



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida



Luiz Augusto Teixeira Batista^a, Wagner Henrique Daibert Bretones^a
e Rogério José de Almeida^{b,*}

^a Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^b Departamento de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde (PPGCAS), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 3 de maio de 2016

Aceito em 18 de maio de 2016

On-line em 15 de julho de 2016

Palavras-chave:

Impacto psicossocial

Infertilidade feminina

Técnicas reprodutivas assistidas

R E S U M O

Objetivos: Descrever os impactos psicossociais da infertilidade em mulheres que tentam engravidar sem sucesso por meio da reprodução assistida.

Métodos: Estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa e exploratória. Os prontuários foram obtidos por meio de uma clínica de reprodução assistida em Goiânia-GO. Foram feitas quatro entrevistas com mulheres que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, por meio da técnica de entrevista semiestruturada.

Resultados: Foram analisadas quatro categorias consideradas chave: diagnóstico e início do tratamento; falta de um apoio social; sentimento de fracasso; e perspectivas. A infertilidade gera uma série de sentimentos, como angústia, depressão, culpa, medo, exclusão social. Além disso, diminui a qualidade de vida e afeta diretamente na relação das mulheres com seus parceiros, parentes e ambiente de trabalho. Porém, apesar das frustrações o sentimento que prevaleceu é o de seguir tentando.

Conclusões: O sofrimento psicossocial das mulheres frente aos sucessivos resultados negativos necessita ser mais bem abordado no âmbito das clínicas especializadas, para oferecer apoio psicossocial precoce para o enfrentamento das possíveis frustrações com os resultados negativos.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: rogeriopucgo@gmail.com (R.J. Almeida).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>

1413-2087/© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The impact of infertility: women's narratives with negative successive by assisted reproduction treatment

A B S T R A C T

Keywords:

Psychosocial impact
Women's infertility
Assisted reproductive techniques

Objectives: Describe the psychosocial impact of infertility in women trying to conceive without success through assisted reproduction.

Methods: This is a descriptive observational study with qualitative and exploratory approach. The records were obtained through assisted reproduction clinic in Goiânia-GO. Four interviews with women were conducted to meet the criteria for inclusion and exclusion, through semi-structured interview technique.

Results: Four categories were analyzed considered key: diagnosis and initiation of treatment; lack of social support, feelings of failure and future prospects. Infertility generates a series of feelings such as anxiety, depression, guilt, fear, social exclusion; decrease quality of life and directly affect the women's relationship with their partners, family and work environment. However, despite the frustrations the feeling that prevailed is trying to follow.

Conclusions: The psychosocial suffering of women facing the successive negative results need to be better addressed in the context of specialized clinics providing early psychosocial support to cope with possible frustrations with negative results.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Ter filhos é parte fundamental do projeto de vida da maioria dos casais. O processo biológico da reprodução, além da perpetuação da espécie, aparece como uma bênção divina.¹ É comum associar a fertilidade a um ato de realização pessoal, mas, ao contrário, a incapacidade de procriar pode representar um grande sofrimento,¹ além de ser considerada vergonhosa e gerar descrédito.²

A infertilidade é considerada pela Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) como uma doença e um problema de saúde pública. É definida pela incapacidade de conseguir uma gravidez bem-sucedida após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas ou inseminação artificial terapêutica.³

Os dados sobre a prevalência mundial de casais que não conseguem ter uma gravidez espontânea mostram que 52,6 a 72,4 milhões de casais se beneficiariam de algum tipo de intervenção médica para alcançar tal objetivo e que os países menos desenvolvidos têm taxas que variam de 6,9% a 9,3%.⁴ Dados epidemiológicos apontam uma maior incidência em algumas regiões da África Central nas quais a taxa pode chegar a 50%, em comparação com 20% na região do Mediterrâneo e 11% no mundo desenvolvido.⁵

Considerar a infertilidade apenas como um problema que perturba o bem-estar individual e familiar e a inserção social dos casais é atribuir-lhe um caráter reducionista. Muito mais, deverá ser incluída nos atuais conceitos de doença e considerada como um importante problema de saúde pública.²

O desenvolvimento das tecnologias de reprodução assistida é apontado por homens e mulheres como fator compensador do declínio da fertilidade com o avançar da idade, o que mostra desconhecimento sobre taxas de sucesso

e custos de tratamento. Há uma excessiva confiança nos tratamentos de fertilização *in vitro*.⁶ Se por um lado as técnicas de reprodução assistida têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana e facilitar o processo de procriação,⁷ elas nem sempre resultam em resultados positivos de gravidez.

Parte-se do princípio de que a infertilidade pode ocasionar muitos impactos na vida das pessoas. Assim, o presente estudo se direciona para o entendimento de um grupo específico que é o das mulheres com infertilidade. Muitas podem ser as repercussões que a problemática da infertilidade trará à mulher.⁸ Em se tratando da infertilidade feminina, identificam-se que os motivos podem ser observados por alterações estruturais, alterações ovulatórias, distúrbios imunológicos e endometriose.⁹ Além desses, a infertilidade pode sofrer influências da idade na mulher, da frequência de relação sexual, do peso corporal da mulher, do tabagismo, entre outros critérios.⁹ Ressalta-se também que a infertilidade está presente em quase 70% das mulheres com síndrome dos ovários policísticos.⁸

Ainda persiste a crença de se apontar a mulher como única culpada quando o fenômeno da infertilidade chega a uma família. Conjugado com a pressão familiar está o impacto social do problema. Esse tipo de pressão pode provocar na mulher um grande sofrimento emocional, levá-la mesmo a fingir que não pretende ter filhos no momento. Esse estado de angústia surge muitas vezes associado a sentimentos de exclusão.¹⁰

Nesse sentido, o foco da análise da problematização empreendida situa-se na perspectiva de mulheres com infertilidade e que ainda fazem tratamento para tentar engravidar tendo sucessivas negativas para gravidez. Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever os impactos psicossociais da infertilidade em mulheres que tentam engravidar sem sucesso por meio da reprodução assistida.

Métodos

Estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa e exploratória com mulheres inférteis submetidas a procedimentos de reprodução assistida com resultados repetidamente negativos para gravidez. O presente trabalho parte de aspectos da realidade prática e da vivência cotidiana das mulheres entrevistadas que não podem ser quantificados, centra-se primordialmente na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, dos fenômenos, fatos, significados, das motivações, aspirações, dos valores e das atitudes.¹¹

O recorte empírico estabelecido neste estudo situou a coleta de dados em uma clínica privada de reprodução assistida na cidade de Goiânia/GO. As mulheres foram selecionadas a partir dos prontuários médicos cedidos pelo departamento de reprodução humana da referida clínica. Foram incluídas na pesquisa mulheres acima de 18 anos que eram inférteis, que tinham feito ao menos três tentativas de fertilização *in vitro*, que tiveram resultados sucessivos negativos, que eram casadas e que ainda não tinham conseguido engravidar. Não foram pesquisadas pacientes com diagnóstico prévio de transtorno depressivo anterior ao diagnóstico de infertilidade.

O processo de seleção das mulheres para a entrevista se deu por meio de um levantamento e uma análise de 300 prontuários de pacientes de 2013 a 2015. Após essa análise foram selecionadas 21 pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão. Todas as selecionadas foram contatadas via telefone para explicação dos termos da pesquisa e agendamento de entrevista. Desse total, quatro concordaram em conceder entrevistas, que foram feitas pessoalmente em ambiente no qual estavam presentes somente pesquisador e pesquisada. Como houve recorrência dos discursos das entrevistadas (saturação teórica), foi encerrado o trabalho de campo.

Como técnica qualitativa de investigação, optou-se por usar a entrevista semiestruturada, que permite ao entrevistador introduzir um roteiro de temas a serem discutidos, cujo intuito é deixar a entrevistada livre para discorrer sobre os temas, faz apenas interferências ocasionais, não se limita a um roteiro fixo de perguntas pré-elaboradas.¹²

A análise das entrevistas se baseou na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), uma importante perspectiva de análise para pesquisas qualitativas. Baseia-se nos dados coletados pelas informações e nas experiências vivenciadas pelos indivíduos, em vez de usar padrões predeterminados de medidas e mensurações.¹³

A análise seguiu os procedimentos metodológicos da TFD, empreendeu, após a transcrição das entrevistas, as seguintes etapas de codificação dos discursos.¹⁴ A primeira foi a codificação aberta, em que as narrativas e vivências coletadas nas entrevistas foram lidas de forma rigorosa pelos pesquisadores que fizeram as entrevistas e selecionaram os núcleos de sentido mais relevantes, com consequente criação de categorias analíticas.

A segunda etapa consistiu na codificação axial em que foram destacadas as principais categorias explicativas do fenômeno e também foram criadas as subcategorias que se relacionam com os fatos e ajudam a explicar. Na terceira e última etapa, foi feita a codificação seletiva, que consistiu na

organização de uma descrição lógica do fenômeno central do estudo, com seleção do que realmente importava no desenvolvimento representativo acerca das informações coletadas com as pacientes.

Antes da entrevista, a paciente lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deixava clara a garantia de sigilo sobre a identidade da participante. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde sob protocolo CAAE: 45784815.6.0000.0037, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) com o parecer nº 1.107.159.

Resultados

Após a transcrição e posterior análise das entrevistas, as categorias explicativas que emergiram da codificação dos discursos das entrevistadas foram: 1) Diagnóstico e início do tratamento; 2) Falta de apoio social; 3) Sentimento de fracasso e de impotência; e 4) Perspectivas.

Diagnóstico e o início do tratamento

As entrevistadas relataram a importância de se obter um diagnóstico rápido da infertilidade. Os achados das falas das pacientes mostraram um grande tempo dispendido para se ter a real consciência da existência do diagnóstico de infertilidade. Associada a esse fato, observou-se também uma demora em ser referenciada ao especialista em reprodução humana, ficaram, em sua maioria, anos na tentativa de engravidar. *Em 2012 eu engravidei e tive um aborto espontâneo com oito semanas de gestação, com múltiplas tentativas até começar o tratamento, em acompanhamento com vários médicos. Tenho 41 anos e tento engravidar desde os meus 37 anos (P1).*

Identificou-se o caso de uma paciente que não tinha tanto tempo de tentativas naturais para engravidar em comparação com as demais. *Eu tinha 42 anos quando comecei a fazer exames, pois notei que após oito meses sem anticoncepcional não conseguia engravidar (P2).* Assim como a paciente (P3), que começou o tratamento aos 35 anos depois de notar que havia um ano sem anticoncepção e relações sexuais frequentes sem conseguir engravidar. Essas narrativas demonstram que existem pacientes que começam a se preocupar e, consequentemente, procuram ajuda do especialista “mais tarde” e outras “mais cedo”. No caso dessas duas pacientes pode-se observar claramente essa dicotomia. A paciente (P2) tinha uma carreira que demandou maior tempo para conseguir se “consolidar no mercado” e somente após se preocupar realmente em engravidar. Por outro lado, tem-se a entrevistada (P3), que, mais nova e com melhor estabilidade financeira, mostrou-se mais preocupada com sua dificuldade de concepção.

Os achados da pesquisa também demonstraram que o diagnóstico e o início do tratamento demandaram uma grande dificuldade de acesso ao especialista em reprodução humana. As pacientes foram encaminhadas tardiamente para fazer o tratamento da infertilidade, como se pode identificar na fala de uma das entrevistadas. *Comecei a fazer essa monitoração com uma médica não especializada em reprodução humana e depois segui com o Dr. X fazendo monitoração e uso de progesterona por inúmeras vezes (P2).*

Outro ponto importante no início do tratamento foi identificado quando as pacientes afirmaram a grande quantidade de hormônio usada e as repetidas vezes desse procedimento. *Já tomei hormônio demais. Iniciei a preparação do corpo à base de hormônios e acho que devido à excessiva quantidade desenvolvi endometriose, tendo que tratar para depois continuar minha tentativa de engravidar (P2).*

Falta de apoio social

O tratamento em reprodução humana depende de tempo e um alto gasto financeiro, é um grande obstáculo para muitas pacientes que apresentam, várias vezes, mais de um emprego e necessitam de muitos atestados médicos para seguir o tratamento. *Eu tenho dois empregos, um no matutino e outro vespertino, e assim fica difícil a monitoração, devido à quantidade necessária de atestados para as consultas (P2).* A mesma paciente ainda refere não ter perdido o emprego por ser funcionária pública, mas que mesmo assim é obrigada a conviver com piadas e ironias de colegas de trabalho, incluindo o próprio chefe. *Vai de novo ao médico? O que você tanto faz no médico? Vai mais ao médico do que no trabalho? (P2).*

Como o tratamento requer um condicionamento constante quanto à monitoração, a questão do apoio social como auxílio às pacientes deve ser levada em consideração. Em outra paciente observou-se inclusive a situação drástica de perder o emprego pelo número excessivo de consultas e, por consequência, de faltas ao seu ambiente de trabalho. *Eu era gerente de um banco em Anápolis e era muito bem remunerada, com uma carga de trabalho tranquila. A partir do momento que comecei a ter tantos atestados para as consultas e para o tratamento em si, acabei demitida do emprego e era funcionária havia 16 anos (P1).* Além de se sentir mal por causa das repetidas negativas do tratamento, ainda precisavam passar por outros problemas, como a perda de um emprego de anos de dedicação.

Quanto às relações socioafetivas, foi possível identificar a presença do marido, de amigos e parentes mais próximos para um apoio social, seja essa presença negativa ou positiva como fonte de apoio psicossocial às entrevistadas. Observou-se que algumas das pacientes veem em seus maridos apoio, consolo e ajuda, ainda mais quando notam que suas esposas sofrem muito com cada negativa do tratamento. *Tem horas que ele diz ter certeza que dará tudo certo, mas no fundo não sei se ele realmente acredita nisso ou se é somente para me deixar mais tranquila (P1).*

Por outro lado, houve relatos sobre os relacionamentos conjugais, nos quais as pacientes não têm tanto apoio constante de seus respectivos maridos e até mesmo acabam pressionadas. *Em relação ao meu marido, sempre tive muito apoio e nunca tivemos discussões. Mas recentemente ele tem se mostrado mais chateado apesar de não ficar reclamando, ele ironiza a situação dizendo “minha porra é uma porra mesmo” (P2).* Se trata de um relato emblemático, pois além de a paciente ter de conviver com a real possibilidade de nunca engravidar, ainda tem de trabalhar a questão psicológica do marido, já que esse pode até começar a duvidar de sua masculinidade ao ironizar seu próprio sêmen.

Observaram-se cônjuges que acabavam pressionando pelo fato de quererem ter um filho ou mesmo pelo aspecto financeiro dispendioso do tratamento. *Mesmo ele me apoiando, ultimamente ele vem cobrando cada vez mais de maneira mais eufêmica, mas sempre dizendo que precisa ser pai de qualquer forma (P4).*

As falas das mulheres entrevistadas demonstraram que parentes e amigos próximos agem como apoio social positivo, mas também como fonte negativa que afeta sobremaneira o estresse psicológico criado nas pacientes. Essa parcela de culpa pode ser atribuída ao fato de criarem uma expectativa excessiva em cima das pacientes. *Me abro em relação a esse problema com os amigos mais próximos, tenho bastante apoio. Mas se realmente a gravidez der certo, só vou falar para parentes e amigos após três meses, para evitar criar expectativas nas pessoas (P1).*

Essa influência negativa se faz presente continuamente como efeito da pressão para se engravidar, muitas vezes de forma inconsciente por parte dos parentes. Por conta disso, as pacientes começavam a atribuir uma responsabilidade e o grande dever moral de ter que engravidar. *Já estou ficando envergonhada com tantas falhas, nem sei mais o que falar para minha mãe e minha família nos almoços de família quando me perguntam se ainda vou continuar tentando (P4).*

Sentimento de fracasso e de impotência

O sentimento pessoal de fracasso após as sucessivas tentativas de tratamento sem sucesso foi observado em todas as entrevistas. *Você não tem ideia do que é perder tantas vezes algo que você nunca teve, que você só tentou. Parece que não consigo ser mulher de verdade, se não tiver um filho (P2).* O desgaste financeiro é grande, mas nem se compara com o desgaste emocional de ver o seu próprio fracasso (P3). A entrevistada (P4) relatou ainda que a cada resultado negativo o casal passava por momentos difíceis, nos quais a paciente não só tinha que superar, mas ajudar o marido a se superar e continuar a tentar. *Tem horas que eu acho que ele ficava pior do que eu, mas tínhamos que mostrar forças para continuar tentando (P4).*

O sentimento de cobrança por um resultado positivo de gravidez pode afetar até a rotina natural dos relacionamentos conjugais desses casais que estão em tratamento para engravidar. *Ele já sabe que quando eu arrumo a casa para a gente, faço um jantar bacana, estou com uma roupa nova e mais sensual, ele já sabe que naquele dia ele tem que comparecer. E acho que dessa forma acabo pressionando ele e já não é mais como era antigamente (P4).*

Um sentimento negativo e frustrante para as entrevistadas foi citado em relação aos médicos ginecologistas gerais, que para algumas pacientes não estavam preparados adequadamente e com isso não fizeram uma orientação para suas pacientes poderem se preparar para a maternidade no período adequado. *Os médicos ginecologistas em geral são muito despreparados, não deram informações sobre a idade certa para engravidar, antes de começar a acompanhar com o especialista (P2).* A entrevistada (P3), por exemplo, referiu ter ficado desesperada, porque por mais que o médico não tenha falado formalmente, notou que quis dizer que ela já estava procurando o médico especialista tarde demais.

O desconhecimento das reais taxas de sucesso dos tratamentos de reprodução assistida foi evidenciado como um catalisador de expectativas, que no fim eram frustradas. Desde o início esse fato gerava uma expectativa grande por um sucesso e que era quebrada com o resultado negativo, acabava comigo (P2). Tal dado desconhecido pelas entrevistadas era corroborado por informações veiculadas nas mídias de massa. *Eles só fazem isso, mostram famosos bonitos tendo gêmeos bonitos, mas não falam*

o quanto é difícil, o quanto é caro, o quanto é desesperador quando você começa a tentar e não dá certo (P2).

A frustração e o sentimento de impotência frente aos repetidos resultados negativos do tratamento se somam ao desgaste financeiro. Por se tratar de procedimentos complexos, de alto custo e com índices de sucesso teoricamente baixos, a insatisfação aumentava ainda mais. A entrevistada (P1) referiu que tentaria somente mais uma vez por cansar-se de tantas frustrações e, principalmente, pelo aspecto financeiro do tratamento. Observou-se nos relatos a relação entre sucessivas negativas com o desgaste emocional e financeiro. *Cada inseminação dessa é X reais e eu não sou rica (P2). O desgaste financeiro é grande, mas nem se compara com o desgaste emocional de ver o seu próprio fracasso (P3). É um absurdo eu pagar quase X reais pra não ter certeza de que isso dará certo (P4).*

Perspectivas

Como perspectivas, todas as entrevistadas demonstraram que mesmo apesar das tentativas repetidas e fracassadas persiste o sentimento de esperança ao continuar as tentativas. *Vou lá tentar mais uma vez e se Deus quiser será agora, porque não sei por quanto tempo meu emocional vai suportar ainda, mesmo sentindo que é algo que devo fazer, como uma missão (P2).* Para a entrevistada (P3), por exemplo, apesar das sucessivas negativas, o médico ainda a estava encorajando a continuar insistindo com o tratamento. *Pretendo tentar até o momento em que falarem que não tem mais a mínima chance, pelo fato de ser um desejo que tive desde a infância de ser mãe e também dar esse filho ao meu marido (P3).*

Foi citada nas entrevistas uma preocupação com a continuidade no tratamento, por receio de que as drogas usadas, principalmente os hormônios indutores da ovulação, pudessem prejudicar sua saúde. *Não é somente o aspecto financeiro, mas também essa questão de saúde (P1).*

As falhas sucessivas nos tratamentos propostos fizeram com que as pacientes mencionassem algo que pudesse preencher esse espaço e a possibilidade de adoção de uma criança foi aventada. Entretanto, se sentiam também desencorajadas pela grande burocracia para atingir esse objetivo. *A fila de adoção hoje está em torno de sete anos (P4).* Burocracia essa que aumenta pelo perfil de crianças que esses casais desejariam. *Ele disse que quer uma criança nova, se for para adotar, não quer moleque velho cheio de mania. Ele quer uma criança para criar como se fosse nosso filho mesmo (P4).* E também pelo preconceito que ainda existe sobre a adoção. *Não quero filho de ninguém, quero um filho que seja meu (P3).*

Discussão

Com os resultados da análise das entrevistas foi possível compreender que as narrativas das mulheres que tentam engravidar por meio da reprodução assistida apresentaram importantes reflexões. Todas as vivências apontadas pelas entrevistadas têm como efeito final o estresse psicológico e social.^{1,5,15} Importante também destacar o decréscimo relacionado à qualidade de vida, produzida pela diminuição do bem-estar.⁸

As narrativas das entrevistadas acerca do diagnóstico evidenciaram um intervalo grande entre as tentativas fracassadas e o acompanhamento em centros de reprodução assistida como um episódio recorrente. Fato que culminava com a potencialização do sofrimento e dificuldades maiores perante o tratamento. Observou-se que a procura pelo especialista em reprodução humana foi tardia, esse intervalo foi classificado como um fator estressor, responsável por aumentar a ansiedade à medida que os meses passam sem que o objetivo final seja alcançado.¹⁶

O avanço das tecnologias de reprodução assistida é apontado como fator compensador do declínio da fertilidade com o avançar da idade, o que mostra desconhecimento sobre taxas de sucesso e custos de tratamento.⁶ A questão da falta de números objetivos e da clareza dos profissionais foi uma crítica apontada pelas entrevistadas. Essas críticas deixam claro a falta de conhecimento popular da eficácia do tratamento, o que gerou nessas pacientes um sentimento de que eram piores do que as outras, sem saber de fato que se enquadravam na média.

Relatos de medo em dar continuidade ao tratamento pela grande carga hormonal e o receio de como essa carga excessiva poderia comprometer a saúde foram apontados durante as entrevistas. A dura rotina de acompanhamento do ciclo fazia com que as entrevistadas necessitassem de um grande número de atestados, o que gerava impactos consideráveis em suas rotinas. Estudos demonstraram que, na maioria das vezes, a mulher é quem se submete à maior parte dos procedimentos invasivos, é ela quem necessita de acompanhamento diário do ciclo menstrual e é quem mais sofre com mudanças bruscas em sua agenda para acomodar um regime de tratamento rígido.^{16,17}

As entrevistadas relataram pressão social mesmo dentro dos quadros familiares, mudança da relação com o parceiro, dificuldade de um apoio social mais amplo, principalmente no emprego. Além da sobrecarga do tratamento, a mulher carrega a sobrecarga do preconceito. Persiste ainda a crença de se apontar a mulher como única culpada quando o fenômeno da infertilidade chega a uma família ou até apenas quando após algum tempo de casamento o casal ainda não tem filhos. A mulher chega mesmo a ser alvo de comentários discriminatórios por parte dos parentes, principalmente aqueles referentes ao cônjuge.¹⁰

O sinergismo do casal durante o processo de tratamento de infertilidade é questão de suma importância, o qual foi observado nas narrativas das entrevistadas. O tratamento para infertilidade gera, sobremaneira, alterações nessa relação, tanto do ponto de vista positivo quanto negativo. Observaram-se queixas de robotização do ato sexual como um ato obrigatório que gerava perda de prazer do momento com o parceiro. O ato sexual, antes visto como um momento de prazer, plenitude e satisfação, pode tornar-se, para os casais inférteis, cumprimento de tarefas conjugais, contribuir para o surgimento ou a potencialização de conflitos e perda da satisfação sexual.¹⁸

Em contrapartida, as narrativas também demonstraram um lado positivo para a relação, com a participação efetiva do homem durante o tratamento. O interesse dos homens pela busca do diagnóstico, da participação e do envolvimento no tratamento da infertilidade pode levar também a mudanças

positivas no relacionamento conjugal.¹⁸ Estudos mostraram que casais que se deparam com a infertilidade e enfrentam a rotina do tratamento têm a oportunidade de aperfeiçoar a comunicação no seio do casal como ponto de fortalecimento da relação.^{18,19}

Assim, conjugado com a pressão familiar está o impacto psicossocial do fenômeno da infertilidade. Desejar ter filhos e se deparar com uma impossibilidade nesse processo pode produzir variados tipos de sentimentos e reações. Pesquisas têm relatado que as consequências da ausência involuntária de filhos têm efeitos dramáticos, podem levar a um estigma social, isolamento, ostracismo, negligência familiar e até mesmo pela comunidade local.^{4,16,17,20-22} Pode ainda provocar efeitos tanto na esfera individual como conjugal, passar até por um processo de negação à aceitação.⁴

O sentimento universal evidenciado, o qual foi observado nos relatos das entrevistadas, é o sentimento de culpa pessoal. É fato que do ponto de vista da cultura as mulheres ainda são educadas na expectativa de um dia terem um filho. Pesquisas mostraram que para muitas mulheres o fato de não terem filhos é como morrer aos poucos e de forma lenta. A infertilidade é descrita e precisa cada vez mais ser compreendida como um fenômeno importante que comporta uma dimensão física, psíquica, emocional e sociocultural.^{1,5}

O plano da maternidade foi apresentado sempre como desejo maior. Com as sucessivas negativas do tratamento, relatos de sensações frustrantes apareceram e aumentavam o sofrimento das entrevistadas. O futuro incerto é outro ponto estressor que alimenta sentimentos como medo, frustração e preocupação.²¹ Um apoio psicossocial para essas mulheres é de suma importância, já que a perspectiva, em detrimento de todo sofrimento causado, é continuar a tentar até conseguir a maternidade desejada.

Conclusões

O tratamento de reprodução assistida é por si só um fator estressante, aliado ao estresse da árdua rotina de procedimentos e medicações, existe a cobrança por parte de parentes, amigos e a dificuldade de conciliar a carga horária entre emprego e a jornada de consultas. A cobrança, mesmo que não intencional, dos entes queridos e a falta de apoio dos locais de trabalho tem impacto direto na vida das pacientes durante os ciclos de tratamento.

As sucessivas negativas no decorrer do tratamento e a decepção com a quebra da expectativa pessoal e de terceiros produzem sentimentos e eventos negativos, principalmente a culpa pelo fracasso. Porém, mesmo diante das sucessivas negativas de gravidez, o desejo da maternidade não diminuiu e a persistência pelo objetivo final ainda permanece.

Mesmo diante de todo o impacto causado pela infertilidade e, conseqüentemente, pelo tratamento, as pacientes não obtiveram de forma efetiva e constante apoio do ponto de vista multidisciplinar. O sofrimento psicossocial das mulheres frente aos sucessivos resultados negativos necessita ser mais bem abordado no âmbito das clínicas especializadas, oferecer apoio psicossocial precoce para o enfrentamento das possíveis frustrações com os resultados negativos.

Com as informações aqui apresentadas advindas das narrativas de mulheres que tentam engravidar, os profissionais que atuam diretamente com essas mulheres, como, por exemplo, os especialistas em reprodução humana, ginecologistas e psicólogos, podem ampliar a abordagem feita a essas pacientes na busca de uma melhor qualidade de tratamento, de enfrentamento e, conseqüentemente, de vida.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

À clínica de reprodução humana pesquisada, à Coordenação do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e às mulheres que gentilmente concederam as entrevistas.

REFERÊNCIAS

1. Lins PGA, Patti EAM, Peron AC, Barbieri V. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. *Estud Psicol (Campinas)*. 2014;31(3):387-92.
2. Cook RJ, Dickens BM. Reducing stigma in reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(1):89-92.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013;99(1):63.
4. Ombelet W. Is global access to infertility care realistic? The Walking Egg Project. *Reproductive BioMedicine Online*. 2014;28(3):267-72.
5. Jumayev I, Harun-or-Rashid M, Rustamov O, Zakirova N, Kasuya H, Sakamoto J. Social correlates of female infertility in Uzbekistan. *Nagoya Journal of Medical Science*. 2012;74(3-4):273-83.
6. Daniluk JC, Koert E. The other side of fertility coin: a comparison of childless men's and women's knowledge of fertility and assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*. 2013;99(3):839-46.
7. Conselho Federal de Medicina Resolução CFM nº 2.013/2013 - Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/2010.
8. Moreira SNT, Sá JCF, Costa EC, Azevedo GD. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(11):503-10.
9. Martins MA. Clínica médica. São Paulo: Manole; 2009. p. 501-6.
10. Remoaldo PCA. O sofrimento oculto: causas, cenários e vivências da infertilidade. Porto: Edições Afrontamento; 2008.
11. Gerhardt TE. Métodos de pesquisa. Série educação a distância. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
12. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paideia*. 2004;14(28):139-52.
13. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoria fundamentada nos dados - Aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17(4):573-9.

14. Garque KCGD. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: Mueller SPM. (Org.) Métodos para a pesquisa em ciências da informação. Brasília: Thesaurus; 2007. p. 107-42.
15. Larsen U, Hollos M, Obono O, Whitehouse B. Suffering infertility: the impact of infertility on women's life experiences in two Nigerian communities. *J Biosoc Sci.* 2010;42(6):787-814.
16. Ucles IMR, Aparicio MDC, Rosset CM. Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: analysis of the moderating role of gender. *Clinica y Salud.* 2015;26(1):57-63.
17. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: the mediating role of positive coping. *Psychiatry Res.* 2014;215(2):401-5.
18. Faria DEP, Grieco SC, Barros SMO. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):794-801.
19. Cordeiro MS, Gomes JC. Ansiedade e relacionamento conjugal em mulheres com infertilidade: impacto da terapia de grupo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2013;9:7-13.
20. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *Plos Medicine.* 2012;9(12):1-12.
21. Hasanpoor-azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med.* 2014;12(2):131-8.
22. Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(11):1287-91.