de

elevados níveis de ansiedade comparando com a população em geral, mas a mulher tem níveis mais elevados de ansiedade do que o homem” (Paulina Gdanska et al, 2017, p 110).

A ansiedade pode estar associada a fatores internos ou externos do indivíduo, mas a principal causa durante os tratamentos de infertilidade são as tentativas de insucesso de gravidez por FIV, estando estas associadas também a baixa qualidade de vida (Gdanska et al, 2017). Segundo Bhat & Byatt (2016) a mulher com perdas perinatais tem mais do que o dobro das chances de ter ansiedade. Para além deste fator que desencadeia a ansiedade, mulheres que tiveram insucesso no primeiro tratamento de infertilidade têm maiores níveis de ansiedade, e mulheres com dois tratamentos de insucesso experienciaram depressão comparativamente com aquelas sem história de tratamentos (Kristin, Rooney & Domar, 2018). Segundo Lopes & Leal (2012), em estudos realizados com mulheres inférteis, percebiam que a ansiedade era mais evidente quando a causa da infertilidade era de facto da mulher, como por exemplo a endometriose.

Com base em Bhat & Byatt (2016), a ocorrência de aborto espontâneo após as tentativas de procriação medicamente assistida, aumenta o risco de depressão sublinhando que, mulheres que sofrem abortos espontâneos consecutivos, que têm história no passado de depressão ou sofrem de morte fetal nas primeiras 20 semanas de gestação, tem maior risco de depressão no ano subsequente. Conclui-se que as mulheres que experienciam uma perda gestacional têm um elevado risco de desenvolvimento de estresse pós-trauma, sendo que a maioria das mulheres descreve sofrer de ansiedade e depressão.

Remetendo ao estudo desenvolvido na Dinamarca com um grupo de 41050 mulheres que realizaram técnicas de reprodução assistida, existe um maior risco de depressão nos primeiros 42 dias pós-parto bem como no primeiro ano após o parto (Gdanska et al, 2017), bem como segundo uma gravidez sem sucesso, após os tratamento de infertilidade, levam a um aumento dos índices de depressão, seja nas mulheres como nos homens, pois é um período onde existe muitas expectativas para que o tratamento seja um sucesso (Lopes & Leal, 2012).

5.1.2. Stresse e outras consequências na Saúde Mental da Mulher

A análise dos artigos permitiu identificar sintomas compatíveis com a fragilidade na saúde mental, não só da mulher como do casal. Existem muitas emoções vivenciadas pelos clientes que provocam sofrimento, angústia,

culpa, baixa auto-estima, estresse entre outros sintomas. No artigo analisado por Pasch & Sullivan, “os problemas de enfrentar a fertilidade nas relações do casal são muito variados.” (2017, p.131). Segundo os mesmos autores, o diagnóstico de infertilidade pode gerar sentimentos de vergonha, culpa, raiva, tristeza e até perda de controlo. Em concordância, no artigo de Kristin, Rooney e Domar (2018), estes referem que mulheres com problemas de reprodução passam por sentimentos de vergonha e baixa auto estima, provocando episódios e estados depressivos, quadros de ansiedade, angústia e baixa qualidade de vida. Pasch & Sullivan (2017), salientam ainda que, a imprevisão relativamente aos tempos dos tratamentos contribui para o aumento do estresse mas, pode também, provocar sentimentos de frustração se as tentativas forem recorrentes e levarem alguns anos a ser alcançados, podendo o casal sentir fracasso por não conseguir atingir o principal objetivo. No estudo realizado por Kristin, Rooney e Domar (2018), pode também constatar-se que, se estima que 1 em cada 8 casais (ou seja, cerca de 12% das mulheres que estão casadas) tenham problemas em engravidar ou em seguir com a gestação até ao fim. Para os mesmos autores, a relação entre o estresse e a infertilidade provoca elevados níveis de ansiedade e depressão, sendo claro para os mesmos, que a infertilidade provoca estresse. A angústia provoca também um impacto negativo relativamente ao resultado do tratamento. O artigo de Pasch & Sullivan apresenta-nos também duas perspetivas contraditórias sobre a proximidade entre o casal, sendo que a primeira perspetiva revela que a infertilidade provoca tensão no relacionamento, levando o casal à insatisfação e posteriormente ao divórcio e, a segunda perspetiva demonstra, num estudo mais recente realizado pelos autores do artigo, que “25-35% dos casais relatam que a experiência os aproximou e fortaleceu o seu relacionamento.” (2017, p.131). Segundo Kristin, Rooney e Domar (2018), as mulheres encontram-se numa situação de vulnerabilidade psicológicas, bastante debilitada, uma vez que não se sentem capazes de partilhar com terceiros as fragilidades, inquietações, angústias e problemas que estão a vivenciar, acabando por provocar uma pressão psicológica sobre as mesmas e sobre os companheiros. Segundo Pasch & Sullivan (2017), em média as mulheres tendem a revelar e a expressar maiores interesses sobre os tratamentos, expressando as oportunidades de falar sobre os mesmos e sobre a infertilidade, revelando a fragilidade e os défices na autoestima e níveis de angústia mais elevados. Para além do que já foi referido, o estudo de Pasch & Sullivan (2017) faz referência ao tipo de comunicação entre os casais, existindo por isso a comunicação positiva e negativa.

A qualidade da comunicação entre o casal é importante para atingir resultados positivos no relacionamento. A incompatibilidade entre o casal para Pasch & Sullivan (2017) surge quando o casal não é capaz de comunicar devido a advertências. Esta comunicação negativa ocorre muitas vezes devido, segundo os autores, às mulheres sentirem necessidade de partilhar apenas com os companheiros as situações vivenciadas, os próprios sentimentos e emoções sobre os futuros tratamentos. Por outro lado, os companheiros tentam abstrair-se de toda a situação que estão a viver, acabando por se distanciar ou até mesmo evitar o assunto. Para os autores do mesmo estudo, o estresse afeta de forma individual cada elemento do casal, provocando uma incompatibilidade que interfere naturalmente na comunicação entre ambos.

A angústia também é uma das experiências vividas por cada elemento. O estudo demonstra que existe uma comparação de duas categorias de mulheres e homens que sofrem com a angústia sobre a possibilidade de virem a desenvolver uma gravidez com sucesso. As mulheres e homens com baixas expectativas relativamente a desenvolverem uma futura gravidez demonstram baixos níveis de angústia, enquanto, por outro lado, mulheres e homens com altas expectativas de virem a desenvolver uma futura gravidez desenvolvem maiores níveis de angústia (Pasch & Sullivan, 2017). O estudo de Kristin, Rooney e Domar (2018) em que se comparam mulheres com sintomas provocados por alterações na saúde mental durante o processo de infertilidade e mulheres com diagnóstico de cancro, refere que, “pacientes que lutam pela fertilidade relatam sentimentos de depressão, ansiedade, isolamento e perda de controlo.” (p.41). Para os autores, a infertilidade provoca um quadro de sofrimento significativo nas intervenções psicológicas, estando associado à depressão, ansiedade e angústia.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados obtidos permitiram conhecer o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher.

Segundo as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015), o enfermeiro deve ter como domínio de competência a “responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional.” (p.10087).

O enfermeiro quando aborda a mulher deve fazer com que a mesma se sinta protegida, respeitada, ouvida e compreendida. Os aspetos psicológicos, físicos e sociais são uma das condutas que o enfermeiro deve ter em conta quando aborda a mulher com infertilidade (Oliveira, 2019).

Muitas mulheres procuram ajuda diferenciada como forma de aliviar o sofrimento causado pelo diagnóstico de infertilidade. O impacto da infertilidade na mulher foi encontrado a vários níveis, nomeadamente em respostas humanas como a angústia, a culpa, o estresse, a ansiedade e conseqüentemente entraram em episódios de ciclos depressivos (Gomes et al, 2016). O presente trabalho foi norteado por uma teórica de enfermagem, que se considera transversal a todos os cuidados e contextos. O diagnóstico, processo e recorrentes tratamentos de infertilidade levam à vivência de várias transições pela mulher. Esta, ser individual, responde a este processo, emergindo várias respostas humanas.

O enfermeiro cuida da pessoa ao longo do seu ciclo de vida e em diferentes contextos. Longe de um modelo biomédico, o enfermeiro considera a pessoa como um ser bio-psico-social, sendo este o foco dos seus cuidados. Neste sentido, há um importante foco no conhecimento das respostas humanas de cada pessoa cuidada, com vista ao cuidado holístico e individualizado.

A infertilidade é um problema de saúde das mulheres que recorrem aos serviços de saúde. Conhecer a forma como estas vivenciam este processo e o seu impacto na saúde mental, permite intervir precoce e atempadamente.

Os estudos apresentados na Revisão referem que muitas vezes a mulher tem vergonha de expressar os seus sentimentos. Este trabalho permite sistematizar os achados nesta problemática, favorecendo o conhecimento dos enfermeiros nesta área e desta forma, minimizar o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu desenvolver e aprofundar os conhecimentos sobre a infertilidade, bem como o impacto da mesma na saúde mental da mulher. Através da Revisão desenvolvida foi possível conhecer o impacto da infertilidade na saúde mental da mulher. Os resultados foram concordantes, sublinhando as áreas da ansiedade, depressão e estresse, como as mais mencionadas.

Para a nossa prática como futuras enfermeiras, é bastante importante termos o conhecimento sobre as consequências psicológicas na vida da mulher infértil, uma vez que poderemos encontrar e cuidar em breve de mulheres/casais com este diagnóstico.

A literatura encontrada permitiu compreender que o enfermeiro pode intervir nesta área, na consulta de enfermagem ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, cuidados hospitalares e/ou em clínicas de infertilidade.

As intervenções são inúmeras, como a promoção de estilos saudáveis, no suporte psicossocial, bem como na adaptação ao problema identificado, isto é realizado através de uma comunicação interpessoal eficaz. Ao adquirir conhecimentos antecipatórios sobre determinado diagnóstico ou consequências do mesmo, e como agir perante o mesmo, facilita na intervenção, diminuindo possíveis dificuldades como futuras enfermeiras.

Para a realização do trabalho, houve algumas limitações, nomeadamente, a pouca informação sobre o tema, o limite de tempo, escassez de artigos em português, existência de artigos sem acesso ao texto integral ou inferiores aos anos definidos nos critérios de inclusão e a pouca experiência na realização destes trabalhos.

Como sugestões para futuros trabalhos desenvolvidos sobre o tema, sugere-se o desenvolvimento de estudos mais direcionados às mulheres e não ao casal, permitindo um conhecimento mais aprofundado sobre a temática. A realização de estudos primários, onde possam ser realizadas entrevistas a diversas mulheres com diagnósticos de infertilidade, de forma a facilitar a identificar a prevalência da infertilidade em Portugal e as principais consequências psicológicas nas mulheres.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Fertilidade (2020), Acedido 24-06-22. Disponível em: <https://apfertilidade.org/#birth>

Alexandre, B., Matos, C., Antunes, E., Silvério, M. & Vilelas, J. (2014). Da infertilidade à parentalidade: Respostas emocionais dos casais e o envolvimento do enfermeiro no processo de transição. *Salutis Scientia – Revista de ciências da saúde da ESSCVP*. Vol.6. PP. 1-8. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:b1-71-rNdIqJ:www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx%3FartigoId%3D31109+&cd=23&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. (2005). Damasceno, M. M. C., Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 29.

Baia, Ascensão (2012), *Stress associado ao problema de fertilidade: Intervenção de enfermagem*, Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Bhat, A., Byatt, N. (2016). Infertility and Parinatal Loss: When the Bough Breaks, 1-10. 19-5. Pubmed. DOI: 10.1007/s11920-016-0663-8.

Carolina, Monteiro (2021). *O stress da Infertilidade e Saúde Geral - O Papel Mediador da Função Cognitiva*. Dissertação de mestrado, orientada por Professor Doutor Jean Christophe Giger. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Algarve. Disponível em:

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/17703/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Carolina%20Monteiro%20a54296.pdf>

Champante, Maria (2011). *Projeto de Gestão de Cuidados de Enfermagem na Consulta de Apoio à Fertilidade*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Chyczij, F. F., Ramos, C. L., Santos, A. L., Jesus, L. A., & Alexandre, J. M. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19094. Doi:10.12707/RIV19094

Decreto-lei nº 21/2008 (2008). Conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/conduta-infertilidade-CSP.pdf>

Direção Geral da Saúde. *Depressão e Outras Perturbações Mentais Comuns*, Lisboa. Acedido 15-06-22. Disponível em: <http://www.saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/74fbaad1eb.pdf>

Eurocid, Dia Mundial da Saúde Mental. c2021, 10 de out. Disponível em: <https://eurocid.mne.gov.pt/eventos/dia-mundial-da-saude-mental-2021>

Fonseca, Guida (2016). *Psicopatologia e Infertilidade*. Dissertação de mestrado, orientada pela Professora Doutora Ana Galhardo. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/692/1/TESE%20finalissima%20Guida%20Fonseca.pdf>

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Acedido em 05-06-22. Disponível em: <https://www.cnpma.org.pt/>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E & Azevedo, E. (2015). *O cuidado humano transicional como foco de enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE*. Pp. 153-171. Acedido em 21-06-22.

Gomes, D., Azevedo, A., Mar, M., Bastos, V e Torres, A (2016). Saúde Materna: Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Alterações Psicológicas Manifestadas por Casais com Problemas de Fertilidade. *Revista Evidências*. N°3. Pp 32-44

Gdanska, P., Jastrzebska, E. D., Grzechocinska, B., Zaleska, M. R., Wegrzyn, P. & Wielgos, M. (2017 Fev). *Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment*, 88 (nº2), 109-112. Acedido 20-04-22. DOI: 10.5603/GP.a2017.0019

Hanninen, V., Ofosu-Budu, D. (2020). *Living as an infertile woman: the case of southern and northern Ghana*, 2-9. Acedido 20-04-22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00920-z>

Lascasas, J. Infertilidade, 2018. Acedido em 25-06-22. Disponível em: <http://metis.med.up.pt/index.php/Infertilidade>

Lourenço, J. W & Lima, A, P (2016). Infertilidade Humana: Comentando suas causas e consequências. *Saúde e Desenvolvimento*, 10, (5), pp. 111-124.

Lopes, V & Leal, I., *Ajustamento emocional na infertilidade*. (2012). Pp. 29-34. Acedido 22-06-22.

Martins, C. M. R. , Gil, C. M., Martins, C. M., Pereira, L. F., Gomes, M. L., Correia, R. M., 2018. *Manual de Procedimentos Administrativos e Enfermagem*, pp. 11. Acedido 17-06-22. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/COMO%20FAZEMOS/MANUAL%20DE%20PROCEDIMENTOS%20ADMINISTRATIVOS%20E%20DE%20ENFERMAGEM%20DO%20ACeS%20COVA%20DA%20BEIRA.pdf>

Sampaio, F. M. C., Ribeiro, A. M. M., Santos, A. C. B. (2011). *Informações e Saúde Mental*. Pp.73. Acedido a 16-06-22.

Sequeira, C & Sampaio, F (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e intervenções*, Lisboa: LIDEL.

Infertilidade: definição, epidemiologia, causas e mais. (2019) Acedido 07-05-22. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/infertilidade>

Instituto Valenciano Infertilidade, Acedido em: 24-06-22. Disponível em: Tratamentos de procriação medicamente assistida - IVI

Néné, M., Marques,R & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*, Lisboa: LIDEL

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Acedido em 19-05-22. Disponível em: [Regulamento n.º 190/2015 | DRE](#)

Pasch, L. & Sullivan, T. Kieran. (2017). *Stress and coping in couples facing infertility*, 13, 131-135. Acedido a 20-04-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.07.004>

Patel A, Sharma PS, Kumar P. (2018). *Role of Mental Health Practitioner in infertility Clinics: A Review on Past, Present and Future Directions*,11 (nº3) 219-228. Acedido 20-04-22. DOI: [10.4103/jhrs.JHRS_41_18](https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_41_18)

Pinto, R. A. G., Jesus, É. H., Melo, E. C., Silva, C. M., Pestana, H. C., Fernandes, R. M. P. (2015). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Quaresma, H (2017). Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiatria. Padrões de Qualidade Dos Cuidados Em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiatria, 2-11. Acedido 03-05-22. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto2_padroesqualidadece_smp.pdf

Técnicas de PMA, 2020. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Acedido a 29-05-22. Disponível em: [cidadãos \(cnpma.org.pt\)](http://cidadãos(cnpma.org.pt))

Rooney, K. L. & Domar, A. D. (2018). *The relationships between stress and infertility*, 20, 41-46. Acedido 20-04-22.

PMA em Portugal, 2020. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Acedido a 03-05-22. Disponível em: <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/pma-em-portugal.aspx>

World Health Organization, 2020. Acedido 25-06-22. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Yazdi, H. Z. G., Sharbaf, H. A., Kareshki, H. & Amirian, M. (2020). *Infertility and Psychological and Social Health of Iranian Infertile Women: A systematic Review*, 15, 67-79. Acedido 20-04-22.

9. ANEXOS

I- Declaração do Orientador



Exma. Coordenadora
Curso de Licenciatura em Enfermagem
Prof.ª Doutora Helena José

Na qualidade de orientador do trabalho final do Curso de Licenciatura em Enfermagem, intitulado *O impacto da infertilidade na saúde mental da mulher - Scoping Review*, das estudantes **Adriana Firme** (nº 202093671) e **Flávia Alves** (nº 202093635), informo que me foi presente a versão final deste trabalho e que dei a minha concordância para ser submetido à discussão perante o júri de avaliação dos trabalhos finais de curso.

Barcarena, 1 de julho de 2022

O Orientador

