

INFERTILIDADE FEMININA: ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS E A PERCEÇÃO DA MULHER*

Artigo Original

Female Infertility: multidimensional aspects and the woman's perception

Infertilidad femenina: aspectos multidimensionales y la percepción de la mujer

Resumo

A Organização Mundial de Saúde define infertilidade como uma incapacidade da gravidez ocorrer depois de, pelo menos, um ano de atividade sexual regular sem utilização de métodos contraceptivos. Como principal objetivo desse estudo, é compreender a percepção da mulher a respeito dos aspectos multidimensionais de suas vidas diante da infertilidade, realizando um estudo transversal, com abordagem qualitativa e descritiva com nove mulheres com diagnóstico de infertilidade nos municípios de Pelotas e Canguçu - RS. A amostra se deu por conveniência. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para analisar as informações. As entrevistas foram realizadas uma única vez, gravadas e posteriormente transcritas para definição das unidades de codificação e categorias do estudo. Os resultados mostraram os reflexos que a infertilidade traz na vida da mulher, desde alterações no seu desempenho ocupacional, até reações emocionais devido ao sentimento de culpa e às cobranças advindas de outras pessoas. Apesar das dificuldades, as mulheres encontram conforto em seus companheiros, embora haja influências nem sempre positivas no relacionamento do casal e dificuldades também no próprio tratamento. As mulheres se mostraram determinadas em prosseguir na busca pela maternidade e felizes quando esse desejo é realizado, dando novo sentido em suas vidas. O estudo concluiu que a infertilidade atinge múltiplos aspectos da vida da mulher, desencadeando situações de sofrimento e angústias, sendo primordial a escuta e a assistência a essa população.

Palavras-chave: Infertilidade feminina, percepção da mulher, saúde da mulher.

Abstract

The World Health Organization (WHO) defines infertility as an inability for pregnancy to occur after at least one year of regular sexual activity without the use of contraceptive methods. The main objective is to understand the perception of women about the multidimensional aspects of their lives in the face of infertility, performing a cross-sectional study, with a qualitative and descriptive approach with nine women diagnosed with infertility in the municipalities of Pelotas and Canguçu - RS. The sample was for convenience; Bardin's content analysis (2016) was used to analyze the information. The interviews were conducted only once, recorded and later transcribed to define the coding units and categories of the study. The results showed the reflexes that infertility brings in the life of the woman; from changes in their occupational performance, to emotional reactions due to feelings of guilt and charges from others. Despite the difficulties, women find comfort in their partners, although there are not always positive influences on the couple's relationship and difficulties also in their own treatment. Women were determined to continue in the search for motherhood and happy when this desire is conceived, giving new meaning in their lives. The study concluded that infertility affects multiple aspects of women's lives, triggering situations of suffering and anguish, being paramount to listening and assisting this population.

Keywords: Female infertility, Women's perception, Women's health.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como una incapacidad para que el embarazo ocurra después de al menos un año de actividad sexual regular sin el uso de métodos anticonceptivos. El objetivo principal es entender la percepción de la mujer sobre los aspectos multidimensionales de sus vidas frente a la infertilidad, realizando un estudio transversal, con un enfoque cualitativo y descriptivo con nueve mujeres diagnosticadas con infertilidad en los municipios de Pelotas y Canguçu - RS. La muestra fue por conveniencia; El análisis de contenido de Bardin (2016) se utilizó para analizar la información. Las entrevistas se realizaron una sola vez, grabadas y posteriormente transcritas para definir las unidades de codificación y las categorías del estudio. Los resultados mostraron los reflejos que la infertilidad trae en la vida de la mujer; desde cambios en su desempeño ocupacional, hasta reacciones emocionales debido a sentimientos de culpa y cargos de otros. A pesar de las dificultades, las mujeres encuentran consuelo en sus parejas, aunque no siempre hay influencias positivas en la relación de la pareja y las dificultades también en su propio tratamiento. Las mujeres estaban decididas a continuar en la búsqueda de la maternidad y felices cuando se concibe este deseo, dando un nuevo significado en sus vidas. El estudio concluyó que la infertilidad afecta a múltiples aspectos de la vida de las mujeres, desencadenando situaciones de sufrimiento y angustia, siendo primordiales para escuchar y ayudar a esta población.

Palabras clave: Infertilidad femenina, Percepción de la mujer, Salud de la mujer.

Juliana Artigas Cunha Klarosk Leão

Terapeuta ocupacional.
Universidade Federal de Pelotas,
UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

 <https://orcid.org/0000-0002-8877-294X>

Zayanna Christine Lopes Lindôso

Terapeuta ocupacional. Docente do
Curso de Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de Pelotas,
UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

 <https://orcid.org/0000-0003-1999-5442>

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ define infertilidade como a incapacidade de conseguir uma gravidez depois de um ano de atividade sexual regular “desprotegida” (não utilização de métodos contraceptivos) ou a impossibilidade de levar a gravidez até ao parto, sendo esta considerada uma doença.

A infertilidade subdivide-se em: infertilidade primária, termo aplicado àqueles que não vivenciaram uma gestação anteriormente; infertilidade secundária, sendo a incapacidade reprodutiva após a ocorrência de uma ou mais gestações e abortamento habitual ou de repetição, quando há três ou mais episódios de interrupções naturais sucessivas da gravidez, sendo esta de até vinte semanas e Esterilidade, que concerne à incapacidade permanente de conceber filhos².

No Brasil, a estimativa é de cerca de seis milhões de casais com dificuldades para conceber. Já nos Estados Unidos, um em cada três casais em que a mulher possua idade superior aos trinta e cinco anos apresenta dificuldades para engravidar³.

Diferentes aspectos podem incidir na queda da fertilidade. Dentre eles, encontram-se os fatores não clínicos, tais como: estresse, deterioração do ambiente e adiamento da maternidade em razão da ascensão feminina no mercado de trabalho³. Além destes, a obesidade, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool também interferem na capacidade reprodutiva⁴.

No que diz respeito aos fatores clínicos as principais causas da infertilidade feminina são: ausência de ovulação, endometriose, obstrução das trompas de falópio e secreção anormal de muco pelo colo uterino⁵. Além destes, destaca-se o aumento da contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, em razão das relações sexuais desprotegidas, as quais possuem associação direta com quadros de infertilidade, por comprometer a permeabilidade das tubas uterinas³.

Apesar dos diferentes motivadores, o avanço da genética vem favorecendo consideravelmente a otimização da investigação e o reconhecimento das causas da infertilidade, e contribuindo em larga escala para a expansão das possibilidades de procedimentos e técnicas de reprodução, as quais têm se mostrado eficazes⁶.

Em relação à origem da infertilidade, 30% das causas estão associadas a fatores femininos, 30% a 40% a fatores masculinos, 10% são de origem combinada e 10% ligado a fatores

desconhecidos⁷. Independentemente do diagnóstico estar relacionado à mulher ou ao homem, este é considerado uma questão do casal, da mesma forma que acarreta sofrimento a ambos, como: sentimentos de perda, falha, ansiedade e exclusão. Apesar disso, a infertilidade possui uma representação distinta para os cônjuges, pois afeta rigorosamente a mulher, sendo que esta vivencia muito mais sintomas psicológicos do que o seu companheiro⁸.

De acordo com Leite e Frota⁹, a mulher gestar um filho é uma maneira de reafirmar sua feminilidade e identidade sexual. No entanto, quando se depara com a impossibilidade de conceber, defronta-se com uma alteração na representação da sua autoimagem, afetando o modo como se sente e vê a si mesma. Diante disso e das demais implicações trazidas pelo diagnóstico, mulheres com infertilidade apresentam maiores níveis de ansiedade e insatisfação com a imagem corporal, manifestando sentimentos de tristeza, incompletude, mal-estar, frustração, baixa autoestima e inferioridade, enfrentando a condição infértil como uma experiência de perda/luto¹⁰.

Reconhecendo que o diagnóstico de infertilidade pode causar diferentes percepções na mulher e podem igualmente refletir em suas vidas e relações conjugais é que o presente estudo pretendeu compreender a percepção da mulher a respeito dos aspectos multidimensionais de suas vidas diante da infertilidade.

2. MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa transversal, qualitativa e descritiva. Ocorreu nos municípios de Pelotas e Canguçu – RS. A amostra se deu por conveniência. Os critérios de inclusão foram: a) mulheres em idade adulta, a partir dos vinte anos; b) em um relacionamento estável (tanto heteroafetivo como homoafetivo), independente do estado civil; c) que estivessem em tentativa de engravidar, tendo diagnóstico de infertilidade de no mínimo um ano; d) mulheres que apresentaram dificuldades para conceber e haviam se tornado mães, podendo as mesmas, tanto estarem grávidas no momento da entrevista, como já terem passado pelo parto. O critério de exclusão foi: mulheres que tivessem sintomas de depressão detectados pelo Inventário de Beck.

A seleção das participantes estava prevista para ocorrer nos consultórios privados de Ginecologia e Obstetrícia, onde primeiramente se faria contato para autorização da pesquisa e posteriormente seria realizado o convite às mulheres para participação do estudo. Esta escolha se daria pelo fato de que o SUS, nos municípios anteriormente citados, não oferta atendimento específico

para infertilidade a esta clientela, sendo os casos encaminhados para a capital, Porto Alegre – RS. Devido à divulgação do estudo, as mulheres procuraram os pesquisadores se voluntariando para participar do mesmo, não sendo necessária a realização dessa procura como prevista inicialmente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do departamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com parecer nº 2.477.447, estando de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012 e com a Resolução nº 510/2016. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem recebido informações acerca do estudo.

Após a concordância em participar do estudo, foram marcados os encontros individuais com cada participante. A coleta das informações ocorreu no período de 1º a 30 de abril de 2018.

Para a coleta das informações, foi utilizado um formulário de questões abertas, elaborado pela pesquisadora principal, especificamente para este estudo. O formulário foi composto por questões de diferentes eixos, divididos em duas partes: a primeira relacionada aos dados de identificação das participantes e a segunda contendo questões clínicas, sociais, emocionais e de autopercepção. A entrevista foi realizada uma única vez, sendo que todas foram gravadas para posterior transcrição.

Com relação às mulheres que, no momento da entrevista, já se encontravam grávidas ou haviam conquistado a maternidade foram adequados os tempos verbais das perguntas presentes no formulário para fins de adequação ao discurso de cada participante, além de terem sido incluídas duas perguntas extras específicas para as que se encontravam nessa situação.

Para realizar a análise das informações, o presente estudo teve como referência os métodos de análise de conteúdo de Bardin¹¹. Desse modo, após as entrevistas, foi realizada a pré-análise, que consiste nas suas transcrições, dando origem ao *corpus* da pesquisa. Posteriormente, foram elencadas as unidades de codificação que se encontram divididas por temas e conforme as perguntas realizadas às participantes, para a partir destas, serem definidas as categorias mediante expressões em comum.

Todas as participantes foram identificadas com nomes fictícios escritos em letras maiúsculas, seguindo igualmente a descrição de Bardin¹¹.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo nove mulheres sendo: três grávidas, três mães e três que se encontravam na tentativa de engravidar, porém, destaca-se que todas possuem ou possuíram dificuldades para conceber e tiveram um diagnóstico confirmado. Em relação à aplicação do Inventário de Beck, não se fez necessária à exclusão de nenhuma das participantes, devido ao fato de não pontuarem depressão mediante os escores do instrumento. Para melhor compreensão dos resultados obtidos por meio dos relatos dessas participantes, optou-se por organizar as descrições a seguir da seguinte maneira: primeiramente, foram apresentadas as unidades de codificação, as categorias, as informações sociodemográficas, informações sobre infertilidade e, por fim, a exposição dos resultados referentes a cada unidade de codificação e categorias encontradas.

Os temas que compunham as unidades de codificação se referem: ao desempenho da rotina, às relações socioemocionais, à autopercepção de sentimentos diante do diagnóstico, à autopercepção de sentimentos diante da conquista da maternidade e expectativas futuras. ; As unidades deram origem às categorias, que foram formadas através de palavras em comum, citadas nas respostas das participantes.

Diante dos discursos, foram elaboradas categorias específicas dentro de cada unidade de codificação. Essas unidades e categorias ficaram assim distribuídas: na Unidade Desempenho da Rotina, foi elencada somente uma categoria – *Indisposição*; na Unidade Relações Socioemocionais, foram definidas quatro categorias – *Tristeza e pressão*, *Companheirismo do cônjuge*, *Boa relação conjugal* e *Tensão nas relações sexuais*; na Unidade Autopercepção de Sentimentos diante do Diagnóstico, obteve-se cinco categorias – *Tristeza*, *Impotência*, *Frustração*, *Negação* e *Culpa*; na Unidade Autopercepção de Sentimentos diante da Conquista da Maternidade, foram elencadas duas categorias – *Felicidade* e *Realização*, por fim, na Unidade Expectativas Futuras, foi definida apenas uma categoria – *Persistência*.

No que se refere às informações sociodemográficas das participantes é possível observar na tabela 1, que são em sua maioria adultas jovens (entre vinte e quatro e quarenta anos), com ensino superior, empregadas e coabitando com um companheiro.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das nove participantes do estudo.

Participante	Idade (anos)	Escolaridade	Situação Empregatícia	Profissão	Situação Conjugal
BRUNA	38	Pós-graduação	Trabalhando	Professora	União Estável
ELIANA	22	Ensino Superior Incompleto	Desempregada	Estudante	União Estável
FERNANDA	32	Ensino Superior Incompleto	Desempregada	Estudante	União Estável
KÁTIA	31	Ensino Superior Completo	Trabalhando	Professora de Educação Física	Casada
CRISTINA	23	Ensino Fundamental Incompleto	Desempregada	Dona do Lar	Casada
LÚCIA	40	Ensino Médio Completo	Trabalhando	Agente de Saúde	Casada
MARIANA	34	Ensino Superior Completo	Trabalhando	Contadora	Casada
RUTE	38	Ensino Médio Completo	Desempregada	Dona do Lar	Casada
ROSA	32	Ensino Superior Completo	Trabalhando	Auxiliar administrativa	Casada

A tabela a seguir (tabela 2) traz informações sobre a infertilidade, abrangendo diagnóstico, tempo de tentativa para engravidar, tratamentos e ocorrência de aborto. Notou-se que a maioria das participantes possui o diagnóstico de endometriose e tentaram ou tentam engravidar a dois anos. A maioria realizou tratamento para engravidar e não passou pela situação de aborto espontâneo.

Um importante destaque a ser feito se refere ao fato de uma das participantes (RUTE, 38 anos) ter revelado não ter passado por nenhum tratamento específico para engravidar, mas que, devido à presença de um teratoma, precisou passar por duas cirurgias nos ovários (retirada do ovário direito e de 1/3 do esquerdo) o que possibilitou a gravidez posteriormente.

Tabela 2. Informações sobre Infertilidade das nove participantes do estudo.

Participante	Situação Atual*	Diagnóstico	Tempo de tentativa	Tratamento	Ocorrência de Aborto
BRUNA	Grávida	Endometriose e acidez no muco cervical	15 anos	Indução a ovulação e uma inseminação	Não
ELIANA	Tentante	Endometriose	1 ano e meio	Nenhum	Não
FERNANDA	Tentante	Distúrbio Hormonal/ Anovulação	2 anos	Nenhum	Não
KÁTIA	Mãe	Endometriose	2 anos	Injeções hormonais; laparoscopia	Não
CRISTINA	Mãe	Diabetes	2 anos	Nenhum	Não
LÚCIA	Tentante	Endometriose	15 anos	Indução a ovulação e quatro fertilizações	Sim
MARIANA	Grávida	Endometriose	2 anos	Fertilização	Não
RUTE	Mãe	Teratoma nos ovários	2 anos	Nenhum, apenas cirurgia de ovário	Não
ROSA	Grávida	Ovários Policísticos	3 anos	Indução a ovulação	Não

*Referente à situação em que a participante se encontrava no momento da entrevista.

Em seguida serão apresentados os resultados referentes a cada categoria que emergiram dos discursos das participantes, assim como a exposição de algumas de suas falas.

3.1. Desempenho da Rotina

Nesta unidade de codificação, foi elencada somente uma categoria: *Indisposição*. Esta categoria se referiu ao surgimento da indisposição em situações diversas pelas quais as participantes

passam ou passaram no dia a dia, o que trouxe interferências no desempenho da rotina de diferentes maneiras, conforme se pode observar nas falas a seguir:

ELIANA (22 anos, Tentante)- *"Quando eu não tô menstruada sim, ai é normal, mas quando eu tô menstruada além de ser uma menstruação fora do normal, demais, a cólica é muito grande, fica um inchaço demais, to...toda, qualquer roupa apertada, [...] pra limpar a casa que fica meio complicado, porque a gente tem que se dobrar né, pra limpa aqui, limpa ali, e ai fica complicado, dói bastante".*

KÁTIA (31 anos, Mãe) - *"[...] com a função dos tratamentos, tu... foi o que eu te falei antes, eu me senti mais indisposta, pelo fato de... de sobre peso e coisa e um pouco das minhas aulas foram afetadas"*

RUTE (38 anos, Mãe) - *"[...] a gente não faz a coisa direito assim, certinha né, pensando, triste, pensando naquilo né, pensando no acontecimento né, eu acho que geralmente a gente fica indisposta né."*

3.2. Relações Socioemocionais

Nesta unidade de codificação foram elencadas três categorias: *Tristeza e pressão, Companheirismo do cônjuge, Boa relação conjugal e Tensão nas relações sexuais.*

É pertinente esclarecer que a Relação Social no contexto deste estudo está atrelada aos relacionamentos com os amigos, parentes ou outras pessoas com quem convivem. No que diz respeito a isso, a maioria relatou ter ouvido comentários negativos sobre a ausência de filhos, o que pode ser observado nos seguintes relatos:

BRUNA (38 anos, Grávida) - *"[...] sempre tem aquelas perguntas: Ah quando vai vir o bebê e tal? [...]"*

MARIANA (34 anos, Grávida) - *"Sempre ouvia, eu acho que é normal, ouvia de muita gente, a gente se sente ruim né, sente abatida assim, sente triste, sente sei lá um monte de, de coisa assim, mas ouvia muito".*

ELIANA (22 anos, Tentante) - *"Já, já ouvi bastante comentário negativo, fico bem triste, já chorei horrores, mas, tem que seguir [...] bastante comentário negativo, chorei bastante já a respeito disso".*

FERNANDA (32 anos, Tentante) - *"Sim, já existe uma certa pressão, é, principalmente depois dos trinta [...] não tão próximo os parentes [...] não me sinto bem diante disso".*

Tratando-se ainda das relações sociais, convém destacar o despreparo de uma profissional de saúde, ao notificar uma das participantes sobre sua condição:

RUTE (38 anos, Mãe) - *"[...] eu tirei primeiro o ovário direito, depois fiz o exame e deu teratoma de novo no ovário esquerdo. Aí [...] a própria mulher que tava realizando o exame que ficou apavorada, dizendo que achava que eu não ia poder ter filho, que ia ter que tirar o, o segundo também, [...] que eu ia ter que de repente ter que fazer um, como é que é? Fertilização [...] ai eu fiquei né, apavorada".*

Já a Relação Emocional no contexto deste estudo se refere ao relacionamento das participantes com seus parceiros. Tratando-se disso, as participantes foram questionadas sobre a qualidade da sua relação conjugal e o recebimento de cobranças do cônjuge. Todas afirmaram possuir uma boa relação conjugal e a maioria relatou não receber nenhuma cobrança em relação ao assunto, exceto uma delas. O relato a seguir demonstra esse resultado.

FERNANDA (32 anos, Tentante) - *"Eu acho que eu recebi, mas indiretamente, não, ele não, ele é muito sutil e não, não demonstra tanto. Mas, no primeiro momento, onde houve esse diagnóstico hormonal em que eu optei por não fazer um tratamento, ã, foi nítido durante vários dias a, o descontentamento e a tristeza, ele chorava bastante, e ai, é, era meio que uma cobrança indireta [...]"*.

Quando abordadas sobre a ocorrência de alteração na manutenção das relações sexuais, a maioria das mulheres relatou ausência de mudanças. Duas delas salientaram diferenças, como pode se observar nos seguintes discursos:

LUCIANA (40 anos, Tentante) - *"A gente, é... é... fica muito tensa né, ai será que hoje eu vou conseguir, tô no meu, no meu período fértil, ai vou conseguir? [...] nem querer levantar depois né, tentar ficar ali pra vê se né? Se dá né? É isso, assim né. Assim, fica muito tensa né".*

ROSA (32 anos, Grávida) - *"Sim, porque daí tu tem que tipo transar no dia certo né? Daí teve, nesse dia mesmo que a gente tinha que transar, [...] sabe tipo a gente quase que não conseguiu transar, porque (nesse momento a participante gaguejou), no horário que tinha que ser a gente não conseguiu, porque daí eu já... não deu tempo, eu tinha que sair cedo para o trabalho [...] foi horrível,*

por que daí, ai sabe uma coisa assim... programada né [...]”.

3.3. Autopercepção de Sentimentos diante do Diagnóstico

A autopercepção se refere ao modo como as participantes percebem e compreendem seus próprios sentimentos.

Nesta unidade de codificação foram elencadas cinco categorias: *Tristeza, Impotência, Frustração, Negação e Culpa*. Cabe ressaltar que o termo negação aqui foi associado a sentimentos negativos, considerando a percepção de cada participante no que se refere a algo ser bom ou ruim para si. A maioria das participantes relatou ter sentimentos negativos diante do diagnóstico. A seguir destacam-se as falas em que esses resultados foram identificados.

BRUNA (38 anos, Grávida) - *“Ah, é, eu me sentia um pouco frustrada né, porque eu ã como eu falei antes, [...] eu sempre tive sonho de ser mãe, sou professora, gosto muito de criança né? [...] Sentia frustrada por que eu olhava as minhas amigas e as pessoas conhecidas em volta né, com aquela facilidade de engravidar [...]*”.

ELIANA (22 anos, Tentante) - *“Logo que eu descobri, eu fiquei bem triste, fiquei bem chateada, porque como eu sou sozinha, o meu sonho era ser mãe, porque eu sou filha única, e ai com essa função, eu fiquei bem chateada [...]*”.

Eliana ainda completou: *“Já, já trouxe sentimento de culpa sim, umas quantas vezes me pego pensando em porque que acontece, porque aconteceu comigo e coisa assim [...]*”.

KÁTIA (31 anos, Mãe) - *“Eu me sentia mal, eu fiquei bem triste assim porque a minha primeira gravidez, eu engravidei até sem querer, foi no susto assim, e ai depois quando tu te programa, aí vou ter um filho e tal, [...] e não conseguia, e ai quando descobri essa função toda da endometriose, a gente fica um pouco abalada né [...] e ai tu fica meio que pensativa e te questionando do porquê”.*

LUCIANA (40 anos, Tentante) - *“Impotente né? Eu fiz 4 fertilizações, não é pouco né? Nenhuma dá certo... (Choro intenso) A gente se sente meio impotente né, assim, sei lá, que não depende da gente né? Mas, é, eu acredito em Deus né e acho que tudo que a gente passa tem um propósito né, talvez então, isso também ajuda né? [...]*”.

Luciana disse ainda: *"Eu já cheguei a sentir sabe, sentimento de culpa, embora eu sabendo que não é a culpa minha né? [...]"*.

ROSA (32 anos, Grávida) - *"Me sentia impotente, e às vezes triste, porque daí eu ficava tomando esses indutor aí já, achando que ia dar certo né? E não dava, não adiantava nada né? [...] aí eu pensei: A eu não vou comprar mais teste, porque só compro, só pra me decepcionar né? [...] Porque eu já tava tão desiludida assim sabe"*.

"[...] eu acho que eu me afobava diante da minha vontade de... de ter um nenê de uma vez porque eu já tô com 32, então eu já tava ficando velha né?"

FERNANDA (32 anos, Tentante) - *"[...] eu me sinto muito amada e eu sinto que, que, se eu tivesse... se eu gerasse um filho, uma criança, seria muito amado e tem muita gente que gostaria. A minha decisão de não, não seguir um tratamento de certa forma me traz culpa, porque eu sei o quanto eu tô causando nas pessoas que tão perto de mim e acham que não teria problema fazer um tratamento e tal"*.

3.4. Autopercepção de Sentimentos diante da Conquista da Maternidade

Foram realizadas duas questões exclusivas para as participantes que se encontravam grávidas e as que são mães, com o objetivo de compreender quais as alterações emocionais a maternidade impactou em suas vidas. Nesta unidade de codificação foram definidas duas categorias: *Felicidade e Realização*. As falas em que essas categorias aparecem se encontram descritas a seguir:

BRUNA (38 anos, Grávida) - *"Ah é, é com certeza né, hoje eu... eu me sinto muito feliz assim, eu imaginava que nunca que eu ia conseguir né, a ser mãe, então eu, eu tenho uma alegria assim, uma gratidão a Deus né, por ter me proporcionado essa benção"*.

KÁTIA (31 anos, Mãe) - *"Ah eu me senti realizada porque não existe nada melhor do que ter filhos, eu sempre digo pras minhas amigas que não tem: tenham, porque depois que vocês têm, vocês pensam: como eu vivi tanto tempo sem ter, é... é a razão de viver, a razão de tudo é os filhos [...] graças a Deus, então eu me sinto realizada, graças a Deus eu consegui vencer a endometriose"*.

MARIANA (34 anos, Grávida) - *"Ah mudou tudo, tudo, a gente acreditar que pode engravidar e que pode ser mãe, que pode... que era um sonho que eu tinha né, e eu vou realizar então... ba, eu tenho, posso dizer que eu tenho uma vida antes e uma vida agora"*.

3.5. Expectativas Futuras

As participantes que estavam em tentativa de engravidar foram indagadas quais expectativas tinham para o futuro. Nesta unidade de codificação foi elencada apenas uma categoria: *Persistência*, devido à maioria relatar a pretensão de continuar tentando engravidar, o que pode ser percebido nas seguintes falas:

ELIANA (22, Tentante) – *"Que o meu relacionamento siga dando certo [...] eu pretendo seguir um tratamento... seguir tentando pra ter filhos [...]"*.

LUCIANA (40, Tentante) – *"A médica disse que, que ia ser muito difícil se eu quisesse fazer de novo, ela poderia fazer, mas que meus óvulos estavam velhos [...] Eu teria que já fazer uma fertilização com outros óvulos, com doação de óvulos [...] de repente eu não parta pra esse, pra isso, daqui...[a participante se referiu nesse momento à doação de óvulos] esse ano, ou talvez o ano que vem, sei lá, de tentar com outro óvulo que não seja o meu né, ai sim, ai ela, ai é quase que 90 % né, ai é bem mais, a porcentagem é bem mais, bem mais do que com os meus [...]"*.

4. DISCUSSÃO

Através das informações sociodemográficas obtidas, foi possível verificar que a maioria das participantes do presente estudo se encontra na faixa etária em que há uma diminuição da sua capacidade de reprodução. Conforme o parecer do Comitê de Prática Ginecológica do Colégio Americano de Obstetras¹², há um declínio da fertilidade feminina conforme o avanço da idade, com o início significativo aos 32 anos, e uma queda mais acelerada depois dos trinta e sete anos de idade.

Após a transcrição e posterior análise das entrevistas, as categorias que emergiram da codificação dos discursos das entrevistadas foram: 1) Indisposição; 2) Tristeza e pressão, Companheirismo do cônjuge, Boa relação conjugal e Tensão nas relações sexuais; 3) Tristeza, Impotência, Frustração, Negação e Culpa; 4) Felicidade e Realização e 5) Persistência.

Uma observação importante, comum a essas codificações, é que elas se relacionam entre si e permitem conhecer a percepção das participantes do estudo em relação a multidimensionalidade da infertilidade na vida da mulher. Essas codificações também permitem lembrar que, historicamente e

culturalmente, a responsabilidade da mulher foi imposta como verdade absoluta, tanto para o sucesso quanto para o insucesso da maternidade e aqui destacamos não somente gravidez em si como também a multidimensionalidade de fatores que vêm com o sucesso ou insucesso desta. Outra observação importante é o processo de romantização da maternidade, que até pode ser sutilmente cultivado ainda na infância, durante as brincadeiras com bonecas, por exemplo. A influência desses aspectos na vida da mulher pode trazer sentimento de frustração e abalar a sua saúde emocional. Os depoimentos das participantes, apesar das dificuldades relatadas por algumas, também trouxeram pontos positivos e que as animam para uma resolução possível e o principal exemplo disso é a disponibilidade de tratamentos existentes no mercado atualmente que mantém a esperança dessas mulheres em realizar seus desejos. Portanto, as codificações aqui descritas nos permitiram entender melhor essas mulheres e a entrevista foi um importante momento de reflexão sobre suas atuais situações.

No que se refere à **Indisposição**, o conteúdo dos resultados encontrados possibilitou a percepção de uma variedade de fatores que levam as mulheres a ter indisposição para realizar as atividades do dia a dia, mas independentemente dos motivos apresentados, é pertinente destacar a relevância do diagnóstico na rotina dessas mulheres interferindo em suas condições de saúde e afetando negativamente o desempenho de suas tarefas diárias. Parte desses resultados vêm ao encontro dos achados de Fourquet¹³, o qual realizou um estudo com 193 mulheres com diagnóstico de endometriose. Os resultados apontaram perda média no tempo de trabalho (absenteísmo), trabalho prejudicado (presenteísmo, ou seja, estar presente fisicamente no trabalho, mas ser incapaz de se dedicar a ele), perda nos níveis de eficiência (perda de produtividade no trabalho) e atividades diárias perturbadas (comprometimento da atividade). Além disso, relataram ter uma perda em horas, de aproximadamente um dia útil de trabalho durante a semana, quando os sintomas da doença estão mais intensos.

No estudo de Delgado¹⁴, com mulheres que se encontravam em processo de tratamento, foram encontradas implicações pertinentes às atividades produtivas/trabalho. A maioria das participantes referiu ter encontrado prejuízos na sua vida profissional diante da infertilidade, além de constrangimentos ao sair durante o trabalho para realizar exames o que ocasionou demissões.

Ao verificar os resultados referentes à *Tristeza e Pressão, Companheirismo do Cônjuge, Boa Relação Conjugal e Tensão nas Relações Sexuais* observou-se que a tristeza e pressão foram evidenciadas na maioria dos relatos. As já citadas cobranças da sociedade a respeito de gerarem filhos causam ainda mais prostração diante da situação que se encontram. Esses resultados corroboram com

o estudo realizado por Sikorski¹⁵, no qual as participantes salientaram que a sociedade lhes exercia uma cobrança vigorosa, atribuindo-as a responsabilidade de procriar, mesmo que as causas da infertilidade estivessem vinculadas ao cônjuge, levando ao isolamento do convívio familiar. Resultados compatíveis também foram encontrados por Souza¹⁶, que verificou nos casais inférteis a vivência de pressões dos diferentes grupos de convivência: amigos, colegas de trabalho e familiares. Essas pressões foram motivadoras da procura por tratamento, a fim de não somente satisfazer um desejo do próprio casal, mas também ofertar uma satisfação pessoal.

No que se refere ao Companheirismo do cônjuge e ao Relacionamento conjugal, as participantes, em sua maioria, declararam não encontrar prejuízos na qualidade da sua relação marital devido à infertilidade. Além disso, relataram receber apoio e suporte por parte do cônjuge em relação a esse assunto. Esses resultados vêm ao encontro dos achados de Augustus *et al*¹⁷ em que a maioria das mulheres se encontrava satisfeita com seu relacionamento conjugal, indicando a inexistência de problemas de ajuste no casamento, mesmo com a presença da infertilidade. Da mesma forma, os 101 casais do estudo de Gradwohl¹⁸ revelaram ter uma excelente relação com seus parceiros mesmo diante do diagnóstico de infertilidade.

Já em relação à Tensão nas Relações Sexuais, algumas participantes alegaram prejuízos na efetivação em razão da pressão para que o ato sexual ocorra em dias férteis, comprometendo sua espontaneidade e naturalidade para o ato sexual. Tais resultados condizem com os achados de Perestrelo¹⁹, que identificou a presença de disfunção sexual em mulheres com infertilidade, principalmente no que se refere ao desejo (73,2%) e excitação (58,6%), concluindo que a infertilidade contribui negativamente para ambos, devido à relação propositada e estresse dos tratamentos. O estudo de Conde²⁰ comparou e analisou mulheres com infertilidade e mulheres sem diagnóstico de infertilidade. O primeiro grupo apresentou níveis inferiores de funcionamento sexual (diminuição do desejo, excitação e lubrificação sexual) e níveis menos elevados de satisfação sexual em comparação com as mulheres sem diagnóstico. Os resultados, portanto, apontaram alterações na vida sexual das mulheres.

Nos resultados encontrados para *Tristeza, Impotência, Frustração, Negação e Culpa* diante do diagnóstico foi possível perceber através dos discursos das participantes que, apesar da diversidade de sentimentos expostos em suas falas, todas se sentiam abaladas pela impossibilidade de terem filhos, mesmo que com intensidades distintas. Esses achados corroboram com um estudo realizado com mulheres inférteis na Austrália, no qual 83% das participantes relataram sentimentos de angústia, 76% um sofrimento intenso por não ter filhos, 50% apresentavam sentimentos de fracasso, além de

culpa ao serem questionadas a respeito da não-maternidade, e 1/3 delas explanaram ter suas vidas girando em torno de ter um filho²¹. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Lins²² (n=200) a qual identificou a vivência da infertilidade como um conjunto de sintomas que vão desde culpa, impotência, sensação de vazio, medos, dores, tristeza e depressão mesmo quando a causa da infertilidade era masculina.

No que se refere à *Felicidade e Realização* diante da conquista da maternidade observou-se que todas as participantes revelaram plena satisfação e alívio por alcançar o que sempre desejaram, sendo esse fato responsável por grandes transformações em suas vidas. Tais resultados condizem com o estudo elaborado por Vieira²³ em Portugal, que ao comparar as mulheres que alcançaram a maternidade através de Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas e mulheres da população em geral, encontrou diferenças relativamente significativas quanto às atitudes sobre a gravidez e a maternidade. No que se refere às mães que realizaram tratamento, encontrou-se um maior investimento delas imaginando o futuro do bebê que estavam esperando, fantasiando tanto situações de carinho, como de proteção e cuidado. Além disso, essas mulheres consideraram a maternidade como um fator de intensa mudança e crescimento pessoal, além de atribuírem um maior valor ao papel do companheiro, o que incluiria o papel de pai também.

Coadunando com o estudo de Sikorski¹⁵, elaborado com mulheres que realizaram reprodução assistida, as quais relataram que fariam tudo de novo, apesar de toda a experiência dolorosa a qual vivenciaram. Para essas mulheres, assim como as participantes do presente estudo ter alcançado sucesso no tratamento lhes proporcionou sentimentos de felicidade, êxito, bem-estar e completude, atribuindo ao seu filho o sentido de suas vidas.

Dornelles²⁴ identificou maior valorização da gravidez pelas mulheres que conceberam por Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (TRA), as quais apresentaram menores níveis de fadiga e alterações de humor, além de demonstrarem maior vigor e autoestima, vivenciando a gestação como uma experiência mais gratificante e satisfatória do que as mulheres em geral. Aqui novamente se observa que o sucesso de um tratamento desperta a felicidade nessas mulheres.

Por fim, os resultados referentes à *Persistência* mostraram a evidência do empenho das tentantes, em prosseguir com os tratamentos e tentativas para engravidarem, além de sua perseverança em alcançar a maternidade. Os resultados coincidem com o estudo de Batista *et al*²⁵ realizado com mulheres inférteis que haviam passado por no mínimo três fertilizações *in vitro* sem ter obtido sucesso. Em seus depoimentos todas as participantes afirmaram que, mesmo diante do

insucesso das sucessivas tentativas, tinham como perspectiva continuar a busca pela gravidez. De modo semelhante, o estudo de Zaia²⁶ mostrou a confiança dos casais que estavam realizando técnicas de TRA no sucesso do tratamento. A possibilidade do insucesso trouxe a menção do seguimento das tentativas.

As limitações percebidas nos resultados deste estudo referem-se às falhas na oferta de tratamento para a infertilidade no sistema público de saúde, devido à quantidade reduzida de locais que disponibilizam esses serviços de forma gratuita. Conforme prevê a Portaria 426/GM (2005), é preciso "instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas" (p.22)²⁷. O deslocamento gratuito e o custeio são muito importantes para as mulheres que necessitam de tratamento e essas condições, portanto, precisam ser consideradas e implementadas adequadamente no Brasil.²⁸.

Além disso, observou-se a ausência de grupos específicos que prestem apoio e assistência a essas mulheres, as quais se encontram em fragilidade emocional. O que vem em contrariedade a portaria anteriormente citada, que determina que "a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde".

Desse modo, se reforça a necessidade de expandir a oferta de tratamento para mais municípios brasileiros, assim como ações que prestem apoio a essa população, principalmente na atenção básica de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados permitiram compreender a importância que as participantes atribuem à maternidade, as múltiplas repercussões que a infertilidade acarreta em suas vidas e como percebem e lidam com essa situação. Foi possível observar os prejuízos que esse processo trouxe na qualidade do desempenho de suas atividades rotineiras, provocando danos na realização das tarefas, tanto em virtude das questões emocionais, quanto por fatores sintomatológicos. Apesar das vivências angustiantes diante do diagnóstico, as participantes encontraram conforto em seus companheiros, sendo essa relação uma base de apoio emocional. Essa base se tornou importante também na relação sexual do casal e na persistência em seguir o tratamento. Os resultados mostraram ainda que a

autopercepção trouxe um misto de sentimentos relacionados à felicidade, alívio, imaginação sobre o futuro do bebê e destacou as transformações na vida dessas mulheres trazendo um novo sentido para sua existência.

O estudo teve como limitação o tamanho da amostra, que não permitiu fazer uma generalização dos resultados. Porém, os resultados foram considerados igualmente relevantes para fomentar a produção de novas pesquisas referentes ao tema, com um maior número de participantes. Para perspectivas futuras, acredita-se que um estudo longitudinal quantitativo e qualitativo, incluindo a percepção masculina, poderia ser realizado no intuito de abranger as reflexões nesse contexto.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Geneva, 2002. [Acesso em 2020 mar. 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). [Acesso em 2020 abril]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.
3. Alvarenga CYL; Filho OBD; Tomioka R; Arazawa ST. Fertilidade e Infertilidade para casais e não especialistas. 1º ed. Rio de Janeiro: DOC, 2016.
4. Soares TVM. Estilos de vida e a sua repercussão na fertilidade. [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2018.
5. Guyton A; Hall J. Tratado de Fisiologia Médica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
6. Ferreira IER; Alves LT; De Carvalho RRL; De Almeida DMPR. O avanço da genética no contexto da reprodução humana: uma revisão de literatura. Rev. Interd. Ciên. Saúde. 2017; 4(2): 61-70.

7. Soligo AG. Manual da infertilidade. Visau: 2017.

8. Cordeiro MS; Gomes JC. Ansiedade e relacionamento conjugal em mulheres com infertilidade: impacto da terapia de grupo. Rev. Port. Enferm. Saúde Mental. 2013; (9): 7-13.

9. Leite R & Frota A. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: Uma compreensão fenomenológica. Rev. Abordagem Gestalt. 2014; 20(2): 151-160.

10. Antunes R. A imagem corporal na infertilidade: a infertilidade no feminino. [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2013.

11. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

12. Committee Of Gynecological Practice Of The American College Of Obstetrics and Gynecologists. Female age-related fertility decline. Committee Opinion nº 589. 2014; 123:719-21.

13. Fourquet J; Báez L; Figueroa M; Iriarte I; Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fertility and Sterility. 2011. 96(1): 107-112.7

14. Delgado MJC. O desejo de ter um filho. As vivencias do casal infértil [Tese]. Lisboa: Universidade Aberta; 2007.

15. Sikorski CD. Representações Sociais do filho biológico construídas por mulheres que, ao vivenciar situações de infertilidade, optaram pela reprodução humana assistida [Dissertação]. Paraná: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2014.

16. Souza AM; Cenci CM; Luz, SK; Patias ND. Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: uma compreensão das experiências envolvidas. Pensando famílias. 2017; 21(2): 76-88.

17. Augustus P; Munivenkatappa M; Prasad P. Sexual functioning, beliefs about sexual functioning and quality of life of women with infertility problems. J Hum Reprod Sci. 2017; 10(3); 213-220.

18. Gradvohl S; Osis M; Makuch, M. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2013; 35(6); 255-61.

19. Perestrelo JMF. Avaliação do Impacto da Infertilidade Sobre a Função Sexual em Casais Portugueses [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2012.
20. Conde P. Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual. Feminina. [Dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
21. Ried K; Alfred A. Quality of life, coping strategies, and support needs of women seeking traditional Chinese medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed-methods approach. BMC Womens Health. 2013; 13: 17.
22. Lins PG; Patti EA; Peron AC; Barbieri V. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. Estudos de Psicologia. 2014; 31(3): 387-392.
23. Vieira FAO. Gravidez após sucesso de técnicas de procriação medicamente assistida. [Dissertação] Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2015.
24. Dornelles LM; Da Silva IM; Machado I. Lopes RC. Gestação com o auxílio das técnicas de reprodução assistida: uma revisão da literatura. Interação em Psicologia. 2011; 15(1).
25. Batista LAT; Bretones WHD; De Almeida RJ. O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. Reprod Clim. 2016; 31(3): 121-127.
26. Zaia VM. Estresse, parentalidade e resiliência: o trajeto para a gestação em casais sob tratamento para fertilidade. [Tese]. São Bernardo do Campo: Universidade metodista de São Paulo; 2017.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2005. Seção I, p. 22. [Acesso em 2018 Jun. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.
28. Dentillo DB. Cresce demanda por tratamento de infertilidade, mas o acesso é ainda caro e seletivo. Ciênc. Cult. 2012; 64(40): 10-11.

* O presente estudo é resultado de Trabalho de Conclusão de Curso

Contribuição dos autores: **Juliana Artigas Cunha Klarosk** Leão foi responsável pela elaboração do estudo, coleta das informações, análise e conclusão do estudo. **Zayanna Christine Lopes Lindôso** foi orientadora, atuou em todas as etapas do desenvolvimento do estudo.

Submetido em: 24/04/2020

Aprovado em: 03/08/2020

Publicado em: 31/10/2020