

# Repercussões psicossociais da infertilidade inexplicada em mulheres

**RESUMO** | O objetivo foi compreender as repercussões psicossociais da infertilidade inexplicada 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 semiestruturadas com dez mulheres que não apresentavam problemas biológicos que impedisse a gestação, mas sofriam com a infertilidade. A análise das entrevistas se baseou na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados. Foram analisadas quatro categorias que emergiram na análise discursiva das entrevistas: sem problemas biológicos, sem diagnóstico; repercussões nas relações sociais; repercussões na relação conjugal; e o sonho realizado e providências futuras. As repercussões psicossociais associadas à infertilidade inexplicada podem trazer grande desorganização na vida pessoal, social e laboral das mulheres que estão enfrentando esse problema.

**Palavras-chaves:** infertilidade feminina; infertilidade inexplicada; técnicas reprodutivas assistidas.

**ABSTRACT** | The aimed was understand the psychosocial repercussions of unexplained infertility in women. This is a cross-sectional descriptive study with a qualitative and exploratory approach. The methodological procedure used in this study included semi-structured interviews with ten women who did not present biological problems that prevented pregnancy but who suffered from infertility. The analysis of the interviews was based on the perspective of the Grounded Theory. We analyzed four categories that emerged in the discursive analysis of the interviews: no biological problems, no diagnosis; repercussions on social relations; repercussions on the conjugal relationship; and the dream come true and future action. The psychosocial repercussions associated with unexplained infertility can lead to great disorganization in the personal, social and work life of the women who are facing this problem.

**Keywords:** female infertility; unexplained infertility; assisted reproductive techniques.

**RESUMEN** | El objetivo fue comprender las repercusiones psicossociales de la infertilidad inexplicada en mujeres. Se trata de un estudio transversal descriptivo con enfoque cualitativo y exploratorio. El procedimiento metodológico utilizado en ese estudio comprendió la realización de entrevistas semiestruturadas con diez mujeres que no presentaban problema biológico que impidiera la gestación, pero sufrían con la infertilidad. El análisis de las entrevistas se basó en la perspectiva de la Teoría Fundamentada en los Datos. Se analizaron cuatro categorías que surgieron en el análisis discursivo de las entrevistas: sin problemas biológicos, sin diagnóstico; repercusiones en las relaciones sociales; repercusiones en la relación conyugal; y el sueño realizado y providencias futuras. Las repercusiones psicossociales asociadas a la infertilidad inexplicada pueden traer gran desorganización en la vida personal, social y laboral de las mujeres que están enfrentando este problema.

**Palavras claves:** infertilidad femenina; infertilidad inexplicada; técnicas reproductivas asistidas.

## Keila Cristina Féris

Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC e Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva - SOBRATI. Professora adjunta, do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO.

## Alessandra Arantes da Silva Campos

Médica. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás (2017). Atualmente é médica ginecologista e obstetra, consultório particular e da Prefeitura Municipal de Goiânia. Professora do Curso de Medicina da Universidade de Rio Verde.

## Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

Biomédico. Mestre em Genética pela Universidade Federal de Goiás (2003) e doutorado em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal de Goiás (2009). Atualmente é professor adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás no Curso de Medicina e no Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde (MCAS).

## Iracema Gonzaga Moura de Carvalho

Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Ciências da Universidade Católica de Goiás (UCG). Coordenadora do Programa em Nome da Vida (PNV) e professora Assistente do quadro efetivo do Departamento de Medicina da PUC Goiás.

## Júlia da Paixão Oliveira Mello e Pargeon

Psicóloga. Doutora em Psicologia do desenvolvimento - École Pratique des Hautes Études (1999). Atualmente é professora assistente I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e professora adjunta da Universidade Paulista (UNIP).

## Rogério José de Almeida

Sociólogo. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Goiás, Doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília e, atualmente, Pós-Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Professor Adjunto do Curso de Medicina da PUC Goiás e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde - PPGCAS da PUC Goiás.

**Recebido em:** 09/01/2019

**Aprovado em:** 03/05/2019

## INTRODUÇÃO

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<sup>1</sup>. Um diagnóstico de infertilidade sem causa biológica se apresenta como sendo muito frustrante, o que na literatura científica denomina-se de “infertilidade inexplicada” ou como descrito na CID 10 (N97.9) “Infertilidade feminina não especificada”<sup>2,3</sup>.

A prevalência de infertilidade inexplicada ainda é verdadeiramente discutível porque o diagnóstico pode estar relacionado à falta de um teste laboratorial específico, devido a erros de diagnóstico ou ainda por fatores psicológicos como o estresse e a ansiedade<sup>2-4</sup>.

Nos últimos anos, houve um aumento crescente da incidência da infertilidade em 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<sup>5,6</sup>.

A incapacidade de se gerar filhos pode acarretar estresse, depressão, discriminação e ostracismo<sup>7</sup>. No Brasil, existiam em 2010 cerca de 51 milhões de mulheres na faixa etária com possibilidades biológicas de reprodução<sup>8</sup>. Deste total, estima-se que havia de quatro a sete milhões de mulheres convivendo com o problema da infertilidade.

Diferentes fatores já foram apontados como motivos de infertilidade, tais como: doenças sexuais, obesidade, tabagismo, sedentarismo, drogas ilícitas, alcoolismo, exposição a produtos quí-

micos, radiação, medicações, estresse, atividades físicas em excesso, dietas não recomendadas e idade<sup>9</sup>. Em se tratando de mulheres inférteis, já foram identificados fatores que são predisponentes, como endometriose, problemas ovulatórios, imunológicos, bem como faixa etária e relações sexuais frequentes<sup>9</sup>.

Um dado importante investigado foi o nível de estresse das mulheres submetidas à reprodução assistida. Identificaram 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 maior estresse, além de grandes taxas de depressão e ansiedade<sup>10</sup>.

Distintos mecanismos biológicos relacionados ou desencadeados por problemas psicossociais, como o 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 importante a informação sobre o estado psicossocial das mulheres que procuram tratamento para infertilidade.

Ainda é controverso que o estresse ou outra causa que não seja orgânica esteja diretamente ligado ao problema de infertilidade inexplicada. Estudos já identificaram a influência do estresse nos procedimentos de fertilização, demonstrando que quanto maior o nível de estresse maiores são as chances de insucesso dos procedimentos<sup>11,12</sup>. Em níveis elevados o estresse e ansiedade podem ocasionar diversas patologias biológicas, problemas nas relações interpessoais, irritabilidade, ansiedade e depressão<sup>11,12</sup>.

Nesse sentido, a importância do estudo do tema recai sobre a alta taxa de

prevalência e repercussão social e individual da infertilidade inexplicada perante cobranças pessoais, de familiares e da sociedade que pode auxiliar na forma como são abordadas em vários aspectos de sua saúde mental e física. Assim, o presente trabalho partiu da seguinte pergunta de pesquisa: Quais as repercussões psicossociais da infertilidade temporária por estresse em mulheres que estão tentando engravidar? Assim, este estudo teve por objetivo compreender as repercussões psicossociais da infertilidade inexplicada em mulheres.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória. A presente pesquisa busca entender o fenômeno em profundidade, privilegiando a análise de processos, por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando uma análise intensiva dos dados<sup>13</sup>.

A primeira etapa para a coleta de dados consistiu em analisar prontuários de pacientes que se encaixavam no critério de infertilidade temporária, disponibilizados por uma Clínica de Ginecologia especializada nesse quesito, situada na cidade de Goiânia-GO. Após análise de vários prontuários, no total de 32 foram selecionadas 21 pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva, faixa etária entre 18 e 49 anos de idade, que apresentavam infertilidade sem nenhum problema biológico que as impedisse de gerar um filho, que haviam indicação no prontuário de causa não especificada para infertilidade e que se encontravam casadas ou em união estável no momento da entrevista. 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. Sendo assim 11 prontuários foram excluídos por não obedecerem os critérios inves-

tigados.

No total foram selecionadas 21 pacientes para a realização da entrevista. Primeiramente as pacientes foram contatadas por meio telefônico, neste primeiro contato foi explanado sobre o projeto, seus objetivos e todas suas repercussões, após o esclarecimento e aceite em participar da pesquisa, a entrevista era agendada.

Em um segundo momento, após os contatos prévios, a amostra se compôs de um total de dez mulheres. As entrevistas foram gravadas em gravador mp3, no domicílio das mesmas, partindo de um roteiro semiestruturado contendo as seguintes questões norteadoras: 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). O trabalho de campo foi encerrado no momento em que se identificou uma saturação teórica. Toda a coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março do ano de 2016.

Dentre as várias técnicas qualitativas de investigação, optou-se neste trabalho por utilizar a entrevista-narrativa que visa descobrir que aspectos de uma determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a ela<sup>14</sup>. É recomendada, sobretudo, nas situações em que as entrevistadas não se sintam à vontade para responder a indagações formuladas com maior rigidez<sup>15</sup>.

A análise dos discursos das entrevistadas foi realizada a partir da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory)<sup>16</sup>. Tem por objetivo interpretar os fenômenos reais por meio dos significados atribuídos pelos indivíduos<sup>16</sup>. Esta consiste na execução de três etapas que visam codificar os discursos. Na codificação aberta foi feita a leitura

rigorosa das entrevistas com vistas a engendrar categorias analíticas. Na codificação axial foram selecionadas as subcategorias explicativas. Por fim, na codificação seletiva organizaram-se os discursos criando uma descrição compreensiva acerca do fenômeno investigado<sup>16</sup>.

Em acordo com a resolução 466/12, no início de cada entrevista, a entrevistada recebeu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás com o parecer nº 1.368.168. Com o número do CAAE 5100171570000037.

## 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.

### 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, engravidado, não é? 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).

Foi possível identificar que as mulheres entrevistadas foram submetidas a vários exames, desde dosagem hor-

monais, monitorização da ovulação a exames mais complexos como a histerossalpingografia. 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 os médicos não falavam das questões psicossociais propriamente ditas, mas davam 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 para relaxar, tem que esquecer, tem que procurar viajar, e contava história de quem tinha acontecido de um jeito e de outro (P10).

O fato que se coloca, portanto, é que essas pacientes não possuíam problemas biológicos para gerar uma criança. Ou seja, os médicos nunca relataram que elas tinham infertilidade relacionada a algum problema que pudesse explicar essa condição, já que o CID 10 apresenta em sua classificação a infertilidade não especificada. Entretanto, davam a entender que elas tinham que tentar esquecer os fatores estressantes e complicações psicológicas que na hora menos esperada aconteceriam uma gravidez espontânea.

Percebeu-se nos discursos que palavras como estresse, ansiedade, preocupação, dentre outras não foram mencionadas 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 está 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, e aí? Em janeiro fazem três anos! E aí? Está tudo bonito, não tem nada com você, com

“você não tem nada, mas, e aí doutor? Aí ele falou assim: “uai, é da natureza” (P10).

### 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 a infertilidade que possuíam, principalmente sobre a não determinação das causas da possível infertilidade inexplicada. No que diz respeito a 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).

A análise dos discursos das entrevistadas evidenciou que os amigos mais próximos, bem como a família se relacionavam em determinados momentos como um suporte positivo, mas também agiam de forma negativa. Principalmente os excessos na forma negativa foram muito atribuídos ao fato dessas pessoas mais próximas de uma cobrança socialmente atribuída sobre as mulheres que, de forma inexplicada, não conseguiam gerar uma criança. 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 (P5).

No que se refere ao suporte positivo, observou-se que o apoio socioafetivo de amigos e familiares teve uma contribuição significativa, já que ajudava as mulheres a terem outra perspectiva em relação à possibilidade de gestação. É um apoio muito esperado, um suporte importante na hora de in-

certeza 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 né (P4).

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). Observou-se nas falas uma constante pressão negativa de amigos e familiares, cuja catalisação se dava pelo fato de não conseguirem engravidar.

Outro fator importante nas entrevistadas 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).

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 ansie-

dade e estresse nas mulheres.

### 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 sentiam 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 fortaleceu 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 apoio, 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, fator importante que contribuiu significativamente contra os agentes estressores gerados pela expectativa de se realizar uma gestação.

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 complicada, né? (P7). Alguns relatos mostraram

a afetividade desse apoio positivo do cônjuge: 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).

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 a 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.

## O sonho realizado e providências futuras

Todas as entrevistadas conseguiram gestar 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).

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 por causa da 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 que queria ter filhos com a distância maior de tempo e por eu agora ter feito trinta anos agora então eu acho que já vai estar, 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).

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. 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.

## Discussão

Levando em conta os resultados obtidos nessa pesquisa, algumas reflexões podem ser feitas quanto aos aspectos psicológicos e emocionais relacionados à infertilidade inexplicada. Esse tipo de infertilidade, que é temporária, atinge cerca de 9% da população brasileira<sup>17</sup>. 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<sup>17-19</sup>.

Confirmando-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<sup>20</sup>.

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 inexplicada<sup>20</sup>.

Os resultados da presente pesquisa identificaram que a infertilidade sem causa especificada pode levar a angústia maior, já que não existe um diagnóstico que explique essa condição<sup>2,3</sup>. Essa falta de certeza diagnóstica eleva a pressão exercida sobre a mulher, advinda das relações sociais.

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 ocorre 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<sup>21</sup>. 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<sup>21,22</sup>.

Outra razão reside na obrigação ética que o profissional ginecologista ou especialista em reprodução huma-

na tem de esclarecer sobre todos os fatores relacionados à infertilidade<sup>21</sup>, já que os aspectos psicossociais estão intimamente ligados a esta<sup>23</sup>. 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<sup>23,24</sup>.

Foi possível identificar que as mulheres que passaram por esse processo têm como efeito final o elevado nível de estresse e ansiedade. As investigações clínicas de infertilidade nem sempre conseguem identificar anormalidades sutis na via reprodutiva das mulheres<sup>25</sup>. 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<sup>25</sup>.

Estudos<sup>23,26-28</sup> demonstraram 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<sup>26</sup>. Casais que passam por esse processo de infertilidade inexplicada podem evitar a interação social com amigos que estão grávidas e famílias que têm filhos<sup>23,27,28</sup>.

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<sup>29</sup>. 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<sup>23,30</sup>.

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<sup>26</sup>. Em geral, os familiares contribuem como um reforço positivo significativo, trazendo um amortecimento das cargas psicossociais inerentes à infertilidade inexplicada, o apoio dos entes queridos facilita a adaptação emocional relacionada à infertilidade<sup>31</sup>.

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 culpa que ela mesma se atribui, ainda sofre com comentários discriminatórios em relação ao tempo de casamento dos cônjuges e a falta de filhos<sup>26</sup>.

No processo de infertilidade sem causa especificada, a um desconforto em relação ao casal, o qual foi observado nos discursos. Sendo que o tratamento da infertilidade pode gerar alterações tanto positiva ou negativa na relação matrimonial. 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<sup>32</sup>.

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<sup>33</sup>. Vários outros estudos identificaram que a experiência de estresse em casais inférteis pode resultar em problemas conjugais, ocasionando até ao divórcio<sup>26,34,35</sup>. No entanto, há também a hipótese de que a infertilidade traz aos cônjuges maior proximidade e reforça seus laços matrimoniais<sup>36</sup>.

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<sup>37,38</sup>. Para as mulheres, as esperas, angústias e incertezas de todo esse processo gerado pela infertilidade inexplicada ficaram para trás quando suas metas foram alcançadas.

## Conclusão

As repercussões psicossociais associadas à infertilidade inexplicada 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 dos médicos não terem atribuído nenhuma causa diagnóstica às 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 contribuíam 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

inexplicada.

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 realiza-

ção 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.

As evidências deste estudo permitiram a compreensão acerca das repercussões psicossociais da infertilidade inexplicada em mulheres. Não há na literatura dados consistentes sobre o tema, mesmo em tempos atuais onde a

infertilidade se configura como um problema de saúde pública com crescente incidência na população mundial.

#### Agradecimentos

Os autores agradecem ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde – PPGCAS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, ao Centro Universitário de Goiatuba UniCERRADO Goiatuba/ Goiás/Brasil e às mulheres que gentilmente concederam as entrevistas. 🐦

## Referências

1. Van Balen F, Gerrits T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Hum Reprod.* 2001;16(2):215-9.
2. Gelbaya TA, Potdar N, Jeve YB, Nardo LG. Definition and epidemiology of unexplained infertility. *Obstet Gynecol Surv.* 2014;69(2):109-15.
3. Ray A, Shah A, Gudi A, Homburg R. Unexplained infertility: an update and review of practice. *Reprod Biomed Online.* 2012;24(6):591-602.
4. Bhattacharya S, Harrild K, Mollison J, Wordsworth S, Tay C, Harrold A, et al. Clomifene citrate or unstimulated intrauterine insemination compared with expectant management for unexplained infertility: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;337(7666):387-90.
5. Gorayeb R, Borsari ACT, Gomes ACR, Romão APMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Estud. psicol. (Campinas).* 2009;26(3):287-96.
6. Nascimento FRM, Têzris A. Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. *Psicologia em Revista.* 2010;16(1):103-24.
7. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *Plos. Medicine.* 2012;9(12):1-12.
8. World Health Organization. Trends in maternal mortality 1990 to 2010. Geneva: WHO, 2012.
9. Pereira EM, Martins WP, Ferreira AC, Mauad Filho F. Infertilidade e receptividade endometrial: considerações atuais. *Femina.* 2009;37(1):35-9.
10. Karaca A, Unsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2015;9(3):243-50.
11. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Moller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod.* 2005;20(10):2969-75.
12. Lipp MEN. Teoria de temas de vida do stress recorrente e crônico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia.* 2006;26(3):82-93.
13. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;7(3):621-6.
14. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
16. Garque KCGD. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: Mueller SPM. (Org.) Métodos para a pesquisa em ciências da informação. Brasília: Thesaurus; 2007. p. 107-42.
17. Moreira SNT, SÁ JCF, Costa EC, Azevedo GD. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013;35(11):503-10.
18. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506-12.
19. Moura-Ramos M, Gameiro S, Soares I, Santos TA, Canavarro MC. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psic., Saúde & Doenças.* 2010;11(2):299-319.
20. Cook RJ, Dickens BM. Reducing stigma in reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;125(1):89-92.
21. Félis KC, Almeida RJ. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprod Clim.* 2016;31(2):105-11.
22. Vitek W, Barrett ES, Hoeger K, Diamond MP, Cedars M, Steiner AZ. Psychological stress and ovarian reserve among women with unexplained infertility. *Fertil Steril.* 2016;106(3):e66.
23. Casu G, Gremigni P. Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: psychometric properties of a brief measure. *J Adv Nurs.* 2016;72(3):693-706.
24. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Hum Reprod.* 2006;21(7):1651-8.
25. Kamath MS, Bhattacharya S. Demographics of infertility and management of unexplained infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2012;26(6):729-38.
26. Batista LAT, Bretones WHD, Almeida RJ. O impacto da infertilidade: narrativa de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprod Clim.* 2016;31(3):121-7.
27. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(5):429-36.
28. Rapakko S, Menke M. Factors associated with baseline stress levels at time of referral to an infertility clinic [160]. *Obstet Gynecol.* 2015;125,555, 2015.
29. Woods-Giscombé CL, Lobel M, Crandell JL. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Res Nurs Health.* 2010;33(4):316-28.
30. Arnal-Remón B, Moreno-Rosset C, Ramírez-Uclés IM, Antequera-Jurado R. Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(2):128-39.
31. Ramírez-Uclés IM, Castillo-Aparicio M, Moreno-Rosset C. Variables psicológicas predictoras del desajuste emocional en personas infértiles: análisis del papel modulador del sexo. *Clínica y Salud.* 2015;26(1):57-63.
32. Chang SN, Mu PF. Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for ovarian hyper stimulation syndrome during infertility treatment. *J Clin Nurs.* 2008;17(4):531-8.
33. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *J Health Psychol.* 2016;21(6):1043-54.
34. Smith JF, Walsh TJ, Shindel AW, Turek PJ, Wing H, Pasch L, et al. Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *J Sex Med.* 2009;6(9):2505-15.
35. Wischmann TH. Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med.* 2010;7(5):1868-76.
36. Peterson BD, Pirritano M, Block JM, Schimdt L. Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertil Steril.* 2011;95(5):1759-63.
37. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E, ESHRE. Why do people postpone parenthood? reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update.* 2011;17(6):848-60.
38. Schmidt L. Should men and women be encouraged to start childbearing at a younger age? *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2010;5(2):145-7.