



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

KEILA CRISTINA FÉLIS

**INFERTILIDADE TEMPORÁRIA RELACIONADA AO ESTRESSE EM**  
**MULHERES E SUAS REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS**

GOIÂNIA, DEZEMBRO DE 2016

KEILA CRISTINA FÉLIS

**INFERTILIDADE TEMPORÁRIA RELACIONADA AO ESTRESSE EM  
MULHERES E SUAS REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rogério José de Almeida

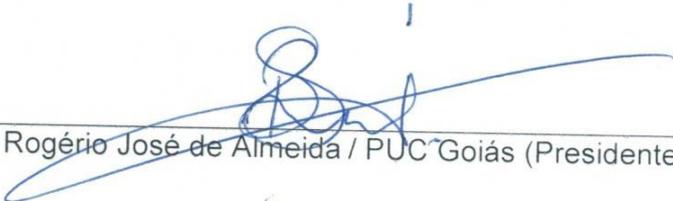
GOIÂNIA, DEZEMBRO DE 2016



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 16 DE DEZEMBRO DE 2016 E CONSIDERADA

Aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1)

  
Prof. Dr. Rogério José de Almeida / PUC Goiás (Presidente)

2)

  
Profa. Dra. Júlia da Paixão Oliveira Mello e Pargeon / UNIP (Membro Externo)

3)

  
Prof. Dr. Antônio Márcio Teodoro Cordeiro Silva / PUC Goiás (Membro)

4)

Prof. Dra. Iracema Gonzaga Moura de Carvalho / PUC Goiás (Suplente)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta conquista a Deus que tem me proporcionado, não apenas durante a realização deste trabalho, mas em todos os dias de minha vida, a sabedoria necessária para honrar as oportunidades profissionais que a vida tem me oferecido. Ao meu esposo Bruno Rodrigues, pela compreensão, paciência e ajuda nas horas mais críticas dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Dr. Rogério José de Almeida, meu orientador, que, com sua competência, conhecimento e paciência, conduziu-me na construção deste trabalho, aparando arestas e indicando caminhos. Agradeço seu apoio e estímulo nos momentos difíceis e em todas as etapas deste trabalho.

À minha família, que sempre me incentivou a seguir em frente e acreditou que eu fosse capaz, em especial minha mãe Maria Veraci e meu Pai Jarbas Felix.

À Colega Ginecologista Alessandra Arantes pela permissão e oportunidade de realização deste trabalho. Sem esse apoio tudo seria mais difícil.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde – PPGCAS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, pela oportunidade de obter o título de mestre e a todos os professores que compartilharam seus conhecimentos no decorrer do curso.

Ao Prof. Dr. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva e à Profa. Dra. Iracema Gonzaga Moura de Carvalho por aceitarem participar da banca de qualificação. E à Profa. Dra. Júlia da Paixão Oliveira Mello e Pargeon por compor a banca de defesa.

A todos que de alguma forma me auxiliaram na elaboração desta dissertação, amigos e colegas de trabalho, tornando-a possível.

Às mulheres que gentilmente aceitaram participar deste estudo, compartilhando comigo informações sobre um evento tão especial em suas vidas. Meus sinceros agradecimentos a todas, isso me fez sentir especial também.

## RESUMO

O presente estudo objetivou compreender as repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória. O procedimento metodológico utilizado nesse estudo compreendeu a realização de entrevistas com dez mulheres, que não apresentavam problema que impedisse a gestação mais tinham infertilidade temporária, a análise das entrevistas se baseou na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados. Após a transcrição e posterior análise das entrevistas, as categorias explicativas que surgiram dos discursos das entrevistadas foram: sem problemas biológicos, sem diagnóstico; repercussões nas relações sociais; repercussões na relação conjugal; e o sonho realizado e providências futuras. Os resultados obtidos permitem concluir que os anos de tratamento de infertilidade influenciaram positivamente, mas também negativamente na vida dessas mulheres, gerando estresse psicossocial. Esse estudo permitiu a compreensão acerca das repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres, que pode contribuir para equipes de trabalho na elaboração de estratégias para o apoio a essas, entretanto não há na literatura dados consistentes relacionados ao tema, mesmo em tempos atuais cujo problema da infertilidade já se configura como um problema de saúde pública com crescente incidência na população mundial.

**Palavras-chave:** Estresse; Infertilidade feminina; Infertilidade temporária; técnicas reprodutivas assistidas.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the psychosocial effects of temporary infertility by stress in women. This is a descriptive cross-sectional study with qualitative and exploratory approach. The approach used in this study included conducting interviews with ten women who had proven diagnosis of temporary infertility by stress, the analysis of the interviews was based on the perspective of Grounded Theory. After transcription and subsequent analysis of the interviews, explanatory categories that emerged from the speeches of the interviewees were: No biological problems, undiagnosed; Impacts on social relationships; Impacts on the marital relationship; and the dream realized and future action. The results showed that the numbers of years of infertility treatment more positively also negatively influenced the lives of these women generating psychosocial stress. This study allowed the understanding of the psychosocial effects of temporary infertility by stress in women, which may contribute to work teams in developing strategies to support these, however there is the consistent data literature related to the subject, even in modern times whose infertility problem already set as a public health problem with increasing incidence in the world population.

**Keywords:** Stress; Female infertility; Temporary infertility; Assisted reproductive techniques.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	12
2.1 Importância da reprodução no ser humano .....	12
2.2 Conceito de infertilidade e perfil epidemiológico .....	14
2.3 A infertilidade na vida dos casais .....	15
2.4 A infertilidade na vida da mulher .....	18
2.5 A infertilidade temporária por estresse .....	20
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	25
3.1 OBJETIVO GERAL .....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>4 MÉTODOS</b> .....	26
4.1 Tipo de pesquisa.....	26
4.2 Participantes .....	27
4.3 Aspectos éticos.....	28
4.4 Coleta dos dados .....	29
4.4 Análise dos dados .....	29
<b>5 RESULTADOS</b> .....	30
5.1 Sem problemas biológicos, sem diagnóstico .....	31
5.2 Repercussões nas relações sociais .....	35
5.3 Repercussões na relação conjugal.....	38
5.4 O sonho realizado e providências futuras .....	41
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	43
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	51
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	53
<b>APÊNDICE</b> .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O desejo de ter filhos é uma parte fundamental do projeto de vida de muitos casais. O processo biológico da reprodução, além da perpetuação da espécie, aparece como uma benção. É comum associar a fertilidade a um ato de realização pessoal, no incremento da autoestima. Assim, a incapacidade de procriar pode representar um grande sofrimento, expondo o casal a experimentar sentimentos de fragilidade (LINS et al., 2014), além de ser considerada vergonhosa e gerar descrédito (COOK; DICKENS, 2014).

Há uma expectativa por parte das mulheres em idade adulta de um dia poder ser mãe. Contudo, para algumas, esta é uma meta difícil de ser alcançada. Devido à impossibilidade de gerar um filho, muitas mulheres ingressam em um processo de tratamento doloroso e delongado que pode abranger vários anos das suas vidas e consumir muita energia física e emocional (LANIUS; SOUZA, 2010).

Nos últimos anos, houve um aumento crescente da incidência da infertilidade ao nível mundial, o qual adquiriu dimensões epidêmicas decorrentes, entre outras causas, da tendência dos pares para postergar a parentalidade. Esta é uma opção que pode atrapalhar os planos de uma concepção, já que a idade reprodutiva feminina está relacionada diretamente à qualidade e quantidade de ovócitos que a mulher possui (GORAYEB et al., 2009; NASCIMENTO; TÉRZIS, 2010).

Especificamente na mulher, a infertilidade no aspecto patológico deve ser considerada durante a idade reprodutiva (menacme), pois fora deste período é fisiológico que a mulher não seja fértil. Segundo Jumayev et al. (2012), a

probabilidade de ocorrer uma gestação espontânea em mulheres acima de 35 anos cai para a metade.

Segundo Cunha et al. (2008), a cada ano surgem 2 milhões de novos casos de infertilidade. Cerca de 8% dos casais apresenta algum problema de infertilidade durante sua vida reprodutiva. Para Mascarenhas et al. (2012), a incapacidade de ter filhos pode gerar estresse, depressão, discriminação e ostracismo.

No Brasil, existiam em 2010 aproximadamente 51 milhões de mulheres em idade reprodutiva, sendo que cerca de 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva enfrentam o problema da infertilidade, podendo-se estimar a existência de 4 a 7 milhões de mulheres inférteis (WHO, 2010).

Quase um terço das pessoas que se deparam com a tentativa de uma possível gravidez terá dificuldades de fecundidade por motivo relacionado a mulher, um terço com causa no homem e outro terço com influência mútua de ambos, estando apenas 20% relacionados a origem idiopática (STEPHEN; CHANDRA, 2006).

A infertilidade então é caracterizada pela incapacidade de fertilização sem uso de contraceptivos, por um período de um ano em tentativas constantes em mulheres sexualmente ativas em idade fértil, podendo ser considerada primária, que é a dificuldade de engravidar do primeiro filho e secundária, seria uma nova tentativa para obter outro filho (WHO, 2002).

Diferentes fatores já foram apontados como motivos de infertilidade, tais como: doenças sexuais, obesidade, tabagismo, sedentarismo, drogas ilícitas, alcoolismo, exposição a produtos químicos, radiação, medicações, estresse, atividades físicas em excesso, dietas não recomendadas e idade (PEREIRA et al., 2009). Em se tratando da infertilidade feminina, Pereira et al. (2009) identificaram

que os motivos podem ser observados por alterações estruturais, alterações ovulatórias, distúrbios imunológicos e endometriose. 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. Ribeiro, Magalhães e Mota (2013) ressaltaram ainda que a infertilidade está presente em quase 70% das mulheres com síndrome dos ovários policísticos.

A presente dissertação se debruça sobre uma causa comum, mas pouco estudada da infertilidade feminina, que é o estresse. A relação entre estresse e infertilidade conjugal tem sido analisada desde a década de 1950. Pesquisadores ponderaram o nível de estresse das mulheres submetidas à reprodução assistida e verificaram que aquelas que não conseguiram sucesso com o tratamento exibiram níveis de estresse maiores do que as que conceberam. Apesar de ambos os sexos serem afetados emocionalmente pela infertilidade, as mulheres experimentam um maior estresse, além de grandes taxas de depressão e ansiedade (KARACA; UNSAL, 2015).

Distintos mecanismos biológicos relacionados ou desencadeados pelo estresse podem modificar a função reprodutiva podendo causar a diminuição da fertilidade. Entretanto, é extremamente difícil constituir relações de causalidade, devido ao aspecto da infertilidade ter múltiplas causas e não abrangem apenas fatores ligados à fisiologia feminina. Por isso é de extrema importância a informação sobre o nível de estresse dos indivíduos que procuram tratamento para infertilidade, pois é essencial para recomendar e planejar as intervenções necessárias aos serviços de reprodução humana (MOREIRA et al., 2005).

Assim, é fato que o estresse está diretamente ligado ao problema de infertilidade. Estudos já comprovaram a influência do estresse nos procedimentos

de fertilização, demonstrando que quanto maior o nível de estresse maiores são as chances de insucesso dos procedimentos (ANDERHEIM et al., 2005; LIPP; FOTHERGILL, 2006). Em níveis elevados o estresse pode ocasionar diversas patologias biológicas, problemas nas relações interpessoais, irritabilidade, ansiedade e depressão (ANDERHEIM et al., 2005; LIPP; FOTHERGILL, 2006).

A importância do estudo do tema recai sobre a alta taxa de prevalência e repercussão social e individual. Desvendar os desdobramentos que a mulher infértil por estresse enfrenta na vida cotidiana perante cobranças pessoais, de familiares e da sociedade pode auxiliar na forma como são abordadas em vários aspectos de sua saúde mental e física.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Para se iniciar a discussão teórica da temática em questão é importante destacar e traçar reflexões sobre temas que serão discutidos e entrelaçados nesta dissertação de mestrado. Para a presente revisão da literatura, optou-se por privilegiar periódicos de divulgação científica. Foram consultados os Periódicos CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio das bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

Na busca eletrônica dos artigos científicos e indexados nas bases de dados, utilizou-se dos seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações nos idiomas inglês e português: estresse, infertilidade feminina, infertilidade temporária, técnicas reprodutivas assistidas.

### **2.1 Importância da reprodução no ser humano**

Desde o surgimento da humanidade que a reprodução é uma inquietação importante na vida do ser humano, como são demonstrados em esculturas e pinturas desde os tempos das cavernas, que associam a procriação com a prosperidade. Há também descritos na bíblia sagrada em que Deus fala de fecundidade e povoação da terra, sendo assim a fecundidade é considerada uma benção, ao passo que a infertilidade é tida como um castigo (CARVALHO, 2009).

A reprodução é o processo biológico que permite aos seres vivos a continuidade das espécies. No ser humano, o processo reprodutivo é psicosssexual,

porém, para que ocorra a reprodução é necessário que homens e mulheres sejam férteis. A família de descendentes não se restringe a uma questão biológica referente à sobrevivência dos seres vivos, mas admite uma dimensão psíquica, emocional e sociocultural, possuindo conteúdos simbólicos significantes. Nesse sentido, a infertilidade do casal, independentemente de sua causa, é sempre motivo de grande sofrimento, deixando o casal exposto à fragilidade (LINS et al., 2014).

Desde os primórdios que o símbolo da fertilidade esteve ligado à mulher. Embora o modelo de família ocupe uma posição socialmente construída, a mãe passou a ocupar um lugar essencial, estabelecendo assim a identidade principal da mulher (CARVALHO, 2009; DUTRA, 2009; REIS et al., 2004). Segundo Alves e Pitanguy (1991), até meados do século XIX, a vida da mulher era administrada conforme os interesses masculinos e familiares, sendo envolta em uma aura de castidade e de resignação. Por conta de lutas e de reivindicações de igualdade de direitos com relação ao gênero masculino, a mulher conquistou seu espaço na sociedade, obtendo o direito de votar e de trabalhar fora do lar.

As concepções acerca da subjetividade e do corpo feminino também acompanharam as modificações políticas, econômicas, históricas e socioculturais. Tempos atrás a mulher tinha funções voltadas prioritariamente para a reprodução, mas também assumindo tarefas produtoras de força de trabalho como resultado do maior espaço conquistado na sociedade (ALVES; PITANGUY, 1991).

Este processo de constituição do corpo, da subjetividade da mulher e da percepção sociocultural das questões relativas à fertilidade, ou seja, a maneira como ela organiza seu modo de existir no mundo e as relações com os outros também foi amplamente influenciada (ALVES; PITANGUY, 1991).

## 2.2 Conceito de infertilidade e perfil epidemiológico

Segundo a OMS, a infertilidade é caracterizada como as tentativas para a fertilização por mais de um ano consecutivo sem uso de algum método que o evite em mulher na idade reprodutiva e sexualmente ativa. Existe uma diferença entre os termos infertilidade e esterilidade e que muitas vezes são encaradas como sendo o mesmo problema. Pode-se entender que a esterilidade é a incapacidade de se gerar um filho, já a infertilidade é o termo utilizado para pessoas que não conseguem levar uma gestação adiante (DROSDZOL; SKRZYPULEC, 2009; WHO, 2002).

A infertilidade tem sido considerada como um problema de saúde pública, sendo que a expectativa do acontecimento de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20 a 25% (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013). Considera-se que a terapêutica do casal infértil deverá ser realizada após uma verificação detalhada das prováveis causas da infertilidade. Contudo, distintos fatores causais como a faixa etária, os hábitos e o meio ambiente, também poderiam influenciar o sucesso do tratamento para a infertilidade (GORAYEB et al., 2009).

Classifica-se a infertilidade como primária, quando não existiu uma gravidez anterior, e secundária, nas demais circunstâncias (AL-TURKI, 2015; CORRÊA; VIZZOTO; CURY, 2007; FERREIRA et al., 2014). Pressupõem-se que a infertilidade conjugal alcance, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil, com uma crescente incidência em função da idade. Este percentual tem aumentado nos últimos anos devido a diversas causas: adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infecções de transmissão sexual, o

sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição urbana (MOREIRA et al., 2006; WHO, 2014).

As transformações socioeconômicas das últimas décadas trouxeram mudanças em relação à parentalidade, ou seja, homens e mulheres estão adiando o primeiro filho para o último ciclo reprodutivo. A prevalência de infertilidade indica que 8 a 10% dos indivíduos em idade reprodutiva e um em cada seis casais possuem problemas de fertilização (FERREIRA et al., 2014; NASCIMENTO; TÉRZIS, 2010).

A crescente busca por técnicas de procriação assistida é determinada pelo adiamento da primeira gravidez na mulher, pelo uso prolongado de contraceptivo, pela maior facilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis, sedentarismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, exposição a fatores laborais ou ambientais (ex.: substâncias químicas, radiação, medicações), estresse, excesso de atividades físicas, dieta e idade. Fatores masculinos incluem traumatismos nos testículos, caxumba, varicocele, baixa contagem ou pouca motilidade de espermatozoides. Para as mulheres, abortos provocados, história de endometriose pessoal ou familiar, anorexia, apendicite supurada, disfunção tubária, fator cervical, insuficiência luteínica, ovários policísticos e distúrbios importantes de hormônios também podem levar à infertilidade (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009; RIBEIRO, 2007).

### **2.3 A infertilidade na vida dos casais**

A infertilidade conjugal é definida como incapacidade de engravidar após um ano de atividades sexuais regulares sem o uso de qualquer método

anticoncepcional, os fatores causais da infertilidade podem ser masculinos, femininos ou inexplicáveis (VAN, 2001). Diversos autores citaram os valores agregados a parentalidade para a maioria dos indivíduos (CORRÊA; VIZZOTO; CURY, 2007; MONTAGNINI et al., 2009). A infertilidade interrompe o projeto de vida tanto pessoal quanto aquele relacionado ao casal, sendo considerado um infortúnio, produzindo sofrimento, angústia e até depressão (MONTAGNINI et al., 2009). Para alguns indivíduos ter um filho é o principal objetivo da vida e quando esse não é alcançado pode-se gerar consequências na existência dessas pessoas, afetando ambos os sexos, sendo vivenciados de maneiras distintas com relação às dificuldades decorrentes deste problema e seu tratamento (CORDEIRO; GOMES, 2013).

Coloca-se assim o entrave da infertilidade aos casais que encontram nesse processo o impedimento de continuar com o plano de se ter o filho biológico, fazendo com que haja envolvimento de vários elementos que vão do fisiológico ao psicológico. A infertilidade deve ser encarada como problema do casal, pois nem sempre a mulher tem culpa dessa situação. Contudo, não é assim que acontece na maioria das vezes. Culturalmente, a primeira que sofre o julgamento é a mulher, esquecendo-se que os homens ou ambos podem ser a causa dos problemas (LEITE; FROTA, 2014).

Os precedentes como abortos provocados, ou infecção prévia genital são fundamentais para recomendar uma verificação minuciosa e urgente. A permanência da infertilidade indica maior ou menor agilidade na averiguação do casal infértil e, habitualmente, os resultados de exames prévios são analisados como válidos, desde que apresentem qualidade técnica confirmada (MASCARENHAS et al., 2012).

As causas de infertilidade são múltiplas e podem, ou não, estar integradas a irregularidades do sistema reprodutor masculino ou feminino, sendo verificadas de maneira que sejam abrangentes em ambos. Sabe-se que na maioria dos casos os dois podem contribuir para essa condição (FEBRASCO, 2011; SPOTORNO; SILVA; LOPES, 2008).

A incapacidade em gerar filhos para muitos casais é algo catastrófico. A frustração de perspectivas pessoais, sociais e mesmo religiosas pode ser causadora de emoções como perda, falha e de exclusão social. Assim, circunstâncias que envolvam a infertilidade estão frequentemente associadas a alterações emocionais, como o estresse, potencializando fatores de subfertilidade pré-estabelecida. Essas repercussões negativas podem afetar o relacionamento do casal, sendo que a mulher expressa muito mais sintomas psicológicos que o homem (ÁLVARES, 2015; LEITE; FROTA, 2014).

Para evitar possíveis sentimentos que possam surgir no diagnóstico e no tratamento da infertilidade, a abordagem médica deve esclarecer as possibilidades terapêuticas disponíveis. É de extrema importância esclarecer dúvidas durante o percurso da investigação, e que o casal possa dar suas opiniões e tomar decisões seguras relacionadas ao processo, lembrando também sobre a importância do acompanhamento psicológico (COUSINEAU; DOMAR, 2007).

Os casais devem ser informados que as ocorrências de estresse, no homem ou na mulher, além de afetarem a relação do casal, estão repetidamente relacionadas com diminuição da libido, das relações sexuais e com a disfunção erétil. Podem sobremaneira contribuir para o problema de infertilidade, embora seja incorreto relacionar a infertilidade apenas com o estresse (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, 2013; LEIS et al., 2013; SILVA; LOPES, 2011).

Nem todo casal ou indivíduo possui potencial no aspecto fisiológico e psíquico para a parentalidade, o que pode desencadear um processo de negação. Assim, o desejo de ter um filho exige um aparato biopsicossocial (CORREIA; VIZZOTTO; CURY, 2007).

As apreensões geradas pela incapacidade de concepção podem levar a um sentimento de perda em vários casais, podendo sofrer pressões familiares e a desvalorização social. Essa exposição pode levar a sentimentos dolorosos nos cônjuges, além de sua exposição íntima. Planejar um filho pode ser muito desgastante, uma vez que a família e os amigos possuem hábitos de intervir na privacidade do casal. A postura de um dos cônjuges pode afetar diretamente o outro, dificultando ainda mais esse processo, sendo necessária a inclusão do parceiro nas avaliações psicológicas (FERREIRA et al., 2014).

Nesse sentido, o conhecimento relacionado a homens e mulheres que lidam com esse processo, decorrente de esforço e desgaste físico ao se submeterem aos tratamentos para reprodução sem alcançar o sucesso, ainda é escasso e deixa lacunas a serem respondidas. A compreensão dessas vivências pode contribuir para a elaboração de estratégias de apoio a esses casais (MAKUCH; FILETTO, 2010).

## **2.4 A infertilidade na vida da mulher**

Com o passar dos anos houve mudanças significativas em âmbito social, econômico, político e emocional relacionada a mulher. A gradual luta das mulheres abriu as portas do mercado de trabalho, modificando a relação da mulher com a maternidade. Esse fator contribuiu para que elas se mobilizassem buscando

independência econômica, surgindo outras exigências que mudaram a relação com a família e ao ser mãe (QUEIROZ; ARRUDA, 2006). Vale ressaltar que mesmo alterando a perspectiva de ser mãe, todas as transformações não tiraram o desejo pela maternidade (BORLOT; TRINDADE, 2004).

O modelo instituído pela sociedade levava as mulheres a afirmarem que seu desejo de gerar uma vida era fruto de pressão e cobranças sociais, já que são elas responsáveis pela procriação. Pode-se considerar que, ainda hoje, os preceitos parenterais são coercitivos, ou seja, cumprindo um papel social preestabelecido em relação a seus próprios valores e seu projeto de vida, sendo pressionadas a cumprir tal fator. Conceber um filho ainda ocupa um espaço na identidade psicossocial para as mulheres (BUSANELLO et al., 2011).

Embora a comunidade científica e órgãos governamentais classifiquem a condição de casais inférteis, essa temática ainda aponta a infertilidade como um problema da mulher, razão pela qual os motivos culturais impostos a ela atribuem maior carga de investigação. O crescente mercado relacionado à procriação aproveita da fragilidade, angústia e especialmente da ansiedade da mulher que passa por esse processo de infertilidade, ao mesmo tempo oferecendo uma gama de soluções surpreendentes (COXIR et al., 2014; MASCARENHAS et al., 2012).

Nesse sentido, é importante ressaltar que não existem promessas que levem a um resultado imediato ou milagroso. A mulher precisa ter paciência e saber tolerar algumas frustrações que podem ocorrer, esperando vários ciclos, realizando exames dolorosos e às vezes constrangedoras. Além de gerar para o casal um desconforto em sua vida sexual, essa prática passa a girar em torno da busca incessante do filho esperado (CORDEIRO; GOMES, 2013).

A mulher, quando se sente incapaz de gerar um filho começa a experimentar problemas relacionados ao orgasmo, interesse sexual e muitas vezes a espontaneidade da relação. Esta se torna refém de vários gráficos de temperatura, testes e tratamentos, ocasionando nestas circunstâncias, a obrigatoriedade de se provar a fecundidade. Pode experimentar uma prática sexual mecânica e robotizada, afetando diretamente a vida marital (CORDEIRO; GOMES, 2013).

## **2.5 A infertilidade temporária por estresse**

O estresse é uma das causas que mais adiam o desejo de se conceber filhos por um casal. Em um estudo de Gradvoh, Osis e Makuch (2013), observou-se que metade dos entrevistados da pesquisa exibiu alto nível de estresse no domínio “relações sociais”, 48,5% apresentaram alto nível de estresse no domínio “relacionamento conjugal/sexual” e no domínio “maternidade/paternidade”; e 26,7% apresentaram alto nível de estresse no domínio “vida sem filhos”. Também foi considerado neste estudo o tempo médio da infertilidade que estão entre 4,4 anos, sendo que 77% das pessoas não tinham filhos, 57,9% relataram já ter feito ou o (a) parceiro (a) ter feito algum tipo de tratamento para infertilidade e 33,7% não sabia porque a gravidez não ocorria.

Mascarenhas et al. (2012) também relataram em seu estudo mundial que a infertilidade, de 1990 a 2010, basicamente, continuava nos mesmos índices, chegando a 95% em infertilidade primária e 10,5% da infertilidade secundária. Em todo o mundo, 48,5 milhões, são casais incapazes de ter um filho, dos quais 19,2

milhões são incapazes de ter um primeiro filho, e 29,3 milhões são incapazes de ter uma criança adicional.

Há décadas, o estresse vem se destacando como fator desencadeante de alterações na função reprodutiva. Considera-se a possibilidade de um evento estressor, conhecido ou latente, inibir o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e acarretar irregularidade menstrual, amenorréia e infertilidade. A influência dos estados psicológicos sobre a função reprodutiva apresenta um perfil multifatorial, sendo muito difícil determinar relações lineares de causa e efeito (WANRREN, 2001).

O impacto que a condição psicológica tem sobre o organismo é determinado por uma combinação de fatores, tais como: traços de personalidade, presença ou não de transtornos mentais, disponibilidade de suporte social e estratégias de adaptação diante de uma situação estressante. Dessa forma, a resposta endócrina aos estímulos ambientais depende de variáveis biopsicossociais (NEWTON; SHERRARD; GLAVAC, 1999). Além disso, a reação endócrina ao estresse é dependente do estresse, sendo observadas respostas hormonais mais intensas em indivíduos com maior nível de ansiedade (ARMARIO, 1996; O'MOORE, 1983).

Domar (2000) identificou que quanto maior o nível de ansiedade, menor a chance de gravidez em mulheres submetidas à inseminação artificial. Por outro lado, diferentes transtornos mentais têm sido associados a alterações do ciclo menstrual e reprodutivo, tais como, transtorno de estado de ânimo, transtornos adaptativos e transtornos de conduta alimentar. Percebe-se que a base funcional da resposta ao estresse participa de todos esses transtornos e que as reações neuroendócrinas decorrentes podem comprometer a função reprodutiva, sendo

esses efeitos mediados por interferências dos hormônios relacionados ao estresse sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (DOMAR, 2000).

O estresse é capaz de interferir na função reprodutiva em diversos aspectos. Na ausência de uma causa orgânica detectável, a supressão dos eventos normais do ciclo reprodutivo é chamada de amenorreia hipotalâmica funcional ou de anovulação crônica hipotalâmica funcional. Essa anormalidade está relacionada com estresse físico e emocional, como ocorre nos casos de perda excessiva de peso, anorexia e exercícios físicos extenuantes que gera a amenorreia da atleta. Nesses casos, alterações no balanço metabólico parecem ser a causa principal, destacando as influências do estresse sobre os diversos mecanismos de regulação da função reprodutiva em mulheres (MOREIRA et al., 2005).

A função cíclica ovariana pode ser facilmente perturbada por um estresse emocional, levando à interrupção temporária das menstruações. Sabe-se, por exemplo, que o desejo obsessivo de engravidar pode desencadear amenorreia temporária, dificultando, ainda mais, a concepção (DOBSON, 2000). Entretanto, é importante considerar as diferenças individuais na resposta a um determinado evento estressor. Existem vários sistemas regulatórios que operam por meio de conexões nervosas, neurotransmissores e hormônios, que influenciam os mecanismos reprodutivos. Uma pesquisa destacou que os agentes estressores reduzem a fertilidade pelas influências que causam nos mecanismos que regulam os eventos da fase folicular do ciclo menstrual (DOBSON, 2000).

Outros estudos se preocuparam mais com a ideia de que a infertilidade pode ser originada do estresse psicológico, em virtude desse problema ser considerado por muitas mulheres inférteis o mais estressante evento de suas vidas (CONNOLLY, 1992; MOREIRA et al., 2005). Valoriza-se, ainda, o estresse

originado do tratamento da infertilidade, pelo fato dos casais estarem expostos a grande quantidade de informações e diversos tipos de intervenções e novos tratamentos médicos por meio das tecnologias de reprodução assistida (FACCHINETTI et al., 1997).

Vários estudos sugeriram que o estresse pode influenciar negativamente o resultado do tratamento da infertilidade. A prática clínica confirma a presença de sintomas psicológicos determinados pelo tratamento, como ansiedade, estresse, isolamento familiar/social e dificuldades sexuais (DOMAR, 2000; MOREIRA et al., 2005; NEWTON; SHERRARD; GLAVAC, 1999).

Identificou-se que as mulheres inférteis expressam sentimento de frustração e inadequação, perda de autoestima, além de depressão e ansiedade, podendo gerar sentimentos nos familiares do casal e na equipe médica. O tratamento da infertilidade implica em extensos exames diagnósticos e tratamentos médicos de longa duração que podem precipitar sintomas psicológicos, sendo de maior frequência a ansiedade e a depressão, além da raiva, frustração, isolamento social e afetivo e problemas sexuais. A ansiedade costuma aparecer pela natureza estressante dos tratamentos e pelo medo de não conceber, estando a depressão mais relacionada ao resultado negativo do tratamento (MOREIRA et al., 2006).

Caso estejam instalados os transtornos psicológicos, faz-se necessária uma ação terapêutica, na qual o psicólogo pode utilizar terapia individual, de casal ou de grupo, dependendo da sintomatologia apresentada. Na terapia de casal, os objetivos variam de acordo com as dificuldades em aceitar a infertilidade e o seu tratamento, uma vez que a ocorrência da infertilidade pode atingir o homem e a mulher de forma distinta. Geralmente, as mulheres ficam mais preocupadas com a situação, querendo logo iniciar o tratamento. Os homens, em geral, mais passivos,

encontram maiores dificuldades em expressar seus sentimentos. Esse conflito no equilíbrio entre os próprios desejos e aqueles do companheiro, seria o núcleo da terapia de casal (TRINDADE, 2002).

Os pesquisadores se dividem quanto à hipótese de que a infertilidade possa ter causas psicológicas (hipótese psicogênica) ou ser causa de uma variedade de sintomas psicológicos (BELL, 1981; GULSEREN, 2006). Até meados dos anos 1980, o modelo psicogênico foi dominante, porém salienta-se que a infertilidade pode ter a origem do estresse psicológico, pelo fato de os casais estarem expostos a grande quantidade de conhecimentos, múltiplos tipos de intervenções e novas terapêuticas médicas (FACCHINETTI, 1997).

Os sintomas psicológicos advindos da infertilidade são complexos e influenciados por diversos fatores, como diferenças de gênero, causas e duração da infertilidade, estágio específico da investigação e do procedimento do tratamento, além da própria capacidade de adaptação ao problema e da motivação para ter filhos (GERRITY, 2001; OZKAN, 2006).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar as possíveis repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- \* Levantar informações sobre as consequências da infertilidade temporária por estresse na vida conjugal.
  
- \* Descrever a vivência das mulheres e as repercussões da infertilidade temporária por estresse perante a sociedade (família e amigos).
  
- \* Caracterizar os desdobramentos da infertilidade no âmbito pessoal em relação a perspectiva de futuro, sonhos e realização pessoal.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória. O estudo é considerado transversal descritivo quando é empregado para expor características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e suas amostras de distribuição (GIL, 2008).

Já a pesquisa qualitativa busca entender um problema específico em profundidade, privilegiando a análise de processos, por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando uma análise intensiva dos dados. É também exploratória, porque procura compreender um assunto ainda pouco conhecido, observando a diferenciação inicial do problema, sua categorização e de sua definição (MARTINS, 2004; MINAYO, 2012).

Dentre as várias técnicas qualitativas de investigação, optou-se neste trabalho por utilizar a entrevista-narrativa. Utiliza-se essa técnica de entrevista, de acordo com Richardson (1999), particularmente para descobrir que aspectos de uma determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a ela. Segundo Gil (2008), essa entrevista é recomendada, sobretudo, nas situações em que as entrevistadas não se sintam à vontade para responder a indagações formuladas com maior rigidez.

Para Gil (2008), a entrevista-narrativa apresenta certo grau de estruturação, já que há uma orientação por uma relação temas de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista.

Essa técnica, na concepção de Richardson (1999), visa que a entrevistada possa discorrer livremente, nas suas próprias palavras, em relação aos temas que

o entrevistador coloca para iniciar o processo de interação. Não há, porém, o estabelecimento de uma relação rigidamente estruturada de perguntas ou mesmo dos temas. Depende, assim, do entrevistador que deve orientar e estimular a discussão dos temas pré-estabelecidos para entrevista, enquanto a entrevistada tem total liberdade de expressar-se, a partir do roteiro de temas.

O entrevistador, na perspectiva de Gil (2008), faz poucas perguntas diretas, deixando a entrevistada falar livremente à medida que se refere aos temas previamente assinalados. Entretanto, quando se afastar demais do assunto a se discutir, o entrevistador deve intervir, de maneira sutil, para preservar a espontaneidade do processo.

## **4.2 Participantes**

As mulheres foram selecionadas a partir dos prontuários médicos disponibilizados pelo departamento de Reprodução Humana de uma Clínica na cidade de Goiânia entre os meses de janeiro de 2016 a março de 2016. Foram identificadas às informações relacionadas ao endereço, telefone e outras informações clínicas.

Nesta etapa, os prontuários foram revisados por uma médica, auxiliando a pesquisadora a selecionar aquelas mulheres inférteis temporariamente, ou seja, que não possuíam nenhum problema biológico que as impedisse em gerar filhos e que tinham indicações no prontuário de forte estresse.

Como critério de inclusão foram selecionadas pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva, com faixa etária entre 18 e 49 anos de idade, que apresentavam infertilidade sem nenhum problema biológico que a impedisse, que

havia indicação no prontuário de estresse e que se encontrava casada ou em união estável no momento da entrevista.

Como critérios de exclusão não foram investigadas pacientes com diagnóstico prévio de infertilidade por causas biológicas, mulheres que não estavam casadas ou em união estável no momento da entrevista e aquelas com indicação de transtornos psiquiátricos previamente à infertilidade.

Ao todo foram identificados 32 prontuários, sendo que desses, 11 foram excluídos por não contemplarem todos os critérios de inclusão e exclusão. Houve um contato inicial (via telefone) com as 21 mulheres restantes. O objetivo do contato inicial foi à apresentação da pesquisadora e a autorização para que pudesse visitá-las e apresentar formalmente os objetivos da pesquisa. Desse total de contato, foram realizadas 10 entrevistas até que se iniciou a recorrência das falas (saturação) que, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) é a interrupção da inclusão de novos participantes na pesquisa quando já não algo mais significativo do que foi coletado.

#### **4.3 Aspectos éticos**

Antes da entrevista, a participante lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deixava clara a garantia de sigilo sobre a identidade do participante. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde sob protocolo CAAE: 51001715.7.0000.0037, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com o parecer nº 1.368.168.

#### **4.4 Coleta dos dados**

A coleta de dados ocorreu de março de 2016 a junho de 2016. Depois de obtido o consentimento verbal foi agendado a visita. O domicílio foi o local escolhido por todas as entrevistadas, sendo respeitado esse pedido. Entretanto, a pesquisadora esclarecia que era preciso um ambiente silencioso e que se encontrassem somente pesquisadora e participante no momento da entrevista.

Após o consentimento formal (assinatura do TCLE) iniciou-se a primeira parte que fia anotação de dados clínicos e sociais das entrevistadas. Na segunda parte, as entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital de áudio, mediante o consentimento das participantes e transcritas na íntegra para a análise dos dados. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos. Cada entrevista foi identificada apenas numericamente, para o controle da pesquisadora, garantindo com isto o anonimato das participantes. Após a marcação numérica todas as entrevistas foram codificadas sendo substituídos os nomes verdadeiros pela letra P referente ao termo “participante”.

A pesquisadora usou um diário de campo para relatar as percepções sobre as entrevistas. Os dados permanecerão arquivados, com a pesquisadora, por um período mínimo, de cinco anos, para a possibilidade de atender as necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a futuros questionamentos.

#### **4.4 Análise dos dados**

A análise das entrevistas se se baseou na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que visa compreender a realidade a partir da

percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (BACKES et al., 2011).

A análise seguiu os procedimentos metodológicos da TFD, empreendendo após a transcrição das entrevistas, as seguintes etapas chamadas de codificação dos discursos (GARQUE, 2007). Na primeira, chamada de codificação aberta, as narrativas estabelecidas nas entrevistas foram lidas de forma rigorosa pela pesquisadora, selecionando os núcleos de sentido mais relevantes, criando assim as categorias de análise.

A segunda etapa consistiu na codificação axial em que foram destacadas as principais categorias explicativas do fenômeno e também criadas as subcategorias que relacionam com os fatos e ajudam a explicar.

Na terceira e última etapa, foi realizada a codificação seletiva que consistiu na organização de uma narrativa descritiva sobre o fenômeno central do estudo, selecionando o que realmente importa no desenvolvimento do modelo teórico representativo do fenômeno pesquisado.

## **5 RESULTADOS**

Após a transcrição e posterior análise das entrevistas, as categorias explicativas que surgiram dos discursos das entrevistadas foram: 1) sem problemas biológicos, sem diagnóstico; 2) repercussões nas relações sociais; 3) repercussões na relação conjugal; e 4) o sonho realizado e providências futuras.

### 5.1 Sem problemas biológicos, sem diagnóstico

A importância de se ter um diagnóstico de infertilidade foi muito ressaltada nos relatos das entrevistadas, uma vez que a dúvida era uma das preocupações mais frequentes dessas mulheres. Informaram que não conseguiam assimilar o que poderia estar acontecendo com elas e se iriam conseguir realizar o desejo de se tornarem mães. O fato é que as consultas médicas não conseguiam sanar essas inquietações. *Então, eu nunca tive esse diagnóstico, engraçado né? Nunca ninguém me disse “você tem infertilidade”. O que para mim é o que mais me incomodava porque eu sempre quis saber porque eu não engravidava (P1).*

Na tentativa de achar uma causa da impossibilidade de se engravidar, a vida das mulheres entrevistadas passou a ter um eixo em comum, que era a expectativa de se obter uma gestação de sucesso. Isso levava a uma procura incessante por respostas, que vinham precedidas de frustrações quando a fisiologia fazia sua parte, levando essas mulheres a associarem muitas vezes a menstruação como um luto constante de uma condição que deveria ter sido alcançada. *Eu costumo dizer que cada menstruação é um luto porque é uma tristeza quando você menstrua (P1).*

Observou-se nos relatos que dificilmente foi realizado um encaminhamento ao especialista em reprodução humana. Muitas das vezes as entrevistadas fizeram essa busca por conta própria. O médico ginecologista responsável orientava o casal a esperar a gestação porque a idade do casal ainda não era considerada um risco ou também lhe davam a opção de tentar melhorar a fertilidade com uma terapêutica medicamentosa, por exemplo, com indutores da ovulação. *Posso te dar um medicamento que você vai ovular mais e aumentar as chances. E a questão,*

*vai aumentar as chances, mas não tem motivo, está tudo muito novo e vocês estão jovem e vamos esperar (P3).*

As entrevistadas demonstraram que mesmo apesar das tentativas naturais fracassadas, persistia o sentimento de esperança ao continuar buscando alguma resposta relacionada a não ocorrência de uma gravidez. Os relatos se consolidam na tentativa de explicar o que estava ocorrendo com o seu próprio corpo. *Porque você não ter problema nenhum e não conseguir engravidar, aí assim a gente fica sem saber o motivo (P10).*

Com o decorrer do tempo, sem o sucesso para engravidar, as mulheres tinham uma tendência em retornar ao médico ginecologista (não especialista em reprodução humana) e reiniciavam os procedimentos, com novas pesquisas e exames na tentativa de achar algo novo, não percebido anteriormente. *Ninguém nunca soube me falar nada (P7).*

Os relatos mostraram que os médicos não especialistas em reprodução humana, em sua maioria, tentaram tranquilizar o casal em relação à falha nas tentativas. Esta postura se baseia em orientações da OMS que considera normal a tentativa de gravidez sem sucesso por três anos consecutivos em casais jovens. *Qual foi a causa da minha infertilidade? Nunca ninguém me disse (P1).*

Outro fator a ser considerado é que o diagnóstico de infertilidade não foi relatado por nenhuma paciente entrevistada. Isso sugere dificuldade na determinação do diagnóstico de infertilidade temporária por estresse, uma vez que o CID 10 não relata esse tipo de infertilidade, deixando uma lacuna que não consegue ser respondida. *É... na verdade eu não tive um diagnóstico de infertilidade real né? Em partes pela minha idade, o que o médico sempre falou que pela minha idade e do meu esposo, até um ano a gente deveria ter conseguido*

*engravidar (P3). Fui para consultar de novo e ela até falou que como eu e meu marido era um casal jovem que dava para esperar tranquilamente (P5).*

A preocupação estimulou algumas pacientes a procurar ajuda especializada em reprodução humana, precoce ou tardiamente. Tal fato pôde ser observado claramente, como exemplo, em duas pacientes. A paciente P2 procurou um especialista após uns cinco anos, pois tentou por mais de dois anos sem acompanhamento médico e não obteve sucesso. Depois desse tempo procurou uma médica ginecologista e também não conseguiu ao passar de mais três anos. A paciente P1 tinha melhor estabilidade financeira e logo procurou um especialista em reprodução humana um ano e cinco meses após tentativas sem sucesso. Esses dois exemplos retrataram várias entrevistadas que esperaram um tempo para se estabilizar financeiramente após o casamento, algumas quando não conseguiram engravidar pelos métodos naturais, buscaram alternativas mais avançadas e tiveram que esperar mais um tempo até conseguirem pagar essa nova alternativa e outras procuraram atendimento público. *Ficamos cinco anos tentando e nada né. Aí foi onde a gente conseguiu pelo Hospital das Clínicas (P2).* Outras pagaram para fazer a inseminação quando viram que não conseguiam responder o porquê de não se obter uma gestação. *Assim nós fomos fazendo até que eu resolvi inseminar e aí eu inseminei; primeira vez não deu e eu inseminei uma segunda vez e deu (P1).*

Outro ponto importante no início do tratamento foi a grande quantidade de hormônio usado. Algumas pacientes fizeram uso de hormônios por via oral e outras além da via oral, por via injetável. *Ela (médica) pediu. Tomei remédio para ovular (P2). Ela (médica) já entrou com aquele medicamentozinho primeiro. Daí no*

*próximo ciclo ela já entrou com o Gonal<sup>1</sup>, aí no outro eu tomei outro ciclo de Gonal (P6).* Essa última paciente P6 sofreu efeitos de hiperestímulo ovariano por excesso desse hormônio o *Gonal*.

Foi possível identificar que as mulheres entrevistadas foram submetidas a vários exames, desde dosagem hormonais, monitorização da ovulação a exames mais complexos como a histerosalpingografia. Relataram o grande desconforto de se repetir vários exames e sempre ter a esperança de encontrar algo que possa ser solucionado. Buscaram mais de uma opinião na tentativa de encontrar alguma outra solução não mencionada. Determinadas falas demonstraram que o médico não fala do estresse propriamente dito, mas dava conselhos a paciente para tentar esquecer o fato evitando desgastes psicológicos e dando conselhos e exemplos de outras pacientes que passaram pela mesma situação. *Aí ele já começou a perceber que a gente estava assim com uma certa ansiedade. Aí ele falava olha tem que relaxar, tem que esquecer, tem que procurar viajar... e contava história de quem tinha acontecido de um jeito e de outro, tudo em momento assim bem descontraído (P10).*

O fato que se coloca, portanto, é que essas pacientes não possuíam problemas biológicos para gerar uma criança, mas também não tinham um diagnóstico relacionado ao CID 10. Ou seja, o médico nunca relatou que elas tinham infertilidade relacionada a estresse ou algo que pudesse explicar essa condição, pois o CID 10 apresenta em sua classificação a infertilidade não especificada. Entretanto, davam a entender que elas tinham que tentar esquecer

---

<sup>1</sup> Gonal é a marca do medicamento Alfafolitropina que é um hormônio folículo estimulante que é recomendado para o estímulo do desenvolvimento folicular e ovulação nas mulheres.

os fatores estressantes que na hora menos esperada aconteceria uma gravidez espontânea.

Percebeu-se nos discursos que a palavra estresse ou mesmo o diagnóstico de infertilidade temporária por estresse não foi mencionado para não causar mais desconforto, mas em troca vários outros momentos colaboraram para ratificar a “ansiedade e a paciência” para a ocorrência de uma gestação. *Aí que eu fiquei brava mesmo, porque ele tá lá assim com meu marido graças a Deus, graças a Deus, e aquilo foi me dando uma raiva, eu falei tudo bem graças a Deus, não tem nada, mas e aí? Em janeiro faz três anos! E aí? Nós estamos tá tudo bonitinho, não tem nada com você, com você não tem nada, mas e aí doutor? Aí ele falou assim: “uai, é da natureza” (P10).*

## **5.2 Repercussões nas relações sociais**

As mulheres entrevistadas relataram que a decisão de fazer a inseminação passou a ser considerada porque não se conseguia ter uma gestação. Foi-lhes dada essa opção devido a não possibilidade de um diagnóstico condizente com o CID 10, principalmente sobre a não determinação das causas da possível infertilidade temporária por estresse. No que diz respeito essa decisão, ficou claro nos relatos que não foi uma decisão compartilhada com toda a família ou amigos, até mesmo por não querer expor seus sentimentos e nem criar expectativa nas pessoas que esperavam essa gravidez. Ficou bem esclarecido na narrativa de duas entrevistadas: *Eu não quis expor. Então, poucas pessoas sabem. Assim, sei lá. A gente não fala (P1). A gente ficou calado para não criar expectativa (P2).*

As falas das mulheres entrevistadas evidenciaram que parentes e amigos mais próximos atuavam como apoio social positivo, mas também como fonte negativa que afetava diretamente a paciente, criando um estresse psicológico significativo. Essa culpabilidade pode ser atribuída ao fato de criarem uma perspectiva excessiva sobre estas mulheres. *Só que a família cobra da gente, a família era mais ansiosa que eu. Acho que mais pela família que foi me dando uma ansiedade assim (P5).* Já por outro lado, o apoio gerava o suporte positivo. *Minha família sempre esteve do meu lado. Amigos, descobri os verdadeiros nessa hora também né (P4).*

No que se refere ao suporte positivo, observou-se que o apoio socioafetivo de amigos e familiares teve uma contribuição significativa, pois ajudava as mulheres a terem outra perspectiva em relação à possibilidade de gestação. É um apoio muito esperado, um suporte importante na hora de incerteza e dúvida. A presença dessas pessoas aliviava essa pressão em partes, sendo que as considerações emergiam da própria essência feminina, ou seja, essa esperança ou essa cobrança para se tornarem mães derivavam da própria mulher. *Minha família sempre esteve do meu lado. Amigos descobri os verdadeiros nessa hora também (P4).*

Algumas mulheres contavam suas histórias e angústias para amigas que também tinham passado por esse processo, bem como para pessoas mais próximas, como irmãos e ainda colegas de trabalho que conviviam com elas e souberam de todo o processo. *Tenho uma amiga que fez inclusive proveta. Ela teve gêmeos e perdeu uma. A gente foi muito próxima. Foi uma pessoa que quando foi para compartilhar, ela foi muito presente assim. Ela teve uma participação assim mais intensa, foi uma pessoa bem presente que sabe de tudo*

*(P1). As únicas pessoas que sabiam eram meus pastores, porque eu sou evangélica e os meus pastores sabiam que não iam ficar pressionando falando. O máximo que eles fizeram foram orar mesmo. No serviço (sabiam) porque às vezes eu tinha que me ausentar ou trocar o meu horário para poder ir lá fazer a monitorização (P2).*

Em termos de suporte negativo, identificou-se nos relatos, claramente, que essa questão da não ocorrência da gestação, na vida dessas entrevistadas, era algo muito constante e que sempre era lembrado nos círculos sociais. *Aí, você não faz filho não? (P8).* Essa influência negativa se faz presente continuamente como efeito da pressão para se engravidar, muitas vezes de forma inconsciente por parte dos parentes e amigos.

Outro fator importante nas entrevistas é que alguns dos familiares sempre davam a entender que o problema estava relacionado somente à mulher, sendo que elas também, assim como seus cônjuges, não possuíam nenhum problema biológico que os impedissem de obter uma gestação. Observou-se que esse fator influenciava muito a vida das mulheres, como foi relatado. *Para família é assim, minha mãe tinha uma compreensão por ser minha mãe, mas na parte do meu sogro, minha sogra e meus cunhados, sempre achavam que o problema era eu (P2). Mais aí, como passava o tempo, tinha uma cobrança não declarada de todo mundo (P3).*

As pacientes começavam a atribuir uma responsabilidade não existente e o grande dever moral de ter que engravidar. Constantemente era exaltado o sentimento de cobrança por parte delas próprias, como foi relatado por todas as entrevistadas, sendo identificado uma forte pressão psicológica e estresse na vida dessas mulheres. *Assim é complicado porque a gente vê todo mundo tendo de*

*forma natural e você não (P2). Então acho que a gente se cobrava muito também e no fundo eu achava que a gente tinha algum problema porque aí passa uns meses a gente eu não ficava grávida (P3). A frustração e o sentimento de impotência ficam bem evidenciado em algumas falas. De frustração de desânimo muitos sentimentos, mas o principal é de frustração porque a gente vai numa expectativa tão grande e nada né? Parece que é até engraçado, passa uns dois dias, a gente menstrua (P8).*

Outra fala constante entre as entrevistadas era de pessoas próximas a elas, como colegas de trabalho, amigos e até a família, diziam que quando elas esquecessem, a gravidez iria acontecer. É isso passou a gerar ainda mais estresse nas entrevistadas. *Todo mundo fala que o psicológico manda e eu te tenho certeza que é sim. Só que é difícil os outros falarem assim. Você tem que esquecer (P3). Não tem como você esquecer, você vive em função daquilo ali (P10).*

Nesse sentido, ficou evidenciado que o apoio psicossocial precoce pode contribuir muito para o enfrentamento das possíveis frustrações com as sucessivas negativas de gravidez. Entretanto, observou-se nos discursos, mais suporte negativo que positivo. As relações sociais empreendidas pelas mulheres, especialmente entre familiares e amigos, invariavelmente culminavam em cobranças e pressão psicológica para engravidar, ou seja, tudo aquilo que tinha o poder de gerar ainda mais ansiedade e estresse nas mulheres.

### **5.3 Repercussões na relação conjugal**

Os casais acreditavam que podiam ter filhos quando desejarem, porém, a constatação da dificuldade de engravidar pode pôr em risco o projeto parental

sonhado e imaginado pelos casais. Eles se sentem frustrados e decepcionados como seres impossibilitados de realizar a transferência genética e ter um descendente. Relatos demonstraram a necessidade do casal em conceber uma criança. *Casamento vai ficando assim, chega em uma época que parece que o filho faz falta (P7).*

Nos discursos das entrevistadas, pôde-se identificar que a relação conjugal se fortificou em vez de ser abalada, mesmo depois de anos tentando e várias tentativas frustradas. Esse fato foi de grande importância na vida dessas mulheres, que encontravam em seus maridos a força necessária para continuar a tentar engravidar. *Nos aproximou muito mais, porque foi o desejo da gente; a gente desejou muito, então a gente se juntou (P2). Desde o começo ele sempre apoiou, ele nunca me cobrou nada, nunca deu a entender que o problema era comigo. Jamais. Nunca tive esse problema (P8).* É explícito o apoio positivo do marido nesses relatos, isso foi um fator importante que contribuiu significativamente contra os agentes estressores gerados pela expectativa de se realizar uma gestação.

Outro ponto positivo da relação conjugal, que deve se levar em consideração, é que algumas mulheres referiram que não deixaram a expectativa da gestação interferir na vida conjugal. *Eu acho que não assim porque eu não permiti que a gente trouxesse problema para isso entendeu (P1).* Outras atribuíram o fato da relação não ser afetada devido à religião professada pelo casal. *Não sei se é devido nossa religião, mas não nos abalou em nenhum momento não (P2).* Interessante notar é que os casais se ajudavam em vários momentos, sendo um importante suporte afetivo entre os pares, contribuindo de forma positiva no casamento.

Nesse sentido, os discursos apontaram para a presença atuante do marido como um apoio positivo do ponto de vista psicossocial. Observou-se, portanto, que em geral as mulheres entrevistadas veem em seus maridos apoio, consolo e ajuda, ainda mais quando eles notavam que elas sofriam muito com comentários e algumas tentativas sem sucesso. *Me apoiava sempre. Me apoiou graças a Deus. Creio que essa questão de uma mulher que o marido cobra, deve ser bem mais complicado né? (P7)*. Alguns relatos mostraram a afetividade desse apoio positivo do conjugue: *Ele sempre falava assim: “não, você vai ver o próximo mês, vai dar certo e tal” (P3)*. *A hora que vir veio. É porque não é hora ainda (P5)*. O apoio era mútuo, atuando para contribuir na relação e como fator de esperança na vida do casal.

Embora houvesse muito apoio positivo, em outros momentos, o marido também atuava como um fator gerador de estresse, fazendo com que suas companheiras se sentissem desmotivadas e sem nenhum suporte por parte deles, sendo cobradas ainda mais pelo fato de não conseguirem engravidar. *Meu esposo cobrava. Sempre cobrando e cobrando. Eu acho que dificulta um pouco porque fica muito pressionada querendo e querendo e vai só complicando (P9)*.

Relatos demonstraram que as mulheres não têm o suporte positivo o tempo todo de seus respectivos maridos e até mesmo acabavam pressionadas. *Fica, né? Fica sempre jogando a culpa um no outro. Ele ficava decepcionado também. Não, paciência ele nunca teve (P9)*.

Pode-se observar que o sentimento de cobrança por um resultado positivo poderia afetar a qualquer momento a rotina natural dos relacionamentos, mas esse fator dependia de como o casal enfrentava essa condição temporária. Nos discursos das entrevistas foi identificado que esse fator teve mais pontos positivos

do que pontos negativos, como é bem relatado pela paciente (P5). *Acho que gente ficou mais próximos. Foi ótimo para gente (P5).*

Diferentemente das relações sociais empreendidas pelas mulheres, em especial com familiares e amigos, na relação conjugal, observou-se muito mais suporte positivo. As relações sociais empreendidas transitavam entre o suporte positivo e à cobrança estressora. Já na relação conjugal, como se observou nos relatos, a confiança se consolidava com maior força, trazendo conforto e esperança na futura gestação.

#### **5.4 O sonho realizado e providências futuras**

Todas as entrevistadas tiveram seus filhos, seja pelo processo natural ou pela inseminação artificial. Algumas queriam ser mães novamente, mas depois da primeira gestação tiveram a mesma dificuldade de engravidar e não quiseram optar novamente por inseminação e não conseguiram pelo método natural. *Eu fiquei um ano e nove meses da primeira vez e fiquei sete anos tentando. Acho que agora realmente passou então não tenho nenhuma questão realmente agora eu tenho que evitar e eu acho que não é legal mais (P1).*

A inseminação contribuiu para algumas mulheres realizarem o projeto de parentalidade, mas para uma gestação futura a especulação era se esse processo teria sucesso ou não, bem como também à possibilidade de vir mais de uma criança que lhes acarretavam o sentimento de medo referido por algumas das entrevistadas. *Da segunda vez era um risco muito grande de você ter mais de um mais na primeira vez até vai. Mas a segunda vez você dá uma surtada. Eu tive muito isso (P1).* Mas há adversidades, pois, a entrevista da (P1) relatou que tinha

essa angústia de fazer o processo novamente, mas quando surgiu a oportunidade não pensou duas vezes em realiza-la. Na segunda vez a paciente não obteve sucesso e desistiu de tentar novamente. Somou-se o fator idade que já se enquadrava em gravidez de risco.

Algumas mulheres também referiram que, como seus filhos ainda estão pequenos e são muito dependentes, achavam melhor esperar e depois, em um futuro próximo, tentarem mais uma vez, outra gestação. *Por enquanto a gente não pensa de ter agora porque a minha filha tem um aninho. Então assim é acho que está muito recente e ela está muito novinha e na minha idade eu já tenho vinte e nove anos. Eu acho que eu não posso esperar muito e nem ser muito rápido a gente não sabe assim bem quando não mais a curto prazo tipo agora um ano não talvez uns três anos dois anos acredito quando ela tiver na escola quando tiver mais fácil para ela se cuidar (P8).*

Outras que não passaram por esse processo de inseminação estavam na expectativa de ter uma segunda gestação. *Depois que eu tiver o neném que eu nem quero tomar mais anticoncepcional na vida sabe, pelo menos se Deus quiser, eu queria ter uns três pelo menos, vamos ver, né? (P5).* Contudo, também deve-se ressaltar que algumas dessas mulheres não queriam outra gestação, devido à idade, por acharem que estarão muito velhas ou porque o sonho era só uma criança. *Então, hoje a gente pensa em ter um só, mais não sei realmente. Eu falo sempre pela queria ter filhos com a distância maior de tempo e por eu agora fiz trinta anos agora né então eu acho que já vai tá, por exemplo, com seis anos e eu vou estar acima de trinta e cinco anos, então não sei se vai, não sei mais. A ideia hoje é um só (P3).*

A realização de ser mãe foi alcançada seja pela primeira ou pela segunda vez por essas mulheres, mas o fato de que algumas entrevistadas relataram que o sonho vai além de um ou dois filhos, porque elas ainda não tiveram o sonho de ter uma criança de determinado sexo (menina ou menino) e que vão continuar tentando até esse sonho se tornar realidade. *Porque assim eu tenho um rapaz e eu sempre tive vontade de ter uma menina. Não que agora por ser menino não é bem-vindo, mas a gente tem menino, e a gente não tem menina (P10).*

Portanto, foi possível observar nos relatos que algumas mulheres continuaram com o mesmo receio de tentar engravidar pela segunda vez, outras já se realizaram como mãe e não pretendiam ter mais filhos. Outro fator foi a carreira profissional que influenciou nas escolhas dessas mulheres. A maior preocupação foi com a idade, uma vez que todas relataram que até os quarenta anos estava tudo bem, agora depois dessa idade foram aconselhadas a não tentarem mais pela probabilidade de se ter uma gravidez de risco.

## **6 DISCUSSÃO**

Levando em conta os resultados obtidos nessa pesquisa, algumas reflexões podem ser feitas quanto aos aspectos psicológicos e emocionais relacionados à infertilidade temporária por estresse. A infertilidade temporária por estresse atinge cerca de 9% da população brasileira (MOREIRA et al., 2013). Na vida das mulheres que estão tentando engravidar essa forma de infertilidade é impactante, haja vista que ter um filho é um sonho reforçado pela cultura ocidental e tem por significado a união do casal. Vários estudos têm demonstrado que a qualidade de

vida é afetada pela infertilidade, produzindo a diminuição do bem-estar (BOIVIN et al., 2007; MOREIRA et al., 2013; MOURA RAMOS et al., 2010).

Confirmou-se na literatura científica que essa população tende a desenvolver quadros mais intensos de sintomas com tendência ao negativismo, elevando os níveis de estresse, depressão e ansiedade. Em muitas sociedades, o significado de ser mãe é mais do que conceber uma criança, é acima de tudo a valorização perante a comunidade, seja por razões sociais ou culturais (COOK; DICKENS, 2014).

Mulheres que não conseguem chegar a essa meta são estigmatizadas, podendo sofrer cargas de estresse e vários outros problemas psicológicos, como o sentimento de vergonha pessoal, culpa e humilhação. Além de agressões físicas sofridas por mulheres que pertencem a culturas que não aceitam a fato delas não gerarem filhos. Essas experiências podem comprometer a saúde trazendo consequências muito mais significativas, como é o caso da infertilidade temporária por estresse (COOK; DICKENS, 2014; LARSEN et al., 2010; QUINTELA, 2013).

Os resultados da presente pesquisa identificaram que a infertilidade relacionada ao estresse pode levar a angústia maior, já que não existe no CID 10 tal diagnóstico que explique essa condição. Um diagnóstico de infertilidade sem causa biológica se apresenta como sendo muito frustrante, o que na literatura científica denomina-se de “infertilidade inexplicada” (GELBAYA, et al., 2014; RAY et al., 2012).

O prognóstico é pior quando a duração da infertilidade é superior a três anos e a mulher possui mais de 35 anos de idade. Na população em geral, dos casais que tentam a concepção, 84% irá conceber após um ano e 92% conceberá após dois anos. A prevalência de infertilidade inexplicada ainda é verdadeiramente

discutível porque o diagnóstico pode estar relacionado à falta de um teste específico, pode ser devido a erros de diagnóstico ou ainda por fatores psicológicos como o estresse e a ansiedade (BHATTACHARYA et al., 2008; GELBAYA et al., 2014; RAY et al., 2012).

As entrevistadas referiram a pressão exercida, advinda das relações sociais (amigos e família). Observou-se uma exigência para que a mulher desempenhe o seu papel e tenha filhos depois que sua relação já estiver estável. Quando isso não acontece por dificuldade em engravidar, inicia-se um processo de busca pela solução do problema, como um tratamento médico, muitas vezes com um não especialista em reprodução humana. Assim, antes que se inicie qualquer tratamento, é necessário que os casais passem por uma avaliação médica criteriosa para investigação da causa de infertilidade, que pode ser masculina ou feminina e também sem causa conhecida (VITEK et al., 2016).

Outra razão reside na obrigação ética que o profissional ginecologista ou especialista em reprodução humana tem de esclarecer sobre todos os fatores relacionados à infertilidade, já que o estresse está intimamente ligado à infertilidade (CASU; GREMIGNI, 2016). O objetivo em curto prazo deve ser o de reduzir o sentimento de desamparo da paciente, como lidar com a infertilidade, as mudanças na vida sexual, superação das deficiências sobre o conhecimento da fertilidade e melhorar as habilidades de comunicação conjugais. Estudos já relataram que quanto melhor for a interação entre médico e paciente, melhor será a resposta ao procedimento que essa mulher pode ser submetida (CAMPAGNE, 2006; CASU; GREMIGNI, 2016).

Há também uma implicação importante no que se refere ao próprio campo das relações entre os médicos e suas pacientes ditas inférteis. Por exemplo,

quando o desejo de ser mãe e ter filhos é enunciado na clínica médica, deposita-se na figura do médico um saber sobre o corpo. Assim, o médico torna-se um agente autorizado a adentrar na intimidade do ser, já que seu conhecimento lhe confere a chance de realizar o impossível na vida dessas mulheres (ÂNGELO; MORETTO; LUCIA, 2009).

Outro ponto a ser considerado é o fato de que nem sempre o médico não especialista em reprodução humana tenta ajudar a paciente, mas acaba postergando a chance de ela conceber uma criança quando ele não a encaminha para um especialista em reprodução humana (ÂNGELO; MORETTO; LUCIA, 2009; MORETTO, 2005).

Foi possível identificar que as mulheres que passaram por esse processo têm como efeito final o estresse. Kamath e Bhattacharya (2012) expuseram que investigações de infertilidade nem sempre conseguem identificar anormalidades sutis na via reprodutiva. A etiologia da infertilidade que não pode ser explicada pode ter variações de fatores heterogêneos, como causas endocrinológicas, imunológicas e genéticas. Além disso, a reserva de óvulos é comprometida por um fator de idade nas mulheres mais velhas podendo ser um dos responsáveis pelo diagnóstico de infertilidade sem causa específica (KAMATH; BHATTACHARYA, 2012).

Todas as vivências apontadas nos discursos das mulheres emergem do fato do não diagnóstico definido, mas que se diziam relacionado temporariamente ao estresse. O papel que o estresse desempenha na infertilidade continua controverso, em grande parte, porque, apesar dos avanços médicos, uma grande porcentagem de infertilidade permanece inexplicada, referindo-se a casais que realizaram a investigação padrão, que inclui teste de ovulação, permeabilidade

tubária e análise do sêmen e que possuem achados normais (KAMATH; BHATTACHARYA, 2012).

Em termos de relações sociais, identificou-se que na maioria das vezes a culpa pela infertilidade recai sobre a mulher. Esse fato, historicamente, decorre da ideia de que as mulheres eram as principais culpadas pela não ocorrência da gravidez. Entretanto, com o desenvolvimento dos recursos tecnológicos aliados à medicina, essa perspectiva foi mudada, pois o homem pode ser o responsável por esse problema, ou ainda, também ambos não possuem nada que impeça a gravidez. Neste contexto a infertilidade é considerada como de causa indeterminada ou relacionada ao estresse (COXIR et al., 2014; SHAFIAIE; MIRGHAFORVAND; RAHIMI, 2014).

Vários estudos mostraram que os efeitos de gênero desfavorecem as mulheres em sofrimento emocional, especificamente nos domínios relacionados à vida social, sexual e conjugal. Em termos sociais há um sofrimento que atua negativamente na vida dessas mulheres relacionado aos amigos e familiares que possam inadvertidamente causar dor, oferecendo bem-intencionadas, mas equivocadas opiniões e conselhos. Casais que passam por esse processo de infertilidade temporária por estresse podem evitar a interação social com amigos que estão grávidas e famílias que têm filhos (CASU; GREMIGNI, 2016; PARKER; BROTHIE, 2010; RAPAKKO; MENKE, 2015).

Os resultados evidenciaram uma forte pressão negativa por parte dos familiares, especificamente sobre a mulher. A repercussão da infertilidade é expressivamente maior em mulheres, independentemente da idade, escolaridade, situação de emprego e causa da infertilidade (CASU; GREMIGNI, 2016; RAMÍREZ-UCLÉS; CASTILLO-APARICIO; MORENO-ROSSET, 2015).

Um estudo europeu identificou que mulheres ansiosas levam mais tempo para conceber e são mais propensas a sofrer um aborto do que as mulheres que têm níveis mais baixos de ansiedade (WOODS-GISCOMBÉ; LOBEL; CRANDELL, 2010). Outros dois estudos demonstraram que as mulheres com histórico de depressão têm duas vezes mais possibilidade de sofrer infertilidade posteriormente, quando comparado com mulheres sem essa história (ARNAL-REMÓN et al., 2015.; CASU; GREMIGNI, 2016).

As repercussões da infertilidade, como já demonstrados, constituem-se de eventos estressantes na vida dessas mulheres, fato esse que aumenta à medida que se passam meses e anos sem alcançar a gestação desejada. Essa espera afeta diretamente as relações sociais, familiares e trabalhistas dessas mulheres. Em geral, os familiares contribuem como um reforço positivo significativo, trazendo um amortecimento do estresse relacionado à infertilidade temporária, o apoio dos entes queridos facilita a adaptação emocional relacionada à infertilidade (MORENO-ROSSET, 2015; RAMÍREZ-UCLÉS; CASTILLO-APARICIO).

Já por outro lado, há uma pressão familiar que está conjugada com a repercussão psicossocial do fenômeno da infertilidade. Os familiares também não conseguem compreender que a mulher, além de estar enfrentando seus próprios anseios e preocupações, além da culpabilidade que ela mesma se atribui, ainda sofre com comentários discriminatórios em relação ao tempo de casamento dos cônjuges e a falta de filhos. Tal aspecto indiscutivelmente colabora para o estresse na vida dessas mulheres (JURADO et al., 2008).

No que se refere à relação conjugal, observou-se que as mulheres têm uma tendência a sofrer mais estresse e ansiedade do que os homens na relação do casal no que diz respeito à infertilidade (SHAFIAIE; MIRGHAFORVAND; RAHIMI,

2014). O estudo realizado por Chang e Mu (2008) demonstrou que os casais que receberam tratamento de infertilidade possuem uma visão centrada na família, mencionando experiências de estresse resultante da pressão da sua família sobre a infertilidade.

A interação do casal durante o processo de infertilidade temporária por estresse é uma questão de suma importância, o qual foi observado nos discursos das entrevistadas. O tratamento da infertilidade pode gerar alterações positivas e negativas nas relações matrimoniais. Em um estudo, identificou-se que as mulheres, que mencionaram a pressão do seu marido para tomar medidas para tratamento, tiveram o mais alto nível de estresse em comparação com aquelas que expressaram a razão em seu desejo pessoal e, provavelmente, a razão dessa tensão é que a opinião do marido teve o maior efeito sobre sua vida (CHANG; MU, 2008).

Com a participação efetiva do cônjuge na busca do diagnóstico e do envolvimento do tratamento da infertilidade pode levar mudanças positivas no relacionamento do casal. Estudos corroboram que casais que enfrentam a rotina do tratamento têm a oportunidade de aprimorar o diálogo entre eles como ponto de fortalecimento da relação conjugal (CORDEIRO; GOMES, 2013; FARIA; GRIECO; BARROS, 2012).

As narrativas das entrevistadas apontaram mais pontos positivos em relação ao marido do que pontos negativos. A literatura confirma que o estresse relacionado à infertilidade demonstra ter mais repercussão sobre a ansiedade do que na satisfação conjugal (GANA; JAKUBOWSKA, 2014). Vários outros estudos identificaram que a experiência de estresse em casais inférteis pode resultar em problemas conjugais, ocasionando até ao divórcio (COUSINEAU; DOMAR, 2007;

SMITH et al., 2009; WISCHMANN, 2010). No entanto, outros autores descreveram outro ponto de vista, levantando a hipótese de que a infertilidade traz aos cônjuges maior proximidade e reforça seus laços matrimoniais (PETERSON et al., 2011; SCHMIDT et al., 2005).

Mulheres que descobrem a infertilidade, muitas das vezes experimentam as emoções angustiantes que são comuns para aqueles que estão sofrendo qualquer perda significativa. No caso da infertilidade relacionada ao estresse, as pacientes podem experimentar reações típicas, como choque, tristeza, depressão, raiva e frustração, bem como a perda da autoestima, da autoconfiança e do controle sobre o próprio destino (HADLEY; HANLEY, 2011).

Os relatos retrataram uma postergação da maternidade, adiada pela não estabilidade financeira ou mesmo aproveitar o tempo a dois. Apesar das várias conquistas femininas ao longo dos tempos, as mulheres seguem com seu desejo de procriar. Importante então relatar que a postergação da maternidade pode gerar desconfortos futuros, já que elas podem se deparar com o processo de infertilidade (TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FERES-CARNEIRO, 2013).

Identificou-se que todas as entrevistadas conseguiram a gestação tão desejada, seja por meio natural ou pela reprodução assistida. Essa conquista, independentemente da forma acarreta satisfação e sensação de completude nas mulheres (MILLS et al., 2011; SCHMIDT, 2010). Para as mulheres, as esperas, angústias e incertezas de todo esse processo gerado pela infertilidade temporária por estresse ficaram para trás quando suas metas foram alcançadas. Relataram que passariam por tudo novamente se isso fosse necessário, mesmo com o desgaste da expectativa ou com gastos envolvidos para gerar uma criança.

## 7 CONCLUSÃO

As repercussões psicossociais associadas à infertilidade por estresse podem trazer grande desorganização na vida pessoal, social e laboral das mulheres que estão enfrentando esse problema. As dúvidas e incertezas levaram essas mulheres a acharem que nunca iriam realizar o sonho de se tornarem mães. O que chama atenção nos discursos foi o fato do profissional não especialista ou mesmo do especialista em reprodução não ter diagnosticado as mulheres com infertilidade.

Identificou-se que a cobrança, mesmo que não intencional de amigos e familiares, produzia sentimentos e efeitos negativos como a culpa pelo fracasso, mesmo sem causa biológica. Por outro lado, familiares e amigos, também contribuía com um apoio positivo significativo. As evidências mostraram então que, do ponto de vista das relações sociais, a pressão negativa foi mais exercida do que o suporte positivo, até por desconhecimento mesmo da condição que envolve a infertilidade por estresse.

Percebeu-se que durante o processo, a confiança que o casal tinha em relação ao outro ficou bem evidente, fazendo entender que o apoio do cônjuge foi muito bem absorvido pela mulher no momento de incertezas relacionado à infertilidade, que fortaleceu a relação conjugal. O que deixa explícito que essas mulheres não permitiram que a idealização da família acabasse com o sonho do casal, fortalecendo os laços matrimoniais e a esperança da realização pessoal de ser mulher e poder gerar uma criança.

Conclui-se que as expectativas foram alcançadas e todas as entrevistadas conseguiram, de forma natural ou com reprodução assistida, realizar o sonho de se

tornarem mães. Ainda há dúvidas sobre sonhos e realizações pessoais que ainda almejam, como ter outra gestação, contentar-se com um filho pelo adiantar da idade, bem como a retomada da carreira profissional.

Os resultados da pesquisa sugerem a necessidade de as autoridades públicas e privadas encontrarem formas de melhorar o apoio a essas mulheres em relação à infertilidade temporária relacionada ao estresse e ampliar o apoio psicossocial a esses casais afetados. Outro ponto importante é que se discuta essa possibilidade de ter um diagnóstico o mais próximo da realidade dessas mulheres, já que no CID 10 possui o termo de infertilidade indeterminada e não há um termo específico relacionado ao estresse, gerando assim um grande questionamento sobre a inclusão desse diagnóstico.

As evidências deste estudo permitiram a compreensão acerca das repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres. Não há na literatura dados consistentes relacionados ao tema, mesmo em tempos atuais cujo problema da infertilidade já se configura como um problema de saúde pública com crescente incidência na população mundial.

Embora existam especialistas na área e centros de tratamentos especializados em reprodução humana, maiores investimentos e pesquisas devem ser dispendidos para o entendimento desse tipo de infertilidade cujas causas não aparecem nos exames, mas que mesmo que inexplicada por causas biológicas, existe e afeta sobremaneira a vida das mulheres que estão tentando se tornar mães.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-TURKI, H. A. Prevalence of primary and secondary infertility from tertiary center in eastern Saudi Arabia. **Middle East Fertility Society Journal**, v. 20, n. 4, p. 237-240, dez. 2015.

ÁLVARES, C. Entre o social e biológico: Repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida. **Revista Lusófona de Estudos Culturais**, v. 3, n. 1, p. 99-110, 2015.

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ANDERHEIM, L. et al. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? **Human Reproduction**, v. 20, n. 10, p. 2969-2975, ago. 2005.

ÂNGELO, M. L.; MORETTO, M. L. T.; LUCIA, M. C. S. Os filhos da ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. **Mental**. Barbacena, v. 7, n. 12, p. 39-51, jun. 2009.

ARMARIO, A. et al. Acute stress markers in humans: response of plasma glucose, cortisol and prolactin to two examinations differing in the anxiety they provoke. **Psychoneuroendocrinology**, v. 21, n. 1, p. 17-24, Jan. 1996.

ARNAL-REMÓN, B. et al. Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 33, n. 2, p. 128-139, 2015.

AUGOULEA, A. et al. Pathogenesis of endometriosis: the role of genetics, inflammation and oxidative stress. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 286, n. 1, p. 99-103, Jul. 2012.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, Set. 2011.

BELL, J. S. Psychological problems among patients attending an infertility clinic. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 25, n. 1, p. 1-3, 1981.

BERGNER, A. et al. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 29, n. 2, p. 105-113, 2008.

BHATTACHARYA, S. et al. Clomifene citrate or unstimulated intrauterine insemination compared with expectant management for unexplained infertility: pragmatic randomised controlled trial. **Bmj**, v. 337, p. a716, Mai. 2008.

BIRINGER, E. et al. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study

and the Medical Birth Registry of Norway. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 36, n. 2, p. 38-45, Jan. 2015.

BOIVIN, J. et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. **Human reproduction**, v. 22, n. 6, p. 1506-1512, mar. 2007.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de psicologia**, v. 9, n. 1, p. 63-70, Nov. 2004.

BUSANELLO, J. et al. Woman's participation in the decision process of the pregnancy and puerperal cycle: nursing care integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 807-814, Dez. 2011.

CAMPAGNE, Daniel M. Should fertilization treatment start with reducing stress? **Human Reproduction**, v. 21, n. 7, p. 1651-1658, mar. 2006.

CARVALHO, J. L. S. Infertilidade. **Manual de Ginecologia - Volume II**, 2009.

CASU, G.; GREMIGNI, P. Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: psychometric properties of a brief measure. **Journal of advanced nursing**, v. 72, n. 3, p. 693-706, Out. 2016.

CHANG, S.; MU, P. Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for ovarian hyper stimulation syndrome during infertility treatment. **Journal of clinical nursing**, v. 17, n. 4, p. 531-538, Mar. 2008.

CONNOLLY, K. J. et al. The impact of infertility on psychological functioning. **Journal of psychosomatic Research**, v. 36, n. 5, p. 459-468, jul. 1992.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M. Reducing stigma in reproductive health. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 125, n. 1, p. 89-92, abr. 2014.

CORDEIRO, M. S.; GOMES, J. C. Ansiedade e Relacionamento Conjugal em Mulheres com Infertilidade: Impacto da Terapia de Grupo. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 9, p. 7-13, jun. 2013.

CORRÊA, K. R. F. C.; VIZZOTTO, M. M.; CURY, A. F. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 363-370, Mar- Ago. 2007.

COUSINEAU, T. M.; DOMAR, A. D. Psychological impact of infertility. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology**, v. 21, n. 2, p. 293-308, abr. 2007.

COXIR, S. A. et al. Estudo das regulamentações de reprodução humana assistida no Brasil, Chile, Uruguai e na Argentina. **Reprodução & Climatério**, v. 29, n. 1, p. 27-31, Jan-abr. 2014.

CUNHA, M. C. V. et al. Infertility: association with common mental disorders and the role of social support. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 201-210, Set-Dez. 2008.

DOBSON, H.; SMITH, R. F. What is stress, and how does it affect reproduction? **Animal reproduction science**, v. 60, p. 743-752, Jul. 2000.

DOMAR, A.D. et al. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. **Fertility and sterility**, v. 73, n. 4, p. 805-811, Abr. 2000.

DROSDZOL, A.; SKRZYPULEC, V. Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. **The Journal of sexual medicine**, v. 6, n. 12, p. 3335-3346, jun. 2009.

DUTRA O. N. H. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. UNESP, 2009.

FACCHINETTI, F. et al. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. **Fertility and sterility**, v. 67, n. 2, p. 309-314, Fev. 1997.

FARIA, D. E. P.; GRIECO, S. C.; BARROS, S. M. O. Efectos de la infertilidad en la relación de los cónyuges. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 794-801, ago. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. et al. Manual de orientação: reprodução humana. **São Paulo: Febrasgo**, p. 89-94, 2011.

FERREIRA, L. A. P. et al. Estresse em casais inférteis. **Reprodução & Climatério**, v. 29, n. 3, p. 88-92, Set-Dez 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. **Cad saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

GANA, K.; JAKUBOWSKA, S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. **Journal of health psychology**, p. 1359105314544990, ago. 2014.

GARQUE, K. C. G. D. Teoria Fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MUELLER, S. P. M. (org.) **Métodos para a pesquisa em Ciências da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007, p. 107-142.

GERRITY, D. A. A biopsychosocial theory of infertility. **The Family Journal**, v. 9, n. 2, p. 151-158, Abr. 2001.

GELBAYA, T. A. et al. Definition and epidemiology of unexplained infertility. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 69, n. 2, p. 109-115, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORAYEB, R. et al. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, n. 3, p. 287-296, Jul-set. 2009.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Stress of men and women seeking treatment for infertility. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 6, p. 255-261, jun. 2013.

GULSEREN, L. et al. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. **The Journal of reproductive medicine**, v. 51, n. 5, p. 421-426, 2006.

GUPTA, S. et al. Role of oxidative stress in endometriosis. **Reproductive biomedicine online**, v. 13, n. 1, p. 126-134, 2006.

HADLEY, R.; HANLEY, T. Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 29, n. 1, p. 56-68, Jan. 2011.

HOLOCH, K. J.; LESSEY, B. A. Endometriosis and infertility. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 53, n. 2, p. 429-438, 2010.

JUMAYEV, I. et al. Social correlates of female infertility in Uzbekistan. **Nagoya journal of medical science**, v. 74, n. 3-4, p. 273-283, Ago. 2012.

JURADO, R. A. et al. Principal psychological disorders associated with infertility. **Papeles del Psicólogo**, v. 29, n. 2, p. 167-175, 2008.

KAMATH, M.S.; BHATTACHARYA, S. Demographics of infertility and management of unexplained infertility. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology**, v. 26, n. 6, p. 729-738, Dez. 2012.

KARACA, A.; UNSAL, G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. **Asian nursing research**, v. 9, n. 3, p. 243-250, set. 2015.

LANIUS, M.; SOUZA, E. L. A. Reprodução assistida: os impasses do desejo. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, p. 53, mar. 2010.

LEIS, L. et al. Avaliação da sexualidade de mulheres inférteis. **Reprodução & Climatério**, v. 27, n. 3, p. 86-90, Set -Dez. 2012.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 2, p. 151-160, dez. 2014.

LINS, P. G. A. et al. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 31, n. 3, p. 387-392, Jul -set. 2014.

LIPP, M. E. N. Teoria de temas de vida do stress recorrente e crônico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 82-93, 2006.

MAKUCH, Y. M.; FILETTO, N. J. Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 15, n. 4, p. 771-779, Out-Dez. 2010.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, p. 149-171, 2012.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MASCARENHAS, M. N. et al. **National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys**. 2012.

MILLS, M. et al. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. **Human Reproduction Update**, v. 17, n. 6, p. 848-860, 2011.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 621-6, 2012.

MONTAGNINI, H. M. L. et al. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 26, n. 4, p. 475-481, 2009.

MOREIRA, S. N. T. et al. Stress and female reproductive function. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.

MOREIRA, S. N. T. et al. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 6, p. 358-64, 2006.

MOREIRA, S. N. T. et al. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 11, p. 503-510, 2013.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um psicanalista no hospital**. São Paulo: Caso do psicólogo, 2005.

MOURA-RAMOS, M. et al. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies

and presumed fertile couples. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 299-319, 2010.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B.; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida: Um pouco de história. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 2, p. 23-42, 2009.

NASCIMENTO, F. R. M.; TÉRZIS, A. Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. **Psicologia em Revista**, v. 16, n. 1, p. 103-124, 2010.

NEWTON, C. R.; SHERRARD, W.; GLAVAC, I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. **Fertility and sterility**, v. 72, n. 1, p. 54-62, 1999.

PARKER, G.; BROTHIE, H. Gender differences in depression. **International Review of Psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 429-436, 2010.

PEREIRA, E. M. et al. Infertilidade e receptividade endometrial: considerações atuais. **Femina**, v. 37, n. 1, p. 35-39, 2009.

PETERSON, B. D. et al. Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. **Fertility and sterility**, v. 95, n. 5, p. 1759-1763. e1, 2011.

RAMÍREZ-UCLÉS, I. M.; CASTILLO-APARICIO, M.; MORENO-ROSSET, C. Variables psicológicas predictoras del desajuste emocional en personas infértiles: análisis del papel modulador del sexo. **Clínica y Salud**, v. 26, n. 1, p. 57-63, 2015.

RAPAKKO, S.; MENKE, M. Factors associated with baseline stress levels at time of referral to an infertility clinic [160]. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, p. 55S, 2015.

RAY, A. et al. Unexplained infertility: an update and review of practice. **Reproductive biomedicine online**, v. 24, n. 6, p. 591-602, 2012.

REDSHAW, M.; HOCKLEY, C.; DAVIDSON, L. L. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. **Human Reproduction**, v. 22, n. 1, p. 295-304, 2007.

RIBEIRO, A.C. **Adaptação do Inventário de Problemas de Fertilidade para homens e mulheres inférteis**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SADEGHI, H. et al. The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients. **Iranian Journal of Psychiatric Nursing**, v. 2, n. 4, p. 36-48, 2015.

SCHMIDT, L. et al. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. **Patient education and counseling**, v. 59, n. 3, p. 244-251, 2005.

SCHMIDT, L. Should men and women be encouraged to start childbearing at a younger age? **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**, v. 5, n. 2, p. 145-147, 2010.

SILVA, S. M. R. D. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des) regulação das tecnologias de reprodução assistida. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 525-534, 2008.

SHAFIAIE, F. S.; MIRGHAFORVAND, M.; RAHIMI, M. Perceived Stress and its Social-Individual Predictors among Infertile Couples Referring to Infertility Center of Alzahra Hospital in Tabriz in 2013 **International Journal of Women's Health**, v. 2, n. 5, p. 291-296, 2014.

SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S. Relação conjugal no contexto de reprodução assistida: o tratamento e a gravidez. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 449-457, 2011.

SMITH, J. F. et al. Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. **The Journal of sexual medicine**, v. 6, n. 9, p. 2505-2515, 2009.

SPOTORNO, P. M.; SILVA, I. M.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. **Aletheia**, p. 104-118, jul. /dez. 2008.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F.; FERES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, jun. 2013.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 151-182, 2002.

VAN BALEN, F.; GERRITS, T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. **Human Reproduction**, v. 16, n. 2, p. 215-219, 2001.

VITEK, W. et al. Psychological stress and ovarian reserve among women with unexplained infertility. **Fertility and Sterility**, v. 106, n. 3, p. e66, 2016.

WARREN, M. P.; FRIED, J. L. Hypothalamic amenorrhea: the effects of environmental stresses on the reproductive system: a central effect of the central

nervous system. **Endocrinology and metabolism clinics of North America**, v. 30, n. 3, p. 611-629, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Department of Reproductive Health and Research**, including UND. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, & World Bank (2012). Trends in maternal mortality 1990 to 2010. **Geneva: World Health Organization**, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness. 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/in\\_fertility/burden/en](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/in_fertility/burden/en)> Acesso em: 12 set. 2016.

WISCHMANN, T. H. Original research – couples' sexual dysfunctions: sexual disorders in infertile couples. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 5, p. 1868-1876, 2010.

WOODS-GISCOMBÉ, C. L.; LOBEL, M.; CRANDELL, J. L. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. **Research in nursing & health**, v. 33, n. 4, p. 316-328, 2010.

## **APÊNDICE**

### **PROJETO:**

### **INFERTILIDADE RELACIONADA AO ESTRESSE EM MULHERES E SUAS REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- \* Diagnóstico da Infertilidade temporária por estresse
- \* Histórico de tratamentos já realizados
- \* Repercussão do diagnóstico e do prognóstico
- \* Repercussão da infertilidade na vida em sociedade (família, amigos e trabalho)
- \* Repercussão da infertilidade na relação conjugal
- \* Expectativa quanto ao futuro (sonhos e realização pessoal)

**MESTRANDA:** Keila Cristina Félis

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Rogério José de Almeida



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Infertilidade relacionada ao estresse em mulheres e suas repercussões psicossociais

**Pesquisador:** Keila Cristina Félix

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51001715.7.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.368.168

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, na PUC Goiás, que investiga o estresse como causa da infertilidade feminina e suas repercussões psicossociais, por meio de um delineamento transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados será baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory). A coleta de dados deverá ser em uma clínica particular de ginecologia e obstetrícia da cidade de Goiânia. As mulheres serão selecionadas a partir dos prontuários médicos disponibilizados pelo departamento de Reprodução Humana da referida clínica. Está prevista a participação de 10 mulheres que tenham comprovado diagnóstico de infertilidade temporária por estresse.

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO GERAL:** compreender as repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres que estão tentando engravidar.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Levantar informações sobre os impactos causados pela infertilidade temporária por estresse na vida conjugal; descrever a vivência das mulheres e os impactos da infertilidade temporária por

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.368.168

estresse perante a sociedade (família, amigos e trabalho); caracterizar os desdobramentos da infertilidade no âmbito pessoal em relação a perspectiva de futuro, sonhos e realização pessoal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descritos de forma clara e objetiva, tanto no projeto quanto no TCLE, sem supervalorizar os potenciais benefícios da pesquisa ao participante, bem como sem subestimar os potenciais riscos. E no TCLE a pesquisadora também descreve as providências e as cautelas que serão adotadas para evitar ou diminuir os riscos associados à pesquisa

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados de modo adequado

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há. A única pendência era informar como a participante da pesquisa, que tiver interesse, poderá ter acesso aos resultados da investigação (conforme Resolução CNS N° 466 de 2012, item III.3.d). Contudo, a pesquisadora atendeu à solicitação de adequação deste tópico no TCLE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_618078.pdf	30/11/2015 12:29:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_REVISADO.pdf	30/11/2015 12:28:43	Keila Cristina Félix	Aceito

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.368.168

Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_REVISADO.pdf	30/11/2015 12:28:43	Keila Cristina Félis	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Keila.pdf	03/11/2015 12:30:59	Keila Cristina Félis	Aceito
Outros	Instrumento_Roteiro_de_Entrevista.pdf	29/10/2015 12:11:37	Keila Cristina Félis	Aceito
Outros	Lattes_Prof_Rogério_Jose_de_Almeida.pdf	29/10/2015 12:11:17	Keila Cristina Félis	Aceito
Outros	Lattes_Keila_Cristina_Felis.pdf	29/10/2015 12:10:03	Keila Cristina Félis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_coparticipante.pdf	29/10/2015 12:09:08	Keila Cristina Félis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	29/10/2015 12:06:59	Keila Cristina Félis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Keila.pdf	29/10/2015 12:06:40	Keila Cristina Félis	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 15 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br