

MARIA JOÃO COITO DELGADO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**O DESEJO DE TER UM FILHO...
AS VIVÊNCIAS DO CASAL INFÉRTIL**

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS



UNIVERSIDADE ABERTA

LISBOA 2007

*“My infertility is a blow to my self-esteem, a violation of my privacy,
an assault on my sexuality, a final exam on my ability to cope, an
affront to my sense of justice, a painful reminder that nothing can be
taken for granted. My infertility is a break in the continuity of life.
Is above all, a wound to my body, to my psyche, to my soul.”*

(Mahlstedt)

Dedico este trabalho aos casais que aguardam
a concretização do seu desejo de ter um filho

AGRADECIMENTOS

Aos casais que, na sua maravilhosa generosidade me deixaram entrar nas suas vidas e partilharam comigo a sua intimidade.

À Professora Doutora Natália Ramos, pela orientação dada, pelas palavras de incentivo e pela disponibilidade demonstrada durante a realização deste estudo.

À enfermeira Manuela Varandas, pela disponibilidade, interesse e preciosa colaboração.

À instituição onde foi realizado o estudo, pela facilidades concedidas.

À minha família, em especial ao Luis e os meus filhos Sofia e Tiago, pelo privilégio de me acompanharem neste percurso, pela paciência, apoio e motivação.

RESUMO

Um casal é considerado infértil quando não ocorre uma gravidez, após um ano de relações sexuais regulares não protegidas.

A infertilidade tem vindo a ser descrita como uma crise importante que comporta uma dimensão física, psíquica, emocional e socio-cultural.

O presente estudo, exploratório, de tipo descritivo, tem como objectivo central, conhecer as vivências do casal infértil, que deseja ter filhos.

Para a compreensão da infertilidade valorizou-se como esta é sentida, vivida e compreendida pelos próprios indivíduos. Para tal, foi realizada uma entrevista semi-estruturada a dez casais inscritos numa consulta de Medicina da Reprodução.

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia qualitativa, através da análise de conteúdo dos discursos produzidos pelos participantes.

Os resultados colocaram em evidência que as implicações da infertilidade se manifestam a um nível multidimensional: físico, psicológico, conjugal e social, cujas repercussões são maioritariamente negativas, conduzindo à utilização de estratégias de *coping* por parte dos indivíduos inférteis.

Foi também reconhecido o carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico, sendo este identificado como fonte iatrogénica de dificuldades, inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde, aos procedimentos e à relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Os elementos dos casais reconhecem os profissionais como uma fonte de informação e suporte, sendo realçada a valorização da sua competência técnica como um meio de obtenção da desejada gravidez.

Paralelamente é referida a necessidade de lhes ser proporcionado um maior apoio psicológico profissional de forma a facilitar a resolução da crise gerada pela infertilidade.

Apesar das dificuldades apontadas, emerge dos discursos produzidos o desejo de um filho biológico, estando determinados a utilizar todos os recursos disponíveis na esperança de satisfazer o seu desejo de procriar.

ABSTRACT

A couple is considered infertile when no pregnancy occurs one year after non-protected regular sexual intercourse.

Infertility is being described as an important crisis which holds a physical, psychological, emotional and socio-cultural dimension.

The main purpose of the present study, of a descriptive type, is to get acquainted with the experience of infertile couple who wish to bear children.

In order to be understood, infertility was evaluated on how it is experienced and felt by the infertile individuals. Bearing that in mind, a half-structured interview was carried out on ten infertile couples.

The qualitative methodology was used on data analysis, using contents analysis of the speeches produced by the participants.

The results put into evidence that infertility implications present a multidimensional level: physical, psychological, marital and social, whose repercussions are largely negative, leading to the use of coping strategies by the infertile persons.

It was also acknowledged the disturbing character of diagnostic and therapeutic course, that was identified as a difficulties source, related to the functioning of the health services, the procedures and the relationship established with the health professionals.

The participants recognize the professionals as a source of information and support and refer their technical competence as a way to achieve the desired pregnancy.

The need to have a stronger psychological support is mentioned as a way to ease the infertility crises.

In spite of all the difficulties, the wish of a biological child is shown in the speeches presented, as well as the determination to use all means available to the fulfilment of their wish to procreate.

INDICE

INTRODUÇÃO	10
PRIMEIRA PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1 - CONCEITO, ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE	19
1.1 - O CONCEITO DE INFERTILIDADE	19
1.2 - ETIOLOGIA DA INFERTILIDADE	22
1.2.1 – Processo Fisiológico da Reprodução Humana	22
1.2.2 – Alterações do Processo de Reprodução	31
1.3 - RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE	35
1.3.1 – Recursos Diagnósticos da Infertilidade	35
1.3.2 - Recursos Terapêuticos da Infertilidade	39
1.3.3 – Técnicas de Procriação Medicamente Assistida	42
2 - AS IMPLICAÇÕES MULTIDIMENSIONAIS DA INFERTILIDADE	47
2.1 - AS IMPLICAÇÕES PSICO-SOCIAIS DA INFERTILIDADE	49
2.2 - AS IMPLICAÇÕES CONJUGAIS DA INFERTILIDADE	62
2.3 - AS IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE	64
SEGUNDA PARTE: ESTUDO EMPÍRICO	68
3 – METODOLOGIA	69
3.1 - TIPO DE ESTUDO	69
3.2 - O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	70
3.3 - PARTICIPANTES / POPULAÇÃO E AMOSTRA	70
3.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	74
3.5 - PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	75
3.6 - ANÁLISE DOS DADOS	78
3.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO	81
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	82
4.1 – DESEJO DE TER UM FILHO	84
4.1.1 – Razões do desejo de ter um filho	85
4.1.2 – Significado de ter um filho	89

4.2 – IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS	89
4.2.1 – Sentimentos relativamente a si	90
4.2.2 – Sentimentos relativamente ao companheiro	92
4.2.3 – Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	96
4.2.4 – Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	98
4.3 – IMPLICAÇÕES SOCIAIS	106
4.3.1 – Relacionamento conjugal	106
4.3.2 – Relacionamento sexual	109
4.3.3 – Actividades da vida diária	112
4.4-IMPLICAÇÕES DO CONTACTO COM OS SERVIÇOS DE SAUDE	113
4.4.1 – Expectativas	113
4.4.2 – Constrangimentos	115
4.4.3 – Suporte/Apoio desejado	118
4.4.4 – Profissionais	120
4.4.5 – Procedimentos	125
4.5 – DIFICULDADES SENTIDAS	128
4.5.1- Contacto com grávidas	128
4.5.2 – Pressão externa para ter um filho	129
4.5.3 – Ciclo de esperança / desapontamento	130
4.6 – PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO	132
4.7 –ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A SITUAÇÃO	132
4.7.1 – <i>Coping</i> vigilante	133
4.7.2 - <i>Coping</i> centrado no problema	135
4.7.3 – <i>Coping</i> centrado na emoção	137
4.7.4 – Utilização da experiência de forma positiva	138
4.8 –EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE AO FUTURO	139
4.8.1 – Obtenção de uma gravidez	140
4.8.2 – Adopção	142
CONCLUSÕES	144
BIBLIOGRAFIA	153
ANEXOS	163
ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA	164
ANEXO 2 – MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS	168

INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Caracterização da amostra: dados socio-demográficos	72
Quadro nº2 - Caracterização da amostra: dados relativos à situação de infertilidade	73
Quadro nº 3 - Grelha de análise das entrevistas	82
Quadro nº 4 – Categoria: desejo de ter um filho	85
Quadro nº 5 – Subcategoria: sentimentos relativamente a Si	90
Quadro nº 6 – Subcategoria: sentimentos relativamente ao companheiro	92
Quadro nº 7 – Subcategoria: sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	96
Quadro nº 8 – Subcategoria: sentimentos relativamente à situação de infertilidade	99
Quadro nº 9 – Subcategoria: relacionamento conjugal	106
Quadro nº 10 – Subcategoria: relacionamento sexual	110
Quadro nº 11 – Subcategoria: realização das actividades da vida diária	112
Quadro nº 12 – Subcategoria: expectativas	114
Quadro nº 13 – Subcategoria: constrangimentos	115
Quadro nº 14 – Subcategoria: suporte/apoio desejado	118
Quadro nº 15 – Subcategoria: profissionais	121
Quadro nº 16 – Subcategoria: procedimentos	126
Quadro nº 17 – Categoria: dificuldades sentidas	128
Quadro nº 18 – Categoria: principal preocupação	132
Quadro nº 19 – Subcategoria: <i>coping</i> vigilante	133
Quadro nº 20 - Subcategoria: <i>coping</i> centrado no problema	135
Quadro nº 21 - Subcategoria: <i>coping</i> centrado na emoção	137
Quadro nº 22 – Subcategoria: utilização da experiência de forma positiva	138
Quadro nº 23 - Categoria: expectativas relativamente ao futuro	140

INTRODUÇÃO

“A infertilidade constitui um problema com implicações não só a nível individual, mas também familiar, social e, mais recentemente, médico e científico”
(Pinto, 1998: 96)

Em toda a história da humanidade e em todas as civilizações se encontram relatos relativos à fecundidade / infecundidade e aos rituais mágico-religiosos de procriação, que visavam favorecer a fecundidade, testemunhando a centralidade ocupada pela maternidade na vida humana.

Também na maioria das sociedades, a mulher infértil era vista como amaldiçoada pelos Deuses e muitas vezes maltratada, punida e banida em virtude da sua condição, sendo que a causa da infertilidade era apenas imputada à mulher.

Após séculos onde se considerou a infertilidade como exclusivamente feminina, a percepção do envolvimento masculino na infertilidade surge apenas durante os últimos cinquenta anos (Speroff, Glass e Kase, 1999).

Actualmente, o termo infértil é aplicado caracteristicamente ao casal e não a um único indivíduo, pois culturalmente a fertilidade é apenas reconhecida como parte integrante de um relacionamento heterossexual, daí a utilização da expressão *Infertilidade conjugal*. No entanto, “*por uma questão de simplificação, usa-se o termo ‘mulher infértil’ significando a mulher pertencente a um casal com diagnóstico de factor feminino de infertilidade e ‘homem infértil’ significando homem pertencente a casal com diagnóstico de factor masculino de infertilidade*” (Pinto, 1998:96). Esta mesma terminologia será aplicada no âmbito deste trabalho.

Segundo a World Health Organization (2002), um casal é considerado infértil quando não ocorre uma gravidez, após um ano de relações sexuais regulares não protegidas.

A infertilidade pode decorrer de uma variedade de causas, segundo a literatura especializada, 40% atribuíveis a factores femininos, 40% a factores masculinos e 20% a factores mistos, que correspondem a uma incompatibilidade entre os sistemas reprodutores masculino e feminino. Em aproximadamente 10% dos casos não é detectada uma causa, sendo este caso denominado de infertilidade inexplicada. Na origem da infertilidade podem estar ainda factores não patológicos, como a idade ou a inadequada utilização do potencial de fertilidade.

Actualmente, é difícil determinar a incidência da infertilidade, quer pelas diferenças de definições utilizadas, pelas grandes variações regionais, pela diferença de metodologias utilizadas, ou ainda pela ausência delas. Também porque só são identificados e eventualmente contabilizados, os casais que procuram ajuda médica. Em todo o caso, os autores consultados são unânimes ao referirem que, a nível mundial, 10 a 15% dos casais em idade fértil são afectados pelo problema da infertilidade, ou seja, cerca de 1 em 10 casais tem dificuldade em conseguir ter um filho.

Em Portugal, não se conhece o número exacto de casais inférteis, mas podemos admitir que 500.000 indivíduos em idade fértil não terão filhos, embora o desejem. Este número é uma extrapolação que resulta de um paralelismo com números apresentados por outros países e de um cálculo com base no número de casamentos registados anualmente em Portugal (Santos e Santos, 1996). Conforme é referido no *site* da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, estima-se que 10.000 novos casais por ano tenham problemas de reprodução.

Dado que a infertilidade não constitui um risco de saúde imediato ou um problema clínico, os problemas reprodutivos podem não ser detectados nem diagnosticados, a não ser que seja desejada uma gravidez, sendo por isso

provável que as estatísticas disponíveis subestimem a dimensão do problema (Cedars, 2005).

Estes números traduzem uma realidade de dimensões suficientemente grandes para justificar todo o investimento e preocupação. Ainda mais se considerarmos que é consensual que nas últimas décadas tem ocorrido um acréscimo progressivo nos casos de infertilidade, estimando-se que esta tendência continuará, pela convergência de diversos factores individuais, sociais e ambientais (Faria, 2001; Pinto, 1998).

O aumento do número dos casos de infertilidade começa a suscitar o interesse da opinião pública, motivando a publicação de notícias na comunicação social, que divulgam alertas de peritos que prevêem que esta duplique nos países europeus até 2015. Por sua vez, este crescimento determina a confrontação com a necessidade de prestar cuidados de saúde a cada vez mais indivíduos em situação de infertilidade.

A infertilidade tem vindo a ser descrita como uma crise importante que *“comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica e emocional, mas sem dúvida uma dimensão socio-cultural”* (Faria, 2001: 189).

É também referenciado na literatura relativa ao tema, que o modo como o casal vivencia esta crise complexa depende dos pressupostos sociais acerca da parentalidade, das reacções dos outros e das características psicológicas individuais.

Também as expectativas do casal relativamente à parentalidade, constituem um factor reconhecido como determinante no modo como esta crise é vivenciada. Esta influência é referenciada na medida em que, *“a situação de infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior o seu empenho na parentalidade”* (Martins, 2005:234).

As implicações da infertilidade manifestam-se a um nível multidimensional: físico, psicológico, emocional, conjugal e social, conduzindo ao stresse e,

consequentemente à utilização de estratégias de *coping*, por parte dos indivíduos inférteis. Segundo Reed (2001), para alguns casais, a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas.

Os cuidados de saúde relativos à infertilidade inserem-se num contexto amplo, que compreende um nível de prevenção, relativo às causas conhecidas e evitáveis da infertilidade, com programas de educação em saúde e para uma sexualidade responsável, a implementação de serviços de aconselhamento e a investigação relativa a outras causas não conhecidas.

Este contexto compreende ainda as opções sociais, como a adopção e o assumir uma vida sem filhos, que constituem uma alternativa ou a única possibilidade para superar a ausência de filhos, e que devem ser apresentadas aos casais através de serviços de aconselhamento, de modo que estes se tornem conhecedores e conscientes de todas possibilidades.

E por fim surgem as opções médicas, que incluem os tratamentos dos problemas médicos diagnosticados como causadores de infertilidade e as técnicas de procriação medicamente assistida.

Alguns grupos internacionais que apoiam os indivíduos inférteis tais como, a *International Consumer Support for Infertility* e a *International Federation of Infertility Patient Associations*, consideram o direito de procriar como um direito humano, baseando-se na Declaração Universal dos Direitos do Homem, que no art. 16.1 refere: “a partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade, ou religião” (Serrão e Nunes, 1998:187).

A Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos da *International Planned Parenthood Federation*, publicada em Portugal pela Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres, em 1999, prevê no seu artigo 10, o direito aos benefícios do progresso científico. Sendo este, especificado do seguinte modo, “todas a pessoas têm o direito ao acesso às novas tecnologias em saúde

reprodutiva, nomeadamente às que se referem à infertilidade...” (Federação Internacional de Planeamento da Família, 1999:9).

A evolução científica tem contribuído grandemente para a melhoria da investigação, identificação e avaliação das causas da infertilidade, como para o alargamento do espectro de possibilidades do seu tratamento ou resolução, que ocorreram nos últimos anos.

Os procedimentos envolvidos e as suas implicações têm vindo a atrair a atenção pública e isso tem aumentado o conhecimento, a possibilidade de procura e logo, a esperança dos casais com problemas de fertilidade. Em última análise, a oferta e a procura de ajuda tornaram do conhecimento público algo que dantes era mantido em segredo.

Outra referência importante quando se aborda o tema da infertilidade, é o reconhecimento do carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico, relacionado com a ansiedade da espera, os resultados dos exames e os insucessos dos tratamentos, entre outros factores. Este percurso, é quase sempre prolongado, penoso e implica a submissão a intervenções médicas, muitas delas invasivas e dolorosas, sendo também identificado como uma fonte iatrogénica de stresse para o casal, seja esta inerente aos procedimentos ou à relação estabelecida com os profissionais de saúde.

A importância desta relação manifesta-se na medida em que, *“a qualidade da relação médico-paciente pode favorecer ou complicar o modo de lidar com uma situação de sofrimento”* (Cook, 1987: 466).

A preocupação com a qualidade do atendimento a estes casais emerge na literatura científica a vários níveis, pela elaboração e divulgação de recomendações e linhas de orientação para a abordagem e aconselhamento aos indivíduos inférteis durante as diversas fase do percurso relativo à infertilidade. É ainda fortemente recomendado aos profissionais um entendimento profundo das implicações e da importância da sua intervenção para o bem-estar dos indivíduos inférteis.

Diversos estudos referem ser necessária uma intervenção apropriada dos profissionais de saúde, de modo a facilitar a vivência desta situação, evidenciando a importância da relação estabelecida entre os profissionais e o casal. A qualidade da relação estabelecida entre os profissionais e o casal tem por base a comunicação, na medida em que toda a relação é comunicação.

Estas constatações apontam para a importância das competências comunicacionais, no sentido em que contribuem para uma intervenção de qualidade.

A maioria dos estudos consultados relativos a este tema, têm como foco de atenção, dimensões específicas ou aspectos particulares, fragmentando um fenómeno tão abrangente e complexo como a infertilidade, incidindo sobretudo, no elemento feminino do casal. São poucos os estudos que abordam a temática do ponto de vista do casal, tomando em consideração o contexto onde a experiência ocorre (Imeson e McMurray, 1996).

Sendo neste contexto que se insere este estudo, a pertinência da escolha desta temática decorre do facto de que, como referem Imeson e McMurray (1996), a compreensão do modo como os casais vivenciam a infertilidade pode contribuir para melhorar a intervenção junto destes. E ainda porque, *“os pacientes cada vez mais esperam que [os profissionais de saúde] forneçam uma forma de cuidado compreensiva, que inclua atenção, não só pela condição médica, mas também pelas suas respostas psicológicas a essa condição e ao seu tratamento”* (Callan e Hennessey, 1989:352).

Enquadrada a escolha do tema, definimos como objecto central da investigação, conhecer as vivências do casal infértil que deseja ter filhos. A opção pela utilização do termo de vivência tem em conta que este *“designa o conjunto de acontecimentos inscritos no fluxo da existência, que são imediatamente compreendidos e integrados na consciência subjectiva”* (Doron e Parot, 2001:776), significando que para a pessoa existe apenas o que ela sabe da experiência (Patton, 1990). Outra consideração importante no âmbito

deste termo decorre de que “*a carga afectiva da experiência vivenciada é (...) importante*” (Doron e Parot, 2001:776), enquadrando-se na problemática inerente à realização deste estudo na medida em que a vivência da infertilidade implica que esta tenha significado para a própria pessoa.

Como refere Patrão-Neves (2001), a compreensão da infertilidade deve partir da intimidade e contextualização da sua vivência, valorizando-se o modo como esta é sentida, vivida e compreendida pelo indivíduo particular em questão.

Mediante o exposto, surge como questão de partida deste estudo:

- Quais as vivências do casal infértil, que deseja ter filhos?

Desta emergem outras questões que se revelam importantes, na medida em que contribuem para clarificar o fenómeno:

- Quais os motivos que levam o casal a desejar ter um filho?
- Quais as implicações psicológicas, sociais e conjugais da infertilidade, no casal?
- Quais os sentimentos do casal, relativamente à infertilidade?
- Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelo casal para lidar com a infertilidade?
- De que modo é percebida e valorizada a relação com os profissionais de saúde?

Assim, temos como objectivos para estudo:

- Conhecer as vivências do casal infértil, que deseja ter filhos.
- Identificar de que modo é percebida e valorizada a relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Para tal, realizámos um estudo exploratório, de tipo descritivo simples, utilizando a metodologia qualitativa.

A investigação foi realizada com casais inférteis, inscritos na consulta de medicina da reprodução de um hospital público da região de Lisboa. Os

participantes foram seleccionados de forma intencional, na medida em que se pretendeu seleccionar indivíduos que tenham vivido esta experiência e que transmitam uma informação rica, que possibilite a compreensão do fenómeno.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, para a qual foi construído um guião contendo os temas a abordar, com vista à obtenção de informação que possibilitasse responder à pergunta de partida. A análise da informação obtida foi realizada através da técnica de análise de conteúdo.

Este trabalho é composto por uma primeira parte onde é desenvolvido o enquadramento teórico em dois capítulos: no capítulo 1, são apresentados o conceito, a etiologia e o tratamento da infertilidade; o capítulo 2 faz referência às implicações multidimensionais da infertilidade, nomeadamente as psicossociais, conjugais e as decorrentes do percurso diagnóstico e terapêutico, e ainda às estratégias utilizadas pelo casal para lidar com a situação.

A segunda parte corresponde à descrição do estudo empírico onde, no capítulo 3, é referenciada a conceptualização do estudo e justificadas as opções metodológicas e no capítulo 4, é feita a apresentação, análise e discussão dos dados. No capítulo 5 são ainda destacadas as conclusões do estudo.

A realização deste estudo pode contribuir para aumentar os conhecimentos nesta área e fornecer subsídios para melhorar a qualidade da intervenção junto do casal infértil.

PRIMEIRA PARTE:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - CONCEITO, ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE

A infertilidade é um tema actual, sendo habitualmente referida nos *media* e na sociedade em geral como a incapacidade do casal para ter filhos. No entanto, tendo em conta a complexidade inerente a esta situação, não existe consenso a nível científico para a definição do termo *Infertilidade*.

1.1 - O CONCEITO DE INFERTILIDADE

Segundo a World Health Organization (2002), um casal é considerado infértil quando não ocorre uma gravidez após um ano de relações sexuais regulares não protegidas.

Pode ainda ser preconizado que a definição de infertilidade tem como principal condicionante a idade da mulher. Assim, uma situação de infertilidade é considerada aquando da não ocorrência de uma gravidez, num casal com relações sexuais regulares, sem uso de contracepção, ao longo de um período de tempo que vai de dois anos se a idade da mulher for inferior a 30 anos, um ano se estiver entre os 30 e os 35 anos e seis meses para as restantes idades, conforme refere Pereira Coelho, citado por Conceição (2000). Também Martins (2005), refere a pertinência do aconselhamento diferenciado por idades, em que os casais devem procurar ajuda ao fim de ano e meio a dois anos se a mulher tem entre 20 e 30 anos, ao fim de um ano se possui entre 30 e 35 anos e ao fim de seis meses se ultrapassa os 35 anos.

A infertilidade pode apresentar-se de duas formas: na incapacidade de atingir uma gravidez e na incapacidade para manter a gravidez (Cedars, 2005).

É também relevante proceder à distinção entre os termos infertilidade e esterilidade, visto que assistimos frequentemente ao seu emprego indevido, sendo confundidos ou utilizados como sinónimos. Segundo Wentz (1990), *esterilidade* refere-se aos indivíduos que apresentam um factor absoluto que impede a concepção, mesmo com tratamento clínico, constituindo uma situação irreversível. Segundo a mesma autora, *infertilidade* designa a

incapacidade em conceber sem o auxílio de técnicas de reprodução medicamente assistida, durante um período de tempo clinicamente limitado, ou seja, implica uma situação não definitiva, com hipótese de resolução através de tratamento clínico.

Neste contexto, importa ainda clarificar o conceito de *hipofertilidade*, frequentemente referenciado na literatura relativa ao tema, e que é entendido como a “*diminuição das capacidades reprodutivas do indivíduo, o que se traduz por um alargamento do período necessário para conceber*” (Rodrigues, 2004: 2), e não na sua impossibilidade.

Em termos médicos, a infertilidade pode ser classificada em três tipos (Seguy e Martin, 1997):

- A infertilidade primária: quando o casal tem incapacidade para conceber o primeiro filho;
- A infertilidade secundária: quando, após pelo menos um gravidez anterior, o casal tem incapacidade para conceber um outro filho;
- A infertilidade relativa: quando, apesar de ter ocorrido a concepção não se consegue a evolução da gravidez.

Nas últimas décadas, o número de problemas relacionados com a fertilidade tem vindo a aumentar, pela convergência de vários factores físicos, psíquicos, sociológicos e ambientais, reconhecidos actualmente como passíveis de afectar a fertilidade. Nestes podemos incluir, segundo Pinto (1998) e Faria (2001):

a) O adiamento do primeiro filho, que determina que a mulher procure engravidar numa altura em que o seu potencial de fertilidade se encontra em declínio. Podemos constatar que há poucas gerações atrás era raro ter o primeiro filho aos 30 anos, agora é comum iniciar a maternidade depois dos 40. Vários fenómenos sociais, tais como, o prolongamento da escolaridade, o atraso da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego, o investimento na carreira profissional e no consumo, a par com a alteração de papéis das mulheres operada pela sua entrada no mercado de trabalho e a

consequente oportunidade de investimento na carreira profissional, têm sido apontados como estando na origem deste acontecimento.

b) O início precoce da vida sexual, e conseqüentemente o aumento do número de parceiros, que contribui para o aumento da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e outros processos inflamatórios com compromisso da função reprodutiva.

c) O aumento da utilização de métodos contraceptivos determinando, por um lado, um menor número de ciclos ovulatórios, logo reduzindo as probabilidades de fecundação e por outro lado, a liberdade sexual, levando à possibilidade de aumento do número de parceiros, e ainda o abandono do uso do preservativo e conseqüentemente uma maior exposição às ISTs.

d) O aumento exponencial das infecções sexualmente transmissíveis, que na mulher podem causar cicatrizes, lesar ou destruir os revestimentos do útero, trompas e ovário e que no homem podem destruir os finos canais do epidídimo, do deferente e dos canais ejaculadores.

e) A prática mais generalizada da interrupção da gravidez, que implica a manipulação uterina e o conseqüente risco de complicações, como infecções e traumatismos, comprometedores da fertilidade.

f) A excessiva exposição a tóxicos decorrente tanto da poluição ambiental como da actividade laboral, com efeitos nefastos nos mecanismos da reprodução.

g) O aumento do stresse nas sociedades actuais, constituindo um importante factor para o declínio da fertilidade, com repercussões a nível orgânico, visto que determina alterações hormonais que se reflectem na ovulação e espermatogénese, mas também a nível funcional podendo contribuir para a diminuição da actividade sexual.

h) A ocorrência de importantes alterações nos hábitos e no estilo de vida adoptados pela população, tais como: a prática de uma alimentação irregular e desequilibrada que pode implicar um aporte inadequado de nutrientes essenciais à função reprodutora e provocar alterações na situação ponderal, que decorrem de variações na gordura corporal e que contribuem para a ocorrência de distúrbios da ovulação; o aumento do consumo do tabaco, de álcool, de estupefacientes e também de produtos farmacêuticos, sobretudo em idades mais jovens que, ao produzirem efeitos no sistema nervoso central, afectam o controlo da secreção de hormonas; e ainda, a actividade física excessiva que determina alterações do controlo cerebral do hipotálamo, com as consequentes repercussões na produção de hormonas que comprometem tanto a ovulação como a espermatogénese.

i) O aumento da temperatura testicular é outro dos factores considerados, pois determina o compromisso da normal espermatogénese e que decorre de situações como, o uso de roupa apertada e de tecidos sintéticos, a exposição prolongada ao calor (sol, sauna, etc.) e a permanência prolongada na posição de sentado decorrente muitas vezes da ocupação laboral. Actualmente, é ainda indicado o aquecimento global como origem do acentuado decréscimo na contagem de espermatozóides que se tem vindo a observar nos últimos anos.

1.2 - ETIOLOGIA DA INFERTILIDADE

Tendo em vista o esclarecimento das alterações que conduzem à infertilidade, torna-se útil e necessário antes de mais, fazer referência ao processo pelo qual tem origem um novo ser humano, pois será assim, mais fácil compreender os pontos de ruptura que dificultam a reprodução.

1.2.1 - Processo Fisiológico da Reprodução Humana

Conforme refere Santos (1998: 133), *“reconhece-se hoje, que o processo reprodutivo é surpreendentemente ineficaz”*. Em cada ciclo ovulatório, a probabilidade de ocorrer uma gravidez é de apenas 30% quando estão

assegurados todos os pressupostos que viabilizam o processo reprodutivo (casais normalmente férteis). Estudos sobre padrões de fecundidade de casais férteis que tentam conceber, indicam que 72% das mulheres engravidam num período de seis meses, 85% ao fim de um ano e que 93% consegue uma gravidez ao fim de dois anos (Speroff, Glass e Kase, 1999).

Cada novo ser humano tem a sua origem na conjugação de uma célula reprodutora feminina – o ovócito, e de uma célula reprodutora masculina – o espermatozóide.

A concepção exige, do elemento feminino uma ovulação regular, captação e transporte do ovócito para a zona de fertilização na trompa uterina, transporte do ovócito fertilizado para o útero, desenvolvimento adequado do endométrio para a implantação e a produção de muco cervical receptivo aos espermatozoides. No elemento masculino, os factores essenciais da fertilidade são a produção, transporte e nutrição dos espermatozoides e a ejaculação intravaginal do sémen. Para que ocorra a concepção, torna-se ainda necessário que a relação sexual decorra durante o período fértil feminino.

O sistema reprodutor feminino sofre ciclicamente um conjunto de modificações, consequência das variações hormonais ligadas ao processo reprodutivo, resultando a criação de condições para que surja uma gravidez. Na ausência de fecundação ocorre uma hemorragia menstrual e sequencialmente um novo ciclo, conducente a uma nova ovulação e a uma nova possibilidade de gravidez. Este ciclo, designado por menstrual, repete-se durante toda a vida reprodutora feminina, desde que na ausência de uma gravidez, de uma situação patológica ou interacção medicamentosa, e por convenção, inicia-se no primeiro dia de uma menstruação e termina no dia antes do início da menstruação seguinte.

A produção das células reprodutoras femininas depende, basicamente, do potencial folicular ovárico (Graça e col., 2000). O número de ovócitos primários (os precursores dos ovócitos) que se encontram nos ovários são formados durante o desenvolvimento fetal. No quinto mês de gestação, o número de

folículos nos ovários é de cinco milhões, a sua quantidade máxima. Depois disso, o seu número só tem tendência a baixar. À nascença é de um milhão, e na altura da menarca (primeira menstruação), restam apenas quatrocentos mil folículos nos dois ovários. No decurso da vida reprodutiva feminina, apenas quinhentos folículos atingem a ovulação (Speroff, Glass e Kase, 1999). A reserva de ovócitos encontra-se armazenada nos ovários, considerados as glândulas sexuais femininas pois é neles que são produzidas as hormonas sexuais femininas: os estrogénios e a progesterona.

A regulação da ovulação é assegurada através de uma interacção estreitamente coordenada entre o hipotálamo, hipófise e ovários. No início de cada ciclo menstrual, uma zona localizada na parte inferior do cérebro, o hipotálamo, liberta a hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH). Esta actua regulando a hipófise, uma estrutura glandular situada na base do cérebro. Esta, por sua vez, liberta as hormonas gonadotróficas ou gonadotrofinas, sendo uma destas a hormona FSH (Hormona Folículo Estimulante), que vai estimular o desenvolvimento de um grupo de folículos existentes no ovário, dos quais apenas um, de um dos ovários, completará a maturidade no 14^o ou 15^o dia do ciclo.

Enquanto se desenvolvem, os folículos produzem e libertam na corrente sanguínea os estrogénios, hormonas responsáveis pelo desenvolvimento das características sexuais femininas e pelo desenvolvimento e actividade normais dos órgãos genitais.

Estes estrogénios, ao atingirem determinados níveis no sangue, induzem a hipófise a reduzir a quantidade de FSH, restringindo deste modo o seu efeito a não mais do que um folículo, acabando os outros por atrofiar; por outro lado, fazem com que a hipófise inicie a produção de elevadas quantidades de uma outra hormona gonadotrófica, a LH (Hormona Luteinizante), que ao atingir os ovários, vai causar a ruptura do folículo mais desenvolvido – folículo dominante.

É deste modo que a ovulação tem lugar, com a expulsão do ovócito do folículo. A ovulação acontece geralmente a meio do ciclo menstrual, o que num ciclo médio de 28 dias (a duração mais frequente em mulheres com fertilidade normal), corresponde o 14^o-15^o dia. Para atingir o máximo de eficiência, os ciclos menstruais devem ter uma duração superior a 25 e inferior a 35 dias (Cedars, 2005).

Após a libertação do ovócito, este é captado para o interior da trompa de Falópio, estrutura que estabelece a comunicação entre o útero e o ovário, através da aproximação e dos movimentos dos filamentos que rodeiam a abertura das trompas. Após a sua captação, o ovócito é transportado no interior da trompa em direcção ao útero e se após 12 a 24 horas (Speroff, Glass e Kase, 1999) não for fecundado, deteriora-se e é reabsorvido como qualquer outra célula morta do organismo.

No local donde saiu o ovócito nesse mês, sob a influência da hormona LH forma-se uma pequena zona amarela, o corpo amarelo ou *corpus luteum*, que inicia a produção de uma outra hormona, a progesterona. Esta hormona tem como principal função, preparar o interior do útero para receber o ovo fecundado.

Tendo em conta que o ovócito pode ser fertilizado com sucesso aproximadamente 12 a 24 horas após a sua libertação e que os espermatozóides normais podem sobreviver no tracto genital feminino e manter a sua capacidade de fertilização até 5 dias, devemos considerar o período fértil, ou seja, aquele em que existe a probabilidade de obter uma gravidez, os 6 dias antes da ovulação (Barron e Fehring, 2005; Cedars, 2005).

Durante todo o ciclo de variações hormonais, o revestimento interior do útero (orgão que tem como função comportar a gravidez), o endométrio é preparado, ou seja, são criadas condições favoráveis para a nidação do ovo, caso o óvulo seja fertilizado. Durante a primeira parte do ciclo menstrual, - a fase proliferativa (antes da ovulação), os estrogénios actuam aumentando a espessura do endométrio. Na segunda, - a fase secretória (depois da

ovulação), o endométrio sofre a acção combinada dos estrogénios e da progesterona organizando-se, amadurecendo e libertando secreções. O endométrio torna-se receptivo à implantação a meio da fase secretória, quando a produção de progesterona e estrogénios pelo corpo amarelo atinge o seu máximo (Cedars, 2005). Se o ovócito não for fecundado, o corpo amarelo degenera decorridos 14 dias e os níveis de estrogénios e de progesterona descem subitamente, provocando o desagregar do revestimento interno do útero, desencadeando a menstruação.

No caso de ocorrer uma fecundação e posteriormente uma implantação do ovo na parede uterina, o corpo amarelo mantém-se em funcionamento, mantendo a produção de estrogénios e progesterona, ocorrendo deste modo a cessação das menstruações e a manutenção da gravidez.

Importa ainda referir o importante papel desempenhado pelo muco cervical no processo reprodutivo. As células do colo do útero, local de passagem da vagina para o interior do útero, produzem o muco cervical que forma um tampão, com o objectivo de proteger a cavidade interior do útero. Ao aproximar-se a ovulação, o aumento de estrogénios provoca o aumento da produção de muco e produz alterações que melhoram as suas características do ponto de vista da fertilidade, nomeadamente a filância, que corresponde ao aumento da sua elasticidade, permitindo o seu estiramento num longo e delgado filamento que estabelece um alinhamento linear de canais paralelos que direccionam os espermatozóides para o interior do útero, e fluidez que o tornam receptivo, permitindo a progressão dos espermatozóides, possibilitando o seu encontro com o ovócito (Speroff, Glass e Kase, 1999).

Para que ocorra a fecundação é indispensável que o sistema reprodutor masculino produza espermatozóides em quantidade e qualidade adequadas. A produção de espermatócitos primários, tal como a produção de espermatozóides são processos contínuos, pelo que um homem com uma fertilidade normal permanece fértil desde a puberdade, até uma idade relativamente avançada, em contraste com a mulher que é fértil apenas alguns dias em cada ciclo, e nasce com a sua reserva folicular definida. O processo

de espermatogénese, consiste na sequência de eventos que transformam as células precursoras (espermatócitos primários) em espermatozóides maduros, permitindo, segundo Santos e Santos (1996) a diferenciação e maturação de 1000 espermatozóides por segundo, o que corresponde a uma produção anual de 30 biliões de espermatozóides.

A regulação da espermatogénese é também assegurada através da interacção estreitamente coordenada entre o hipotálamo, hipófise e testículos. No homem, como na mulher, o hipotálamo produz a hormona libertadora da gonadotrofina (GnRH), que estimula a hipófise a responder libertando as hormonas gonadotróficas ou gonadotrofinas, que por sua vez influenciam o funcionamento testicular. A LH (Hormona Luteinizante) estimula as células de Leydig (células intersticiais testiculares) regulando a produção de testosterona. A FSH (Hormona Folículo Estimulante) estimula a produção de espermatozóides.

A espermatogénese decorre nos testículos, considerados as glândulas sexuais masculinas, pois desempenham ainda a função da secreção da hormona masculina, a testosterona, responsável pelo desenvolvimento e actividade normais dos órgãos genitais masculinos, o desenvolvimento e manutenção das características sexuais masculinas e a espermatogénese normal. Um espermatozóide demora cerca de 72 dias (Speroff, Glass e Kase, 1999) a desenvolver-se a partir da sua célula primitiva, através de divisões celulares sincronizadas, num ciclo de estádios sucessivos, no interior dos tubos seminíferos.

Quando o espermatozóide sai do testículo, ainda não está dotado de todas as capacidades necessárias à sua função, nomeadamente a mobilidade, completando-a enquanto percorre o epidídimo. Após este percurso, que dura 2 a 12 dias, os espermatozóides entram nos canais deferentes, que saem de cada epidídimo, comunicando com as vesículas seminais, entram na próstata e, no seu interior desembocam na uretra.

Imediatamente antes de entrarem na próstata, os espermatozóides recebem o líquido seminal, proveniente das vesículas seminais. Este líquido viscoso protege, alimenta e facilita a deslocação dos espermatozóides. A próstata produz o líquido prostático, que tem também como função proteger, alimentar e facilitar a mobilidade dos espermatozóides. O conjunto formado pelo líquido seminal, prostático e pelos espermatozóides constitui um líquido branco e espesso, o esperma, que sai através da uretra durante a ejaculação. Este deve conter componentes adequados de modo a permitir a sobrevivência e a progressão dos espermatozóides no trato genital feminino.

No momento da ejaculação, as vesículas seminais e a próstata lançam as suas secreções na uretra, juntamente com os espermatozóides. A contracção dos músculos que envolvem a base da uretra, transportam o esperma para fora do pénis, devendo ser depositado no interior da vagina, facilitando o seu acesso ao colo do útero.

O espermatozóide maduro é uma célula activamente móvel, que nada livremente, formada por uma cabeça e uma cauda. A cauda fornece ao espermatozóide a motilidade que auxilia o seu transporte até à zona de fertilização, sendo coadjuvado por contracções musculares do trato genital feminino que o impulsionam no seu percurso ao encontro do ovócito .

O espermatozóide ejaculado adquire a capacidade para fertilizar (penetrar o ovócito), durante o seu percurso no aparelho reprodutor feminino. Este processo é iniciado durante a passagem através do colo uterino e designa-se por capacitação. Esta consiste, segundo Speroff, Glass e Kase (1999), na aquisição da hiper mobilidade (que permite alcançar e penetrar o ovócito), na aquisição da capacidade para se ligar à membrana externa do ovócito (a zona *pellucida*), e na aquisição da capacidade para realizar a reacção acrossómica.

A fase final do processo de maturação do espermatozóide também conhecida por reacção acrossómica, consiste na remoção da membrana que reveste a cabeça do espermatozóide (acrossoma), libertando enzimas que vão permitir a sua penetração no interior do ovócito. Os movimentos da cauda do

espermatozóide constituem também um importante meio de penetração no ovócito. Após a entrada da cabeça do espermatozóide no ovócito, ocorre a perda da cauda.

Em resumo, a produção de espermatozóides ocorre em três etapas, a formação testicular, a maturação epidídimal e a capacitação no trato genital feminino (Speroff, Glass e Kase, 1999).

Os espermatozóides são armazenados nos epidídimos e canais deferentes que funcionam como reservatórios, onde podem viver várias semanas. A capacidade para armazenar espermatozóides funcionais proporciona, segundo Speroff, Glass e Kase (1999), a possibilidade de ejaculações férteis repetidas. A preservação de uma óptima função dos espermatozóides requer níveis adequados de testosterona e a manutenção de uma temperatura escrotal adequada. Estes, quando não são ejaculados são reabsorvidos pelo organismo.

Uma vez libertados para o exterior, a sua vida é curta, podendo sobreviver até 48 a 72 horas no trato genital feminino; para Moore e Persaud (2004), alguns espermatozóides podem ficar retidos ao nível do colo do útero no muco cervical, sendo libertados gradualmente, aumentando as probabilidades de fertilização.

Aquando de uma relação sexual, são depositados 200 a 300 milhões de espermatozóides na vagina, dos quais apenas 4 milhões atingem o colo uterino; destes só uns milhares alcançam a trompa, apenas algumas centenas alcançarão a proximidade do óvulo; apenas um será fecundante (Speroff, Glass e Kase, 1999). A maior perda ocorre com a expulsão do sémen através da vagina, outros são absorvidos pelo trato genital feminino, muitos continuam o percurso através da trompa, perdendo-se na cavidade abdominal.

Para que ocorra a fecundação, o encontro do espermatozóide com o ovócito deve dar-se na porção mais larga da trompa (mais próxima do ovário), chamada zona de fertilização.

Em redor do ovócito existe uma cápsula, a zona *pellucida*, que só um espermatozóide pode penetrar. Logo que um espermatozóide se funde com a superfície do óvulo, este último transforma a sua parede exterior numa barreira impenetrável para todos os outros espermatozoides.

No interior do ovócito, os cromossomas do ovócito e do espermatozóide fundem-se, resultando um ovo ou zigoto com toda a informação genética, necessária para formar um novo ser humano com uma identidade biológica única.

Após a fecundação, o zigoto inicia o processo de divisão celular (em que ocorre a multiplicação das células) durante o percurso ao longo da trompa em direcção ao útero, o qual tem uma duração referenciada por Speroff, Glass e Kase (1999) de aproximadamente três dias. Ainda para os mesmos autores, esta duração é importante na medida em que faculta uma sincronia entre o desenvolvimento do ovo e do endométrio, permitindo o sucesso da gravidez.

Uma vez chegado ao útero, permanece não fixado e, 5 a 7 dias após a ovulação inicia-se o processo de implantação no endométrio. A implantação é definida como o processo de ligação à parede uterina para formar a placenta.

Este é um momento crítico do processo reprodutivo pois implica que o organismo materno reconheça a estrutura embrionária, de modo a que não ocorra a rejeição do material biológico estranho à estrutura onde se pretende implantar. Esta não rejeição é devida ao efeito imunossupressor de factores produzidos precocemente pelo embrião. A partir do estabelecimento desta ligação entre o organismo materno e o embrião, inicia-se a produção da hormona gonadotrofina coriónica, sendo todos os testes de diagnóstico de gravidez baseados na sua detecção.

Verifica-se assim que a gravidez é impossível sem uma implantação e placentação bem sucedidas.

É no âmbito deste êxito que, segundo Santos e Santos (1996: 269), *“passadas as complexas e por vezes indecifráveis etapas de um processo ainda misterioso, assiste-se ao nascimento de um novo ser que cumpre um destino biológico assegurado pelo processo reprodutivo natural”*.

1.2.2 - Alterações do Processo de Reprodução

Dada a grande complexidade dos acontecimentos relacionados com a procriação em cada um dos elementos feminino e masculino, envolvendo aspectos anatómicos, funcionais, emocionais, psicológicos e sociais, é de esperar a possibilidade da ocorrência de acontecimentos que dificultam ou impedem a fecundação e a gravidez.

Segundo Gonçalves (2005), a infertilidade pode decorrer de factores não patológicos e patológicos. Os primeiros incluem a idade e a não utilização adequada do potencial fértil do casal. Os segundos referem-se aos factores femininos e masculinos que têm origem em alterações orgânicas.

Relativamente aos factores não patológicos, a idade por si só tem impacto sobre a fertilidade feminina. O declínio da fertilidade com a idade está repetidamente documentado em estudos científicos, devido à aceleração da perda folicular que ocorre entre 10 a 15 anos antes da menopausa e que conduz à falência ovárica.

Bachus (1992), refere que a máxima fertilidade feminina se situa entre os 20-24 anos; entenda-se que nesta faixa etária apenas 15% das mulheres não consegue uma gravidez após um ano de tentativas, aumentando para 37% nas mulheres na faixa etária de 30-35 anos e atingindo 48% nas mulheres entre os 35-39 anos. Juntamente com a perda folicular, aumenta a probabilidade de endometriose e da ocorrência de sequelas de infecções pélvicas.

Também a incidência de aborto espontâneo aumenta com a idade, relacionada com a perda de qualidade do ovócito por efeito directo do envelhecimento. O risco de aborto espontâneo, clinicamente reconhecido, atinge 10% das

gravidezes em mulheres com idade inferior a 30 anos, aumentando para 18% entre os 30 e os 40 anos e para 34% a partir dos 40 anos. Speroff, Glass e Kase (1999) estimam que terminem em aborto espontâneo, 75% das gravidezes, com e sem diagnóstico clínico, em idades maternas acima dos 40 anos. Por estas razões, estes autores afirmam que um terço das mulheres que adiam a gravidez para depois dos 35 anos terão problemas de fertilidade.

No que respeita à não utilização adequada do potencial fértil, esta é condicionada pelo desconhecimento dos elementos do casal acerca dos processos reprodutivos. Para uma utilização adequada deste potencial, são considerados a frequência coital e a identificação do período fértil. Para a frequência coital, a World Health Organization (2002), preconiza como periodicidade adequada duas vezes por semana com intervalos regulares, ou, segundo Gonçalves (2005), duas vezes por mês desde que no período fértil. Faustino (2005), realça o facto de que o coito deve ocorrer no período fértil de modo a possibilitar a fecundação. A identificação do período fértil assenta nos métodos de auto-observação e na utilização de testes de fertilidade comercializados.

Actualmente é reconhecido que a infertilidade pode resultar de uma grande variedade de causas, sendo consensual na literatura especializada que as causas da infertilidade são atribuídas em 40% a factores femininos, 40% a factores masculinos e 20% a factores mistos. Segundo Faria (2001), em aproximadamente 10% dos casos não é detectada uma causa que possa ser responsabilizada, correspondendo à infertilidade de causa desconhecida ou infertilidade inexplicada. Para Cedars (2005), estes casos são inexplicados na medida em que os meios actualmente disponíveis não permitem identificar o factor causal.

Ainda segundo Cedars (2005), as causas de infertilidade feminina agrupam-se em quatro factores, de acordo com o local responsável pela alteração da fertilidade:

a) O factor ovárico, que corresponde às alterações da ovulação e constitui a principal causa de infertilidade feminina: 30-40% (Martins, 2005; Gonçalves, 2005). Estas alterações consistem na deficiência na ovulação ou na sua ausência, maioritariamente devidas a alterações hormonais ou a factores genéticos.

b) O factor tubáreo, que corresponde às alterações da função das trompas, pode manifestar-se ao nível das funções da captação do ovócito, do transporte do ovócito em direcção ao útero, do transporte dos espermatozóides em direcção ao ovário, da fertilização, do transporte do embrião em direcção ao útero e do crescimento do embrião. Estas são maioritariamente devidas à alteração da permeabilidade das trompas, sendo esta, na maioria dos casos, secundária a infecções pélvicas e tubéreas. Outras causas para a alteração da permeabilidade das trompas são as adesões por endometriose, e ainda as anomalias congénitas da sua morfologia.

c) O factor uterino, que inclui as anomalias anatómicas e disfunções uterinas, os fibromiomas e os pólipos endometriais. As anomalias uterinas podem dividir-se em malformações congénitas e adquiridas, sendo que estas últimas surgem após manipulação uterina complicada com infecção ou devido a tuberculose endometrial. As disfunções incluem as alterações na receptividade uterina cujo impacto se manifesta no comprometimento da sequência adequada dos acontecimentos do processo de implantação. Também os fibromiomas e os pólipos endometriais manifestam as suas repercussões ao nível do processo de implantação.

d) O factor cervical, que se refere às alterações do muco cervical, e da estrutura do canal cervical. As alterações das características que conferem receptividade ao muco cervical são maioritariamente decorrentes de alterações hormonais, infecções (cervicites) ou do uso de lubrificantes vaginais. As alterações do canal cervical correspondem a estenoses de origem congénita ou adquiridas após manipulação cirúrgica. Quaisquer destas alterações comprometem a colecção e progressão dos espermatozóides.

Relativamente às causas de infertilidade masculina, Cedars (2005), classifica-as do seguinte modo:

a) A espermatogénese anormal, que se manifesta por alterações da quantidade e/ou da qualidade dos espermatozóides. A diminuição da produção de espermatozóides, pode conduzir à diminuição do número de espermatozóides (Oligospermia), ou à sua ausência (Azoospermia). As alterações da qualidade dos espermatozóides incluem as alterações morfológicas, genéticas, da mobilidade, velocidade e da capacidade de penetração. Estas podem advir de alterações hormonais, factores genéticos, alterações na vascularização testicular (varicocele), uso de medicação, infecções, sequelas cirúrgicas, exposição ambiental a tóxicos, tabagismo e aumento da temperatura testicular.

b) As alterações da função secretória dos órgãos acessórios, que se traduzem em alterações das características do sémen tais como o volume, a viscosidade, o pH e o teor de nutrientes, que podem comprometer a sobrevivência e a deslocação dos espermatozóides. De acordo com Martins (2005), 75-80% dos casos de infertilidade masculina devem-se a alterações nas características do esperma.

c) As obstruções do tracto genital e das vias espermáticas que comprometem a maturação e transporte dos espermatozóides, bem como dificultam ou impedem a ejaculação, resultando de sequelas de infecções (tais como as infecções sexualmente transmissíveis) e de sequelas cirúrgicas.

d) Também as alterações da função sexual, referenciadas por outros autores como Passos e Freitas (1993), tais como a disfunção eréctil (incapacidade para produzir ou manter a erecção), poderão comprometer a deposição adequada do sémen no interior da vagina, dificultando o seu acesso ao colo do útero.

O factor imunológico, referenciado por diversos autores (APF, 1988; Passos e Freitas, 1993; Speroff, Glass e Kase, 1999; Cedars, 2005), resulta da

imunização pelo esperma e pode ocorrer tanto no homem como na mulher. Consiste na presença de anticorpos anti-espermáticos, resultando na destruição ou imobilização dos espermatozóides, na sua incapacidade para penetrar no ovócito, no prejuízo da clivagem do embrião e mesmo da sua implantação. Como factor masculino de infertilidade, a presença de anticorpos anti-espermáticos, pode decorrer da obstrução das vias espermáticas, do trauma ou torção testicular, da infecção ou da exposição crónica ao calor (Cedars, 2005). A presença de anticorpos anti-espermáticos tem vindo também, a ser documentada como factor feminino de infertilidade (Speroff, Glass e Kase, 1999) podendo resultar na perda da capacidade de fertilização dos espermatozóides ou na falha de implantação de um óvulo fecundado.

Existem ainda situações de infertilidade que se devem à incompatibilidade da interacção entre os sistemas reprodutivos masculino e feminino, designadas como causas mistas. Estas podem ser, a incompatibilidade imunológica, a hipofertilidade de um ou ambos os membros do casal, bem como inadequação da frequência coital e da sua não ocorrência durante os períodos favoráveis à fecundação (Rodrigues e Rodrigues, 2000).

1.3 - RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE

A investigação médica permitiu, nos últimos anos, grandes avanços no diagnóstico e tratamento da infertilidade. O conhecimento dos factores causais da infertilidade permite estabelecer o diagnóstico, fornecer um prognóstico e perspectivar a conduta terapêutica a adoptar.

1.3.1 – Recursos Diagnósticos da Infertilidade

A investigação dos factores causais da infertilidade deve, no entender de Santos e Santos (1996), processar-se numa sequência que respeite o princípio da agressividade progressiva, partindo das investigações mais simples, para os exames mais complexos, à medida dos resultados que vão sendo obtidos.

Actualmente, é consensual que a intervenção diagnóstica da infertilidade deve incidir sobre ambos os membros do casal, e em simultaneidade.

O estudo da infertilidade feminina comporta:

1) A obtenção de uma anamnese na procura de acontecimentos que possam ter repercussões na função reprodutora, incluindo a história menstrual, pois esta fornece dados importantes sobre a probabilidade da ocorrência de ciclos ovulatórios. Devem ser incluídos ainda os antecedentes familiares, médicos (tais como algumas doenças sistémicas, alterações do funcionamento de certos órgãos como a tiróide), cirúrgicos e obstétricos (manipulações abdominais, com possível contributo para a formação de aderências com compromisso da função tubárea, ou uterinas, com compromisso da qualidade do endométrio).

2) A realização de um exame físico e ginecológico/ pélvico, pois permite detectar alterações orgânicas ou lesões que podem interferir com a fertilidade.

3) A realização do estudo orgânico através da realização de exames especiais, como:

a) A *Laparoscopia*, que permite a visualização directa dos órgãos pélvicos através de um aparelho óptico, introduzido na cavidade abdominal por uma incisão peri-umbilical e que permite diagnosticar a endometriose, aderências que comprometem a permeabilidade tubárea e/ou a aproximação da trompa ao ovário.

b) Pode ainda realizar-se a *Faloposcopia* (trans-vaginal ou trans-cervical) e a *Salpingoscopia* (trans-fimbrial ou trans-laparoscópica), que através da micro-endoscopia, permitem a visualização directa do lúmen das trompas.

c) A *Histerosalpingografia*, que através da injeção trans-vaginal de contraste e registo radiológico, evidencia a ascensão e o preenchimento da cavidade uterina, o preenchimento tubáreo e a passagem à cavidade abdominal, permitindo avaliar a cavidade uterina, a permeabilidade e a integridade da dinâmica funcional das trompas.

d) Ou ainda a *Histeroscopia*, que consiste na inspecção da cavidade uterina, introduzindo um aparelho de fibras ópticas através do colo do útero, utilizado para o diagnóstico de anomalias e disfunções uterinas.

4) A realização do estudo funcional que comporta a realização de diversos procedimentos:

a) Os doseamentos hormonais no sangue e na urina, realizados para determinar se são produzidos os níveis normais das várias hormonas implicadas na gravidez, e se o *timing* da sua produção é adequado.

b) A determinação da curva de temperatura basal, para determinar se e quando a ovulação ocorre, em que a obtenção de uma curva bifásica corresponde à ocorrência de um ciclo ovulatório.

c) Também a análise do esfregaço vaginal é importante, para identificação das características das secreções vaginais e de agentes infecciosos.

d) A avaliação das características do muco cervical, a auto-avaliação da quantidade e consistência ao longo do ciclo permite a detecção da ovulação.

e) O teste pós-coital, consiste na colheita e observação de uma porção de muco cervical após o coito, devendo ser feita no dia em que este se encontra mais receptivo aos espermatozóides, permitindo avaliar as características/receptividade do muco cervical e o comportamento dos espermatozóides no muco (capacidade de penetração no muco cervical).

f) A biópsia do endométrio, consiste na colheita, através do colo, de uma amostra de endométrio que é observada com vista a avaliar as alterações produzidas em resposta às variações hormonais ao longo do ciclo, permitindo determinar se a ovulação ocorre e a qualidade e receptividade do endométrio para implantação.

g) A ecografia pélvica, trans-vaginal e ainda a moderna histerosalpingosonografia (com o preenchimento da cavidade uterina com uma solução salina de alto peso molecular), são exames utilizados mediante a sua sensibilidade para o que pretende ser investigado e que permitem a avaliação da estrutura anatómica dos órgãos reprodutores, a detecção de alterações da cavidade uterina, a variação endometrial ao longo do ciclo e ainda a ocorrência da ovulação, através da sua realização seriada, pela observação da sequência de alterações foliculares (crescimento e colapso) que rodeiam a ovulação.

A investigação da infertilidade masculina tem disponível:

1) A obtenção de uma história clínica relativa aos antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, na procura de ocorrências com compromisso da fertilidade, bem como de hábitos de vida nocivos.

2) O exame físico geral e a inspeção do aparelho reprodutor na busca de alterações morfológicas.

3) Os doseamentos hormonais, em que são avaliados os níveis no sangue das hormonas relacionadas com a produção espermática.

4) O espermograma, que consiste na recolha de sémen, obtido por masturbação após 2-3 dias de abstinência sexual, com avaliação laboratorial das suas características, tais como: a quantidade, a mobilidade, a velocidade e a forma de espermatozoides, constituintes celulares, bioquímicos e imunológicos, e ainda a presença de infecções.

5) O teste da função espermática (*sperm penetration assay* - SPA), que mede a capacidade dos espermatozoides para penetrarem no ovócito em meio laboratorial.

6) Os testes genéticos, permitem a avaliação do património genético, procurando anomalias na quantidade e forma dos cromossomas, nomeadamente dos cromossomas sexuais. Se a qualidade do esperma for muito baixa poderão ser feitas análises suplementares do cromossoma Y.

7) A deferentografia, realizada sob anestesia geral, consiste na punção bilateral do deferente e na injeção de um produto de contraste, com registo radiográfico para avaliação da sua permeabilidade.

8) A ecografia trans-rectal, permite a obtenção de imagens da próstata, vesículas seminais e canais ejaculatórios, constituindo um método importante para o diagnóstico de lesões obstrutivas.

9) A ecografia e o doppler escrotal, permitem avaliar lesões testiculares e escrotais.

10) A biópsia testicular, realizada quando ocorre ausência total de espermatozoides no ejaculado, no sentido de distinguir entre um problema de produção e um problema obstrutivo. O procedimento é realizado sob anestesia geral e consiste na excisão bilateral de um fragmento testicular, que é analisado em laboratório de modo a avaliar os diferentes elementos testiculares (tubos seminíferos, células de Sertoli e Leydig e a espermatogénese).

Outro aspecto importante para a avaliação da situação de infertilidade diz respeito ao relacionamento sexual do casal, devendo ser investigados aspectos, tais como: frequência do coito e masturbação, existência de disfunção erétil que comprometa a penetração, disfunção ejaculatória, posições utilizadas, uso de lubrificantes, aspectos culturais e/ou religiosos relacionados e detenção de conhecimentos relativos à fisiologia da reprodução.

1.3.2 - Recursos Terapêuticos da Infertilidade

O tratamento da infertilidade nos últimos anos tem sido objecto de rápidos e notáveis progressos, decorrentes do melhor conhecimento dos mecanismos fisiológicos da reprodução, como do enriquecimento das possibilidades terapêuticas decorrente do desenvolvimento tecnológico e farmacêutico, permitindo novas modalidades de intervenção médicas e cirúrgicas. Em 1978, ocorreu uma verdadeira revolução na Reprodução Humana, com o nascimento do primeiro ser humano concebido fora do organismo materno. Este acontecimento possibilitou o nascimento de milhares de bebés que nunca teriam nascido em condições normais. Face à crescente procura de ajuda para o tratamento das cada vez mais frequentes e diversas situações de infertilidade, a evolução da medicina tem vindo a procurar dar respostas para ultrapassar os problemas de fertilidade. Segundo Menning, estima-se que nos EUA, 50-60% dos casais inférteis possam ser tratados, se tiverem acesso a cuidados médicos especializados (Pinto, 1998).

Uma vez estabelecido o diagnóstico, e de acordo com o factor responsável pela situação de infertilidade, são seleccionados os recursos terapêuticos.

Alguns casos podem ser corrigidos através da introdução de medidas simples, incluindo o aconselhamento e alterações nos hábitos de vida, de modo a produzir uma melhoria geral do estado de saúde. E também a utilização de uma abordagem denominada por Cedars (2005), de *terapia coital*, com vista à utilização do potencial de fertilidade do casal e a supressão dos factores que comprometem a fertilidade. Outros requerem procedimentos diagnósticos e terapêuticos complicados, que exigem um atendimento especializado e multidisciplinar.

Uma outra abordagem no tratamento da infertilidade é a utilização das terapias complementares. Embora esta se encontre recentemente divulgada, existe na literatura médica poucas referências aos seus resultados como abordagem complementar ou alternativa aos tratamentos convencionais. As terapias complementares tendem a utilizar a acupunctura, acupressão e a Medicina Tradicional Chinesa numa abordagem holística de regulação da função endócrina e da fertilidade. Além do efeito produzido sobre a função reprodutiva, são ainda utilizados para alívio do stresse, que é indiscutivelmente um componente importante do tratamento da infertilidade. São sugeridos como benefícios desta abordagem, o facto destas terapias não serem invasivas, serem menos dispendiosas, terem menos efeitos colaterais e não levantarem dilemas éticos. Contudo, a falta de garantias decorrentes da realização de estudos científicos abrangentes e controlados implica uma aceitação muito cautelosa destas terapias.

O tratamento da infertilidade feminina deve ser dirigido à correcção das anomalias específicas, encontradas durante a investigação realizada, podendo ter uma abordagem médica ou cirúrgica:

a) O tratamento médico refere-se ao tratamento de infecções, através da administração de antibióticos, à correcção dos diversos desequilíbrios

hormonais que originam as alterações da ovulação, pela introdução da correcção do factor causal ou pela administração de medicamentos específicos para induzir a ovulação.

b) A cirurgia é utilizada para corrigir defeitos anatómicos que possam impedir o encontro do espermatozóide com o ovócito ou anomalias uterinas que possam impedir a implantação e na recessão de adesões originadas por focos de endometriose. A intervenção cirúrgica pode ser realizada por via abdominal ou através de qualquer dos procedimentos endoscópicos descritos como meios de diagnóstico, que podem também ser utilizados para corrigir defeitos encontrados, com a possibilidade de recurso às técnicas de microcirurgia.

c) As alterações da ovulação podem também ser tratadas através de um procedimento cirúrgico, conhecido por *drilling* que consiste na electrocoagulação puntiforme do estoma ovárico por via laparoscópica, com o objectivo de diminuir o tecido produtor de androgénios.

d) A indução da ovulação em situações de infertilidade, consiste numa das grandes conquistas da endocrinologia reprodutiva. Desde há 50 anos que se têm desenvolvido várias opções de tratamento, possibilitando a obtenção de uma gravidez em mulheres que no passado teriam poucas esperanças de resolver a sua disfunção ovulatória. Esta só é indicada após a demonstração da competência ovárica e quando estão excluídos outros factores que possam impedir a gravidez. A ovulação pode ser conseguida através da administração de princípios sintéticos ou gonadotrofinas humanas. Neste caso, é necessário proceder à vigilância da resposta do ovário, através da monitorização dos níveis de estrogénio e da monitorização ecográfica do desenvolvimento folicular e da espessura do endométrio. Esta terapêutica não é inócua e implica efeitos secundários, tais como: labilidade emocional, alterações do comportamento e mau-estar geral, sendo o seu maior risco, o Síndrome de hiperestimulação, que constitui uma entidade clínica importante que pode ameaçar a vida da mulher e que pode resultar numa gravidez múltipla, implicando riscos para o bem-estar materno e para o decorrer da gravidez. A

indução da ovulação é geralmente combinada com a prática de relações sexuais programadas.

O tratamento da infertilidade masculina sofreu uma revolução nos últimos anos oferecendo esperança a homens que nunca tinham tido hipóteses de procriar. Este passa pela introdução de correcção nos factores causais através de meios específicos, sendo também eles, médicos ou cirúrgicos:

a) O tratamento médico consiste no tratamento hormonal, utilizado para correcção de desequilíbrios ou insuficiências hormonais detectadas, na introdução de medidas gerais para melhorar a qualidade dos espermatozóides, na administração de antibióticos quando diagnosticada uma infecção, ou ainda no tratamento da infertilidade de causa imunológica (diminuição dos anticorpos anti-espermáticos, através da administração de corticóides).

b) É também utilizada a abordagem cirúrgica, em caso de obstrução que comprometa a progressão dos espermatozóides, em qualquer nível do trato genital ou ainda, na correcção de um varicocelo.

1.3.3 – Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

Sempre que a correcção do problema de origem da infertilidade não seja possível ou não tenha sucesso, existe a possibilidade de recurso às Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (TPMA) para obter uma gravidez. Este é o nome atribuído aos tratamentos que pretendem obter uma gravidez sem recurso a relações sexuais. Existem vários procedimentos disponíveis, utilizados mediante as circunstâncias e combinados de modo a obter as melhores taxas de sucesso:

a) A Inseminação Artificial Intra-Uterina (IAIU) pode ser utilizada em situações de infertilidade decorrente de factor feminino ou masculino (Reed, 2001; Almeida, 2004), nomeadamente nos distúrbios da ovulação, no caso de infertilidade inexplicada, quando existem alterações moderadas da qualidade dos espermatozóides, visto que é necessária a disponibilidade de um mínimo

de espermatozóides viáveis, quando é impossível depositar o esperma na vagina e ainda quando há falha na penetração dos espermatozóides no muco cervical.

Consiste na injeção, no útero por via vaginal, de espermatozóides previamente recolhidos e preparados, de modo a maximizar a sua capacidade de fertilização, para que a fecundação ocorra *in vivo*. Esta pode ser realizada com esperma do elemento masculino do casal (inseminação homóloga), ou com recurso a esperma de dador (inseminação heteróloga). A IAIU pode ser estimulada, se numa primeira fase é efectuada a estimulação da ovulação (nos casos de infertilidade por factor feminino, ou inexplicada), ou não estimulada (nos casos de infertilidade por factor masculino). Actualmente, a inseminação artificial pode ser realizada por via intra-cervical, intra-tubárea ou intra-peritoneal.

b) A Fertilização *in vitro* (FIV) é a técnica mais utilizada, tendo sido através dela que nasceu o primeiro bebé com recurso à biotecnologia, no Reino Unido, em 1978. É indicada em casos de infertilidade inexplicada, de factores femininos, tais como obstrução tubárea, de factores masculinos, como alterações severas na qualidade do esperma, e ainda em casos de infertilidade de causa imunológica ou incompatibilidade entre o muco cervical e os espermatozóides (Faustino, 2005; Santos e Santos, 1996).

Cada ciclo envolve uma sequência protocolada de etapas:

1. Estimulação dos ovários que envolve um protocolo de administração de várias hormonas permitindo a produção de vários oócitos que determina a necessidade da monitorização da resposta ovárica através de doseamentos hormonais e ecografias seriadas.
2. Recolha dos oócitos maduros de ambos os ovários, sob anestesia local, através da aspiração dos folículos por via laparoscópica ou por punção trans-vaginal sob controlo ecográfico.
3. Recolha, selecção e preparação da amostra de esperma para posterior fertilização.

4. Fertilização artificial, realizada através da colocação dos oócitos conjuntamente com os espermatozóides numa placa de laboratório, em meio de cultura. Os embriões resultantes são incubados e seleccionados mediante a sua qualidade.
5. Transferência de embriões para o útero materno por via vaginal (idealmente 2 embriões), num “*timing*” preciso de modo a aumentar a probabilidade de obter uma gravidez.
6. Suporte hormonal até à confirmação da gravidez.

Relativamente à eficácia desta técnica, Speroff, Glass e Kase (1999) afirmam que, para mulheres antes dos 35 anos existe uma taxa de 27,2% de nascimentos por ciclo de FIV. A taxa de êxito diminui depois dos 35 anos e de forma ainda mais acentuada após os 38 anos. É ainda recomendado que devem ser oferecidos 3 ciclos, visto que até este limite a hipótese de sucesso em ciclos sucessivos de FIV é crescente.

c) A Transferência Intra-Tubárea de Gâmetas (GIFT) está particularmente indicada na infertilidade de origem desconhecida ou em caso de endometriose. A execução da técnica segue os mesmos procedimentos da FIV, excepto no facto de os oócitos e os espermatozóides serem colocados no interior das trompas de Falópio, por laparoscopia, de modo a que a fertilização ocorra *in vivo*. É menos utilizada que a FIV, pois implica uma abordagem cirúrgica e anestésica tornando-se mais invasiva e por isso mais agressiva para a utente, assim como mais dispendiosa. No entanto, quando há permeabilidade tubárea, a probabilidade de obter uma gravidez é maior, pois as trompas são o meio natural para a ocorrência da fecundação.

d) A Transferência Intrafalopiana de Zigotos (ZIFT) tem as mesmas indicações que a GIFT, também seguindo os mesmos procedimentos da FIV, excepto que os óvulos são fertilizados *in vitro* e colocados no interior das trompas de Falópio por laparoscopia.

e) A Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI) é uma técnica de fertilização microcirúrgica *in vitro*, na qual um único espermatozóide é

seleccionado e injectado no interior de um oócito. É realizada com oócitos obtidos após estimulação ovárica, como ocorre na FIV. Está indicada em casos de infertilidade grave, associada a factor masculino, quando estão disponíveis poucos espermatozóides normais e/ou a sua capacidade de fertilização está dramaticamente reduzida, por alterações da ejaculação, na presença de doença infecciosa no homem, de anticorpos anti-espermáticos, de resistência do revestimento do óvulo à penetração do espermatozóide e ainda quando a concepção não ocorre, após sucessivas tentativas de FIV (Speroff, Glass e Kase, 1999). Como requer apenas um espermatozóide para cada oócito, as suas indicações expandem-se a quase todos os casos de infertilidade masculina grave, oferecendo uma possibilidade àqueles que eram considerados sem esperança, constituindo uma alternativa à utilização de esperma de dador.

Os espermatozóides para injeção podem ser obtidos a partir do ejaculado ou, quando necessário, recorrendo a técnicas cirúrgicas de recolha de espermatozóides quando em casos de azoospermia ou oligoespermia grave ou alterações da ejaculação. Estas são, a Aspiração Microcirúrgica de Espermatozóides do Epidídimo (MESA), consistindo numa técnica em que os espermatozóides são recuperados por aspiração a partir do epidídimo; e a Extracção Testicular de Espermatozóides (TESE), quando realizada a biópsia do testículo a fim de obter espermatozóides directamente do tecido testicular.

Estão ainda disponíveis como possibilidades para os casais inférteis, outras técnicas associadas, como a doação de ovócitos, de esperma e de embriões, a criopreservação de esperma e de embriões.

As TPMA constituem uma possibilidade para os casais de ultrapassarem a sua infertilidade, sendo frequentemente divulgadas como uma panaceia para a infertilidade. Contudo, estas técnicas são agressivas e invasivas, por isso não isentas de risco, pelo que o recurso a elas só deve ser preconizado depois de mobilizadas outras modalidades terapêuticas credíveis, mas menos agressivas, constituindo a última instância das etapas do tratamento. Para além disto, o recurso a estas técnicas de grande complexidade, implica elevados custos

técnico-científicos, económicos e de ordem psicoemocional que determinam que estas possibilidades não estão ao alcance de todos. Ainda assim, os resultados destes tratamentos têm índices de sucesso relativos e não oferecem resposta para todas as situações.

Mesmo quando estes tratamentos são iniciados, pode ser inevitável a sua interrupção antes de obtida uma gravidez. Esta pode decorrer da evidência de problemas médicos que alteram o prognóstico, da situação psicológica do casal, nomeadamente da inconsistência dos objectivos que garantem a instabilidade do casal, da falha repetida do tratamento sem causa conhecida, da desmotivação do casal, da consciência de que foram exploradas todas as possibilidades e por incapacidade económica para suportar os custos dos tratamentos.

Perante este cenário, são frequentemente apontadas como alternativas para superar a infertilidade, a adopção ou a vida sem filhos que serão oportunamente abordadas no decorrer deste trabalho.

2 - AS IMPLICAÇÕES MULTIDIMENSIONAIS DA INFERTILIDADE

A infertilidade tem vindo a ser descrita como uma crise importante, que *“comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica e emocional, mas sem dúvida uma dimensão sócio-cultural”* (Faria, 2001:189).

As implicações da infertilidade são descritas como reflectindo-se sobre todas as dimensões já referidas e como causadoras de alterações emocionais que conduzem ao stresse.

As alterações decorrentes da infertilidade conduzem à utilização de mecanismos de adaptação ou *coping*, por parte dos indivíduos / casal infertéis.

A infertilidade torna-se o assunto central na vida dos indivíduos que dela sofrem, constituindo uma fonte de sofrimento psicológico e social, tanto para as mulheres como para os homens, colocando a relação conjugal sob uma forte pressão (World Health Organization, 2002).

“A vivência da infertilidade é diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, da idade, cultura, história pessoal e familiar e da importância de que se encontra investido o futuro filho” (Faria, 2001:197).

O impacto da infertilidade e da procriação medicamente assistida nos indivíduos, deve ser considerada num contexto que inclua as dimensões social, histórica, económica, política e cultural.

No sentido de compreender o impacto que a infertilidade pode causar, é necessário ter em conta o significado de ter filho, na medida que este influencia as expectativas relativamente ao desempenho dos pais parentais, e estas, por sua vez, influenciam grandemente a reacção dos indivíduos à infertilidade (Andrews, Abbey e Halman, 1991).

Ter um filho é uma parte fundamental do projecto de vida do homem e da mulher e visto como um meio para atingir a maturidade e o pleno desenvolvimento pessoal, como uma resposta ao que é esperado socialmente como o seu papel e ainda para a preservação da espécie.

De acordo com Pinto (1998) são apontados diversos factores que influenciam o desejo de ser pai ou mãe. Numa perspectiva sociobiológica, cada indivíduo tem o instinto para a procriação no sentido de perpetuar a sua representação genética. Segundo uma perspectiva económica, a motivação para ter filhos decorre de uma necessidade económica no sentido de aumentar a mão de obra e o rendimento familiar. A psicologia propõe que a motivação para ter filhos advém da auto-recriação, filiação e renovação da vida, excitação e imprevisto, criatividade e responsabilidade e a possibilidade de influenciar o desenvolvimento de outro ser humano. Ao nível social, ser pai e ser mãe é visto como um papel central da vida; as mulheres são educadas tradicionalmente a assumir a maternidade como um papel central, primário e essencial na sua vida adulta, assim como a capacidade para ser pai actua como uma confirmação social da virilidade masculina.

Podemos referir que *“...sendo a paternidade a expressão de uma função biológica normal e de um relacionamento íntimo entre um homem e uma mulher, ela é vista como critério necessário à realização pessoal, aceitação social, aquisição de entidade sexual, de estatuto de indivíduo adulto...”* (Pinto, 1998: 97).

É também aceite que a maternidade e a paternidade promovem um fortalecimento do vínculo conjugal e o aproximar de relações familiares.

Ainda segundo Soulé (1982), citado por Faria (2001:192) *“o fantasma mais profundo não será exactamente o desejo de ter um filho, mas o desejo de possuir o poder de fazer um”*.

2.1 - AS IMPLICAÇÕES PSICO-SOCIAIS DA INFERTILIDADE

Como referem Trindade e Enumo (2001), apesar do interesse antigo da Psicologia pela Maternidade, só na década de 50 os estudos sobre a infertilidade começaram a ganhar visibilidade. Os mesmos autores citam um estudo realizado por Stanton e Dunkel-Schetter (1991), onde, através de uma revisão bibliográfica, foram encontrados três modelos psicológicos de infertilidade:

- O primeiro modelo, que predominou até à década de 70, baseava-se em pressupostos psicodinâmicos, focalizava as causas da infertilidade, conceptualizando-a como uma doença psicossomática que atinge sobretudo as mulheres;
- O segundo modelo, conceptualiza a infertilidade como uma das principais crises da vida, produzindo uma sequência previsível de padrões emocionais. Este modelo foi proposto a partir do interesse crescente pelo domínio da intervenção e da preocupação com a qualidade do atendimento;
- O terceiro modelo, analisa a infertilidade a partir dos estudos sobre o stress, conceptualizando a infertilidade como uma experiência potencialmente stressante. Os estudos realizados a partir deste modelo preocupam-se em descrever e analisar os factores que facilitam ou dificultam a adaptação à situação, considerando a relação dos indivíduos com a paternidade e maternidade.

Pelo que podemos constatar, ocorreu uma evolução considerável no modo como se entende a infertilidade, o que contribuiu para a desculpabilização da mulher e também conduziu à consideração do significado da maternidade e paternidade, como possíveis factores que influenciam a adaptação à infertilidade.

Perante a infertilidade, torna-se necessário ter presente a componente biológica, tanto ginecológica como andrológica, mas também a componente psicológica / emocional e a sua inter-dependência.

Quando consideramos a relação entre infertilidade e psicologia devemos atender dois aspectos: o impacto psicológico da infertilidade e os factores psicológicos como causa da infertilidade.

Frequentemente a infertilidade inexplicada é associada aos factores psicológicos como causa da infertilidade. Também Sá e Melo (2005) considera relevante o peso psicológico que a infertilidade acarreta, sabendo que o dia-a-dia da pessoa, a rotina e o estado emocional influenciam o processo de fertilidade. Na sua opinião, perante um caso de infertilidade, quando o casal tem tudo a seu favor para que o processo de procriação seja um sucesso, há que valorizar a sua condição psicológica.

Na mesma linha de pensamento, Moeda e Fatela (2005) referem que o stresse e uma ansiedade crónica produzem alterações hormonais por alterações hipotálamo-hipofisárias, na premissa de que cada vez mais são encontradas evidências científicas da influência dos factores psicológicos no funcionamento físico.

Também Faria (2001: 191) refere que *“o estado emocional poderá fragilizar a capacidade fecundante e poderá ser fragilizado pela demonstração de infertilidade”*.

A descoberta da infertilidade, associada a elevadas expectativas relativamente ao desejo de ter um filho, podem provocar uma crise biopsicossocial complexa que pode levar vários anos a resolver (Cook, 1987). Esta crise é rotulada de biopsicossocial, visto envolver a interação entre factores físicos, causadores de infertilidade, intervenções médicas direccionadas à infertilidade, pressupostos sociais acerca da parentalidade, as reacções dos outros e ainda as características psicológicas individuais.

Vários autores, como Mennig (1980); Lalos e col. (1989); Boivin e col. (1995), referenciados por Pinto (1998), concordam que a infertilidade conjugal desencadeia uma reacção semelhante à provocada por outras crises

traumáticas, tal como a morte de um ente querido. Nesta reacção podem identificar-se quatro fases principais: a *fase inicial* - de surpresa, choque, negação; a *fase reactiva* - de frustração, raiva, ansiedade, culpa, sofrimento, depressão, isolamento; a *fase adaptativa* - de aceitação e a *fase de resolução* - de planeamento de soluções futuras. Contudo, na infertilidade a fase reactiva mostra-se mais prolongada, comparativamente com outras situações de crise.

Para uma melhor compreensão, segue-se um aprofundamento destas fases, de modo a incorporar algumas ideias apresentadas na literatura consultada relativa a esta temática:

- *Fase inicial*: consiste na primeira reacção de choque e surpresa, face à suspeita ou diagnóstico de infertilidade. A surpresa é grande, pois a constatação da infertilidade surge num momento da vida onde ambos os membros do casal se sentem saudáveis e activos e quando justamente “decidem” provar a sua fertilidade. Perante a constatação inesperada do facto de não conseguir ter filhos, o casal vê-se perante a vivência de um insucesso e a falência de um sonho.

A sociedade tende a aceitar como verdadeira a capacidade de ter filhos quando se deseja, existindo pouca preparação para a possibilidade da existência da infertilidade. Muitas mulheres têm mesmo dificuldade em aceitar a explicação médica, quando o problema identificado não se demonstra através de sintomas (Pinto, 1998). Uma característica importante é a diferença que existe entre homens e mulheres: as mulheres manifestam o choque e a ansiedade desde que decidem procurar ajuda médica, sem diferença na resposta emocional, independentemente da causa advir ou não de um factor feminino. Nos homens, a resposta emocional varia, dependendo da existência de um factor masculino na causa da infertilidade. Se este estiver presente, a resposta tende a ser semelhante à da mulher, se não estiver, a resposta tende a ser menos intensa, excepto se for sentida como uma ameaça à relação conjugal ou que seja considerada como um problema mútuo. Esta diferença é explicada pela diferença na expressão social dos géneros: a feminilidade está intimamente

relacionada com o papel de mãe, a masculinidade apenas é posta em causa quando existe um factor causal masculino.

A reacção seguinte é frequentemente, a negação, especialmente após a revelação do diagnóstico de um problema intratável. Esta serve também para dar tempo ao indivíduo de se adaptar à situação, mas se se tornar crónica pode conduzir à depressão (Pinto, 1998). Segundo diversos estudos, referenciados por Cook (1987), pode também inibir a resolução da crise e eventualmente, ser motivo de afastamento entre os elementos do casal. A negação pode alternar com a tristeza durante meses de frustração antes do casal procurar ajuda médica. Como consequência, o casal pode procurar ajuda apenas quando a negação já não é protectora contra o medo crescente da infertilidade. É também sugerido que devido a esta reacção, muitos indivíduos, só muito tarde enfrentam os seus sentimentos acerca da infertilidade.

- Fase reactiva: a ansiedade é uma reacção característica durante esta crise, que se mantém até a esperança de conceber se esgotar e frequentemente intensifica-se todos os meses com uma nova possibilidade em conceber (Harrison et al., 1984 e Kraft et al., 1980, citados por Cook, 1987).

A raiva é um poderoso componente da crise da infertilidade em muitos indivíduos. Os indivíduos inférteis sentem raiva face à falta de controlo sobre os seus corpos e as suas vidas, e ao serem privados de uma opção de vida que outros sempre têm como garantida. O seu sentido interno de justiça pode levar o casal a perguntar-se frequentemente “porquê?”. A raiva pode também ser dirigida para outras mulheres grávidas, aos apoiantes de campanhas pró-aborto, aos abusadores de crianças, aos pais que maltratam os filhos, entre outros. Mesmo os indivíduos crentes em Deus chegam a “zangar-se” com Ele, pela injustiça da sua infertilidade. Outra situação que poderá desencadear o sentimento de raiva, consiste na pressão exercida por familiares, amigos e pessoas conhecidas, no sentido do casal procriar. Face aos comentários e perguntas sobre a sua fertilidade a mulher, geralmente a mais questionada, pode sentir-se muito diminuída pois falha, não só as suas expectativas, mas também as dos seus pais e sogros.

A combinação destes acontecimentos pode desenvolver sentimentos de culpa nos indivíduos inférteis, tal como é referido nos estudos de Menning (1980); Lalos (1985) e Mahlstedt (1985), citados por Pinto (1998). Estes procuram nas suas histórias individuais e de casal algo pelo qual possam estar a ser punidos. Esta procura decorre da necessidade de estabelecerem uma relação causal para o que lhes está a acontecer. O sentimento de culpa de não poder realizar o desejo de paternidade do parceiro, leva muitas vezes a mulher ou homem inférteis a considerar a hipótese de divórcio, de forma a possibilitarem ao outro a hipótese de constituir uma família com filhos. Aliada à culpa surge a tristeza de saber que a sua infertilidade significa também o sofrimento de outros, candidatos a avós, tios, padrinhos ou amigos que adiam esse compromisso. Estes sentimentos de culpa geram diminuição da auto-estima e da auto-confiança o que acarreta como consequências um elevado sofrimento pessoal e implicações no desempenho profissional, no relacionamento conjugal, familiar e social. Relatos de mulheres inférteis incluem ainda a culpa devida aos sentimentos de inveja face a uma mulher grávida ou com uma criança pequena.

O isolamento social a que tendem os indivíduos inférteis decorre da ocultação da sua infertilidade da família e dos seus amigos, na tentativa de evitar embaraços, sentimentos de piedade ou ainda a conselhos não solicitados, que ainda que bem intencionados, têm implicações negativas sobre o casal. O segredo da sua situação procura evitar o sofrimento causado por eventuais comentários ou críticas. Por outro lado, este segredo também impede o casal de receber apoio daqueles que lhe estão próximos, o que poderia constituir uma ajuda efectiva para lidar com o problema. Podem também ser levados a afastarem-se de todos os sinais da fertilidade das outras pessoas, evitando contactos com grávidas ou crianças, o que restringe dramaticamente as suas vidas. Muitas vezes, também o sofrimento e os sentimentos de culpa podem levar ao isolamento do companheiro, o que produz um afastamento entre os elementos do casal.

Também a depressão surge frequentemente associada à infertilidade, na medida em que *“o reconhecimento de que nunca se poderá ter filhos pode causar um profundo sentimento de perda”* (Bryan e Higginns, 2001:180).

Segundo Mahlstedt (1985, 1994), referenciado por Pinto (1998), todas as perdas na idade adulta que foram identificadas como importantes factores do desencadeamento da depressão, encontram-se envolvidas na infertilidade.

Assim, temos que a *perda de relacionamento emocional importante* decorre do afastamento social, com a perda de relacionamento com os familiares e amigos, mas também pela perda de relacionamento dentro do casal como já foi referido; a *perda de saúde* emerge da incapacidade para conceber, afectando a imagem corporal, sendo o corpo vivenciado como defeituoso; a *perda de estatuto ou prestígio* decorre da incapacidade de corresponder às expectativas sociais de que a parentalidade é um acontecimento esperado após o casamento, sentindo-se menos aceites e marginalizados; a *perda de auto-estima*, quando o casal se sente diferente, incapaz e se confronta com sentimentos que não esperava ou desconhecia e que não é capaz de controlar; a *perda da autoconfiança*, patente na perda do controlo do seu próprio corpo que não consegue conceber e na perda do controlo da sua vida, na medida em que não só não consegue concretizar o seu projecto de ter um filho, como esta passa a ser comandada pelo processo diagnóstico e terapêutico; a *perda da segurança*, na medida em que tudo deixa de ser previsível, em que se perdem relacionamentos importantes, a autoconfiança e a auto-estima; a *perda de uma fantasia ou da esperança de a realizar*, onde a impossibilidade de realizar o sonho de ter um filho, de ser mãe ou pai, vai tornar impossível a vivência de muitas experiências ligadas à paternidade; a *perda de alguma coisa ou alguém de grande valor simbólico*, relacionada com o abandono da esperança de conseguir uma gravidez, não se tratando só de uma incapacidade de conceber, mas a morte de um sonho, da realização de um desejo e da perda das expectativas do modo de vida idealizado para o futuro.

- *Fase de resolução*: corresponde à fase em que os indivíduos, reagindo à sua infertilidade, se encontram prontos para prosseguir com as suas vidas. O casal

recupera a sua energia emocional, a auto-estima e o optimismo, mas os sentimentos experimentados nunca são esquecidos, podendo ser facilmente despertados por inúmeras situações, não sendo, contudo tão difíceis de ultrapassar. Talvez por isso, algumas mulheres referem que nunca deixaram de se sentir inférteis. Muitos casais não concretizam esta fase na medida em que, não conseguindo uma gravidez, não obtendo uma justificação para a sua infertilidade, se mantêm durante anos na esperança de conseguir um filho.

Segundo Rodrigues e Rodrigues (2000), o casal, ao aperceber-se que não está a conseguir realizar o seu sonho de ter um filho, inicia um percurso desde o reconhecimento da infertilidade até à sua resolução, que se traduz num trajecto emocional em espiral que passa por quatro fases: A **consciencialização**, em que o casal, após sucessivas tentativas, reconhece que não consegue ter um filho, passando por sentimentos de surpresa, negação, raiva, vergonha, culpa, fracasso e inveja. A segunda fase, que consiste na **avaliação e diagnóstico**, em que a procura de um diagnóstico e a escolha das opções terapêuticas pode demorar meses ou anos e em que os procedimentos são sentidos como invasivos da intimidade, penosos, cansativos e geradores de grande ansiedade. A identificação do problema pode causar alívio face à possibilidade de tratamento, ou pelo contrário, culpa, revolta e vergonha pela prova de que o problema realmente existe. Também estas autoras referem uma diferença emocional de género, na medida em que as mulheres tendem a vivenciar tristeza e culpa, enquanto os homens tendem a sentir frustração e vergonha. A fase do **tratamento**, caracterizada pelo domínio do desejo de conceber sobre toda a vida dos indivíduos. É neste período que a ansiedade atinge os valores mais elevados devido aos tratamentos que podem ser física e emocionalmente extenuantes. A duração desta fase varia mediante a causa da infertilidade, o tipo de tratamento e as expectativas do casal. A última etapa, ou de **resolução**, corresponde ao sentimento de alívio consequente à decisão de não tentar mais, de parar e de reordenar prioridades, interrompendo os tratamentos ou optando por um plano de vida alternativo, através da adopção ou de uma vida sem filhos.

- *Fase de adaptação*: alguns casais, ao verem impossibilitado o seu desejo de conceberem um filho, têm na adoção a única forma de colmatarem esse desejo, uma vez que, “...a existência de um vínculo jurídico promove um sentimento de pertença e irreversibilidade, que fornece à adoção psicológica a base de formação de um verdadeiro *attachement*...” (Ferreira, Pires e Salvaterra, 2004:399) que se desenvolve no desempenho das funções de pai e de mãe ao longo de todo o desenvolvimento do filho.

Ainda assim, frequentemente, a decisão de adotar emerge como a solução última ao desejo de terem um filho, quando todos os tratamentos médicos fracassam. Ponderar e assumir esta resolução implica ansiedade e stresse, na medida em que, como pais adoptivos, para além das preocupações habituais, partilhadas por pais adoptivos e não adoptivos, têm ainda de enfrentar a ansiedade inerente à adoção em si, como seja: a vivência da infertilidade, a transição para uma parentalidade adoptiva, a ansiedade e incerteza da concretização do processo e a incerteza de como vai abordar o filho adoptado (Ferreira, Pires e Salvaterra, 2004).

É ainda uma resolução penosa, pois pressupõe a desistência da sua parentalidade biológica, assumindo socialmente a sua impossibilidade de procriar, o que acarreta sentimentos de culpa e de vergonha. Esta decisão tem inerente o estigma social a que poderão ser sujeitos, tanto os pais como a criança.

Não é habitualmente considerada como sendo a solução ideal, pois não permite superar as seguintes perdas: de controlo sobre a sua vida, da continuidade genética individual, da concepção de uma criança conjuntamente com o companheiro de vida, da satisfação física da gravidez e do parto e ainda da gratificação emocional da gravidez e do parto.

A vida sem filhos é uma possibilidade, que permite ao casal continuar com a sua vida. Assumir que ter filhos não é imprescindível para obter uma relação estável e gratificante, pode conduzir ao sentimento de retomar o controlo da sua vida. Este sentimento emerge na medida em que o casal deixa de viver

num estado de suspensão, à espera de testes ou tratamentos, podendo ponderar outras possibilidades de se realizar, eventualmente preteridas enquanto perseguiram o sonho de ter um filho. Estas possibilidades podem passar pelo reinvestimento em outros aspectos importantes da sua vida como na relação como casal, na sua vida sexual, na carreira profissional, no investimento em relações sociais de amizade e familiares, entretanto negligenciadas ou abandonadas e em actividades que promovam o seu bem-estar.

Actualmente é consensual considerar a infertilidade como sendo uma situação potencialmente stressante, sendo que, para Lazarus e Folkman (1984), citados por Ramos (2004: 267), *“o stresse é uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada e considerada pelo indivíduo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu bem-estar”*. Ou seja, o stresse é considerado como qualquer acontecimento percebido pelo indivíduo como ameaçador ou prejudicial.

Quando considerada a relação entre a infertilidade e o stresse, verifica-se que este último factor pode ser encarado como uma causa para a infertilidade ou como uma reacção à infertilidade.

A referência ao stresse como factor causal de infertilidade, deriva da resposta de protecção desencadeada pelo organismo, cujas manifestações fisiológicas podem conduzir ao compromisso da fertilidade, através de efeitos directos sobre a produção hormonal e ainda indirectamente, ao comprometer a capacidade do casal para manter a actividade sexual.

O stresse como reacção à infertilidade surge decorrente das reacções emocionais e psicológicas que ocorrem nos indivíduos inférteis. Conforme é referido por Reed, *“os casais experimentam sentimentos de impotência, vulnerabilidade, isolamento e perda de controle sobre as suas vidas pessoais”* (Reed, 2001: 1021).

Como motivos apontados mais frequentemente na literatura como desencadeantes de stresse temos, a sensação de impotência e de perda de controlo sobre o corpo e o projecto de vida, nomeadamente na concretização do objectivo de ter filhos, sobretudo porque muitos casais estão habituados a planear e controlar com sucesso todos os aspectos da sua vida.

Também os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são considerados como factores desencadeantes de stresse físico, emocional e financeiro, assim como a invasão da intimidade do casal e os constrangimentos da necessidade de coordenar os procedimentos médicos com as solicitações e responsabilidade da vida familiar, social e profissional. Uma outra fonte de stresse frequentemente indicada para os indivíduos inférteis é a incerteza face ao futuro, em que estes se mantêm anos na esperança de conseguir engravidar.

O impacto directo do stresse decorrente da infertilidade conduz, segundo Andrews, Abbey e Halman (1991), a conflitos conjugais, diminuição da auto estima, insatisfação sexual, diminuição da frequência do relacionamento sexual e diminuição do sentimento de bem-estar face à vida como um todo.

O stresse e a infertilidade têm frequentemente uma relação circular, podendo agravar-se mutuamente num círculo vicioso difícil de quebrar.

Conforme é referido por Callan e Hennessey (1989), a infertilidade pode ser considerada como uma experiência stressante, na medida em que os indivíduos percebem os problemas de fertilidade como uma ameaça ao seu bem-estar.

É também indicado por Jordan e Revenson (1999), que os indivíduos inférteis manifestam mais stresse que os seus parceiros.

Como tal, o stresse implica a mobilização de recursos por parte do indivíduo para se proteger (superar, tolerar ou reduzir) da situação ameaçadora e das reacções emocionais negativas originadas por esse acontecimento. Estes recursos podem ser pessoais e do ambiente. Os pessoais referem-se a crenças positivas (auto-conceito positivo e crença no controlo), competências,

como a resolução de problemas e as competências sociais e os recursos físicos, como energia e saúde. Os ambientais incluem os recursos materiais, económicos e o suporte social.

Uma revisão da literatura apresentada por Ramos (2004) dá-nos conta de diversas estratégias de *coping*, ou seja as estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas pelos indivíduos para gerir uma situação difícil, nomeadamente: **Coping centrado no problema**, que visa controlar o problema na origem do sofrimento; **Coping centrado na emoção**, que visa a regulação das tensões passivas e do sofrimento emocional originados pela situação; **Coping evitante**, que visa reduzir, através de estratégias passivas como a fuga, o evitamento e a negação entre outras, a tensão emocional do indivíduo; **Coping vigilante**, que visa enfrentar a situação de modo a resolvê-la, através de estratégias de vigilância e acção, tais como suporte social, procura de informação e de meios.

Callan e Hennessey (1989), fazem referência à utilização de diversos tipos de *coping* pelos indivíduos inférteis através de uma revisão de diversos estudos, que se passa a apresentar:

A categoria *coping* vigilante, inclui os indivíduos inférteis que tentam compreender e encontrar um sentido nesta crise. Algumas das estratégias apontadas nesta categoria são: *estar mentalmente preparado*, antecipando as possibilidades de cada etapa do percurso e utilizando o pensamento positivo; *aceitar e redefinir*, que passa pela necessidade de aceitar a situação, encontrando aspectos positivos, relativizar através da comparação com outras situações hipotéticas ou reais e pela consciência de que outros estão a passar por dificuldades semelhantes; *manter-se ocupado, evitar e negar*, em que muitos casais atrasam a procura de tratamento especializado na tentativa de negar a probabilidade da existência de um problema, proporcionando um alívio temporário da crise, providenciando o tempo de preparação para confrontar o problema.

O *coping* centrado no problema, é utilizado pelo indivíduo ou casal infértil através da confrontação com a realidade e as suas consequências. Neste

caso, as estratégias utilizadas, indicadas pelos mesmos autores são: *procurar informação e suporte*, em que os casais procuram informação útil e suporte para lidar com a crise, através do médico ou outro técnico de saúde, outros casais e amigos, através da leitura de livros sobre infertilidade e gestão do stresse, rezar, meditar e participar em grupos de ajuda; *tomar iniciativa para resolver o problema*, em que muitos pacientes referem ganhar maior sensação de controlo quando procuram a ajuda de um especialista em infertilidade ou iniciam um processo de tratamento, na medida em que obtêm uma redução dos sentimentos de isolamento e impotência. É também reforçada a importância de planear, decidir e participar não só nas actividades do quotidiano, mas também no que diz respeito à situação de infertilidade, na medida em que é proporcionada uma maior sensação de controlo dos acontecimentos da vida diária; *procurar recompensas alternativas*, onde são consideradas as mudanças de planos para corresponder às exigências ou resultados do progresso diagnóstico e/ou terapêutico, a consideração ou reconsideração de alternativas (como por exemplo a adopção, o casamento sem crianças, etc.) e a procura de outras fontes de satisfação, como a carreira, o casamento, cuidar de crianças e ajudar outros que estão a passar por uma crise semelhante. Neste âmbito, é reforçado que, através da partilha do seu conhecimento e da sua experiência, os indivíduos inférteis obtêm um aumento da sua auto-estima.

A utilização do *coping* centrado na emoção, tem como objectivo manter o bem estar psicológico, através do recurso a estratégias centradas nos esforços individuais para lidar com os sentimentos e as emoções desencadeadas pela crise, sendo estas: *aceitação das emoções*, em que os indivíduos adoptam uma reacção controlada à crise, em vez de descarregarem as suas emoções de forma explosiva. O controle das emoções é possibilitado pelo desenvolvimento de um sentimento de distanciamento relativamente aos problemas de fertilidade e pelo afastamento de pessoas e objectos que lembrem a sua infertilidade; *descarga emocional*, inclui uma amplitude de respostas e reacções emocionais não controladas, tais como a fúria, gritos e acessos de ira manifestados contra o parceiro, a família, os profissionais de saúde, e também a raiva contra o destino. Podem ainda manifestar-se

dificuldades nas relações laborais e procura de relações extra-matrimoniais, assim como uma atitude de “humor negro” acerca da sua própria infertilidade. Outra estratégia referida, consiste em não falar sobre a infertilidade para evitar constrangimentos para si e para os outros; *aceitação resignada*, em que os indivíduos procuram um sentido a partir de uma experiência negativa. A aceitação da infertilidade implica fazer o luto relativo à perda do filho desejado. O aspecto referido como o mais importante para a resolução deste luto e a consequente aceitação da possibilidade de nunca virem a ter filhos é o sentimento de que fizeram tudo o que era possível, sendo que esta noção tem dimensões individuais variáveis, podendo variar desde a recusa em procurar ajuda especializada até o esgotar todas as possibilidades.

Estes autores fazem ainda referência aos recursos intrapessoais, sendo sugerido que as características de personalidade influenciam a capacidade para lidar com a crise e a utilização das diferentes estratégias de *coping*. Nos estudos referenciados, as maiores diferenças evidenciadas na utilização de estratégias emergem da duração quer da infertilidade, quer do tratamento.

Os recursos interpessoais são abordados no sentido de que são considerados como essenciais para ajudar os indivíduos a lidar com o stresse. É referida a evidência da ligação entre o suporte social de amigos e familiares e uma recuperação bem sucedida de acontecimentos de vida stressantes. É ainda argumentado que este suporte providencia barreiras que protegem os indivíduos e que fornecem cuidado e amor. É também referida a transmissão de conhecimentos por outros que passaram por situações semelhantes, como em grupos de ajuda. Os indivíduos que não procuram esse tipo de ajuda mencionam ter suporte social adequado, não querem expor publicamente a sua infertilidade e não desejam ser associados a casais que aparentemente não conseguem lidar com a situação; por outro lado, os que procuram grupos de ajuda são indicados como mais assertivos e mais receptivos à oferta de ajuda.

As mulheres salientam os benefícios da amizade, do sentido de irmandade e da troca de experiências e conselhos. Ainda as mulheres inférteis, nomeiam como maior fonte de suporte, os seus maridos e os profissionais de saúde,

sendo estes últimos, claramente citados como a sua maior fonte de informação e conforto.

Investigações mais recentes sobre a infertilidade e o stresse têm como objectivo o estudo das diferenças de género na resposta à infertilidade, tendo sido encontradas diferenças significativas.

Num estudo realizado por Lee et al. (2000), através da aplicação de uma escala de *coping* para casais inférteis, evidenciaram que as mulheres utilizam mais a partilha de experiência/dor com o marido ou outros casais inférteis, enquanto os homens procuram manter uma atitude positiva e tomam a iniciativa de adoptar comportamentos que promovem no casal o sentimento de que estão a ser activos na resolução do problema.

Também a meta-análise “*Gender Differences in Coping with Infertility*”, realizada por Jordan e Revenson (1999), indica que a infertilidade provoca stresse tanto nas mulheres como nos homens, embora a literatura indique que este efeito é maior nas mulheres. São ainda evidenciadas diferenças significativas, onde as mulheres utilizam mais estratégias de *coping* centrado na emoção, incluindo a expressão das emoções, a procura de suporte social, a fuga e evitamento, e a adopção de medidas de distração e redução da ansiedade. Paralelamente, os homens utilizam mais estratégias de *coping* centrado no problema.

2.2 - AS IMPLICAÇÕES CONJUGAIS DA INFERTILIDADE

Muitos casais vêem como principal objectivo de vida ter um filho e a incapacidade para ter esse filho pode perturbar os alicerces da relação.

A dinâmica conjugal tem um papel importante na vivência da infertilidade, assim como esta tem impacto na vida conjugal e na satisfação sexual ao longo do processo de diagnóstico e tratamento.

O stresse relacionado com a vivência desta situação pode ter como consequência, o aumento dos conflitos conjugais (World Health Organization, 2002), podendo ocorrer a deteriorização da relação conjugal durante o progresso da intervenção terapêutica.

Ainda que os elementos do casal tenham frequentemente sentimentos semelhantes acerca da infertilidade, a resposta a eles tende a ser diferente e este facto pode comprometer a sua intimidade e a ligação emocional (Cedars, 2005). Quase sempre existe uma expectativa relativamente à reacção do parceiro à infertilidade e quando esta não se concretiza, o outro pode ser levado a acreditar que não existe o desejo do filho ou não existe interesse pelos seus sentimentos.

Quando o homem recusa falar sobre o problema, a mulher pode ser levada a pensar que ele não deseja verdadeiramente a criança e não tem interesse pelas suas preocupações.

Diante do grande envolvimento da mulher, os homens podem sentir-se excluídos do processo, expressar menos as suas próprias reacções emocionais e sentirem-se pressionados a desempenhar um papel de apoio às suas companheiras.

Estas diferentes reacções podem prejudicar o diálogo e a comunicação franca e honesta entre o elementos do casal, acentuando sentimentos de raiva, incompreensão, culpa e solidão.

Outra situação identificada como bastante comum e que causa constrangimentos ao nível da relação do casal, ocorre quando os parceiros não se encontram no mesmo nível de comprometimento com o problema e de percurso, ou seja, que um está mais disposto a realizar os procedimentos relativos à investigação e tratamento da infertilidade que o outro, ou quando existem diferenças no peso que cada parceiro atribui aos custos/benefícios da continuação do tratamento e nas percepções acerca das alternativas à continuação de procurar ajuda médica (Cedars, 2005).

Esta atitude pode, segundo Callan e Hennessey (1989), levar ao afastamento e dificultar o apoio que devem dar um ao outro, podendo, inclusivamente, conduzir à procura de relações extra-matrimoniais.

Paralelamente, é também descrito que a vivência dos problemas relacionados com a infertilidade pode conduzir a uma maior intimidade emocional, tornando os elementos do casal mais próximos. Esta constatação pode estar relacionada com o seu isolamento, levando-os a apoiarem-se exclusivamente um no outro.

Uma importante alteração produzida ao nível conjugal, consiste na alteração do funcionamento sexual. Os exames diagnósticos e as estratégias terapêuticas produzem um impacto negativo sobre o relacionamento sexual do casal, na medida em que a prescrição de relações sexuais com dia e hora marcados, ou mesmo o seu evitamento, podem diminuir o desejo sexual, a espontaneidade, e a satisfação, chegando a ter como consequência a disfunção sexual (Cedars, 2005).

Segundo Rodrigues e Rodrigues (2000), a actividade sexual do casal transforma-se muitas vezes no desejo de fazer um filho e não de fazer amor, assistindo-se frequentemente ao total desinvestimento por parte de um ou ambos na qualidade afectiva e sexual da relação.

Face ao exposto, torna-se imprescindível considerar a infertilidade como um problema do casal, independentemente do factor orgânico ser masculino ou feminino, estimulando a participação e o envolvimento de ambos, pois esta abordagem promove o alívio do sentimento de culpa e promove a união do casal.

2.3 - AS IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE

Outra referência importante no contexto da infertilidade é o reconhecimento do carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico. Este, para além de

implicar a exposição da intimidade do casal, é quase sempre prolongado, penoso e implica a submissão a intervenções médicas, muitas delas invasivas e dolorosas e com riscos directos sobre a saúde.

O contacto com os serviços e profissionais de saúde, tem vindo a ser identificado como uma fonte iatrogenóica de stresse para o casal, seja ele inerente aos procedimentos realizados, ou à qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Diversos estudos referem que é necessária uma intervenção apropriada dos profissionais de saúde, de modo a facilitar a vivência desta situação, evidenciando a importância da relação estabelecida entre os profissionais e o casal.

A qualidade da relação estabelecida entre os profissionais e o casal tem por base a comunicação, na medida em que toda a relação é comunicação.

Estas constatações apontam para a importância das competências comunicacionais, no sentido em que contribuem para uma intervenção de qualidade junto dos indivíduos inférteis que procuram ajuda profissional.

Também a exposição da sua intimidade durante as intervenções médicas e o receio de consequências a longo prazo dos tratamentos realizados são indicados como fontes de ansiedade (Harrison et al.,1984 e Kraft et al.,1980, citados por Cook,1987).

“A natureza técnica dos serviços de reprodução assistida desumaniza a maneira de procriar e reforça os sentimentos de ansiedade e perda de controlo” (Reed, 2001: 1018) sobre as suas vidas. O casal sente que toda a sua vida é organizada em função de calendários e horários para a realização de consultas médicas, exames e tratamentos. Estes determinam a necessidade de constantes alterações de compromissos, deslocações e ausências laborais, que por vezes se prestam a más interpretações por outras pessoas.

O processo diagnóstico e terapêutico precipita no casal, um ciclo de esperança e desalento na procura de uma gravidez e na possível constatação de um insucesso.

Associado ao processo diagnóstico e terapêutico, é considerado o stress financeiro, especialmente em indivíduos com menores recursos económicos, visto que os tratamentos para a infertilidade são dispendiosos. Este facto torna-se ainda mais penoso na medida em que o casal só poderá conseguir o filho desejado se puder suportar os custos do tratamento (Callan e Hennessey, 1989).

Neste âmbito, emerge frequentemente o sentimento de frustração, que decorre sobretudo de constrangimentos, tais como: um diagnóstico inconclusivo, as opções limitadas de tratamento, os longos períodos de espera para a sua realização, os baixos índices de sucesso das técnicas de PMA e ainda o insucesso em obter uma gravidez.

É comum ocorrerem distorções das informações médicas e até projecções da raiva e das frustrações sobre a equipa de saúde, mediante os insucessos das tentativas para obter uma gravidez.

Vários estudos demonstram que os casais em processo de tratamento experimentam altos níveis de ansiedade, sendo esta mais elevada nas mulheres.

É também indicado que as exigências emocionais e o compromisso com os tratamentos são mais desencorajadores nos indivíduos que têm menos suporte na relação marital (Callan e Hennessey, 1989).

O aumento da procura de serviços especializados para o atendimento ao casal infértil determina a confrontação com a necessidade de oferecer este atendimento a um número cada vez maior de indivíduos que procuram soluções para a sua infertilidade. Um dos problemas a que se assiste actualmente, é que a oferta de cuidados de saúde relativos ao problema da

infertilidade é limitada pela escassez de recursos, o que, por sua vez dificulta o acesso aos mesmos. Este facto implica o aumento da ansiedade do casal, decorrente dos tempos de espera prolongados, contudo imprescindíveis para aceder aos cuidados.

O desenvolvimento das técnicas de PMA veio inaugurar novas possibilidades na superação da infertilidade, intensificando as esperanças e os desejos, lançando novos desafios aos candidatos a pais. Em contraste com os avanços na PMA, as suas implicações psicossociais e psicopatológicas têm despertado poucas atenções.

Constatamos que existe um desequilíbrio entre o grau de sofisticação e atenção dada aos pormenores das tecnologias utilizadas na procriação assistida, e a atenção dada aos sentimentos, medos e ansiedades do casal infértil, às consequências psicossociais e psicopatológicas da infertilidade e do insucesso do tratamento, bem como às diferenças de género desses efeitos.

SEGUNDA PARTE: ESTUDO EMPÍRICO

3 - METODOLOGIA

Para a realização deste estudo e de acordo com os objectivos traçados, foi utilizada a metodologia qualitativa, pois como refere Polit e Hungler (1995:270) esta permite “*compreender a maneira como os homens e mulheres tiram algum sentido de uma experiência complexa, interpessoal e dinâmica*”.

Segundo Carmo e Ferreira (1998:180) “*quando os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentaram na sua vida diária*”, o que torna pertinente a utilização deste método neste estudo.

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de tipo descritivo. Exploratório, pela escassez de pesquisas que incidem sobre o fenómeno das implicações multidimensionais da infertilidade, na perspectiva do casal. Este tipo de pesquisas é “*realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis*” (Gil, 1994:45).

Ainda porque, como refere Gil (1994:44), “*as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores*”.

Consiste num estudo de tipo descritivo simples, na medida em que estes permitem “*descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta*.” (Fortin, 2003:162). Com este tipo de estudo é pretendido apenas descrever um fenómeno delimitado e circunscrito e, tal como refere Carmo e Ferreira (1998:213) “*esta área de investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*”.

3.2 - O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

Inicialmente, foi previsto proceder à recolha de dados em diversas instituições públicas de saúde da região de Lisboa com serviço de atendimento especializado a casais inférteis. Com esta opção, era pretendido obter uma amostra heterogénea, na medida em se planeava incluir casais com diferentes diagnósticos de infertilidade e com recurso a diferentes tipos de tratamento e de técnicas de procriação medicamente assistida.

Foi solicitada autorização para a realização do estudo através de um pedido formal, dirigido aos conselhos de administração de cada uma das instituições inicialmente previstas. Neste pedido foi explicitada a natureza do estudo, os seus objectivos e metodologia e assegurada a manutenção do anonimato da instituição, dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Foi obtida autorização formal, através de ofício, em tempo considerado útil para a realização do estudo, apenas de uma das instituições, pelo que o estudo foi realizado num hospital público da região de Lisboa, onde existe um serviço de atendimento especializado a casais com infertilidade, proporcionado através de uma consulta de Medicina da Reprodução. Nesta consulta é oferecido aos casais inférteis um atendimento médico e de enfermagem, no sentido de proceder à sua avaliação diagnóstica e ao estabelecimento de um plano terapêutico, relativo ao tratamento da infertilidade feminina, que contempla o tratamento médico e cirúrgico e a indução da ovulação. Em caso de diagnóstico de infertilidade masculina ou de necessidade de recurso a TPMAs, é realizado o encaminhamento do casal para um dos hospitais públicos da região onde estas são efectuadas.

3.3 - PARTICIPANTES / POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é constituída pelos casais inscritos na referida consulta, com o objectivo de realizar tratamento médico para a resolução do seu problema de infertilidade.

Foi utilizada uma amostra não probabilística, na medida em que esta é indicada por Carmo e Ferreira (1998) como sendo a mais indicada nos estudos qualitativos.

A selecção dos participantes foi intencional, na medida em que se pretendeu seleccionar os indivíduos que tenham vivido a experiência de infertilidade, dando uma informação rica, que possibilite o estudo em profundidade e a compreensão do fenómeno em estudo. Esta opção teve em conta que, *“a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles que a partir dos quais se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional”* (Patton, 1990:169). E ainda, porque é igualmente importante que *“as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou descrever o que interessa ao investigador, o que supõe um motivação para participar e uma capacidade para se exprimir”* (Fortin, 2003:156).

A amostra de participantes do estudo obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Casais com dificuldade em engravidar;
- Envolvimento actual num processo de tratamento da infertilidade;
- Que aceitem participar voluntariamente no estudo, após informados sobre a natureza do mesmo;
- Que aceitem a gravação áudio das entrevistas.

O número de participantes do estudo seria determinado pelo atingir da saturação da informação (quando não emergem novos temas e os dados se repetem). Contudo, devido aos constrangimentos de ordem temporal, foi determinado um número mínimo de participantes cujas informações cubram razoavelmente o fenómeno (Patton, 1990), que neste caso situamos em dez casais, representados por 10 elementos do sexo feminino e 9 elementos do sexo masculino.

Os dados socio-demográficos relativos aos participantes neste estudo são apresentados em quadro (Quadro nº1) para facilitar a sua leitura e compreensão.

Quadro nº 1 – Caracterização da amostra: dados socio-demográficos

Casal	Participante	Sexo	Idade	Nº irmãos	Nacionalidade	Pratica religião	Escolaridade	Profissão
1	1	F	32	3	Portuguesa	Sim Católica	Secundário	Assistente medicina dentária
1	2	M	35	1	Portuguesa	Sim Católica	Secundário	Socio gerente pequena empresa
2	3	F	31	3	Brasileira	Sim Evang.	Secundário	Desempregada
2	4	M	31	9	Brasileira	Sim Evang.	Secundário	Caixeiro ajudante
3	5	F	29	0	Portuguesa	Sim Católica	Licenciatura	Bancária
4	7	F	34	4	Francesa	Não	Bacharelato	Contabilista
4	8	M	34	1	Inglesa	Não	Licenciatura	Empresário
5	9	F	37	0	Portuguesa	Não	Licenciatura	Funcionária pública administrativa
5	10	M	29	1	Portuguesa	Não	Secundário	Bancário
6	11	F	38	1	Portuguesa	Sim Católica	Secundário	Funcionária pública administrativa
6	12	M	32	1	Portuguesa	Não	3º ciclo Basico	Motorista de pesados
7	13	F	31	1	Portuguesa	Sim Católica	Licenciatura	Gestora comercial
7	14	M	34	1	Portuguesa	Não	Licenciatura	Técnico de seguros
8	15	F	28	1	Brasileira	Não	Licenciatura	Desenhadora
8	16	M	30	1	Portuguesa	Não	Bacharelato	Técn. planeamento industrial
9	17	F	40	2	Portuguesa	Não	Licenciatura	Técnico prótese dentária
9	18	M	38	1	Portuguesa	Não	Licenciatura	Médico dentista
10	19	F	29	3	Portuguesa	Não	Secundário	Responsável de loja
10	20	M	28	0	Portuguesa	Não	Secundário	Funcionário público administrativo

Relativamente aos dados socio-demográficos apresentados, podemos constatar que as idades dos participantes situam-se entre os 28 e os 40 anos,

sendo a média os 32.6 anos e multimodal: 29, 31 e 34 anos. Tendo em conta a fratria, a média é de 1.79, sendo que a moda é ter 1 irmão, com 10 frequências. Apenas três participantes não têm irmãos, enquanto um tem 9 irmãos. Quanto à nacionalidade, temos 14 cidadãos Portugueses e 5 estrangeiros, destes 3 são Brasileiros, um Francês e outro Inglês. Em referência à espiritualidade, apenas 7 participantes referem praticar uma religião, sendo 5 católicos e 2 evangélicos. A escolaridade situa-se entre o 3º ciclo básico e a licenciatura, havendo 10 participantes com um Curso Superior, verificando-se uma grande diversidade quanto às profissões dos participantes.

No quadro nº2, são indicados os dados relativos à situação de infertilidade por cada casal e não por participante, de modo a evitar a repetição de informação, pois constatámos serem sobreponíveis em ambos os elementos.

Quadro nº 2 - Caracterização da amostra: dados relativos à situação de infertilidade

Casal	Filhos anteriores		Tempo infertilidade	Tempo de investigação na consulta	Tempo em tratamento	Tratamentos Realizados
	Relação actual	Relação Anterior				
1	Sim	Não	5 anos	4 anos	3 anos	Não sabe especificar "muitos, perdeu a conta"
2	Não	Não	9 anos	2 anos	5 anos	3 induções ovulação 1 cirurgia
3	Não	Não	2 anos	8 meses	4 meses	Tratamento hormonal Estimulação ovulação
4	Não	Não	3 anos	2,5 anos	1 ano	Tratamento hormonal
5	Não	Não	4 anos	2 anos	1 ano	2 induções ovulação
6	Sim	Não	3 anos	2,5 anos	2 anos	Estimulação ovulação 3 induções ovulação
7	Não	Não	2 anos	1 ano	1 ano	4 induções ovulação
8	Não	Não	4 anos	3,5 anos	3 anos	Tratamento hormonal
9	Não	Não	18 meses	1 ano	6 meses	Tratamento hormonal
10	Não	Não	5 anos	5 meses	2 meses	Tratamento hormonal Estimulação ovulação

Considerando os dados relativos à situação de infertilidade verifica-se que, apenas dois casais têm filhos anteriores à situação de infertilidade, tratando-se por isso, de dois casos de infertilidade secundária. O tempo de duração da situação de infertilidade oscila entre os 18 meses e os 9 anos, sendo a média de 3 anos e 8 meses. O período de investigação na consulta varia entre os 4 anos e os 5 meses, numa média de 1 ano e 11 meses, enquanto que a média do tempo em tratamento fica em 1 anos e 4 meses. Os tratamentos realizados correspondem ao esperado para o tratamento da infertilidade feminina no contexto onde decorreu a investigação.

3.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Em virtude da natureza do estudo, optou-se por seleccionar como instrumento de colheita da dados, a entrevista.

Para Jasper (1994), o método mais comum na colheita de dados acerca das experiências vividas pelos sujeitos é a entrevista, sendo *“frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos”* (Fortin, 2003: 245). Também para Streubert e Carpenter (2002:27) *“a entrevista ... é a técnica mais comum no estudo qualitativo”*.

Segundo Bogdan e Biklen (1994: 134), *“a entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...) dirigida por uma das pessoas, com o objectivo de obter informações sobre a outra”*.

De acordo com Fortin (2003: 245), a entrevista *“é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”*

A situação de entrevista permite revelar o que o outro pensa e que não é observado, ou seja, permite um acesso privilegiado à experiência humana (Gauthier, 2003).

Das várias técnicas que podem ser utilizadas, seleccionámos a entrevista semi-directiva ou semi-estruturada, em que *“o indivíduo é convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema)”* (Ghiglione e Matalon, 1993:96) e em que *“o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério”* (Ghiglione e Matalon, 1993:70).

Desta forma, foi construído um guião a partir da literatura previamente consultada, com vista à obtenção de informação que permita *“chegar à compreensão de uma certa realidade, de um certo fenómeno”* (Gauthier, 2003:280), e a formulação de uma resposta para a questão de partida.

Este guião, apresentado como anexo 1, fornece um inventário de temas a abordar durante a entrevista, ou seja, contém as *“grandes linhas dos temas a abordar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões específicas”* (Fortin, 2003: 247), tendo em conta que no fim todos os temas propostos tenham sido cobertos. Esta flexibilidade permite a adaptação ao grau de cooperação do entrevistado.

Foram formuladas, pelo investigador, questões abertas, gerais ou combinadas com subquestões, de modo a deixar o participante *“livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas”* (Fortin, 2003: 247).

3.5 - PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O primeiro passo em termos do procedimento relativo à recolha de dados, consistiu em apresentar o estudo à enfermeira responsável pelo atendimento de enfermagem na consulta de Medicina da Reprodução do referido hospital público da região de Lisboa, no sentido de obter a sua colaboração na selecção dos casais, por ser quem tem melhor conhecimento dos casais e das suas situações particulares.

A primeira abordagem decorreu no dia da consulta, após o atendimento de enfermagem, sendo apresentado aos casais previamente seleccionados, o contexto e os objectivos do estudo e solicitada a autorização para o seu número de telefone ser facultado à investigadora.

Neste contacto telefónico posterior com os elementos femininos do casal (que se mostraram mais disponíveis para este primeiro contacto), a investigadora apresentou pormenorizadamente o estudo: referindo explicitamente que a entrevista não fazia parte do atendimento da consulta; que se solicitava a participação voluntária de ambos os membros do casal; que implicava a realização de uma entrevista com gravação áudio; que o tempo dispendido para cada entrevista seria aproximadamente 60 minutos; procurou ainda esclarecer as dúvidas apresentadas. No caso de manifestação de interesse e disponibilidade, foi combinada uma data posterior, para um novo contacto telefónico, de modo a permitir ao casal discutir e acordar a sua participação. Na confirmação da participação, foi combinada a data e hora para a realização da entrevista. Em alguns casos este processo estendeu-se por períodos superiores a 12 semanas, com um tempo médio de 6 semanas.

Em todos os casais contactados na consulta, o elemento feminino referiu ter muito interesse e disponibilidade para participar no estudo. Algumas referiram de antemão conhecer a indisponibilidade dos parceiros para participar, rejeitando a hipótese de participação. Outras aceitaram a hipótese de participação, dependendo da obtenção da concordância do parceiro. Em todas as fases da abordagem e em todos os casos, a recusa na participação no estudo, partiu do elemento masculino do casal. Este constrangimento pode ter origem no facto da natureza íntima do fenómeno poder constituir uma inibição para o seu relato.

Foi dada total abertura para que a entrevista fosse realizada na data, hora e no local do desejo e conveniência do casal, alertando para a necessidade de ser um local calmo e confortável para o casal, mas salvaguardando o mínimo de ruídos parasitas.

Quatro casais foram entrevistados num dia de consulta, numa sala gentilmente cedida pelo Departamento de Formação da referida instituição; três, no local de trabalho da investigadora, numa sala preparada para o efeito; e outros três casais na sua residência. Propositadamente, nenhuma decorreu nas instalações da consulta pois poderia constituir um factor inibidor do relato de algum dos temas da entrevista.

A duração das entrevistas oscilou entre os 80 e os 110 minutos, sendo a duração média de 105 minutos nos elementos femininos e nos elementos masculinos de 90 minutos.

No dia da entrevista, o casal foi recebido em conjunto, de modo a estabelecer um clima acolhedor em que estes se sentissem confortáveis e motivados para responder às questões. Foi realizada a apresentação da investigadora, do contexto e objectivos do estudo, reforçado que a sua participação era livre e voluntária. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade, validados todos os procedimentos relativos ao decorrer da entrevista. Foi ainda solicitada permissão para proceder à sua gravação áudio e explicitado que seria a investigadora a ouvir e transcrever as entrevistas e que só ela teria acesso aos dados brutos. O casal foi estimulado a colocar as suas dúvidas de modo a que estas fossem esclarecidas.

Os elementos feminino e masculino do casal foram entrevistados no mesmo encontro, mas separadamente, tendo sido a ordem determinada pelo próprio casal. Esta opção prende-se com o facto de que, ao realizar a entrevista conjuntamente, poderem surgir constrangimentos e inibições nas respostas, devido ao receio de melindrar o companheiro. No final, juntaram-se os dois elementos e em todos os casos continuaram a conversar, sem acrescentar nada de novo ao gravado, não tendo sido notada diferença no “à vontade”, antes e depois de desligar o gravador.

Foi entrevistado um participante de nacionalidade inglesa, cujo domínio da língua portuguesa não lhe permitia, por vezes, uma expressão adequada das

suas vivências, pelo que se optou por abordar algumas das questões em inglês, tendo sido realizada a tradução aquando da transcrição da entrevista.

Num dos casais, não foi possível proceder à entrevista do elemento masculino por dificuldades alheias à vontade da investigadora, no entanto optou-se por manter a entrevista ao elemento feminino devido à riqueza da informação produzida.

Durante e após a entrevista foram tomadas notas de modo a valorizar aspectos da comunicação não verbal, como forma de enriquecer o discurso explícito dos participantes.

3.6 - ANÁLISE DOS DADOS

O propósito da análise dos dados é impor uma ordem sobre um corpo de informações, de modo a que possam ser tiradas algumas conclusões, a serem comunicadas num relatório (Polit e Hungler, 1995).

Neste caso, a análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, cujo objectivo pode ser considerado como, organizar os conteúdos de um conjunto de mensagens num sistema de categorias.

Conforme é indicado por Vala (1999), a análise de conteúdo foi definida por Berelson (1952) como uma técnica que permite “*a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*” (Vala, 1999: 103); refere ainda que, Krippendorff retira da sua definição a referência à quantificação, abrindo as direcções da análise de conteúdo, “*não havendo justificação para não reconhecer os sucessos das investigações de orientação qualitativa*” (Vala, 1999: 103).

Neste estudo, optou-se pela utilização de análise qualitativa de conteúdo, por parecer mais adequada ao objectivo do estudo, na medida em que nesta “*a significação reside na especificidade das mensagens analisadas mais do que nas suas características quantitativas*” (Gauthier, 2003: 350).

Esta técnica oferece a possibilidade de *“tratar de forma metódica informações que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como os relatórios de entrevistas pouco directivas”* (Quivy e Campenhoudt, 1992: 224), e de *“descrever fenómenos”* (Vala, 1999:105).

Todo o tratamento dos dados foi realizado manualmente, devido à falta de domínio de programas informáticos específicos, o que se revelou moroso e cansativo.

Das anotações realizadas aquando de cada entrevista, destacamos que todos os participantes realçaram a importância deste momento, em que lhes foi permitido contar as suas histórias e partilhar os seus sentimentos, manifestando grande satisfação por terem tido esta oportunidade. Sobretudo os elementos masculinos reforçaram que nunca (em nenhuma outra circunstância) tinham exposto com tanta abertura, os seus sentimentos e dificuldades acerca desta situação e que isso se devia sobretudo, ao facto da entrevista decorrer individualmente (sem a presença do elemento feminino) e da garantia da confidencialidade da informação entre os elementos do casal.

A informação obtida a partir das entrevistas e recolhida em registo áudio, foi transcrita para registo escrito, tendo este processo sido realizado pela investigadora, utilizando entre 8 e 12 horas para cada uma das 19 entrevistas. Este processo foi ainda mais demorado que a realização das entrevistas, devido à inexperiência na sua realização e porque foi realizado de modo artesanal (apenas com recurso ao gravador e computador).

Cada um dos protocolos foi numerado com dois dígitos, o primeiro numerando o casal e o segundo o indivíduo, sendo que os números ímpares correspondem às mulheres e os números pares aos homens.

Devido ao contacto profundo e prolongado com a informação produzida, esta constituiu a fase de pré-análise, conforme é sugerida por Bardin (2000), na

medida em que conduziu a um processo indutivo de organização mental dos conteúdos temáticos.

O *corpus* de análise, que segundo Bardin (2000: 96) “... é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, é constituído pelo conjunto dos 19 protocolos das entrevistas, pois como refere Vala (1999), o corpo de análise deve ser constituído por todo o material que foi produzido propositadamente para este fim.

Na fase de codificação, que consiste, segundo Holsti citado por Bardin (2000: 103) no “*processo pelo qual os dados brutos são transformados (...) e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo*”, procedeu-se à segmentação do texto por temas, tidos como unidades de dimensões imprecisas, uma vez que se trata de realidades de ordem psicológica e não linguística, com o sentido de descrever práticas, comportamentos, atitudes e valores (Amado, 2000). Estes temas foram tomados como a unidade de registo. A partir da constituição das unidades de registo foram determinadas as unidades de contexto e de enumeração.

Na fase de categorização, “*uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos*” (Bardin, 2000:117), foi construído um sistema de categorias à *posteriori*, através do cruzamento do enquadramento teórico com a informação produzida pelo corpo de análise e com os objectivos da investigação.

Este sistema de categorias, pretende reunir todas as categorias do corpo documental e traduzir o mais adequada e exaustivamente possível o sentido das unidades de registo.

Durante o processo de categorização foram tidas em conta as regras de categorização, exaustividade, exclusividade, homogeneidade, objectividade, pertinência e objectividade (Amado, 2000; Carmo e Ferreira, 1998).

No culminar destas fases resultou a construção de uma matriz, um sistema de categorias exaustivo que condensa e apresenta os dados, *“uma espécie de estrutura ideal em que todas as categorias estão reunidas e nos dão uma visão holística e uma unidade genérica das características do corpo documental...”* (Amado, 2000: 58), e que se apresenta como Anexo nº 2.

Na fase interpretativa, foi construída uma análise a partir de todas as relações que se estabelecem entre os temas e conceitos, tendo em conta as possibilidades práticas, pelo quadro teórico e os objectivos do estudo. Nesta análise, os dados que se encontram dissociados da sua fonte, são situados num contexto construído pelo analista baseado no seu conhecimento que leva à *“descoberta de sentidos ocultos e interpretativos que a recomposição dos fragmentos, em puzzles temáticos, proporciona como resposta às questões teóricas que, simultaneamente, vamos colocando”* (Amado, 2000:61).

A interpretação dos resultados assume relevo na medida em que, tal como referem Carmo e Ferreira (1998: 258), *“além da descrição, a análise de conteúdo deverá (...) possibilitar a compreensão do fenómeno em estudo...”*.

3.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Podemos identificar as principais limitações deste estudo:

- O tempo disponível para a realização do estudo.
- A inexperiência na realização de estudos utilizando a metodologia qualitativa e na condução de entrevistas desta natureza.
- Dificuldade em obter autorização das instituições para a realização do estudo.

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Do sistema de categorias decorrente da construção da matriz resultou a grelha de análise que é apresentada no quadro nº 3, e que serve de referência para a apresentação, análise e discussão dos resultados. Esta análise, é ainda baseada no enquadramento teórico realizado, na problematização e objectivos do estudo.

Quadro nº 3 - Grelha de análise das entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Desejo de ter um filho	Razões do desejo de ter um filho	Motivação psicológica
		Motivação social
Motivação biológica		
Fortalecimento do vínculo conjugal		
	Significado de ter um filho	
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a Si	Culpa
		Inferioridade
		Vazio
	Sentimentos relativamente ao companheiro	Culpa
		Isolamento
		Protecção
		Apoio
		Falta de apoio
		Percepção do sofrimento do Outro
	Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	Isolamento
		Partilha
	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Reacção inicial
		Preocupação
		Incompreensão
Marginalização		
Injustiça		
	Revolta	

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
		Esperança
		Desânimo
		Castigo
		Sufrimento
		Tristeza
		Inveja
		Domínio
Implicações sociais	Relacionamento conjugal	Aproximação
		Afastamento
	Relacionamento sexual	
	Realização das actividades da vida diária	Alterações
		Ausência de alterações
	Constrangimentos laborais	
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Expectativas	Resolução rápida
		Descoberta do problema
		Resolução do problema
	Constrangimentos	Tempo de espera prolongado no dia da consulta
		Tempo de espera prolongado entre consultas
		Diagnóstico inconclusivo
		Funcionamento da consulta
	Suporte / Apoio desejado	Apoio psicológico profissional
		Grupos de ajuda
		Terapias complementares
	Profissionais	Fonte de informação
		Fonte de suporte/apoio
		Ausência de suporte/apoio
		Dificuldades
		Significado da intervenção dos profissionais
	Procedimentos	Repercussões emocionais
		Repercussões físicas
		Constrangimentos económicos
		Ausência de resultados
	Dificuldades Sentidas	Contacto com grávidas
Pressão externa para ter um filho		
Ciclo de Esperança/ Desapontamento		
Principal preocupação	Não realização do desejo	

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	Coping vigilante	Relativizar
		Manter-se ocupado
		Negação
	Coping centrado no problema	Tomar iniciativa para resolver o problema
		Procura de suporte/apoio
		Procura de informação
Coping centrado na emoção	Descarga emocional	
	Distanciamento	
	Utilização da experiência de forma positiva	
Expectativas relativamente ao futuro	Obtenção de uma gravidez	
	Adopção	

Destaca-se que os resultados emergem de oitocentas e sessenta e duas afirmações obtidas a partir do registo dos discursos dos participantes. Destas, quinhentas e cinquenta e nove foram produzidas por mulheres e trezentas e três por homens, sendo evidente a maior expressividade dos elementos femininos do casal.

Em seguida são apresentados e analisados os resultados, para cada categoria e subcategoria separadamente.

4.1 – DESEJO DE TER UM FILHO

Da análise dos discursos dos entrevistados, podemos constatar que todos os casais mantinham o projecto de ter filhos, independentemente das diversas motivações referidas pelos membros do casal.

Se aceitarmos, tal como é referido na literatura, que a infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior for o seu empenho na parentalidade (Martins, 2005), podemos esperar que o desejo expresso de ter filhos influencie o modo como estes indivíduos vivenciam a sua infertilidade.

Assim, nesta categoria foram identificadas duas subcategorias, uma relativa às razões do desejo de ter um filho, em que se incluem quatro indicadores e outra ao significado de ter um filho, conforme se verifica no quadro nº 4.

Quadro nº 4 – Categoria: desejo de ter um filho

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
1. Desejo de ter um filho	1.1 Razões do desejo de ter um filho	1.1.1 Motivação psicológica	E1, E2, E3, E5, E7, E10, E11, E12, E13, E15, E17, E19, E20	18
		1.1.2 Motivação social	E1, E2, E3, E5, E7, E10, E13, E14, E17, E18, E20	16
		1.1.3 Motivação biológica	E10, E14, E16, E18, E19, E20	9
		1.1.4 Fortalecimento do vínculo conjugal	E3, E7, E9, E11, E12, E13, E14, E17	12
	1.2 Significado de ter um filho		E1, E4, E5, E7, E16	9

A diversidade das razões apontadas para o desejo de ter um filho, sugere que *“existe todo um contexto ideológico, social e cultural que rodeia o indivíduo e, que de uma forma mais ou menos explícita o pressiona no sentido de maternidade/paternidade”* (Faria, 2001: 192).

4.1.1 – Razões do desejo de ter um filho

Da subcategoria, **Razões do desejo de ter um filho** emergem quatro indicadores:

- A **Motivação psicológica**, em que o desejo de parentalidade surge como uma parte essencial da vida de adulto ou integrada como um componente do desenvolvimento adulto (Cook, 1987) e, através da satisfação de valores eminentes, como a filiação e renovação da vida, a excitação e o imprevisto, a criatividade e responsabilidade, a

possibilidade de exercer influência no desenvolvimento de outro ser humano (Pinto, 1998). Está patente nos seguintes testemunhos:

“tenho muito amor para dar, muito carinho” E1

“sempre imaginei saber como é que é ter uma vida dentro de você, essa vida depender de você...” E3

“ter alguém que goste, que precise de mim, com quem partilhar as coisas, os problemas e possa ajudar” E5

“é uma necessidade” E5

“quero viver a gravidez, quero passar pelos nove meses, quero dar a vida” E7

“ter alguém a quem podemos dar aquilo que aprendemos” E10

“um filho é a felicidade dos pais” E12

“um filho preenche a vida” E13

“alguém para cuidar, para ensinar” E15

“é alguém para ensinarmos aquilo que aprendemos” E20

A motivação psicológica foi referida maioritariamente pelo elemento feminino do casal (nove das dez entrevistadas) e por quatro dos nove elementos masculinos.

- A **Motivação social**, emerge como uma resposta ao que é socialmente esperado, em que ser pai e ser mãe são vistos como um papel central da vida.

Segundo Faria (2001), ter filhos pode ser uma exigência da sociedade e uma forma de pertença a uma determinada comunidade, correspondendo assim, aos ideais e valores desta última.

Como refere Cedars (2005) um dos factores sociais que tem influência sobre a motivação para ter filhos, é que apesar de outros objectivos de vida e expectativas, a parentalidade é considerada como o papel principal na vida, ou como objectivo primário da idade adulta.

Para Leal (2001), a maternidade consiste, num contexto social, como o destino de uma mulher, e Canavarro (2001), acrescenta que em termos religiosos, a maternidade e fertilidade consistem num destino disponibilizado por uma entidade superior.

Os entrevistados afirmaram o seguinte:

“é importante para eu me sentir realizada” E1

“está nas previsões de qualquer pessoa” E2

“toda a mulher nasceu para ser mãe” E3

“porque é normal ter filhos” E7

“é o que a sociedade nos pede, é a vontade geral” E10

“qualquer pessoa gosta de ter um filho” E13

“como sou católica ter filhos é muito importante” E13

“é assim na maior parte das pessoas” E14

Estas afirmações evidenciam a assunção de que para alguns, não ter filhos não é natural (Badinter, sd; Correia, 1998).

As referências à motivação social para ter um filho foram expressas de modo muito semelhante pelos elementos femininos e masculinos do casal, sendo a motivação social assumida por ambos.

- A **Motivação biológica**, surge expressa tal como é referida por Pinto (1998) e Edelman, Humphrey e Owens (1994) num desejo de continuidade genética nas gerações subsequentes.

Emerge ainda a vivência da parentalidade no sentido de se prolongar após a morte através do seu descendente (Canavarro, 2001):

“ dar seguimento à família” E10

“é o seguimento de um geração, uma continuidade” E14

“para dar uma continuidade nossa e da família” E16

“é algo que deixamos cá” E20

“é quase um instinto..., procriar” E20

Esta motivação biológica está mais presente no elemento masculino do casal, sendo referida por cinco participantes masculinos e apenas por um dos elementos femininos.

- O **Fortalecimento do vínculo conjugal**, surge no âmbito de que ter filhos é valorizado culturalmente e considerado um acontecimento que distingue positivamente o casal (Correia, 1998).

Este indicador parece ser mais valorizado pelos elementos femininos visto que as afirmações foram produzidas por cinco elementos femininos e dois elementos masculinos, como expresso nas seguintes afirmações:

“é um complemento... falta alguém dentro de casa para completar a nossa felicidade” E3

“quero ter uma família” E7

“porque falta qualquer coisa, é o preenchimento de qualquer coisa que falta” E9

“um casal sem filhos é um jardim sem flores” E11

“a família é um filho” E13

“para construir uma família” E12

“é o objectivo de uma relação” E14

“era importante para nós como casal ter bebés em casa” E17

As afirmações produzidas sugerem que, tal como refere Brazelton citado por Sá e Biscaia (2004: 20), só *“quando nasce uma criança, nasce uma família”*.

Ter filhos, surge também como um meio que visa a manutenção do casamento e o fortalecimento do vínculo conjugal, sendo este *“encarado como um complemento do casal, da sua unidade e da sua realização”* (Biscaia, 2001: 61) Também Conceição (2000) faz referência ao filho como meio de concretizar a plena realização conjugal.

A parentalidade é geralmente considerada como o cerne vital da sociedade, onde o casal deposita o seu esforço para concretizar o seu projecto de vida, visando a construção e perpetuação da família e consequentemente da sociedade.

A procriação, tida como um dos objectivos superiores da vida conjugal, concretiza a transmissão da vida e simboliza a plenitude da união e do amor do casal.

4.1.2 – Significado de ter um filho

Cinco entrevistados produziram afirmações que se referem ao significado de ter um filho, evidenciando a valorização da criança como ser único e insubstituível, o que de acordo com a sociologia da família, decorre de um processo histórico de transformação que determina a emergência do desejo da criança pela criança em si. O desejo da criança surge do desenvolvimento de laços de família, através do sentimento e da afectividade, do surgimento da noção de infância e do despertar da sensibilidade para o desenvolvimento da criança, que a coloca no centro da família (Conceição, 2000), bem patente nos seguintes excertos:

“é uma benção” E1

“é uma coisa muito importante” E1

“sempre gostei de crianças” E4

“é um sonho desde sempre” E5

“adoro crianças” E7

“eu gosto muito de crianças” E16

4.2 – IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

É de realçar que foi possível identificar afirmações relativas a esta categoria em todos os discursos e, tendo em conta também o número de expressões

produzidas (267), as implicações psicológicas da infertilidade emergem como a categoria de maior dimensão.

Podemos verificar que, tal como refere Cedars (2005), a infertilidade desencadeia um vasto leque de respostas emocionais, na medida em que nesta categoria foi possível encontrar quatro subcategorias, que por sua vez, se subdividem em 24 indicadores.

4.2.1 – Sentimentos relativamente a Si

Nesta subcategoria foram incluídas todas as expressões em que são descritos sentimentos relativos a Si, destacando-se que todas foram produzidas pelos elementos femininos do casal, conforme o quadro nº 5.

Quadro nº 5 – Subcategoria: sentimentos relativamente a Si

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
2. Implicações psicológicas	2.1 Sentimentos relativamente a Si	2.1.1 Culpa	E1, E5, E9, E11, E15,	10
		2.1.2 Inferioridade	E1, E3, E5 ,E15	9
		2.1.3 Vazio	E1,E19	2

- O sentimento de **Culpa** relativamente a Si é o mais expresso dentro desta subcategoria, emergindo em dez expressões de cinco mulheres, como se exemplifica:

“acusava-me, será que não sou boa mãe?, Uma boa esposa?, Será que não vou ter direito de poder ser mãe novamente?...Como ainda hoje me acuso” E1

“não consigo por coisas que fiz no passado..., comecei a culpabilizar-me imenso, imenso, imenso” E9

“a gente pensa aquilo da culpa é nossa (...) a culpa é nossa” E15

É reconhecido que indivíduos inférteis têm tendência a descrever-se como sentindo-se responsáveis pela sua infertilidade (Cedars, 2005). Segundo Costa (2000), vários estudos apontam para que as mulheres apresentam maior sentimento de culpabilidade, o que pode ser atribuído à pressão social exercida sobre a mulher no sentido da maternidade.

- O sentimento de **Inferioridade** emerge verbalizado através de expressões que demonstram que este é percebido com grande intensidade:

“senti-me como se já não valesse nada” E1

“quando descobri que o problema era meu... como mulher senti-me um farrapo” E1

“me sentia a pior das mulheres..., foi terrível” E3

“pensava que o meu corpo não prestava, que eu não era capaz de gerar um bebé” E5

“realmente não devo prestar mesmo” E5

Esta constatação pode decorrer da importância que a sociedade confere à parentalidade, na medida em que pode intensificar o sentimento de inferioridade, exclusão, ou mesmo estigmatizar os indivíduos inférteis (Bryan e Higinns, 2001).

Este sentimento é vivido como se as qualidades internas não fossem suficientemente boas para permitirem transformar um afecto amoroso numa criança (Rodrigues e Rodrigues, 2000).

- O **Vazio** foi referido apenas por duas participantes no sentido de se sentirem incompletas, o que vai de encontro a Trindade e Enumo (2001), quando refere que na sua representação social, a mulher infértil é vista como incompleta.

“falta qualquer coisa dentro de mim” E1

“é um vazio..., um vazio” E19

4.2.2 – Sentimentos relativamente ao companheiro

Nesta subcategoria são expressos os sentimentos que os participantes verbalizaram relativamente aos seus companheiros, e que podem ser encontrados no quadro nº 6.

Quadro nº 6 – Subcategoria: sentimentos relativamente ao companheiro

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
2. Implicações psicológicas	2.2 Sentimentos relativamente ao companheiro	2.2.1 Culpa	E1,E3,E5,E9,E10,E15,E19	9
		2.2.2 Isolamento	E1,E2,E3,E4,E5,E10,E15,E16	14
		2.2.3 Protecção	E2, E4, E10, E13, E14, E16, E20	16
		2.2.4 Apoio	E1, E3, E5, E7, E9,E13, E14, E15, E16, E19	31
		2.2.5 Falta de apoio	E11	3
		2.2.6 Percepção do sofrimento do Outro	E2, E4, E10, E12, E14, E16, E18, E20	16

- Neste âmbito, o sentimento de **Culpa** surge quando um dos cônjuges, neste caso mulheres, sente que está a desapontar o seu companheiro e a privá-lo de ser pai (Faustino, 2005):

“me vi privando ele de ter um sonho..., de realizar o sonho dele” E3

“quando penso que a pessoa que eu tenho ao meu lado quer muito ainda começo a sentir-me cada vez mais, cada vez mais... culpada de não conseguir aquele objectivo, do problema estar em mim” E9

“começo a achar que aquela pessoa teve azar em me ter escolhido a mim que não consigo concretizar o desejo dele” E9

É frequentemente documentado que as mulheres chegam mesmo a sugerir o divórcio, libertando os maridos para procurarem outra companheira e realizarem o seu desejo.

O sentimento de culpa pode ainda decorrer de não cumprirem o dever e a responsabilidade de continuar a família (Cedars, 2005), facto que não emergiu neste estudo.

Constatámos também expressões de atribuição de culpa ao companheiro:

“primeiro culpava-o a ele” E1

“houve uma altura que achei que o problema era dele, que não conseguimos ter filhos porque o problema era dele..., senti que se fosse com outro homem conseguia ter filhos e que estava casada com o meu marido e ele não me podia dar filhos” E19

- O **Isolamento** do próprio relativamente ao seu companheiro foi referido de igual modo por homens e mulheres:

“há um maior afastamento da minha parte, fico mais calada... tenho que admitir que me afasto” E1

“eu procuro não falar muito, ficar falando magoa” E3

“também já não tem muita coisa para conversar agora, depois de 9 anos, já conversámos muito” E3

“a gente não consegue conversar muito porque ele se sente muito” E3

“ele não sabe o que falar e eu também não” E3

“quem tem de passar por tudo, quem não consegue, quem se sente frustrado, quem se sente revoltado..., o outro está lá, mas é como se estivesse de fora. É como se houvesse uma bolha e o outro está do lado de fora” E15

- O sentimento de **Protecção** é verbalizado maioritariamente pelos elementos masculinos, referindo-se ao apoio que transmitem às suas companheiras:

“eu tenho que ser forte, que me segurar, tenho que resistir, que eu tenho que apoiar ela, porque ela está sozinha” E2

“tenho que lhe dar muito apoio e não lhe posso mostrar..., vá lá o meu lado fraco (...) tento dar o meu lado forte para compensar e para não tornar as coisas piores” E10

“se eu fosse demonstrar, com mais peso ela ia ficar, mais preocupada ela iria ficar e isso seria pior” E16

“eu sempre a protegi muito..., sei que se ela me vir mais fraco vai ficar mais preocupada, se eu não estou bem ela pode pensar que não tem ninguém para a ajudar” E20

Apenas uma mulher produziu afirmações que demonstram protecção relativamente ao seu companheiro:

“prefiro que o problema seja meu, prefiro ser eu a resolver o problema, acho que a ele ia custar-lhe muito mais” E13

“ele sofre tanto com qualquer problemzinho, que não é nada de importante que se o problema fosse dele, ele ia culpar-se, e eu não queria que ele se culpasse” E13

- O **Apoio** é verbalizado maioritariamente por mulheres, referindo-se ao apoio que sentem receber por parte dos seus companheiros:

“sinto um apoio muito grande por parte do companheiro” E1

“o meu marido dá-me muito apoio, e isso é muito importante” E1

“se não fosse ele não tinha aguentado” E5

“ele foi a maior ajuda que eu tive” E5

“a pessoa que eu tenho ao lado é muito positiva e põe sempre imensa esperança, acha sempre que as coisas vão acontecer e que vão correr bem” E9

“sinto tanto apoio da parte dele (...) ele foi sempre tão compreensivo, tão presente” E19

- A **Falta de apoio**, apesar de referida apenas por uma participante, é reveladora da importância atribuída a comportamentos que são esperados da parte do companheiro:

“gostava de sentir mais apoio, mesmo quando quando vou às consultas e tudo, ele é muito raro ir comigo às consultas..., um filho é feito a dois, eu acho o casal se deve acompanhar um ao outro nessas consultas, talvez ele peque um bocadinho nesse aspecto” E11

“gostava que ele quisesse dizer mais sobre este assunto do que ele diz” E11

- A referência à **Percepção do sofrimento do outro** foi expressa apenas pelos elementos masculinos, demonstrando que os participantes estão conscientes do efeito que a situação produz na companheira:

“o meu sofrimento é por a ver tão triste e por ela já ter passado tão em vão” E2

“eu vejo a luta que ela está fazendo por nós” E4

“é muito difícil para ela também” E4

“muito sofrimento da parte dela” E10

“todos os momentos que eu vejo que ela está triste (...) gostava que ela estivesse feliz” E14

“acho que lhe custou mais a ela, acho que viveu isto de uma forma mais intensa” E18

“a ela custa-lhe muito, custa-lhe muito esta situação” E20

O homem tem tendência a assumir o papel de optimista durante a crise causada pela infertilidade, sobretudo durante os períodos difíceis em que as suas companheiras estão desencorajadas ou tristes, o que tem a ver com os factores sociais e culturais sobre o que deve ser o papel masculino (Cedars, 2005).

Em muitos estudos, os homens são referenciados como relutantes em expressar os seus sentimentos; para Cedars (2005), o motivo desta relutância é a crença de que não devem contribuir para agravar o stresse vivido por ambos como casal.

4.2.3 – Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos

Nesta subcategoria estão reunidas as afirmações produzidas pelos participantes, relativamente ao seus sentimentos face às suas relações sociais, tal como se pode observar no quadro nº 7.

Quadro nº 7 – Subcategoria: sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
2. Implicações psicológicas	2.3 Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	2.3.1 Isolamento	E1,E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13, E14,	25
		2.3.2 Partilha	E5, E9, E13, E14, E16, E17, E19, E20	12

- O sentimento de **Isolamento** social, destaca-se pelo número de afirmações produzidas, tendo sido referido de igual modo pelos elementos femininos e masculinos do casal, exemplificado nas seguintes declarações:

“em relação à família... enfio-me no meu casulo...” **E1**

“nunca lhes contei a verdade, oculto que estou a tentar engravidar” **E1**

“foi uma opção não contar nada a ninguém, talvez para ela se proteger”

E2

“sou meio fechadão, posso falar no assunto, mas falar do que eu estou a sentir, não” **E4**

“não tive ninguém com quem partilhar o meu problema que também estivesse a vivê-lo” E5

“temos uns amigos em Inglaterra que tiveram um bebé e não nos telefonaram porque sabem que temos este problema” E8

“vivemos muito os problemas a dois, não passamos nada para fora” E10

“tirando algumas pessoas, não sabem, não estou para ouvir comentários que não quero ouvir” E13

O isolamento pode decorrer da infertilidade ter uma conotação sexual e, como tal, um assunto privado (Cedars, 2005), havendo dificuldade em discuti-lo abertamente com outros. Ainda porque acreditam que ninguém pode entender a extensão da dor emocional (Cedars, 2005). O isolamento tende a ser maior nos casais que são questionados continuamente ou “gozados” pela ausência de crianças. Constata-se que muitas vezes o casal opta por guardar segredo da sua infertilidade.

O isolamento está intimamente relacionado com a vergonha e o segredo, como tão bem referido por Trindade e Enumo (2002):

“a informação sobre a incapacidade de conceber é considerada muito privada e embaraçosa, em parte porque a infertilidade envolve o comportamento sexual, assunto que nem todos se sentem confortáveis para discutir com familiares e amigos. Discussões sobre infertilidade podem expor as pessoas a comentários ou sugestões relacionadas a seu comportamento sexual nem sempre são bem-vindos. Além disso, (...) também se podem abster de discutir os seus problemas (...) por temerem as reações dos membros da sua rede social, como piadas, brincadeiras ou conselhos não solicitados”.

Trindade e Enumo (2002:16)

Esta vergonha pode decorrer da assumpção geral de que o casal escolheu não ter crianças, sendo frequentemente interpretados como egoístas e materialistas (Callan e Hennessey, 1989).

Todos estes factores contribuem para que a infertilidade seja encarada como um tabú e o facto do casal não partilhar a sua infertilidade, conduz como já

referido, frequentemente ao seu isolamento social, com o afastamento das suas relações familiares, de amizades e sociais.

- Apesar disso, foi também encontrado no discurso de alguns participantes o sentimento de **Partilha** do seu problema com as suas relações sociais:

“tentavam mostrar que estavam disponíveis, mas sem serem muito óbvios” E5

“há uma necessidade de todos de eu ter filho, mas há apoio de todos” E13

“com as pessoas chegadas sempre desabafamos, todos sabiam, não é coisa que se esconda” E16

“os nossos pais já nos disseram que eles estão lá para o que for preciso” E20

“os amigos também nos apoiam, ninguém nos tem excluído e isso tem ajudado muito” E20

Estas afirmações reflectem a importância do suporte social para lidar com a crise.

4.2.4 – Sentimentos relativamente à situação de infertilidade

Salienta-se ser esta a subcategoria mais referida com um total de cento e vinte declarações, englobadas em treze indicadores, conforme o quadro nº 8.

Quadro nº 8 – Subcategoria: sentimentos relativamente à situação de infertilidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
2. Implicações psicológicas	2.4 Sentimentos relativamente à situação de Infertilidade	2.4.1 Reacção inicial	E1, E2, E3, E4, E5, E10, E11, E13, E16	11
		2.4.2 Preocupação	E2,E13, E15, E16, E19	6
		2.4.3Incompreensão	E1,E5,E9,E11,E13,E15	13
		2.4.4Marginalização	E1, E16, E20	9
		2.4.5 Injustiça	E1, E2, E3, E13, E14, E15, E19, E20	9
		2.4.6 Revolta	E1,E2,E5,E7,E11,E19	8
		2.4.7 Esperança	E1, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E13, E14, E16, E19, E20	21
		2.4.8 Desânimo	E1, E4, E16	5
		2.4.9 Castigo	E1, E5, E9	4
		2.4.10 Sofrimento	E1, E3, E4, E10	6
		2.4.11 Tristeza	E2,E4, E7, E11, E13, E14, E15, E19, E20	13
		2.4.12 Inveja	E11, E17, E19	3
		2.4.13 Dominio	E1,E2,E5,E9,E19,E20	12

- A **Reacção inicial** à infertilidade é manifestada maioritariamente como de surpresa.

“foi difícil encaixar a ideia, se já tinha sido mãe uma vez porque é que não conseguia engravidar uma segunda vez” E1

“como se o mundo me caísse em cima” E1

“eu nunca quis acreditar, eu tinha medo, muito medo..., eu nunca aceitei isso” E3

“isso não ‘tá acontecendo comigo” E4

“durante muito tempo não quis assumir” E5

“nunca quisemos acreditar que tivéssemos um problema” E10

“pensei logo que havia um problema, do outro tinha sido tão fácil” E11

“A primeira reacção que a maioria das pessoas tem, face à suspeita ou diagnóstico da infertilidade, é de choque e surpresa” (Pinto, 1998: 99). Esta reacção pode decorrer do facto de a sociedade aceitar como verdadeira a capacidade de ter um filho quando se deseja.

Constatamos que a reacção à infertilidade secundária é também surpresa e pode ser tão intensa como quando nunca se concebeu uma criança, podendo gerar sentimentos confusos, entre a gratidão pelo filho que já têm, o desejo de outro e o paradoxo de serem pais biológicos e inférteis (Cedars, 2005).

- A **Preocupação** é referida face à possibilidade ou diagnóstico de um problema, e à impossibilidade da sua resolução:

“fiquei muito preocupado” **E2**

“fiquei preocupada” **E13**

“fico preocupada quando penso que é mais uma hipótese que se perdeu” **E13**

“quando fiz os exames e vi que tinha alguma coisa errada é que comecei a ficar preocupada” **E15**

“fiquei preocupado a pensar que podia haver mais qualquer coisa por trás” **E16**

- A **Incompreensão** dos outros face ao seu problema, é um sentimento relativo à infertilidade manifestado apenas por mulheres:

“para que é que eu hei-de estar a transmitir o que eu estou a passar a uma pessoa, se essa pessoa não vai entender” **E1**

“quem não passa, não sabe, estavam sempre a dizer, tens de ter calma, vais conseguir, não podes pensar nisso, não podes pensar nisso” **E5**

“as pessoas não compreendem” **E5**

“as pessoas dizem não penses nisso, mas é impossível” **E9**

“as pessoas diziam, isso é ansiedade, mas eu sabia que não podia ser, o outro também foi programado, também andei a controlar e engravidei”

E11

“estão sempre a massacrar, isso é que me magoa” **E13**

“sempre dizem que não se pode pensar nisso porque é pior, mas é impossível não pensar nisso” **E15**

Este indicador surge principalmente, decorrente da manifestação de comentários e conselhos que têm subjacente uma mensagem de culpa baseada na assumpção de que se a pessoa fizesse *“isto ou aquilo”* já teria engravidado, o que tem implicações negativas no indivíduo.

Este sentimento de incompreensão por parte dos outros pode estar na origem da opção de manter em segredo a sua infertilidade, na medida em que esta situação é referida pela maioria dos que expressam este sentimento.

A maioria dos participantes que referiu o facto de não se sentirem compreendidos pelas outras pessoas, afirmaram também ter optado por manter a sua infertilidade em segredo (aquando da sua referência ao isolamento face às suas relações sociais). Face ao exposto, podemos salientar que o sentimento de incompreensão possa eventualmente pesar na decisão de manter a sua infertilidade em segredo.

- Três indivíduos (uma mulher e dois homens) produziram afirmações que reflectem a **Marginalização** de que se sentem alvos:

“os casais da infertilidade são marginalizados, porque incentivam-nos a ter filhos, o estado diz que somos um país velho, que não temos crianças, mas ao fim ao cabo cortam-nos as pernas... são valores elevadíssimos” **E1**

“o estado devia participar muito mais, querer ser mãe não é um luxo, e os medicamentos da infertilidade deveriam ser mais acessíveis” **E1**

“as pessoas olham-nos de cima abaixo como se fossemos diferentes dos outros... é como se não fizéssemos parte deste mundo” **E1**

“por um lado o governo queixa-se que a taxa de natalidade é baixa e por outro não apoia estas situações” E16

“não é visto como uma condição que exige cuidados mais abrangentes” E20

- Emerge com grande intensidade o sentido de **Injustiça** face à sua situação no discurso de oito participantes, expresso nos seguintes exemplos:

“quando nos dias de hoje olhamos e vê-mos tantas crianças abandonadas..., isso para mim é muito difícil de superar” E1

“quando vimos tantas crianças abandonadas e mulheres a abortar..., são situações difíceis de aceitar e de digerir” E2

“incomoda-me quando vejo que aquelas gravidezes são indesejadas” E13

“quando vê pessoas que têm uma data de filhos para não os tratar como deve de ser ainda fica pior” E14

Estas afirmações reflectem que o sentido de injustiça dos indivíduos inférteis tem frequentemente como alvos, os apoiantes do aborto, os pais que maltratam os filhos e os que os possuem sem condições mínimas, o que está de acordo com Pinto (1998).

- A **Revolta** é referida por seis entrevistados, como um sentimento que têm relativamente à infertilidade:

“Porquê comigo?...Porquê eu? Porque é que eu não tenho? É a minha revolta...” E1

“senti uma grande revolta porque sempre fui extremamente saudável, tenho uma boa alimentação, sempre pratiquei desporto, nada que justificasse isto, não via o porquê” E5

“tive uma revolta com Deus” E5

“sinto uma revolta interna muito grande, porquê eu?” E7

“porquê a mim, porque é que isto me está a acontecer?” E11

Efectivamente, o casal apercebe-se da falta de controlo sobre o seu corpo, prevendo o seu destino, surgindo a revolta, como uma resposta previsível e alimentada pelo senso de injustiça. O casal questiona-se como pode ser privado de algo tão básico como ter filhos (Pinto, 1998).

Também Deus é alvo de revolta, pelo sentido de injustiça da sua infertilidade, aliado ao mito cultural de que a infertilidade é um castigo de Deus, mesmo quando, por outro lado, Lhe rezam para ter um filho (Pinto, 1998).

- A **Esperança** é o sentimento expresso pelo maior número de participantes (12 indivíduos) e também onde foram produzidas mais afirmações:

“a esperança é a última a morrer” E1

“eu tenho fé que ainda vou ter meu filho nos braços” E4

“estou esperançado, a esperança é a última que morre, desistir nunca, nunca,nunca” E4

“era impossível não ter esperança” E5

“a esperança é a última a morrer, devemos manter a esperança, vale a pena lutar pelo que queremos” E11

“eu tenho muita esperança, talvez por isso eu lido tão bem com a situação” E13

“enquanto houver hipóteses não entro em desespero” E13

“eu mantenho a esperança que pode acontecer” E14

“agora sinto uma grande esperança” E19

A esperança colocada na resolução do problema e na obtenção de uma gravidez, surge independentemente do tempo de duração da infertilidade.

- O sentimento de **Desânimo** referido por participantes que também afirmam sentir esperança na resolução do problema, faz-nos concordar com Cedars (2005), quando afirma que a infertilidade desencadeia um vasto leque de sentimentos, muitos deles contraditórios:

“começo a pensar que nunca mais vou ser mãe, tem sido mau, muito mau mesmo... tenho me sentido muito em baixo” E1

“estou muito desanimada, aquela força que eu tinha no interior, aquela energia toda foi por água abaixo” E1

- A infertilidade sentida como um **Castigo** emerge no discurso de três elementos femininos que produziram afirmações de sentimentos de culpa quer relativamente a si, quer relativamente ao companheiro:

“será que estou a ser castigada?” E1

“devo ter feito muito mal, pensava que Deus me estava a castigar” E5

“agora quero e não acontece, é tipo castigo” E9

“...merecia ter aquele problema” E9

Na opinião de Cedars (2005), a culpa pode ser transformada na crença de que a infertilidade é um castigo por erros do passado, sendo este um aspecto muito poderoso que pode conduzir a uma crise espiritual.

- As declarações demonstrativas do **Sofrimento** inerente à vivência da infertilidade foram produzidas por quatro entrevistados, exemplificadas a seguir:

“se as pessoas vissem o sofrimento que é de uma pessoa tentar e não conseguir” E3

“dói muito..., dói muito” E4

“eu sofro com ela, mesmo que tenha que ser ela a passar por tudo” E10

- A **Tristeza** é o segundo sentimento mais referido (a par com o sentimento de incompreensão) emergindo em treze afirmações de nove participantes, sem diferenças significativas quanto ao género:

“é uma tristeza” E4

“eu fico triste porque eu quero tanto ter filhos e não posso” E7

“fiquei triste, fiquei triste, fiquei triste por ela” E14

“sentia-me muito triste, cada vez que não deu é pior” E15

“sinto tristeza de saber que se calhar não podemos partilhar essa felicidade os dois” E19

“sinto cá uma tristeza” E20

- A **Inveja** é também um sentimento manifestado por mulheres, sendo dirigido a casais ou mulheres grávidas:

“era a inveja porque via os outros casais a engravidar” E11

“quando via uma grávida pensava como gostaria de ser eu e sentia uma pontinha de inveja” E17

“olho sempre com um certa inveja..., e se fosse comigo?” E19

Segundo Rodrigues e Rodrigues (2000), encontra-se frequentemente descrito o sentimento de inveja de outros casais que engravidam ou têm crianças.

- O sentimento de **Domínio** da infertilidade sobre as suas vidas foi referido pelo dobro das mulheres em relação aos homens, exemplificado nas seguintes declarações:

“estou sempre a pensar naquele assunto” E1

“não há nada que não se faça a pensar, a pensar nisso...acaba sempre por ir tudo bater àquela situação” E2

“era inevitável, eu pensava constantemente naquilo..., sabia que era um exagero, mas não conseguia evitar” E5

“uma pessoa não consegue deixar de pensar naquilo” E9

“tudo gira à volta desta situação” E20

“controla muito a nossa vida, eu estou sempre a pensar nisso” E20

Tal como refere Cedars (2005), muitos indivíduos, especialmente mulheres acham impossível compartimentar a infertilidade e não deixar que ela tome conta da maior parte das suas vidas, pois *“para alguns casais a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas”* (Reed, 2001: 1021).

Para finalizar esta sub-categoria, podemos referir que os indivíduos inférteis referem como sentimentos mais frequentes: a esperança (com 21 declarações), a incompreensão e a tristeza (13 afirmações cada), o domínio (expresso em 12 declarações), a reacção inicial (com 11 expressões) e a marginalização e injustiça (incluídas em 9 afirmações cada).

4.3 – IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Nesta categoria foram identificadas três subcategorias: relacionamento conjugal, relacionamento sexual e realização das actividades da vida diária.

4.3.1 –Relacionamento conjugal

Sendo reconhecido que “a infertilidade altera os casais” (Cedars, 2005: 197), as implicações no relacionamento conjugal identificadas foram a aproximação e o afastamento, conforme se pode observar no quadro seguinte. Observamos ainda que as afirmações que constituem esta categoria foram, em qualquer dos indicadores, maioritariamente produzidas pelas mulheres.

Quadro nº 9 – Subcategoria: relacionamento conjugal

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
3. Implicações sociais	3.1 Relacionamento conjugal	3.1.1 Aproximação	E2, E3, E5, E8, E14, E15, E16, E18	13
		3.1.2 Afastamento	E3, E5, E12, E15, E20	10

- A **Aproximação** foi identificada no discurso de oito entrevistados (cinco homens e três mulheres), num total de treze afirmações:

“há mais interação entre nós, acabamos por ficar um pouco mais amigos” E2

“passar por esta grande dificuldade juntos foi uma grande união” E5

“acho que nos tornámos mais amigos que nunca” E5

“melhorou a nossa comunicação, sim, falamos mais” E8

“começou a haver uma cumplicidade maior, mais profundo” E15

“cria uma afinidade maior porque a gente se abre mais sobre o que a gente está a sentir” E15

“como casal serviu para nos juntarmos ainda mais pela força que dávamos um ao outro” E16

Verificamos assim, que muitos casais constataam que a sua relação conjugal se tornou mais forte, sendo mais unidos e dando mais apoio um ao outro.

A partir de um estudo realizado no sentido de investigar os benefícios conjugais em mulheres e homens em tratamento de fertilidade, foram descritos ganhos na qualidade da relação conjugal, nomeadamente a aproximação entre os dois elementos do casal, o fortalecimento da relação e a melhoria da comunicação, isto porque o casal é forçado a falar sobre aspectos essenciais da vida e sobre os aspectos emocionais da infertilidade (Schmidt et al., 2005).

Também estudos referidos por Hary e Makuch, In World Health Organization (2002), relatam que os problemas relacionados com a infertilidade resultaram na aproximação do relacionamento e numa maior intimidade emocional.

- Em oposto, surge o **Afastamento** como implicação sentida ao nível do relacionamento conjugal. Esta foi referida em dez afirmações produzidas por cinco entrevistados (três mulheres e dois homens):

“se não tivesse Deus o meu casamento já tinha ido por água abaixo, nós passamos por muitas situações difíceis, muitas mesmo” E3

“é difícil conversar, a gente tem medo de se magoar, tem muitas coisas que eu não posso falar para ele, que ele pode se magoar, ou ele falar para mim, principalmente ele falar para mim, porque o problema está

comigo, então eu acho que ele tem mais medo de conversar, por isso ele não conversa tanto comigo” E3

“tinhamos discussões enormes, como era dia eu ia para a cama às 10, que era para nos despacharmos, depois ele chegava tarde, ou entretinha-se no computador, ou queria ficar a ver futebol, e eu ficava furiosa. Eu dizia, tu não vens para a cama?..., parece que só eu é que quero ter um filho, tu não queres!” E5

“quando eu tentava pôr no ar mais calma, mais tranquilidade, para ela não pensar naquilo, ela virava-se a mim e dizia, parece que não estás com entusiasmo nenhum e parece que não me estás a dar apoio nenhum, parece que não estás com vontade. Isso custava-me porque era ao contrário” E12

“transmite-se no relacionamento, quando ele pergunta o que é que tu tens, dá vontade de responder, olha lá tu não sabes o que é que eu tenho?” E15

“quando vou dar uma volta..., muitas vezes ela não compreende a situação..., quer-me sempre ao pé dela” E20

Sendo que para muitos casais, ter um filho é o objectivo primário das suas vidas, a incapacidade para ter filhos pode afectar os alicerces do seu relacionamento. Muitos receiam que o seu casamento seja destruído por não se encontrarem preparados para lidar com as incertezas, os receios e as potenciais perdas envolvidas.

Homens e mulheres reagem de modo diferente à infertilidade; isso pode conduzir a uma ruptura na relação (Cedars, 2005). Mesmo tendo os mesmos sentimentos, tendem a responder de modos diferentes. Estas diferenças são apontadas por Cedars (2005), como factor que pode minar a relação, pois podem sentir-se incompreendidos ou causar dificuldades de comunicação.

O homem tem tendência a assumir o papel de optimista, sobretudo durante os períodos difíceis em que as companheiras estão desencorajadas ou tristes, o que tem a ver com os factores sociais e culturais sobre o que deve ser o papel do homem (Cedars, 2005). Este facto torna-se evidente, sobretudo se nos

reportarmos aos indicadores de proteção e apoio da subcategoria “sentimentos relativos ao companheiro”.

Emerge ainda a ideia de que cada um dos elementos do casal tem expectativas acerca da reacção do outro à situação; quando o homem não parece perturbado pela situação e não deseja falar sobre ela, a mulher pode acreditar que ele não deseja um filho ou não se preocupa com os seus receios e preocupações, ou seja, o estoicismo pode ser interpretado como desinteresse. Por outro lado, os homens sentem-se sobrecarregados com o desejo das mulheres de falar constantemente sobre a situação, e a emotividade feminina pode ser encarada como excessiva, o que pode conduzir à falta de comunicação no casal (Rodrigues e Rodrigues, 2000).

Visto que os casais não desejam confidenciar com outros, contam apenas um com o outro para se ajudarem emocionalmente. Efectivamente, este aspecto pode fortalecer a relação, mas como cada parceiro está em crise, poderá, segundo Andrews, Abbey e Halman (1991), ser difícil ir ao encontro das necessidades do outro.

4.3.2 – Relacionamento sexual

As quarenta e sete referências às implicações ao nível do relacionamento sexual, produzidas por catorze dos dezanove participantes no estudo (oito femininos e seis masculinos), sendo trinta e seis pelos elementos femininos do casal e onze pelos elementos masculinos, conforme consta no quadro nº 10, são demonstrativas da importância atribuída a esta subcategoria.

A diferença de género pode decorrer dos constrangimentos no relacionamento sexual serem sentidos como mais perturbadores pelas mulheres. Neste âmbito, um estudo realizado por Lee e Sun (2000) acerca das respostas psicossociais de maridos e mulheres à infertilidade, evidencia as mulheres menos satisfeitas com a relação sexual que os seus maridos.

Este facto pode ainda estar relacionado com outros factores, tais como, a maior facilidade em verbalizar atribuída às mulheres, a característica íntima deste tema, levando a que os homens se tenham inibido de a referir de um modo mais aberto e ainda porque o investigador é uma mulher.

Quadro nº 10 – Subcategoria: relacionamento sexual

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
3. Implicações sociais	3.2 Relacionamento sexual		E1, E2, E3, E5, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E19, E20	47

Destacamos que todas as afirmações fazem referência a repercussões negativas sobre o relacionamento sexual, o que está de acordo com a literatura consultada.

“é difícil... cada vez que tenho que ter relações sexuais alguma coisa não corre bem” E1

“eu não tenho vontade, ou não me entrego totalmente, ou ele não tem erecções como deve ser” E1

“quando chega o período da ovulação (...) as coisas funcionam sempre mal” E1

“a nossa vida sexual ficou um caos, um caos, era a hora marcada, era o dia, era a posição, era a temperatura” E5

“era só na época fértil, já não havia vontade, era muito raro” E5

“estávamos sempre a tentar e às tantas já nem se vê aquilo, não tem desejo, não tem satisfação” E9

“quando ela levava as injeções tinha que levar até ao fim aquele esforço, não ia prejudicar a saúde dela sem benefício nenhum” E10

“...para mim era mesmo forçado, tinha que pensar que era uma tentativa, a única maneira de engravidar (...) é fechar os olhos e pensar que é uma coisa boa e que é para a minha felicidade, mas é muito complicado” E11

“na primeira vez até me deu um papel com os dias (...) eu chego a dizer a ele, olha tens aqui um calendário para as relações, isto é que mexe

muito connosco porque nem sempre estamos com vontade e naquela altura temos mesmo que fazer” E11

“chegava a pontos que ela tinha que ter um bocado de paciência, que eu não sou de ferro” E12

“a pessoa não está ali, só pensa se aquilo vai resultar nalguma coisa” E19

“é complicado, a pressão não ajuda (...) estar a fazer mecanicamente, às vezes não corre bem, já aconteceu de nos chatearmos” E20

Destas declarações emerge o sentido de obrigação, na medida em que os casais se sentem obrigados a ter relações sexuais para não falharem os dias considerados mais favoráveis para a fertilidade, apontando que a relação sexual tende a ser mecânica, deixando de se sentirem sexualmente satisfeitos e realizados.

Os resultados do estudo realizado por Rodrigues e Rodrigues (2000), no sentido de avaliar a satisfação sexual em mulheres e casais inférteis, revelaram insatisfação dos casais com a sua vida sexual, na medida em que a actividade sexual se transforma no desejo de fazer um filho, passando a ser sentida como um dever ou uma tarefa.

Quase todos os estudos sobre infertilidade apontam os constrangimentos no relacionamento sexual dos casais inférteis, nomeadamente, falta de desejo, falta de prazer, falta de espontaneidade e disfunção sexual. Como refere Cedars (2005), a sexualidade adquire uma nova definição: desespero e insucesso.

É também frequentemente descrito na literatura que, à medida que os exames e tratamentos se prolongam, a pressão para ter relações tende a aumentar, o que conduz a um afastamento um do outro.

Segundo Menning (1980) e Mahlstedt (1994), citados por Pinto (1998), uma das áreas de conflito no casal infértil é a sua actividade sexual.

4.3.3 – Actividades da vida diária

As afirmações relativas às actividades de vida diária deram origem a três indicadores, conforme consta no quadro nº 11.

Quadro nº 11 – Subcategoria: realização das actividades da vida diária

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
3. Implicações sociais	3.3 Realização das actividades da vida diária	3.3.1 Alterações	E5, E8, E10	7
		3.3.2 Ausência de alterações	E7, E9, E13, E14, E17, E19	6
		3.3.3 Constrangimentos laborais	E1, E3, E4, E5, E7, E15	12

- As **Alterações** produzidas pela infertilidade na vida diária foram referidas apenas por três dos entrevistados, referindo-se a alterações introduzidas na alimentação, na prática de desporto, na redução do stresse no sentido de melhorar a fertilidade e dos constrangimentos na gestão do tempo decorrentes das deslocações às consultas.

“mudei a alimentação, inclui vitamina E porque li que era bom” E5

“deixei de beber café” E5

“ele não podia andar de bicicleta” E5

“tentamos viver com mais calma, reduzir o stresse” E8

“ao nível de tempo é uma vida a ir constantemente a consultas..., para trás e para a frente” E10

- Seis dos entrevistados referiram explicitamente **Ausência de alterações** no seu estilo de vida, produzidas pela infertilidade, patentes nas afirmações:

“não mudou nada, temos o mesmo ritmo de vida” E7

“não houve alterações” E9

“não alterou em nada o nosso dia a dia” E17

- Os **Constrangimentos laborais** foram o aspecto mais referido relativamente à realização das actividades da vida diária, perfazendo um total de doze afirmações produzidas por seis participantes.

“eu não ‘tou trabalhando, eu ‘tou desempregada desde que eu comecei [os tratamentos], me desempreguei por causa disso” E3

“perdeu o emprego porque a patroa não compreendeu” E4

“lá na firma quase todo o dia eu estava saindo mais cedo, até que eu já não podia” E4

“as consultas, mais os exames, os tratamentos..., é constrangedor estar sempre a pedir no local de trabalho, amanhã vou chegar tarde outra vez”

E5

“quando uma pessoa trabalha e está muito ocupada é difícil passar uma manhã inteira na consulta” E7

4.4 –IMPLICAÇÕES DO CONTACTO COM OS SERVIÇOS DE SAUDE

Relativamente a esta categoria, surge o sentido de que *“o percurso que o paciente faz dentro do hospital chega a ser tão constrangedor como a situação de infertilidade” E17*

Este contacto parece bastante valorizado, na medida em que esta categoria é a segunda mais referida nos discursos dos participantes, reunindo duzentas e dezasseis declarações.

4.4.1 – Expectativas

As Expectativas são um elemento que emerge dos discursos dos participantes relativo ao contacto com os serviços de saúde; estas prendem-se com a resolução rápida, a descoberta do problema e a resolução do problema, conforme se indica no quadro nº 12.

Quadro nº 12 – Subcategoria: expectativas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
4. Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	4.1 Expectativas	4.1.1 Resolução rápida	E1, E2, E4, E13, E14, E15, E20	12
		4.1.2 Descoberta do problema	E7, E10, E13	3
		4.1.3 Resolução do problema	E8, E10, E11, E13, E15	7

- A expectativa da **Resolução rápida** do problema, referida por sete entrevistados em doze afirmações, demonstra o mito amplamente difundido de que os tratamentos da infertilidade são uma panaceia universal capaz de resolver todos os problemas (Santos, 1998), espelhado na demonstração de um forte sentimento de esperança na concretização do desejo de ter um filho:

“esperava um milagre, eu chegava [à consulta] e engravidava logo nesse mês” E1

“esperava uma gravidez muito mais rápido” E2

“quando ela falou que ia para aquela consulta eu achava que era tudo muito mais rápido” E4

“achei que ia ser mais simples, que ia demorar menos tempo” E14

“pensei que iam ter uma resposta muito mais rápida” E15

- A **descoberta do problema** é uma expectativa referida por três participantes e exemplificada:

“queria descobrir onde é que está o problema” E7

“queríamos descobrir o problema existente” E10

- Cinco entrevistados referiram ainda deter a expectativa da **resolução do problema** de infertilidade:

“queríamos resolver o problema, queríamos respostas” E8

“queria que resolvessem o problema e que ela engravidasse” E10

“esperava que me resolvessem o problema” E11

“pensava que me iam resolver o problema, que eu conseguisse engravidar” E15

4.4.2 – Constrangimentos

Quadro nº 13 – Subcategoria: constrangimentos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
4. Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	4.2 Constrangimentos	4.2.1 Tempo de espera prolongado no dia da consulta	E2, E4, E7, E8, E9, E10, E16, E19	12
		4.2.2 Tempo de espera prolongado entre consultas	E1, E3, E4, E5, E8, E10, E16, E19	11
		4.2.3 Diagnóstico inconclusivo	E1, E5, E10	7
		4.2.4 Funcionamento da consulta	E1, E5, E8, E11, E13	10

- O **Tempo de espera prolongado no dia da consulta** foi o constrangimento mais referido pelos entrevistados:

“deviam marcar a consulta para uma hora mais próxima..., uma pessoa chega aqui às 8 horas e sai daqui às 2 da tarde. Enquanto está aqui está sempre a pensar naquilo...” E2

“não é bom estar tantas horas num espaço tão fechado, isso não ajuda os doentes que precisam de um atendimento melhor para ajudar na doença, não tratar uma pessoa como uma pessoa que não tem vida pessoal” E7

“parece que só temos o problema que nos traz ao hospital e não temos mais nada para fazer” E7

- O **Tempo de espera entre consultas** é também um constrangimento frequentemente referido (onze afirmações, produzidas por oito participantes):

“é muito tempo de espera, é muito tempo perdido” E1

“perdi dois meses de tratamento porque a médica não tinha horário para me atender, outra vez não tinha pessoa para me fazer o exame” E3

“é difícil ter de esperar..., é que o nosso tempo corre mais rápido que o das outras pessoas, cada mês que passa e a gente não fez tratamento é um mês que se perdeu, cada dia que a gente perde parece um ano que a gente perdeu...” E3

“essa espera, sempre esperando..., é de estarmos à espera de novo” E4

“as consultas são muito espaçadas, 2 ou 3 meses, nós queríamos ir logo no dia seguinte” E8

“foi uma grande espera, num ano temos muito poucas consultas, isso dá alguma frustração” E10

Esta espera pode evidenciar a escassez de recursos humanos disponíveis, condicionando a capacidade de resposta em tempo útil, assim como a acessibilidade aos cuidados nos serviços de saúde.

- O **Diagnóstico inconclusivo** é também apontado como um dos constrangimentos relativos ao contacto com os serviços de saúde, sendo um elemento muito angustiante e perturbador nos indivíduos, como aliás se pode constatar pelo discurso produzido por um dos participantes:

“eu nunca soube de quem era o problema, nos exames nunca havia problema nenhum, estava sempre tudo bem, era impossível dizerem-me qual era o problema. É uma angústia, mais uma espera. Mais um exame, mais uma análise, era a angústia da espera e da incerteza” E5

“aquela falta de noção de qual era o problema, eu antes queria ter um problema e resolvê-lo do que não saber o que fazer” E5

A tentativa de determinar o *como* e o *porquê* da infertilidade pode tornar-se numa obsessão (Cedars, 2005), na medida em que a descoberta do problema permite pôr em marcha os procedimentos para a sua correcção, levando a alcançar a tão desejada gravidez.

- No **Funcionamento da consulta** são feitas referências maioritariamente femininas, às condições da sala de espera (muito valorizadas), o que pode estar relacionado com o longo período de permanência no dia da consulta.

“há sempre muitas grávidas à espera, a sala de espera é comum e devia ser diferente. É um choque muito grande estar ali a constatar que os outros conseguem” E1

“é um caos, sem condições nenhuma, cheio de grávidas, na última vez nem tinha cadeira para me sentar, sem ar...” E11

“uma das coisas que mais me custa quando aqui venho é estar ao pé das grávidas” E13

“uma vez fui ver a literatura e era tudo como tratar do seu filho, como tratar da gravidez, os primeiros meses do bebé, os primeiros meses da mamã..., para quem ia à consulta de infertilidade não havia nada” E13

“as cadeiras estão postas da maneira mais estúpida, tudo virado para a frente, para a televisão, deviam estar em círculo para as pessoas comunicarem” E13

E ainda outros aspectos como:

“chamavam o nome da pessoa para a consulta de infertilidade, ouvir dizer infertilidade assusta e as pessoas ficam a olhar para mim” E1

“é um pouco constrangedor ir ao guichet e dizer que vinhamos para a consulta de reprodução..., era uma vergonha..., devia ser uma zona privada” E5

4.4.3 – Suporte / Apoio desejado

Quando se referem às implicações do contacto com os serviços de saúde, são indicados outros tipos de suporte desejado pelos participantes. Este passa pelo apoio psicológico profissional, por grupos de ajuda e ainda por terapias complementares como podemos verificar no quadro nº 14.

Quadro nº 14 – Subcategoria: suporte/apoio desejado

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
4. Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	4.3 Suporte/Apoio desejado	4.3.1 Apoio psicológico profissional	E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E20	19
		4.3.2 Grupos de ajuda	E13, E15	3
		4.3.3 Terapias complementares	E7, E9	3

- O **Apoio psicológico profissional**, foi o tipo de suporte mais desejado pelos entrevistados. Doze dos participantes produziram dezanove afirmações onde referem sentir a necessidade de obter este tipo de ajuda, durante o percurso diagnóstico e terapêutico, por parte de um profissional habilitado, referindo-se explicitamente ao psicólogo, sendo ainda sugerida a pertinência de ter a formação específica para este problema. Este apoio é referido como muito importante, a partir da percepção de que seria um contributo para ajudar a lidar melhor com o problema e com o parceiro, emergindo também uma noção de continuidade deste apoio, ilustrado do seguinte modo:

“para conseguir perceber melhor as coisas e de levar as coisas melhor e conseguir ajudá-la melhor” E2

“falta psicólogo, quando a gente ‘tá num desespero, a gente tem que falar” E3

“era muito importante, muito importante mesmo o acompanhamento psicológico, se não quase fundamental” E5

“a consulta de psicologia devia estar centrada no problema da infertilidade, com um profissional treinado para lidar com o problema” E9

“podia dar uma ajuda, ela estava muito quebrada, andava stressada, esse apoio seria uma boa ajuda” E12

“o acompanhamento psicológico também ajudava os maridos porque deve haver muita gente que deve começar às turras por causa disto”

E15

“é uma forma de tirar alguma pressão, algum desconforto e não parecer que estamos sozinhos” E20

A necessidade deste apoio é também reconhecida por peritos em Medicina da Reprodução, na medida em que o problema psicológico é um problema real, recomendando o acompanhamento diferenciado por um psicólogo com experiência no campo. A condição psicológica deve ser valorizada na medida em que o estado emocional influencia o processo de fertilidade.

Estudos referenciados por Cedars (2005), documentam que a intervenção psicológica conduz ao aumento dos índices de gravidez nos casais em tratamentos de fertilidade, visto que podem contribuir para diminuir a ansiedade (Reed, 2001).

Também estudos citados por Lemmens et al. (2004), referem que os casais expressam frequentemente o desejo de receber mais ajuda psicológica.

A ajuda psicológica é ainda referida como importante para auxiliar os casais a elaborar os conflitos psicológicos desencadeados ou agravados pela infertilidade, avaliando o impacto dos exames e tratamentos e identificando as dificuldades psicológicas emergentes (Moreira et al., 2005).

- Os **Grupos de ajuda**, um sistema de suporte em que a experiência se torne visível, em vez de se tornar parte da *conspiração do silêncio*, está expressa na seguinte declaração:

“podia haver encontros no hospital para pessoas com o mesmo problema poderem conversar, acho que isso ajudava” E15

As pessoas que participam num grupo terapêutico utilizam a mesma linguagem e partilham as mesmas vivências, o que pode proporcionar uma melhor adaptação e aceitação do problema, conter e absorver as suas angústias e dúvidas e estimular as capacidades do casal (Moreira et al., 2005).

- As **Terapias complementares** fornecem ajuda para melhorar a função reprodutora mas sobretudo como um meio para ajudar a diminuir o sofrimento psicológico, sendo solicitadas pelos entrevistados para serem oferecidos nos serviços de saúde ou divulgados pelos profissionais:

“era bom os hospitais trabalharem com organizações que tentam ajudar as pessoas que sofrem psicologicamente com uma maneira que não seja através de remédios” E7

“podiam complementar com medicação natural, a acunpunctura também ajuda, divulgarem que há outras técnicas que também ajudam..., isso eu acho que falta” E9

“com um caminho destes para percorrer as pessoas ficam assustadas e se complementarem com yoga ou acunpunctura acho que ajudava” E9

4.4.4 – Profissionais

A interação com os profissionais é uma outra implicação do contacto com os serviços de saúde, destacada em noventa e duas afirmações, o que determina que esta seja a segunda subcategoria mais referida, logo após aos sentimentos relativamente à infertilidade.

Ao nível da intervenção são identificados: a fonte de informação, a fonte de suporte/apoio e ainda identificadas referências à ausência de suporte/apoio e dificuldades sentidas na interação com os profissionais. Grande número de

referências identificadas dizem respeito ao significado da intervenção dos profissionais.

Quadro nº 15 – Subcategoria: profissionais

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
4. Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	4.4 Profissionais	4.4.1 Fonte de informação	E1, E3, E5, E10, E11, E13, E15, E16	10
		4.4.2 Fonte de suporte/apoio	E1, E3, E5, E8, E9, E10, E11, E13, E15, E19, E20	27
		4.4.3 Ausência de suporte/apoio	E5, E9, E15, E17, E19, E20	21
		4.4.4 Dificuldades	E4, E5, E9, E15, E17, E20	11
		4.4.5 Significado da intervenção dos profissionais	E1, E2, E3, E4, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17	23

- Os profissionais foram identificados como **Fonte de informação** no discurso de oito entrevistados (seis mulheres e dois homens).

“explicam-me tudo, tudo o que faço e todos os exames” E1

“tinha paciência para me explicar tudo” E3

“fez desenhos, explicou tudo” E5

“explica sempre muito bem” E13

“...explicam tudo, nesse aspecto demonstram uma grande abertura” E16

- A intervenção dos profissionais foi maioritariamente identificada como uma **Fonte de suporte/apoio** através de vinte e sete afirmações proferidas por onze elementos, das quais se destacam:

“[a enfermeira] ela me ajuda, quando eu ‘tou triste ela vê logo” E3

“[a enfermeira] se preocupa, conversou comigo, me levou para um lugar para eu não chorar na frente de todo o mundo” E3

“a enfermeira dava-me a mão e dizia para eu estar calma e respirar, como eu não tinha ali ninguém meu, apesar de não me conhecer ajudou..., isso foi muito importante” E5

“foi importante sentir a disponibilidade, se eu telefonasse para ela [a enfermeira], ela atendia o telefone, se eu aparecesse ela falava comigo” E5

“quando estava aflita chegava ao ponto de me meter no carro e vir cá e ficar à espera a ver se encontrava alguém” E9

“nestas consultas há muito factor humano” E13

“com o tempo acabam por nos conhecer e se interessar, a gente cria uma empatia tão grande” E15

A intervenção dos profissionais como fonte de suporte/apoio parece ter sido maioritariamente sentida pelas mulheres, uma vez que se destaca que, vinte e três das vinte e sete afirmações foram proferidas por elas. Esta constatação pode decorrer do facto do contacto ser estabelecido maioritariamente pelos elementos femininos do casal e por esta consulta estar vocacionada para o atendimento de casos de infertilidade feminina.

As afirmações valorizam a comunicação afectiva como dimensão da comunicação entre técnicos de saúde e utentes (Teixeira, 2004).

- Contudo, foi também sentida **Ausência de suporte/apoio** na intervenção dos profissionais da consulta conforme se evidencia nas seguintes afirmações:

“os médicos deviam ter mais formação nesta área, para terem mais sensibilidade..., não compreendem o sofrimento” E5

“achei que éramos números, não que éramos pessoas com sentimentos, isso foi o pior” E5

“a infertilidade não é só uma doença física, é muito psicológica a partir de uma determinada altura, e eu acho que não há acompanhamento nesse sentido” E5

“a consulta é muito incompleta, estava à espera de mais apoio, mais tempo, de uma pessoa que dá conselhos em termos de alimentação e assim, faz muita falta” E9

“é tudo muito virado para o comprimido, as estimulações e as in vitro” E9

“o médico era eficiente, mas com pouca relação, chegava lá, fazia o que tinha a fazer e vinha embora” E17

“faço questão de a acompanhar sempre..., mas é como se não estivesse lá, até acho estranho, às vezes até tento dizer alguma coisa, mas sinto-me ignorado, muito, 100%, nem me lembro de a médica olhar para mim”

E20

“conseguia dar uma consulta sem olhar para nós, só olhava para os papéis na secretária” E20

“só o lado técnico é pouco, mesmo sabendo que ela é boa médica” E20

Não é questionada a qualidade da intervenção técnica, sendo sentida como inadequada ou insuficiente em termos do desempenho relacional.

Como refere Pinto (1998: 100), *“a incompreensão, inacessibilidade e indisponibilidade do médico em ouvir e lidar com os problemas emocionais do casal (...), são situações porque o casal passa quase inevitavelmente”*.

Como recomendado por Cedars (2005), é importante formar os profissionais de saúde acerca dos diversos aspectos emocionais da infertilidade, pois estes pacientes necessitam de atenção especial, que consome tempo, mas que é imprescindível para determinar as necessidades, prestar apoio e transmitir segurança.

- As **Dificuldades** apontadas relativamente à interacção com os profissionais, são referidas como um constrangimento vivido intensamente:

“quando ia à consulta parecia uma palerma, eu sabia o que queria dizer e o que queria perguntar e chegava lá parecia uma palerminha, não

*sabia o que perguntar, não ouvia o que me diziam, não sabia nada (...)
parecia uma totózinha” E5*

*“nestas consultas os nervos são tantos, temos medo de estar a ser
chatos ou incomodativos com os médicos, temos medo de perguntar,
tipo aquela coisa que parece mal” E5*

*“se não perguntamos não nos dizem e muitas vezes não perguntamos
para não incomodar, e isso é prejudicial para nós” E5*

*“as consultas eram muito rápidas, eu levava um papelinho para
perguntar, mas não perguntava nada” E5*

*“é certinho sairmos do consultório e ela perguntar-me: -O que é que a
médica disse?” E20*

Estas dificuldades salientam as conclusões dos estudos que apontam para a necessidade dos profissionais desenvolverem competências comunicacionais no sentido de proporcionar ajuda aos indivíduos inférteis que utilizam serviços de medicina de reprodução (Boivin et al., 2001).

Tendo em conta os indicadores “ausência de suporte” e “dificuldades”, é de referir que são encontrados outros estudos em que os indivíduos inférteis são muito críticos relativamente aos serviços e profissionais, através de comentários negativos (Imeson e McMurray, 1996). Outros referem que os indivíduos inférteis têm também tendência a expressar a sua raiva e irritação contra os profissionais de saúde.

Aliás, *“parte significativa da insatisfação dos utentes com os cuidados de saúde tem a ver com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde”* (Teixeira, 2004). Como refere o mesmo autor, os utentes gostariam de ter mais tempo para falar e para fazer perguntas, de mais informação sobre o seu diagnóstico e tratamento e maior sensibilidade para com as suas preocupações.

- No culminar desta subcategoria, emerge a atribuição de **Significado da intervenção dos profissionais**, realçando o reconhecimento de competência, por vezes com o estabelecimento de um paralelo à

intervenção divina. Das afirmações deste indicador sai valorizada a dimensão técnica concretizada na obtenção de uma gravidez:

“é a minha tábua de salvação, e o que me leva a acreditar que vou conseguir” E1

“na parte técnica tenho tido um apoio extraordinário, têm sido excepcionais” E1

“no aspecto técnico são muito competentes” E2

“Deus colocou a doutora na minha vida para me dar a oportunidade de descobrir o meu problema” E3

“Deus colocou os médicos aqui é para ajudar” E4

“acho que fui muito bem acompanhada” E11

“a medicina está suficientemente avançada para resolver este tipo de problemas” E12

“nós confiamos plenamente no médico, nós metemos a nossa vida nas mãos dele, quando vamos a uma consulta de infertilidade e a médica diz para fazer assim, eu aceito e faço assim” E13

“eu confiei nos médicos que nos ajudaram e sempre pensei que ou eram eles, ou eu não conseguia” E16

Lemmens et al. (2004), aponta como intervenções desenvolvidas para os casais inférteis, a transmissão de informação, as intervenções centradas no problema e na emoção ou intervenções em grupo de ajuda, o aconselhamento psicológico e sexual, a terapia conjugal, a terapia cognitivo-comportamental e as terapias centradas no corpo e na mente, que necessariamente devem alargar a intervenção dos profissionais para além das dimensões identificadas pelos participantes.

4.4.5 – Procedimentos

Nesta subcategoria são evidenciadas as implicações decorrentes dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, parecendo significativo referir que todas reflectem um efeito negativo. Estas são referidas sob diferentes aspectos

tais como, as repercussões emocionais e físicas, os constrangimentos económicos e a ausência de resultados, como espelhado no quadro nº 16.

Quadro nº 16 – Subcategoria: procedimentos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
4. Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	4.5 Procedimentos	4.5.1 Repercussões emocionais	E1, E2, E3, E5, E9, E13, E18, E20	14
		4.5.2 Repercussões físicas	E1, E4, E5, E9, E15,	6
		4.5.3 Constrangimentos económicos	E1, E2, E3, E11, E16	7
		4.5.4 Ausência de resultados	E1, E2, E3, E13, E15, E16	10

- Como podemos observar, das implicações do contacto com os serviços de saúde relativas aos procedimentos, as **Repercussões emocionais** são as mais referidas (catorze declarações) e mais sentidas no elemento feminino do casal. Estas são postas em evidência através de declarações, tais como:

“[os tratamentos] provocam-me irritabilidade, alterações de humor, fico mais agitada” E1

“a maneira de ser altera-se.., fica mais nervosa, mais irritada, ferve por qualquer coisa” E2

“dias antes de ir à consulta nota-se aquela ânsia” E2

“no momento que eu ‘tou fazendo os exames (...) fico mais irritada, mais nervosa” E3

“na véspera já não durmo, fico a dizer, não vou aguentar” E5

“o tratamento hormonal mexe com a parte psicológica, ia ficar toda alterada, mais irritada” E9

Salienta-se que uma das repercussões emocionais dos procedimentos em homens, diz respeito ao constrangimento decorrente da colheita para a

realização do espermograma, como salientado na declaração de um entrevistado:

“é muito constrangedor fazer o espermograma” E18

- As **Repercussões físicas** do tratamento são notoriamente menos referidas em termos de afirmações produzidas, parecendo ser menos valorizadas relativamente às repercussões emocionais:

“eu tenho a barriga parece um passador, toda cheia de marcas de agulhas, porque são doses atrás de doses” E1

“ela fez o tratamento e engordou, engordou demais” E4

“alguns exames foram muito difíceis, muito dolorosos” E5

- Cinco indivíduos fazem referência aos **Constrangimentos económicos** relacionados com os tratamentos da infertilidade, produzindo sete afirmações, das quais se salientam:

“a título monetário também é complicado porque as injeções são caríssimas” E1

“tenho feito muito sacrifícios [para poder suportar os custos]” E1

“tem meses que não tem dinheiro para fazer o tratamento” E3

- A **Ausência de resultados** dos tratamentos é também apontado como um constrangimento decorrente dos procedimentos, patente em dez expressões de seis entrevistados, conforme se exemplifica:

“há momentos em que eu penso que não ando cá a fazer nada” E1

“a mim custa-me mais fazer os tratamentos, as ecografias e ver que nada alterou, que ficou tudo igual, entro mais em desespero” E13

“frustrada, cada vez que fazia uma ecografia..., não havia evolução” E15

4.5 – DIFICULDADES SENTIDAS

Quando questionados acerca das maiores dificuldades sentidas no decurso da infertilidade emergiram do discurso dos participantes, as subcategorias que se destacam no quadro nº 17.

Quadro nº 17 – Categoria: dificuldades sentidas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
5. Dificuldades sentidas	5.1 Contacto com grávidas		E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11, E19	20
	5.2 Pressão externa para ter um filho		E1, E3, E4, E5, E11, E12, E14, E15, E16, E18, E19, E20	25
	5.3 Ciclo de Esperança/ Desapontamento		E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E11, E14, E15, E17, E18, E19, E20	26

4.5.1- Contacto com grávidas

O contacto com grávidas parece produzir um maior efeito nas mulheres, pois dos discursos produzidos emerge que são mulheres que mais sentem esta dificuldade, sendo referida apenas por três homens:

“não encaro muito bem o facto de ver uma grávida, fico com uma tristeza enorme porque queria estar naquela situação e não estou” E1

“cada vez que vejo uma grávida desato a chorar e penso, porque é que a minha barriga não cresce” E1

“parece que eu vejo que todos conseguem, só nós dois é que esbarrou” E4

“foi uma altura muito desconcertante porque via toda a gente a..., todos os meus amigos conseguiram à primeira, era uma mistura de felicidade e de tristeza” E5

“quando uma amiga me aparecia a dizer que estava grávida... mexia comigo, às vezes dizia, que inveja eu tenho tua” E9

“ver mulheres grávidas faz-me pensar poque é que eu não ando com aquela barriga” E19

Este contacto desencadeia o sentimento de perda de algo muito significativo das suas vidas, podendo levar ao isolamento.

Estas afirmações colocam em evidência as dificuldades sentidas pelos indivíduos inférteis, sobretudo as mulheres, quando se deparam com uma grávida ou outro casal que exhibe a felicidade de ter filhos, como já documentado em outros estudos expressos por Cedars (2005) e Pinto (1998).

4.5.2 – Pressão externa para ter um filho

A pressão externa é também sentida como uma dificuldade pelos participantes, tendo sido determinada a partir de vinte e cinco afirmações, o que parece bastante significativo e das quais destacamos:

“a minha filha massacra-me a toda a hora, quer muito um irmão e acusa-nos porque acha que somos nós é que não queremos” E1

“os meus pais dizem, porque é que não lhe dás um irmãozinho, porque é que não pensas em ter outro filho?” E1

“mesmo sabendo que a gente está com problemas é terrível a cobrança do pessoal, da família, eles ficam dizendo, você não sabe como é bom ter um filho, vocês já deviam ter tido um filho, vocês estão perdendo tempo” E3

“as pessoas continuam cobrando, a sociedade, eu oiço as pessoas falar, você vai ficar velha, quando engravidar vai ser avó do filho, isso dói” E3

“constantemente, montes de pessoas me dizem, então já está na hora, estão à espera de quê, então e os meninos..., isso vai magoando, vai doendo..., é muito cruel, custava muito... diziamos talvez para o ano” E5

“as pessoas estão sempre a falar no mesmo, então já estás, então foi desta, chega a um ponto que cansa, já chega, não me digam nada, não me falem mais sobre filhos!” E11

“a família toda, todo o mundo quer muito, não há sobrinhos...” E15

“é uma pergunta normal que faz parte do cumprimento de pessoas que já não vemos à muito tempo, olá como estão, então e meninos? Começo logo a chorar” E19

“é difícil pela pressão social, quando encontramos alguém amigo e vem sempre aquela pergunta, então quando é que vêm os bebés?” E20

Constatamos que a pressão para ter um filho é sentida também pelos indivíduos com infertilidade secundária, na medida em que a sociedade pressiona no sentido de produzir mais que um filho (Cedars, 2005).

4.5.3 – Ciclo de esperança / desapontamento

O ciclo de esperança/desapontamento, metaforizado na literatura anglo-saxónica como *carrossel emocional*, foi referido por catorze dos dezanove participantes, com vinte e seis declarações, tornando-se na dificuldade mais sentida. É ainda de notar que, vinte e uma destas declarações foram produzidas por mulheres e apenas cinco por homens.

Segundo estes casais, os tratamentos da infertilidade precipita-os num ciclo de emoções que alternam entre a esperança e o desapontamento. Todos os meses surge a esperança na possibilidade de conseguir uma gravidez, com o início de um novo ciclo. Esta esperança desvanece-se com a chegada da menstruação, quando o casal se apercebe que a gravidez não ocorreu apesar de todo o tempo, energia, esperança e dinheiro investidos, transformando-se num profundo desapontamento, como tão bem ilustrado pelos excertos transcritos:

“antes da ovulação estou nos picos de energia, sou a maior e vou conseguir. Depois começa a descer, quando faço as ecografias e dizem

que ainda não é desta. Quando vejo que não consigo engravidar eu entro no descabro, mais um mês à espera, a factura outra vez, mais injeções, mais dias marcados para ter relações...” E1

“quando vem a menstruação vou para a casa de banho e começo a chorar” E1

“é terrível aquela expectativa, estou toda esperançosa... depois o teste vem negativo..., eu continuo tendo a mesma decepção” E3

“nos dias em que me aparecia a menstruação era terrível, eu era capaz de passar, desde que chegava a casa até me deitar, todo o tempo a chorar “ E5

“é um ciclo de alegria e de tristeza que se repete..., é uma repetição de sofrimento” E7

“todos os meses há uma esperança, e depois todos os meses se leva com um balde de água fria quando se vê que afinal não acontece..., é horrível” E9

“depois de fazer tudo, depois a menstruação aparece, aí então é que cai tudo, a pessoa fazer aquilo tudo e no fim foi tudo em vão” E11

“enquanto está fazendo o tratamento... no início há uma esperança muito grande que seja daquela vez, se o período se atrasa ficamos na maior..., depois ele vem..., sofremos de novo porque começa tudo de novo..., são picos, é passar da esperança e da euforia para um desânimo muito grande” E15

“todos os meses tenho a esperança de que se vai conseguir e depois quando chega o período é mais uma desilusão” E19

Este ciclo torna-se ainda mais intenso durante os períodos de tratamento, pois cada tratamento é visto como uma possibilidade de cura e “ao começar cada ciclo menstrual a perda é vivida como nova perda” (Cedars, 2005: 177).

Ainda segundo Cedars (2005), a intensidade do desapontamento referido decorre do sentimento de perda da criança desejada com a chegada de cada menstruação.

4.6 – PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO

Ao longo do seu discurso, onze participantes, dos quais nove mulheres, verbalizaram uma preocupação principal relativamente ao seu problema de infertilidade, perfazendo uma frequência de doze expressões, como se pode observar no quadro nº 18.

Quadro nº 18 – Categoria: principal preocupação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
6.Principal preocupação	6.1 Não realização do desejo		E1, E3, E4, E5, E7, E9, E11, E13, E16, E17, E19	12

Esta preocupação reflecte, em todos os casos o mesmo receio de que, apesar de todos os esforços, não conseguirem concretizar o seu desejo de ter um filho:

“preocupa-me muito estar neste barco e chegar ao fim e não conseguir... é essa a minha principal preocupação, não conseguir engravidar” E1

“a minha preocupação é que depois de todos estes anos de luta não conseguirmos realizar o nosso sonho” E3

“a minha principal preocupação é nunca conseguir engravidar” E9

“a minha principal preocupação é ter um problema que me impeça mesmo de ter filhos” E19

4.7 –ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A SITUAÇÃO

Conforme é referido por Callan e Hennessey (1989), a infertilidade pode ser considerada uma experiência stressante, na medida em que os indivíduos percebem os problemas de infertilidade como uma ameaça ao seu bem-estar.

Assim, emergem dos discursos dos participantes, várias estratégias utilizadas para lidar com a difícil situação de infertilidade. A construção desta categoria baseou-se na terminologia dos autores supracitados.

4.7.1 – *Coping* vigilante

Nesta subcategoria emergiram três estratégias, que somam trinta e uma afirmações, como se indica no quadro nº 19.

Quadro nº 19 – Subcategoria: *coping* vigilante

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
7. Estratégias utilizadas para lidar com a situação	7.1 <i>Coping</i> vigilante	7.1.1 Relativizar	E1, E2, E5, E8, E9, E13, E14, E17	12
		7.1.2 Manter-se ocupado	E1, E2, E7, E12, E15, E16, E20	13
		7.1.3 Negação	E1, E3, E5	6

- Relativamente à estratégia **Relativizar**, podemos referir que foi utilizada por cinco elementos femininos do casal e três elementos masculinos. Os cinco elementos femininos produziram nove expressões e os três masculinos produziram três expressões; esta diferença pode traduzir um maior impacto desta estratégia no elemento feminino.

“vou sempre à net tentar descobrir..., 5 ou 6 dias por semana faço buscas de testemunhos com casos idênticos ao meu, situações que possam ajudar a resolver” E1

“podia ser pior, porque ainda há a felicidade de já termos uma criança” E2

“cada positivo que eu via era uma vitória para mim, porque eu achava que eu também havia de conseguir” E5

“sentimos que não estamos sozinhos, que estas coisas também acontecem aos outros” E8

“levar isto como uma coisa natural, que hoje em dia é comum, que acontece a mais gente, que não é só a nós, ajuda a pensar que não somos assim tão inferiores” E9

- Dos sete indivíduos que referiram ter utilizado a estratégia **Manter-se ocupado**, três foram mulheres, exemplificando-se as ocupações mais comuns:

“... ocupar-me o suficiente para distrair a minha mente (...) não estar sempre a pensar se é hoje, se é amanhã” E1

“mergulho no trabalho para não pensar” E7

“precisava fazer coisas para não pensar, ler, ouvir música” E15

“afundei-me no trabalho” E15

“o trabalho ocupa-me, não tenho tempo para ficar parado a pensar nisso” E16

“arranjámos dois cãesinhos, temos dois bebés, tomamos conta deles, temos companhia e ocupam-nos algum tempo” E20

Embora sejam apontadas diversas actividades utilizadas para se ocuparem, a actividade profissional é, efectivamente, a mais referida, estando expressa em seis declarações.

- A **Negação**, frequentemente mencionada em estudos sobre infertilidade (Cook, 1987), foi uma estratégia exclusivamente mencionada por mulheres:

“eu não assumo perante o mundo, nem perante mim mesma que tenho um problema de infertilidade, eu só penso que seja um desvio, qualquer coisa psicológica... é um escape para eu não acreditar que eu não possa vir a ser mãe” E1

“durante muito tempo eu não quis assumir que tinha um problema” E5

“inventava desculpas, que estava nervosa, que era normal” E5

A negação emerge nos discursos, remetida ao período inicial de descoberta da infertilidade, o que parece estar de acordo com Pinto (1998), quando aponta a negação como um mecanismo que serve para o indivíduo se adaptar à situação inesperada.

4.7.2 - *Coping* centrado no problema

Esta subcategoria inclui também três indicadores, que perfazem quarenta e quatro afirmações o que a torna na estratégia mais utilizada pelos participantes para lidar com a situação, tal como consta no quadro nº 20.

Quadro nº 20 - Subcategoria: *coping* centrado no problema

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
7. Estratégias utilizadas para lidar com a situação	7.2 <i>Coping</i> centrado no problema	7.2.1 Tomar iniciativa para resolver o problema	E3, E4, E5, E7, E8, E9, E17, E18	13
		7.2.2 Procura de suporte/apoio	E1, E2, E3, E7, E8, E9, E15	14
		7.2.3 Procura de informação	E1, E2, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E16, E19	17

- **Tomar iniciativa para resolver o problema**, é uma estratégia mais utilizada pelas mulheres, na medida em que foi referida por cinco mulheres e três homens.

“eu ‘tou fazendo tratamento, a minha parte eu ‘tou fazendo” E3

“a gente tem que ter consciência, eu tenho um problema, a partir de agora é lutar contra...lutar” E3

“assumi que tenho alguma coisa e tenho que fazer alguma coisa por isso” E5

“procuramos os médicos” E8

“ao fim de pouco tempo pus em marcha o que precisava para tentar resolver o problema” E17

“se podemos fazer, se há maneira de fazer, então devemos fazer” E18

Esta constatação está de acordo com o referido na maioria dos estudos quando referem que são as mulheres as primeiras a procurar tratamento para a infertilidade.

- A **Procura de suporte/apoio** consiste também numa estratégia para lidar com a situação, utilizada maioritariamente pelas mulheres. As fontes de suporte procuradas são diversas e incluem o recurso ao psicólogo, a fé em Deus e o suporte social através da partilha de sentimentos com uma pessoa significativa, tal como se exemplifica:

“procurei um psicólogo, fiz terapia mesmo” E1

“recorro à fé nas alturas críticas e já Lhe pedi que me concedesse a graça de ser mãe outra vez” E1

“tornei-me mais praticante, vou à missa para procurar apoio para este problema” E2

“Deus está me ajudando” E3

“a minha vizinha..., é com ela que eu converso mais..., é a minha confidente, quando eu não me sinto bem, se eu precisar de falar eu falo, se eu precisar de chorar eu choro” E3

“falo com a minha irmã e a minha mãe” E8

- A **Procura de informação** é uma das estratégias mais utilizadas pelos participantes, sobretudo pelas elementos femininos, sendo realizada principalmente, a partir da leitura de livros e de pesquisas na internet:

“ler, ler muito...livros que me ajudem a compreender...” E1

“tento ler tudo sobre o assunto” E2

“vamos procurar à net, os dois ou sozinhos” E2

“tenho que saber tudo, eu tenho que saber tudo para me preparar” E5

“a informação é fundamental” E7

“procurava imensa informação, estava sempre na internet” E9

“li muito para saber o que se passava conosco...” E13

“procurava muita informação, mesmo no emprego quando tinha um bocadinho ia logo para a internet pesquisar, neste caso a internet foi bastante útil” E16

4.7.3 – Coping centrado na emoção

Como podemos observar no quadro seguinte, a subcategoria *coping* centrado na emoção, desdobra-se em dois indicadores, correspondentes a duas diferentes estratégias, a descarga emocional e o distanciamento.

Quadro nº 21 - Subcategoria: coping centrado na emoção

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
7. Estratégias utilizadas para lidar com a situação	7.3 Coping centrado na emoção	7.3.1 Descarga emocional	E1, E3, E4, E5, E16, E19, E20	11
		7.3.2 Distanciamento	E1, E2, E3, E5, E7, E9, E10, E13, E15, E16, E19	18

- A utilização da **Descarga emocional** como estratégia para lidar com a infertilidade, descrita como a manifestação de respostas não controladas, foi maioritariamente feminina.

“exteriorizo os sentimentos, choro muito” E1

“dou em gritar, grito imenso” E1

“eu choro, me descabelo” E3

“eu era capaz de ficar chateada, refilar e mandar vir, de deitar a casa abaixo” E5

“à mínima coisa estoiro, em casa, no trabalho, agora tento fugir, tento sair de ao pé das pessoas (...) expludo mais facilmente” E16

- O **Distanciamento** dos casais relativamente aos problemas de infertilidade, pelo afastamento de situações que lhes lembre a sua infertilidade, foi utilizado por onze participantes, sendo oito mulheres, que produziram catorze das dezoito afirmações:

“já tentei desistir várias vezes de vir às consultas de infertilidade” E1

“eu ia desistir, eu falei, eu não aguento mais, eu vou desistir porque todo o mês é isto, começa tratamento, faz exame..., negativo” E3

“é esquecer, pensar noutras coisas..., no fundo o mecanismo é esquecer” E10

“tentava não pensar nisso, evitava ao máximo” E15

“às vezes nem falava com ninguém, não gosto de falar sobre isto” E15

“estou a fazer um tratamento, mas já disse que não ia fazer mais nenhum” E19

A utilização desta estratégia toma formas diversas: alguns participantes recusam-se a falar sobre o assunto, outros tentam afastar todos os pensamentos relativos ao problema enquanto outros referem mesmo o desejo de abandonar as consultas e conseqüente tratamento.

4.7.4 – Utilização da experiência de forma positiva

O discurso dos entrevistados expressa que, a dado momento estes procuram um sentido nesta experiência negativa. A utilização desta estratégia foi indicada por dez indivíduos, seis mulheres e quatro homens.

Quadro nº 22 – Subcategoria: utilização da experiência de forma positiva

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
7. Estratégias utilizadas para lidar com a situação	7.4. Utilização da experiência de forma positiva		E1, E4, E8, E9, E10, E11, E15, E17, E19, E20	11

As afirmações produzidas na subcategoria **Utilização da experiência de forma positiva**, apontam para um sentimento de amadurecimento e crescimento pessoais, a valorização do significado de ter um filho e a possibilidade de utilizar a experiência adquirida para ajudar outros indivíduos inférteis, como está patente nas declarações proferidas pelos entrevistados:

“eu amadureci mais, as provas que vão sendo colocadas no nosso caminho fazem com que a gente cresça bastante, a parte positiva foi essa” E1

“a gente cresce muito..., é uma coisa que faz crescer, porque é muito obstáculo, é muito problema para resolver” E4

“faz apreciar mais as crianças, em vez de as tomarmos como garantidas” E8

“posso ajudar quem necessite, que esteja com o mesmo problema, transmitir o que passei e aconselhar, dizer o que resultou no nosso caso” E10

“se eu agora tiver alguém perto de mim que passe por este problema, estou mais capacitada para falar sobre este assunto” E11

“uma mulher poder ter um filho é um bem precioso, nunca pensei dar um significado tão grande a isso” E19

“dá-se mais valor às coisas que queremos ter e não podemos, eu nunca tinha posto em causa termos um filho, e isto pôs-me a pensar” E20

Um estudo realizado por Callan e Hennessey, referido por Lee et al. (2000), indica o desenvolvimento de uma atitude positiva, por parte dos indivíduos inférteis, como uma das estratégias mais utilizadas por mulheres em programas de reprodução medicamente assistida.

4.8 –EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE AO FUTURO

Como podemos verificar no quadro seguinte, dos discursos produzidos pelos entrevistados foi possível identificar duas subcategorias que representam formas de encarar o futuro: a obtenção de uma gravidez e a adoção.

Quadro nº 23 - Categoria: expectativas relativamente ao futuro

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	ENTREVISTADOS	FREQUÊNCIA
8. Expectativas relativamente ao futuro	8.1 Obtenção de uma gravidez		E1, E7, E11, E13, E15, E16, E18, E19, E20	13
	8.2 Adopção		E1, E3, E4, E5, E7, E16, E17, E18, E20	10

Como constatamos, outras alternativas encontradas em referências a outros estudos parecem não estar incluídas nos projectos de vida destes casais. Por exemplo: nenhum dos participantes encara a possibilidade de uma vida sem crianças, como é expresso por um dos entrevistados:

“a opção é sempre criança, não era uma vida sem crianças” E15

4.8.1 – Obtenção de uma gravidez

A obtenção de uma gravidez surge como a expectativa relativamente ao futuro mais referida neste estudo, por nove elementos através da produção de treze afirmações, assim descrita por alguns dos participantes:

“só quando me disserem: escusa de tentar que não vai conseguir, só aí é que eu vou desistir...” E1

“vamos experimentar, aquilo que acharem eu faço tudo, proponho-me a tudo” E1

“...tentar até não ter forças para fazer alguma coisa, quando chegasse ao ponto de não ter mais forças e ter de enfrentar a realidade que não vale a pena fazer mais nada” E11

“a prioridade das prioridades é a gravidez” E13

Especialmente as mulheres querem sentir que exploraram todas as possibilidades de tentar ter uma criança, para que no futuro não se arrependam (Imeson e McMurray, 1996).

Como refere Gonzalez (2000), muitos casais recorrem aos tratamentos da infertilidade com expectativas irrealistas acerca das taxas de sucesso, sujeitando-se aos procedimentos, independentemente dos custos ou riscos envolvidos.

Constatamos que os casais desejam maioritariamente, ter filhos ligados por um vínculo biológico. A valorização deste vínculo pode ocorrer na medida em que,

“sendo a paternidade a expressão de uma função biológica normal e de um relacionamento íntimo entre um homem e uma mulher, ela é vista como um critério necessário à realização pessoal, aceitação social, aquisição de identidade sexual, de estatuto de indivíduo adulto e de membro da comunidade religiosa” (Pinto, 1998:97)

A importância deste vínculo pode ainda surgir ligada ao desejo de esconder a infertilidade, pela vergonha que os casais sentem da sua infertilidade associada ao fantasma da estigmatização social, procurando muitas vezes combatê-la no maior secretismo possível, preservando a sua imagem (Conceição, 2000).

Emerge ainda a ideia de que estão dispostos a sujeitarem-se a tudo, técnica e medicamento disponível, na esperança de satisfazer o seu desejo de procriar (Edelmann, Humphrey e Owens, 1994).

Se por um lado, os avanços tecnológicos e médicos actuais e o alargamento da sua utilização possibilitam a realização do sonho de ter filhos biológicos (Borlot e Trindade, 2004), o mercado de tecnologias reprodutivas e a pressão para o consumo de meios e de serviços médicos reforça a importância da parentalidade biológica (Borlot e Trindade, 2004).

4.8.2 – Adopção

Dos discursos dos participantes, emerge que a adopção constitui uma possibilidade relativamente à vida futura, na medida em que a existência de um vínculo jurídico promove um sentimento de pertença e irreversibilidade, permitindo a formação de uma ligação afectiva, o desempenho das funções de pais e por possibilitar a constituição de uma família.

Ainda assim, surge como uma segunda escolha, apenas considerada quando os tratamentos já não têm sucesso:

“já pensei seriamente em adoptar uma criança, mas só no fim, só se eu não conseguir engravidar” E1

“adoptar só se for a única solução” E7

“entre escolher uma vida sem crianças e adoptar, eu ia adoptar” E16

“ela já pôs a hipótese de adoptar, eu não recuso, mas só como a última opção” E20

Face à impossibilidade de conceber, a adopção surge como a forma de colmatar o desejo de ter um filho e como uma solução de recurso quando já tudo foi feito para superar a infertilidade (Conceição, 2000; Cedars, 2005; Ferreira, Pires e Salvaterra, 2004).

A adopção é também referenciada como uma possibilidade após a obtenção do filho biológico:

“mesmo tendo um filho meu, eu vou querer adoptar” E3

“depois de ter meu filho, aí a gente adopta um” E4

Estas descrições estão de acordo com o referenciado na literatura, podendo ser entendidas, tendo em conta as perdas comumente referenciadas como associadas à infertilidade, tais como: o controlo sobre a sua vida, a continuidade genética individual, a concepção de uma criança juntamente com

o companheiro de vida, a satisfação física da gravidez e do parto, a gratificação emocional da gravidez e do parto e a possibilidade de serem pais. A adopção apenas permite colmatar esta última. Por isso se torna tão importante para os participantes neste estudo de conceber, ainda que possam equacionar a adopção numa fase posterior.

A desistência da parentalidade biológica, a revelação e o assumir da incapacidade para conceber e ficar exposto ao estigma social, associado à representação social negativa do acto de adoptar, foram aspectos encontrados por Ferreira, Pires e Salvaterra (2004), num estudo realizado sobre adopção e comportamento parental em indivíduos inférteis e que podem constituir constrangimentos à sua realização.

Face ao exposto, a adopção parece muitas vezes relegada *“para o plano das coisas tristes e secundárias, a que só se recorre ou por futilidade ou por desespero de causa”* (Marujo, 2004:65).

CONCLUSÕES

Ao finalizar este estudo, pode considerar-se que os objectivos deste trabalho, que pretendem conhecer as vivências do casal infértil que deseja ter filhos e identificar de que modo é percebida e valorizada a relação estabelecida com os profissionais de saúde, foram atingidos. O mesmo se considera relativamente às questões de investigação inicialmente enunciadas, cujas respostas são encontradas no decorrer do trabalho empírico.

Considerou-se ainda o tema abordado, actual, importante e pertinente, tanto para os casais com infertilidade, como para os profissionais de saúde. Um maior conhecimento e compreensão da natureza das vivências dos indivíduos inférteis oferece a possibilidade de melhorar as dificuldades sentidas, tanto pelos casais como pelos profissionais de saúde, através da procura e implementação de estratégias de intervenção que melhorem a qualidade dos cuidados prestados e facilitem a vivência da infertilidade.

O sucesso deste trabalho deve-se à disponibilidade dos casais participantes, sem a qual a sua realização não teria sido possível e também daqueles que, de uma forma mais ou menos directa nele contribuíram.

Os resultados foram obtidos através da análise do conteúdo expresso nas entrevistas realizadas a dez casais, representados por dez elementos femininos e nove masculinos. Em todos existe o diagnóstico de infertilidade feminina, sendo oito casos de infertilidade primária e dois de infertilidade secundária.

O número de participantes envolvidos neste estudo e a homogeneidade dos diagnósticos e tratamentos realizados, pode de algum modo ser impeditivo de proceder a generalizações.

A partir da questão de investigação inicial conclui-se que as vivências dos casais inférteis que desejam ter filhos se reflectem em todas as dimensões da vida.

Todos os casais mantinham o **desejo de ter um filho**, manifestado através de referências ao significado de ter um filho e às razões desse desejo, nas quais foram apontadas a motivação psicológica, a motivação social, a motivação biológica e o fortalecimento do vínculo conjugal. É esperado que este desejo tenha influência sobre o modo como estes vivenciam a sua infertilidade pois quanto maior o empenho na parentalidade, mais valorizada é a infertilidade.

É nesta medida que os resultados apontam para que a infertilidade seja vivenciada como um processo com implicações a vários níveis.

As **implicações psicológicas**, que constituem a categoria de maior dimensão, emergem no discurso de todos os participantes, através da expressão de sentimentos dos indivíduos inférteis relativamente a Si próprios, relativamente ao companheiro, a familiares e amigos e ainda os sentimentos manifestados relativamente à situação de infertilidade.

Constatámos que a infertilidade desencadeia um vasto leque de sentimentos, por vezes contraditórios.

A infertilidade produz nos elementos femininos do casal um poderoso sentimento de culpa, inferioridade e vazío.

Nos elementos masculinos, foi notória a percepção do sofrimento do outro elemento do casal, demonstrando que estão conscientes do efeito que a situação produz na companheira. Este facto faz emergir um dever de protecção que se reflecte no apoio que tentam transmitir às suas companheiras e no facto de lhes ocultarem o seu próprio sofrimento para não as sobrecarregarem. Este apoio é sentido pelas mulheres como a ajuda mais importante para suportar a situação.

Muitos casais referem o sentimento de isolamento relativamente às suas relações sociais na opção de esconder o seu problema, de modo a evitar a vergonha, a pena e os conselhos indesejados. Evitam falar abertamente sobre

a infertilidade, especialmente os elementos masculinos, por considerarem um assunto privado e porque acreditam que ninguém pode compreender a extensão do seu sofrimento. Contudo, os que partilham o seu problema, ainda que o façam apenas com as pessoas mais chegadas, referem a importância do suporte social para lidar com a situação.

A reacção inicial à infertilidade é a surpresa, seguida de preocupação. Emergem com frequência os sentimentos de incompreensão dos outros face ao seu problema, de injustiça relativamente à sua infertilidade, produzindo o sentimento de revolta por serem privados de algo tão básico como ter filhos e pela marginalização de que se sentem alvos.

A infertilidade produz ainda sentimentos persistentes de tristeza, sofrimento e desânimo, sendo frequentemente encarados como um castigo.

Curiosamente, um dos sentimentos mais referidos pelos participantes relativamente à sua infertilidade é a esperança de resolução do problema e de concretização do desejo de terem um filho.

Existe ainda, o sentimento de domínio da infertilidade sobre as suas vidas.

As **implicações sociais** encontradas referem-se ao relacionamento conjugal, relacionamento sexual e realização de actividades diárias.

Nos casais, a infertilidade é sentida como uma fonte de alteração no seu relacionamento, sendo maioritariamente, no sentido de aproximação entre os elementos do casal, de fortalecimento da relação e da melhoria da comunicação. Em oposto, é também sentido um afastamento no relacionamento evidenciado pelas dificuldades de comunicação e sentimentos de incompreensão por parte do companheiro. Estes aspectos advém do facto de homens e mulheres reagirem de modo diferente à infertilidade e também porque cada um dos elementos tem expectativas acerca da reacção do outro à situação que podem ser goradas.

Ao nível das implicações no relacionamento sexual, destaca-se que são indicadas apenas repercussões negativas, relativas a constrangimentos ao nível do desejo, do prazer, da espontaneidade, da satisfação e do desempenho, que decorrem do sentido de dever ou de obrigação que a relação sexual adquire.

São também sentidas **implicações decorrentes do contacto com os serviços de saúde**. Ao iniciar o seu percurso no serviço de saúde, os participantes tinham as expectativas da descoberta e resolução do seu problema, destacando-se sobretudo o desejo de uma resolução rápida da situação de infertilidade, mas maioritariamente goradas.

Durante este percurso são também sentidos diversos constrangimentos que se revelam muito perturbadores e que passam pelo tempo de espera prolongado entre consultas e no dia da consulta, pelo funcionamento da consulta e pela inconclusão do diagnóstico.

Foi ainda sentida a necessidade de outros tipos de suporte para além do proporcionado, nomeadamente o apoio psicológico profissional continuado (apontado como sendo de grande importância), a criação de grupos de ajuda e a introdução de terapias complementares, no sentido de melhorar a função reprodutora, mas sobretudo como um meio para minorar o sofrimento psicológico.

Os profissionais foram identificados como uma fonte de informação e apoio bastante valorizada. Contudo, foi também sentida a falta de apoio na intervenção dos profissionais. A qualidade da intervenção técnica não é questionada, mas é sentida como insuficiente em termos relacionais. São ainda referidas dificuldades relativamente à interação com os profissionais, que são apontadas como um constrangimento importante.

Emerge ainda a atribuição de um significado à intervenção dos profissionais em que é realçado o reconhecimento de competência como um meio para obter uma gravidez.

Relativamente aos procedimentos, são referidas repercussões aos níveis emocionais, físicos e económicos, sendo mais valorizadas as repercussões emocionais. Também a ausência de resultados dos procedimentos terapêuticos é apontada como um constrangimento significativo.

Constatámos no decorrer dos discursos que, embora a infertilidade seja reconhecida como um problema de natureza médica, psicológica e social, ao nível dos serviços de saúde é ainda tratada como uma doença orgânica, sendo dada menor consideração à interacção dos aspectos biológicos e psicológicos.

Torna-se evidente que o contacto com os serviços de saúde é sentido como um factor iatrogénico de stresse, traduzido pelas dificuldades e aspectos negativos referidos decorrentes dos serviços, dos procedimentos e da relação com os profissionais de saúde.

Estes resultados vêm reforçar a necessidade de mudanças ao nível dos cuidados de saúde que são oferecidos aos casais que necessitam de ajuda médica para conceber um filho.

Os participantes referem **dificuldades** sentidas intensamente durante o decurso da sua infertilidade.

O contacto com grávidas é uma das dificuldades mais sentida pelas mulheres, na medida em que os sinais da fertilidade de outros são uma penosa lembrança da possibilidade que não está ao seu alcance, produzindo, por vezes, o sentimento de frustração e inveja.

É também apontada a pressão externa para ter um filho como uma dificuldade sentida pelo casal, por se confrontar com a incapacidade de realizar o objectivo sociocultural que lhes é atribuído.

O ciclo de esperança / desapontamento, relatado maioritariamente pelos elementos femininos do casal, consiste na dificuldade mais visível, na medida

em que, todos os meses, com o início de um novo ciclo, surge a esperança na possibilidade de conseguir uma gravidez mas que se desvanece quando o casal se apercebe que a gravidez não ocorreu, precipitando-se no sentimento de desapontamento gerado pela perda da criança desejada.

Os indivíduos inférteis manifestam como **principal preocupação**, o receio de, apesar de todos os esforços, não realizarem o seu desejo de ter um filho.

Foram encontradas diversas **estratégias utilizadas para lidar com a situação**, referentes ao *coping* centrado no problema, ao *coping* vigilante e ao *coping* centrado na emoção, das quais se destacam o distanciamento, a procura de informação, a procura de apoio, tomar iniciativa para resolver o problema e manter-se ocupado.

Emerge que as mulheres são mais reactivas e procuram mais estratégias para lidar com a situação. Em todos os casos, estas estratégias foram mobilizadas de modo diferente por mulheres e homens. Estas constatações podem significar diferenças de género no modo de reagir à infertilidade.

Os participantes ainda conseguem encarar a experiência de uma forma positiva, apontando um sentimento de amadurecimento e crescimento pessoais, a valorização do significado de ter um filho e a possibilidade de utilizar a experiência adquirida para ajudar outros indivíduos inférteis.

De acordo com as **expectativas relativamente ao futuro**, nenhum dos participantes coloca a possibilidade de optar por uma vida sem crianças, sendo apontadas como formas de encarar o futuro, a obtenção de uma gravidez e a adopção, sendo a primeira a mais referida especialmente por mulheres.

Dos discursos emerge uma visão romântica e idealizada da maternidade que parece dificultar a visão de *outras* maternidades ou a *não* maternidade, tornando-os dispostos a sujeitarem-se a tudo, técnica e medicamente possível, na esperança de satisfazer o seu desejo de procriar.

Neste contexto, a adoção surge sobretudo como uma segunda escolha para a constituição de uma família, apenas e somente quando os tratamentos não têm sucesso.

Tendo a consciência de que este estudo revela apenas uma pequena parcela do fenómeno em estudo, os resultados obtidos podem constituir um ponto de partida para o desenvolvimento de outros estudos e ainda, servirem como indicadores para adequar o atendimento às necessidades dos casais inférteis.

Em contraste com os avanços no tratamento da infertilidade, as implicações da infertilidade têm atraído menos atenções. Existe algum desequilíbrio entre o grau de sofisticação e o cuidado depositado em cada detalhe da tecnologia utilizada para o tratamento da infertilidade, e a atenção dada aos sentimentos, receios e dificuldades do casal infértil, às consequências da infertilidade e da falha dos tratamentos, assim como às diferenças de género na reacção aos efeitos do fenómeno.

Deste modo, torna-se pertinente a realização de outros estudos no âmbito desta problemática com vista à compreensão do modo como os indivíduos percebem, reagem e resolvem a sua infertilidade, em amostras com características mais heterogéneas, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamentos realizados, sobretudo na perspectiva do casal.

Na continuidade deste estudo, poderia ser investigada mais pormenorizadamente cada categoria, no sentido de aprofundar o conhecimento acerca das vivências dos indivíduos inférteis.

Foram ainda destacados alguns contributos que nos permitem fazer sugestões para a implementação de algumas estratégias no sentido de melhorar o atendimento ao casal infértil, indo ao encontro das necessidades sentidas.

Sugere-se a necessidade do estabelecimento de um plano terapêutico a longo prazo, com informação específica, nomeadamente sobre as implicações físicas

e emocionais dos diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como os custos e alternativas a serem considerados.

Se a qualidade da relação estabelecida com os profissionais interfere no modo como os casais lidam com a situação, então deve ser uma preocupação *major*, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais para o atendimento a estes casais.

Parece importante recomendar a formação específica, nomeadamente em aspectos relacionados com a saúde mental, devido à natureza particular do problema da infertilidade e aos aspectos psicopatológicos que emergem das vivências destes casais, pois os profissionais necessitam estar preparados para lidar com os aspectos psicossociais com que os casais se confrontam quando utilizam os seus serviços.

O treino de competências comunicacionais e a qualificação das equipas são imprescindíveis, tanto mais que, devido à importância atribuída à conquista do seu desejo de ter um filho, a equipa toma um lugar central na vida dos casais inférteis, conferindo uma natureza especial à relação estabelecida com os profissionais.

Daqui se salienta também, a importância do desenvolvimento destas competências em todos os elementos da equipa, pois todos devem contribuir para a criação de um ambiente favorável.

Se existe um espectro previsível de respostas à infertilidade, então a intervenção deve ser planeada no sentido de ajudar o casal a vivenciar o percurso da sua infertilidade, o caminho das suas emoções, da melhor forma possível.

O reconhecimento do carácter perturbador da crise gerada pela infertilidade determina necessidades que passam pela terapia individual, a terapia de casal e a terapia de grupo, que devem ser instituídas desde as fases mais precoces do acompanhamento.

Neste sentido, é importante proporcionar ajuda ou apoio psicológico estruturado e continuado, através da integração de profissionais com formação em psicologia nas equipas, da criação de grupos de ajuda e da possibilidade de recurso a terapias complementares.

A infertilidade, reconhecida como uma condição médica, requer um diagnóstico e um tratamento, logo cuidados médicos; parece evidente que, sendo reconhecida como uma condição com envolvimento de aspectos psicológicos complexos e importantes, requira uma intervenção ao nível de ajuda psicológica, não menos importante.

Atender o casal como uma unidade física e psicológica, implica proporcionar atenção, não só dirigida à sua condição médica, mas também à sua resposta psicológica à sua infertilidade e ao seu tratamento.

O atendimento numa perspectiva holística melhora os resultados em saúde, aumenta a satisfação dos utentes e da equipa, reduz as reacções psicológicas negativas e contribui para que os utentes tenham uma experiência mais positiva.

Ao nível das instituições de saúde torna-se necessário uma adequação da sua organização no sentido de melhorar o acolhimento e atendimento dos casais, tornando o espaço físico acolhedor e funcional, reduzindo os tempos de espera e adequando a dotação de pessoal de forma a diminuir o constrangimento decorrente da pressão da falta de tempo.

A realização das entrevistas proporcionou aos participantes entrevistados, a oportunidade de contar as suas histórias e partilhar os seus sentimentos e à entrevistadora, o privilégio de ter sido confidente e, dessa forma, efectivamente compreender o impacto da infertilidade na vida destes casais.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A. N. (coord.) (2004). **Fecundidade e Contraceção**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

AMADO, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. **Referência**. Nº5, Novembro, pp. 53-63.

ANDREWS, F. M.; ABBEY, A.; HALMAN, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. **Journal of Health and Social Behavior**. Vol. 32, September, pp. 238-253.

APF (1988). **Manual de Planeamento Familiar para Médicos**. 6ª ed., Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W.; RENAUD, M. (coord.) (2001). **Novos Desafios à Bioética**. Porto: Porto Editora.

AUGUSTO, A. (2006). Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definição de contextos e produção de significados. In: Carapinheiro, G. (org.), **Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas**. Coimbra: Pé de Página Editores, Lda, pp.47-76.

BACHUS, K. (1992). O casal infértil. In: FREDERICKSON, H. M.; WILKINS-HAUG, L. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Medicas, pp. 113-124.

BADINTER, E. (1980). **O Amor Incerto**. Lisboa: Relógio d'Água.

BADINTER, E. s.d. **Um é o Outro**. Lisboa: Relógio d'Água.

BARDIN, L. (2000). **A Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BARRON, M. L.; FEHRING, R. J. (2005). Basal body temperature assessment: is it useful to couples seeking pregnancy?. **The American Journal of Maternal Child Nursing**. Vol. 30, number 5, September/October, pp. 291-298.

BISCAIA, J. (2001). O casal e a fecundidade. In ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W.; RENAUD, M. (coord.) **Novos Desafios à Bioética**. Porto: Porto Editora, pp.61-68.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. (1994). **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora.

BOIVIN J. et al. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. **Human Reproduction**. Vol.16, number 6, pp. 1301-1304.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais do filho biológico. **Estudos de Psicologia**. Vol. 9, nº 1, pp. 63-70.

BRYAN, E.; HIGGINNS, R. (2001). **A Criança Esquiva: infertilidade**. Coimbra: Quarteto.

CALLAN, V. J.; HENNESSEY, J. F. (1989). Strategies for coping with infertility. **British Journal of Medical Psychology**. The British Psychological Society, nº 62, pp. 343-354.

CAMARNEIRO, A.P.F. et al. (2004). Vivências da infertilidade na mulher que quer ser mãe. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra, nº10, Agosto, pp. 58-67.

CANAVARRO C. (Ed.) (2001). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora.

CARMO, H.; FERREIRA, M. (1998). **Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.

CEDARS, M. I. (2005). **Infertility: practical pathways in obstetrics & gynecology**. San Francisco: McGraw-HILL.

COLMAN, L.; COLMAN, A. (1994). **Gravidez - A Experiência Psicológica**. Lisboa: Edições Colibri.

CONCEIÇÃO, S. C. (2000). **A Infertilidade no Feminino**. IV Congresso de Sociologia. [em linha]. Coimbra: [citado em 19-04-2006]. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e048bad58e_1.PDF, 17 páginas.

COOK, E. P. (1987). Characteristics of the biopsychsocial crisis of infertility. **Journal of Counseling and Development**. Vol.65, May, pp.465-470.

CORDEIRO; J. C. D. (2002). **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CORREIA, M. J. (1998). Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série XVI, nº3, pp. 365-371.

COSTA, R. M. G. (2000). Diagnóstico de infertilidade e auto-estima. In: **Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas: Actas de 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, pp. 629-641.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1998). **Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde (Orientações Técnicas 9).

DORON, R.; PAROT, F. (2001). **Dicionário de Psicologia**. Lisboa: Climepsi Editores.

EDELMANN, R. J.; HUMPHREY, M.; OWENS, D. J. (1994). The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. **British Journal of Medical Psychology**. The British Psychological Society, Vol. 67, pp. 291-299.

ESTRELA, A. (1994). **Teoria e Prática de Observação de Classes: uma estratégia de formação de professores**. 4ªed., Porto: Porto Editora.

FARIA, M. C. (1990). A infertilidade: desejo ou maldição. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série VIII, nº4, pp. 419-423.

FARIA, M. C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. in: CANAVARRO, C. (Ed.) **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 189-209.

FARIA, M. C.; SEIXAS, C. (1995). O bebé que não veio. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série XIII, nº1-2, pp. 101-110.

FAUSTINO, A.R. (2005). Infertilidade: causas e consequências. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**. Lisboa: FML, Série III, Vol.10 nº 5, Julho, pp. 293-300.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (1999). **Carta dos direitos Sexuais e Reprodutivos**. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

FERREIRA, S. A.; PIRES, A.; SALVATERRA, F. (2004). Filho do coração... adoção e comportamento parental. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série XXII, nº2, pp. 399-411.

FORTIN, M. F. (2003). **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 3ª ed., Loures: Lusociência.

GAUTHIER, B. (dir.) (2003). **Investigação Social: da Problemática à Colheita de Dados**. Loures: Lusociência.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993). **O Inquérito - Teoria e Prática**. Oeiras: Celta Editora.

GIL, A. (1994). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed., São Paulo: Editora Atlas S.A.

GONÇALVES, J. (2005). Avaliação do casal infértil. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. Carnaxide: Publisaúde, vol. 21, nº 5, pp. 493-503.

GONZALEZ, L. O. (2000). Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. **Issues in Mental Health Nursing**. Taylor & Francis, Vol. 21, pp. 619-633.

GRAÇA, L. M. e col. (2000). **Medicina Materno Fetal**. 2ª ed., Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.

GREENFELD, D.A. (1997). Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**. Vol. 14, nº 4, pp. 186-188.

IMESON, M.; McMURRAY, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**. 24, pp. 1014-1022.

JASPER, M.A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 19, pp. 309-314.

JORDAN, C.; REVENSON, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. **Journal of Behavioral Medicine**. Plenum Publishing Corporation, Vol. 22, nº 4, pp. 341-358.

LAST, J. M. (1995). **Um Dicionário de Epidemiologia**. 2ª ed., Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

LEAL, I. (2001). O feminino e o materno. In: CANAVARRO, C. (Ed.) **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 51-71.

LEE, T.Y. et al (2000). Development of coping scale for infertile couples. **Archives of Andrology**. 45, pp. 149-154.

LEE, T.Y; SUN, G.H. (2000). Psychosocial response of chinese infertile husbands and wives. **Archives of Andrology**. 45, pp. 143-148.

LEMMENS, G. M. D. et al (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. **Human Reproduction**. Vol. 19, nº8, pp. 1917-1923.

MARTINS, A N. (2005). Filhos de um Deus menor, vitórias da ciência sobre a infertilidade. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**. Lisboa: FML, Série III, Vol.10 nº 4, Maio-Junho, pp. 233-246.

MARUJO, H. A. (2004). **A Dor Secreta da Infertilidade. História de uma mulher que não pode ter filhos**. Lisboa: Editorial Presença.

MATOS, I. (1995). Sobre a infertilidade e as novas tecnologias de reprodução. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série XIII, nº1-2, pp. 95-99.

MOEDA, F.; FATELA, A. M. (2005). Abordagem do casal infértil. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**. Lisboa: FML, Série III, Vol.10 nº 5, Julho 2005, pp. 301-312.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. (2004). **Embriologia Clínica**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

MOREIRA, S. N. T., et.al (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Vol. 5, nº 1, Janeiro-Março, pp. 119-125.

MOUTINHO, S. (2004). **Tudo por um Filho: viagem ao mundo da infertilidade em Portugal**. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

NATIONAL COLLABORATING CENTER for WOMEN'S and CHILDREN'S HEALTH (2004). **Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems**. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

PASSOS, E. P.; FREITAS, F. (1993). Infertilidade. In: FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W., **Rotinas em Ginecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 351-361.

PATRÃO-NEVES, M. A (2001). Infertilidade e o desejo de procriar: perspectiva filosófica. In: NUNES, R; MELO, H., **A Ética e o Direito no Início da Vida Humana**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, pp. 75-97.

PATTON, M. Q. (1990). **Qualitative Evaluation and Research Methods**. 2nd ed., Newbury Park: Sage Publications.

PILLITTERI, A. (1995). **Maternal and Child Health Nursing**. 2^o ed., Philadelphia: J. B. Lippicott Company.

PINTO, H. G. (1998). Infertilidade: aspectos psicológicos, emocionais e sociais. In CARDOSO, R. M., **A Outra Metade da Medicina**. Lisboa: Climepsi editores, pp. 95-111.

PIRES, L. C. (1990). Novas tecnologias do nascimento: técnicas de reprodução medicamente assistidas. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série VIII, nº4, pp. 425-428.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3^aed., Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L., V. (1992). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 1^a ed., Lisboa: Gradiva.

RAMOS, N. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta.

REDEER, S. J.; MARTIN, L. L.; KONIAK, D. (1995). **Enfermeria Materno-Infantil**. Madrid: Mcgraw-Hill - Interamericana, pp. 246-266.

REED, S. A. (2001). Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. **Military Medicine**. Vol. 166, November, pp. 1018-1022.

RODRIGUES, I. T.; RODRIGUES, C. B. (2000). A minoria silenciosa...: relacionamento conjugal e satisfação sexual em mulheres e casais inférteis. In: **Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas: Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, pp. 339-352.

RODRIGUES, V. M. T. (2004). **O Adiamento do Desejo de Paternidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis**. ICS Universidade do Minho. [em linha]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. [citado em 07-09-2006]. Disponível em: http://www.ap.demografia.pt/pdf_congresso/2_VictorRodrigues.pdf

SÁ, E. (1997). Aspectos psicológicos da esterilidade e infertilidade. In: SÁ, E., **A Maternidade e o Bebé**. Lisboa: Fim de Século Edições, pp. 23-32.

SÁ, E.; BISCAIA, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães. In: SÁ, E. (org.). **A Maternidade e o Bebé**. 2ª ed., Lisboa: Fim de Século Edições, pp. 13-21.

SÁ E MELO, P. (2005). **Infertilidade: um obstáculo à felicidade familiar**. Médicos de Portugal. [em linha]. [citado em 02-06-2006]. Disponível em: <http://www.medicosdeportugal.iol.pt/print/496/> , 3 páginas.

SAMPAIO, M. G. V. L. (1997). O problema da esterilidade. **Sexualidade e Planeamento Familiar**. Lisboa: APF, Série 2, nº15/16, pp. 23-24.

SANTOS, A. A. (1998). Reprodução humana. In: SERRÃO, D.; NUNES, R. (coord.), **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, pp. 132-152.

SANTOS, A. A.; SANTOS, T. A. (1996). Esterilidade, infertilidade e procriação medicamente assistida. In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (coord.), **Bioética**. Lisboa: Editorial Verbo, pp. 267-283.

SCHMIDT, L. et al. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. **Patient Education and Counseling**. Elsevier Ireland Ltd., Vol. 59, pp. 244-251.

SEGUY, B.; MARTIN, N. (1997). **Manual de Ginecologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 463-513.

SERRÃO, D. ; NUNES, R. (coord.) (1998). **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, pp. 185-190.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DE REPRODUÇÃO (2005). **Apresentação**. [em linha]. [citado em 22-04-2005]. Disponível em: <http://www.spmr.pt/main.htm> , 3 páginas.

SPEROFF, L.; GLASS, R.; KASE, N. (1999). **Clinical Gyneacologic Endocrinology and Infertility**. Portland: Book News, Inc.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed., Loures: Lusociência.

SU, T.J.; CHEN, Y.C. (2006). Transforming hope: the lived experience of infertile women who terminated treatment after *in vitro* fertilization failure. **Journal of Nursing Research**. Vol. 14, nº1, pp. 46-53.

TEIXEIRA, J. (2004). Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde – utentes. **Análise Psicológica**. Lisboa: ISPA, Série XXII, nº3, pp. 615-620.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. F. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. **Psicologia Saúde & Doenças**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 2, nº2, pp. 5-26.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. (2002). **Triste e Incompleta: uma visão feminina da mulher infértil**. *Psicol. USP*. [em linha]. São Paulo. [citado em 19-04-2006]. Disponível em: http://www.sielo.br/sielo.php?script=sci_arttex&pid=S0103-65642002000200010 , 22 páginas.

VALA, J. (1999). A análise de conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (orgs.), **Metodologia das Ciências Sociais**. 10ª ed., Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.

WENTZ, A. (1990). Infertilidade. In: JONES III, H.; WENTZ, A.; BURNETT, L. **Novak: Tratado de Ginecologia**. 11ªed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara, pp. 192-219.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). **Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction**. Geneva: WHO.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

DECRETO-LEI nº 32/2006. **D.R. I Série**. Nº 143 (26-07-2006) 5245-5250.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA

Dados Socio-demográficos

Sexo: F / M
Idade: _____
Nº de Irmãos _____
Naturalidade _____
Escolaridade: 1ºciclo ____ 2ºciclo ____ 3ºciclo ____ Sec ____ Bac ____ Lic ____ Mest ____ Dout ____
Profissão _____
Pratica alguma religião: _____
Filhos anteriores a este tratamento: Sim ____ Não ____
Filhos desta relação _____ Filhos de relação anterior _____
Tempo de infertilidade: _____
Tempo na investigação/consulta _____
Tempo em tratamento: _____
Nº de tratamentos efectuados: _____

Notas de campo

Data:
Início:
Fim:
Duração:
Local:
Condições:

Comportamentos não verbais:	Observações gerais:
-----------------------------	---------------------

Guião de Entrevista

1. Gostaria que me falasse sobre o que significa para si ter um filho?
 - Quando é que começou a desejar ter um filho?
 - E que razões a/o levam a desejar ter um filho?

2. Quais as implicações conjugais, familiares e sociais da infertilidade?
 - De que modo é que o facto de não conseguirem o filho que desejam interfere com a sua / vossa vida?
 - relacionamento conjugal
 - relacionamento sexual
 - relacionamento familiar
 - relacionamento social (interpessoal)
 - actividades da vida diária
 - actividade profissional / laboral
 - De que modo é que a procura deste filho alterou o seu /vosso dia a dia?
 - as consultas
 - os exames
 - os tratamentos
 - Quais as suas preocupações / que dificuldades tem sentido?

3. Quais as implicações psicológicas da infertilidade?
 - Como se sentiu quando começou a tentar engravidar sem conseguir, e se apercebeu que poderia existir um problema ?
 - E como se sentiu quando lhe confirmaram que havia um problema?
 - Como se sente por não conseguir ter filhos?
 - relativamente a si próprio
 - relativamente ao conjuge
 - relativamente aos familiares/ amigos/ conhecidos
 - Em que momentos sente mais necessidade de ajuda?

4. Quais as estratégias de coping utilizadas para lidar com a infertilidade?
 - Como é que tem feito para lidar com este problema no seu dia a dia?
 - Que tipo de apoios tem recebido, e de que forma o ajudaram?
 - Como procurou ultrapassar as situações mais difíceis que viveu neste percurso?
 - Que outras ajudas gostaria de receber?
 - Acha que passar por esta situação lhe trouxe algum benefício, ou foi positiva em algum aspecto?
 - Que projectos faz para o futuro?

5. De que forma é percebida e valorizada a relação estabelecida com os profissionais de saúde?
 - O que espera dos profissionais de saúde, quando recorre à consulta de infertilidade?
 - De que modo é que a intervenção dos profissionais é importante para si?
 - Como é que considera a relação que estabeleceu com os profissionais?

- Na sua opinião, de que outro modo estes a/o poderiam ajudar?
- Gostaria que me descrevesse uma situação importante (positiva ou negativa) que tenha vivido, na sua relação com os profissionais de saúde.

6. Gostaria de referir algum aspecto relevante que ainda não tenha mencionado na entrevista?

ANEXO 2 – MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Desejo de ter um filho	Razões do desejo de ter um filho	Motivação psicológica	<p>“... tenho muito amor para dar, muito carinho” E1</p> <p>“... tenho muito para dar” E1</p> <p>“para transmitir conhecimentos” E2</p> <p>“sempre imaginei saber como é que é ter uma vida dentro de você, essa vida depender de você...”E3</p> <p>“ter alguém de que goste, que precise de mim, com quem partilhar as coisas, os problemas e possa ajudar” E5</p> <p>“é uma necessidade” E5</p> <p>“quero dar a essa pessoa tudo, tudo o que pudermos dar..., muito amor” E7</p> <p>“quero viver a gravidez, quero passar pelos nove meses, quero dar a vida” E7</p> <p>“sempre quis ser mãe” E7</p> <p>“ter alguém a quem podemos dar aquilo que aprendemos” E10</p> <p>“ter um filho é a nossa alegria” E11</p> <p>“um filho é a felicidade dos pais” E12</p> <p>“um filho preenche a vida” E13</p> <p>“alguém para cuidar, para ensinar” E15</p> <p>“para ter pessoas a crescer comigo” E17</p> <p>“gostaria de ter uma relação muito próxima com o meu filho” E19</p> <p>“para ensinar” E20</p> <p>“é alguém para ensinarmos aquilo que aprendemos” E20</p>
Desejo de ter um filho	Razões do desejo de ter um filho	Motivação social	<p>“é importante para eu me sentir realizada” E1</p> <p>“ser mãe, para mim, é a riqueza maior” E1</p> <p>“está nas previsões de qualquer pessoa” E2</p> <p>“é um sonho que toda a mulher tem” E3</p> <p>“toda a mulher nasceu para ser mãe” E3</p> <p>“sempre achei que iria ser mãe” E5</p> <p>“porque é normal ter filhos” E7</p> <p>“é o que a sociedade nos pede, é a vontade geral” E10</p> <p>“qualquer pessoa gosta de ter um filho” E13</p> <p>“ter um filho é o objectivo de uma mulher” E13</p> <p>“como sou católica ter filhos é muito importante” E13</p> <p>“é assim na maior parte das pessoas” E14</p> <p>“sempre fez parte dos meus planos de vida” E17</p> <p>“como projecto de vida desejava ter filhos” E18</p> <p>“é algo que falta” E20</p> <p>“é um objectivo de vida” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Desejo de ter um filho	Razões do desejo de ter um filho	Motivação biológica	<p>“dar seguimento à família” E10</p> <p>“é o seguimento de uma geração, uma continuidade” E14</p> <p>“é uma continuidade para o futuro depois de deixarmos a Terra” E14</p> <p>“para dar uma continuidade nossa e da família” E16</p> <p>“sou o último varão da família logo estaria a meu cargo passar o nome da família para outra geração” E18</p> <p>“tanto eu como ele somos filhos únicos, não há filhos, não há netos” E19</p> <p>“é algo que deixamos cá” E20</p> <p>“é uma continuação” E20</p> <p>“é quase um instinto..., procriar” E20</p>
Desejo de ter um filho	Razões do desejo de ter um filho	Fortalecimento do vínculo conjugal	<p>“é um complemento... falta alguém dentro de casa para completar a nossa felicidade” E3</p> <p>“vem completar o casamento...,falta isso” E3</p> <p>“quero ter uma família” E7</p> <p>“quero uma criança que seja minha e dele” E7</p> <p>“porque falta qualquer coisa, é o preenchimento de qualquer coisa que falta” E9</p> <p>“um casal sem filhos é um jardim sem flores” E11</p> <p>“para construir uma família” E12</p> <p>“a família é um filho” E13</p> <p>“é o culminar de uma relação” E14</p> <p>“é o objectivo de uma relação” E14</p> <p>“é o complemento da nossa relação” E14</p> <p>“era importante para nós como casal ter bebés em casa” E17</p>
Desejo de ter um filho	Significado de ter um filho		<p>“é uma benção” E1</p> <p>“é uma coisa muito importante” E1</p> <p>“é uma coisa que eu adoro” E1</p> <p>“sempre gostei de crianças” E4</p> <p>“é um sonho” E4</p> <p>“é um sonho desde sempre” E5</p> <p>“adoro crianças” E7</p> <p>“eu gosto de crianças” E7</p> <p>“eu gosto muito de crianças” E16</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a Si	Culpa	<p>“acusava-me, será que não sou boa mãe?, Uma boa esposa?, Será que não vou ter direito de poder ser mãe novamente?...Como ainda hoje me acuso” E1</p> <p>“depois... culpava-me a mim” E1</p> <p>“pensava que o problema era meu” E5</p> <p>“achava que o problema era meu” E5</p> <p>“comecei a sentir um peso na minha consciência, porque em tempos eu tinha ficado grávida e eu tinha interrompido essa gravidez” E9</p> <p>“não consigo por coisas que fiz no passado..., comecei a culpabilizar-me imenso, imenso, imenso” E9</p> <p>“pensei que a culpa seria minha, como fiz cesareana do primeiro pensei se teria acontecido alguma coisa que me tivesse prejudicado” E11</p> <p>“a gente pensa aquilo da culpa é nossa (...) a culpa é nossa” E15</p> <p>“então eu me senti culpada porque a culpa é minha” E15</p> <p>“quando soube que o problema era meu..., a culpa era mesmo minha” E15</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a Si	Inferioridade	<p>“senti-me como se já não valesse nada” E1</p> <p>“como se estivesse a desvalorizar a mim própria” E1</p> <p>“quando descobri que o problema era meu... como mulher senti-me um farrapo” E1</p> <p>“senti-me como se não valesse nada, como se cá andasse e não tivesse nada para dar de mim” E1</p> <p>“não sei se é inferior..., é diferente” E3</p> <p>“me sentia a pior das mulheres..., foi terrível” E3</p> <p>“pensava que o meu corpo não prestava, que eu não era capaz de gerar um bebé” E5</p> <p>“realmente não devo prestar mesmo” E5</p> <p>“sentia-me inferiorizada por não conseguir” E15</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a Si	Vazio	<p>“falta qualquer coisa dentro de mim” E1</p> <p>“é um vazio..., um vazio” E19</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente ao companheiro	Culpa	<p>“eu culpava-o a ele, que ele já estava impotente, que ele é que estava com algum problema e que já não conseguia ser pai” E1</p> <p>“primeiro culpava-o a ele” E1</p> <p>“me vi privando ele de ter um sonho..., de realizar o sonho dele” E3</p> <p>“casas-te comigo e eu nem filhos te consigo dar” E5</p> <p>“quando penso que a pessoa que eu tenho ao meu lado quer muito ainda começo a sentir-me cada vez mais, cada vez mais... culpada de não conseguir aquele objectivo, do problema estar em mim” E9</p> <p>“começo a achar que aquela pessoa teve azar em me ter escolhido a mim que não consigo concretizar o desejo dele” E9</p> <p>“uma das coisas que a faz sentir pior é que das primeiras coisas que falamos foi que eu queria muito ter filhos, e isso de certa forma pesa, eu sei que pesa” E10</p> <p>“como ele não aceita a adopção a culpa ainda é maior” E15</p> <p>“houve uma altura que achei que o problema era dele, que não conseguimos ter filhos porque o problema era dele..., senti que se fosse com outro homem conseguia ter filhos e que estava casada com o meu marido e ele não me podia dar filhos” E19</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente ao companheiro	Isolamento	<p>“há um maior afastamento da minha parte, fico mais calada... tenho que admitir que me afasto” E1</p> <p>“eu não tenho ido às consultas porque ela não quer que eu venha, ela pede para eu não vir” E2</p> <p>“eu procuro não falar muito, ficar falando magoa” E3</p> <p>“também já não tem muita coisa para conversar agora, depois de 9 anos, já conversámos muito” E3</p> <p>“a gente não consegue conversar muito porque ele se sente muito, então ele não consegue me apoiar” E3</p> <p>“ele não sabe o que falar e eu também não” E3</p> <p>“eu não posso desabafar com ela, eu sinto que não posso desabafar com ela” E4</p> <p>“eu partilho, mas não tudo” E4</p> <p>“se eu estivesse aqui junto com ela eu não ia falar tudo o que eu tenho para falar” E4</p> <p>“partilhava com o meu marido, mas era estranho, ele tem uma maneira de estar na vida muito positiva e</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>descontraída, e eu sou exactamente o oposto..., como eu sabia que ele não ia dar valor aos meus problemas... ficava sempre a sofrer um bocado sozinha” E5</p> <p>“inicialmente não partilho com ela a minha preocupação porque ela tem um lado muito negativo, é muito pessimista, sinto que se partilhar com ela ..., sei que a vou prejudicar” E10</p> <p>“não lhe transmito a minha preocupação, só o optimismo” E10</p> <p>“quem tem de passar por tudo, quem não consegue, quem se sente frustrado, quem se sente revoltado..., o outro está lá, mas é como se estivesse de fora. É como se houvesse uma bolha e o outro está do lado de fora” E15</p> <p>“até posso sentir alguma coisa por dentro, mas nunca demonstrava a ela, tentava sempre nunca demonstrar” E16</p>
<p>Implicações psicológicas</p>	<p>Sentimentos relativamente ao companheiro</p>	<p>Protecção</p>	<p>“eu tenho que ser forte, que me segurar, tenho que resistir, que eu tenho que apoiar ela, porque ela está sozinha” E2</p> <p>“eu quero que ela fique tranquila, eu tento passar tranquilidade para ela, para ela sentir apoio” E4</p> <p>“sempre lhe passei a mensagem do lado positivo, que tudo vai correr bem, dar esperança, dar esperança” E10</p> <p>“tenho que estar sempre ao pé dela, tenho que lhe dar sempre muito apoio” E10</p> <p>“dando-lhe muito apoio, eu consigo dar-lhe todo o apoio, pelo menos penso que sim” E10</p> <p>“tenho que lhe dar muito apoio e não lhe posso mostrar..., vá lá o meu lado fraco (...) tento dar o meu lado forte para compensar e para não tornar as coisas piores” E10</p> <p>“nas alturas piores temos que ser optimistas” E10</p> <p>“prefiro que o problema seja meu, prefiro ser eu a resolver o problema, acho que a ele ia custar-lhe muito mais” E13</p> <p>“ele sofre tanto com qualquer problemzinho, que não é nada de importante que se o problema fosse dele, ele ia culpar-se, e eu não queria que ele se culpasse” E13</p> <p>“quem lhe dá as vacinas sou eu, ela tapa a cara, isso ficou logo combinado, ela diz que não é capaz” E14</p> <p>“se eu fosse demonstrar, com mais peso ela ia ficar, mais preocupada ela iria ficar e isso seria pior” E16</p> <p>“como em todas as situações adversas tento manter-me sempre conforme, ser o mais forte que posso, como é</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>obvio eu não estou bem, mas tento apoiá-la e tento que ela não sinta todos os meus sentimentos” E20</p> <p>“para ela se poder agarrar a mim, se ela vê que eu não estou bem ainda fica mais complicado” E20</p> <p>“de certo modo já perdi alguma esperança e não quero que ela tenha um choque muito repentino” E20</p> <p>“eu sempre a protegi muito..., sei que se ela me vir mais fraco vai ficar mais preocupada, se eu não estou bem ela pode pensar que não tem ninguém para a ajudar” E20</p> <p>“tenho nas minhas costas o peso de tudo, sou eu que controlo tudo” E20</p>
<p>Implicações psicológicas</p>	<p>Sentimentos relativamente ao companheiro</p>	<p>Apoio</p>	<p>“sinto um apoio muito grande por parte do companheiro” E1</p> <p>“tenta sempre dar-me força, só que para quem vive isto como eu não é suficiente” E1</p> <p>“ele compreende e entende” E1</p> <p>“ele é uma pessoa muito compreensiva” E1</p> <p>“o meu marido dá-me muito apoio, e isso é muito importante” E1</p> <p>“ele diz, tenta que vais conseguir” E1</p> <p>“ele diz, tem fé, tem esperança” E1</p> <p>“ele diz, pensa que vais conseguir, tantos que estiveram na mesma situação que tu e conseguiram, e tu vais conseguir também” E1</p> <p>“ela vem e me abraça e fala, calma que a gente vai conseguir” E3</p> <p>“ele fala que eu sou forte, e diz que nós vamos conseguir” E3</p> <p>“ele é extremamente tolerante e compreendia-me bem” E5</p> <p>“agradeço a ele o apoio que me deu, foi uma pessoa incrível” E5</p> <p>“se não fosse ele não tinha aguentado” E5</p> <p>“a maneira calma e positiva dele foi sempre uma bengala” E5</p> <p>“foi a grande ajuda, foi a grande ajuda” E5</p> <p>“ele sempre foi a todas as consultas e exames, apesar de não poder entrar em muitos deles” E5</p> <p>“ele foi a maior ajuda que eu tive” E5</p> <p>“é ter o amor dele” E7</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“a pessoa que eu tenho ao lado é muito positiva e põe sempre imensa esperança, acha sempre que as coisas vão acontecer e que vão correr bem” E9</p> <p>“ter uma pessoa que é muito optimista ajuda-me” E9</p> <p>“acho muito importante o meu marido vir, deve vir sempre, não faz nada, mas está ali” E13</p> <p>“quando vim sozinha saí tão triste, tão triste, tão triste” E13</p> <p>“o apoio dele é o principal” E13</p> <p>“eu venho com ela, sempre que vem às consultas (...) faço questão, estou com ela e ela também não gosta de estar aqui sozinha” E14</p> <p>“ele vai sempre a todas as consultas, participa na consulta, faz perguntas” E15</p> <p>“sobretudo o meu marido, ele falava sempre para eu não me preocupar que ia tudo correr bem” E15</p> <p>“a maior ajuda foi conversar com ela” E16</p> <p>“sinto tanto apoio da parte dele (...) ele foi sempre tão compreensivo, tão presente” E19</p> <p>“tenho a sorte de cada vez que vou ao hospital ele vai sempre comigo (...) sinto uma grande segurança que ele vá comigo porque fico tão nervosa que há sempre coisas que eu nem oiço, eu digo, ouve bem o que a médica diz” E19</p> <p>“para mim a presença dele é essencial” E19</p> <p>“ele apoia-me..., não me pressiona de maneira nenhuma, está bem para ele, como está bem para ele para mim também está” E19</p>
<p>Implicações psicológicas</p>	<p>Sentimentos relativamente ao companheiro</p>	<p>Falta de apoio</p>	<p>“do primeiro tratamento achei que havia falta de apoio da parte dele, andava a dar injeções a mim mesma na barriga, para nada, e demos um tempo” E11</p> <p>“gostava de sentir mais apoio, mesmo quando quando vou às consultas e tudo, ele é muito raro ir comigo às consultas..., um filho é feito a dois, eu acho o casal se deve acompanhar um ao outro nessas consultas, talvez ele peque um bocadinho nesse aspecto” E11</p> <p>“gostava que ele quisesse dizer mais sobre este assunto do que ele diz” E11</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente ao companheiro	Percepção do sofrimento do Outro	<p>“sinto revolta por tudo o que ela tem passado” E2</p> <p>“o meu sofrimento é por a ver tão triste e por ela já ter passado tão em vão” E2</p> <p>“eu vejo o sofrimento dela” E4</p> <p>“ver tudo o que ela já passou” E4</p> <p>“eu vejo a luta que ela está fazendo por nós” E4</p> <p>“é muito difícil para ela também” E4</p> <p>“muito sofrimento da parte dela” E10</p> <p>“eu sofro com o sofrimento dela” E10</p> <p>“ela deve ter passado muito porque o problema é dela” E12</p> <p>“notei que ela andava um bocado abatida” E12</p> <p>“ela sofre mais que eu” E14</p> <p>“todos os momentos que eu vejo que ela está triste (...) gostava que ela estivesse feliz” E14</p> <p>“considera-se uma pessoa que não é normal” E14</p> <p>“ela estava mais preocupada que eu, eu notava bem que ela andava preocupada” E16</p> <p>“acho que lhe custou mais a ela, acho que viveu isto de uma forma mais intensa” E18</p> <p>“a ela custa-lhe muito, custa-lhe muito esta situação” E20</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	Isolamento	<p>“em relação à família... enfio-me no meu casulo, como se o mundo tivesse a culpa, como se o mundo é que fosse o culpado deste meu problema” E1</p> <p>“os amigos não sabem que eu tenho este problema, pensam que tenha sido por vontade nossa que não tivemos mais” E1</p> <p>“quando me perguntam porque é que eu não tenho outro filho, tento fugir ao assunto, mudar de conversa” E1</p> <p>“nunca lhes contei a verdade, oculto que estou a tentar engravidar” E1</p> <p>“nunca transmiti às pessoas que estou a tentar engravidar, há certos pormenores que eu não posso deixar transparecer” E1</p> <p>“a maioria das pessoas... não lidam muito bem com a infertilidade, e depois somos bombardeados: então tá a correr bem?, então é desta?, então quando é que é? Acho que ainda ia ser pior, ia ser massacrada e acho que psicologicamente ia ficar pior. Isso é muito difícil” E1</p> <p>“mesmo à minha filha, nunca tive coragem de lhe explicar,</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>nunca lhe disse que tenho um problema” E1</p> <p>“se a família soubesse davam-me mais apoio, mas não quero pelo facto de estarem sempre a tocar no assunto” E1</p> <p>“foi uma opção não contar nada a ninguém, talvez para ela se proteger” E2</p> <p>“a gente optou por não ficar comentando o tratamento para não haver a cobrança..., eles não entendem como isso magoa” E3</p> <p>“a minha mãe sofre comigo, sofre até mais, por isso eu procuro não ficar comentando muito” E3</p> <p>“sou meio fechadão, posso falar no assunto, mas falar do que eu estou a sentir não” E4</p> <p>“não tive ninguém com quem partilhar o meu problema que também estivesse a vivê-lo” E5</p> <p>“no início guardávamos tudo muito para nós” E5</p> <p>“até assumir perante os familiares e amigos mais próximos foi mais difícil, porque eu vivia o problema sozinha” E5</p> <p>“temos uns amigos em Inglaterra que tiveram um bebé e não nos telefonaram porque sabem que temos este problema” E8</p> <p>“eu não conhecia ninguém que tivesse problemas semelhantes” E9</p> <p>“vivemos muito os problemas a dois, não passamos nada para fora” E10</p> <p>“durante todo este tempo que passamos a tentar engravidar não passamos nada para os pais dela, nem para os meus” E10</p> <p>“decidimos não contar a ninguém porque é mau estar sempre a ouvir, não te preocupes que há-de acontecer, isso faz estar sempre a lembrar e prejudica” E10</p> <p>“quando nos perguntam, respondemos por alto: andamos em consultas” E10</p> <p>“com amigos não, essas coisas falam-se cá em casa” E12</p> <p>“os meus pais e a minha sogra é que souberam e perguntaram se precisávamos de alguma coisa” E12</p> <p>“tirando algumas pessoas, não sabem, não estou para ouvir comentários que não quero ouvir” E13</p> <p>“só sabem as pessoas mais chegadas, os pais dela, os meus, o meu irmão e a irmã dela” E14</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente a familiares, amigos e conhecidos	Partilha	<p>“tentavam mostrar que estavam disponíveis, mas sem serem muito óbvios” E5</p> <p>“falava com naturalidade, não escondia” E9</p> <p>“eu tenho uma coisa muito boa, tenho uma família que me apoia muito(...) a gente apoia-se muito uns nos outros” E13</p> <p>“há uma necessidade de todos de eu ter filho, mas há apoio de todos” E13</p> <p>“eu tenho quem me conforte lá em casa, eu tenho uns bons alicerces” E13</p> <p>“tanto os meus pais como os dela sempre apoiaram” E14</p> <p>“com as pessoas chegadas sempre desabafamos, todos sabiam, não é coisa que se esconda” E16</p> <p>“nunca tive necessidade de esconder de ninguém” E17</p> <p>“a minha mãe tem sido impecável, tem-me dado muito apoio, a minha sogra e o meu sogro também” E19</p> <p>“falo muito com um amigo meu, desabafo um bocadinho com ele, é ele que me ouve e me empresta o ombro” E20</p> <p>“os nossos pais já nos disseram que eles estão lá para o que for preciso” E20</p> <p>“os amigos também nos apoiam, ninguém nos tem excluído e isso tem ajudado muito” E20</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Reacção inicial	<p>“foi difícil encaixar a ideia, se já tinha sido mãe uma vez porque é não conseguia engravidar uma segunda vez” E1</p> <p>“como se o mundo me caísse em cima” E1</p> <p>“não é uma fase fácil de se lidar” E1</p> <p>“foi estranho, não fazia sentido não conseguir outra vez” E2</p> <p>“eu nunca quis acreditar, eu tinha medo, muito medo..., eu nunca aceitei isso” E3</p> <p>“isso não ‘tá acontecendo comigo” E4</p> <p>“durante muito tempo não quis assumir” E5</p> <p>“nunca quisemos acreditar que tivéssemos problema” E10</p> <p>“pensei logo que havia um problema, do outro tinha sido tão fácil” E11</p> <p>“no fundo não me chocou muito, no fundo eu já tinha consciência que isso me podia acontecer, das irmãs da minha avó, que são 7, só 2 é que conseguiram ter um filho (...) até porque eu sabia que como o meu período não era regular isso podia influenciar” E13</p> <p>“pensei que fosse uma coisa do momento, que fosse natural” E16</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Preocupação	<p>“fiquei muito preocupado” E2</p> <p>“fiquei preocupada” E13</p> <p>“fico preocupada quando penso que é mais uma hipótese que se perdeu” E13</p> <p>“quando fiz os exames e vi que tinha alguma coisa errada é que comecei a ficar preocupada” E15</p> <p>“fiquei preocupado a pensar que podia haver mais qualquer coisa por trás” E16</p> <p>“fico apreensiva” E19</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Incompreensão	<p>“para que é que eu hei-de estar a transmitir o que eu estou a passar a uma pessoa, se essa pessoa não vai entender” E1</p> <p>“no início as pessoas diziam-me: não penses nisso, tu já tens uma filha” E1</p> <p>“as pessoas não sabem aquilo que nós sentimos cá dentro” E1</p> <p>“quem não passa, não sabe, estavam sempre a dizer, tens de ter calma, vais conseguir, não podes pensar nisso, não podes pensar nisso” E5</p> <p>“eu já não podia ouvir isso..., eu já não podia ouvir isso” E5</p> <p>“era a pior coisa que me podiam fazer, para mim era um suplício, eu a viver uma situação de completa desorientação e dizerem-me que eu não podia pensar nisso” E5</p> <p>“as pessoas não compreendem” E5</p> <p>“as pessoas dizem não penses nisso, mas é impossível” E9</p> <p>“as pessoas diziam, isso é ansiedade, mas eu sabia que não podia ser, o outro também foi programado, também andei a controlar e engravidei” E11</p> <p>“algumas pessoas diziam, já tens um filho, se tiver que ser ficas só com ele..., mas quando se quer muito” E11</p> <p>“estão sempre a massacrar, isso é que me magoa” E13</p> <p>“as pessoas têm pouco apoio na sociedade actual” E13</p> <p>“sempre dizem que não se pode pensar nisso porque é pior, mas é impossível não pensar nisso” E15</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Marginalização	<p>“os casais da infertilidade são marginalizados, porque incentivam-nos a ter filhos, o estado diz que somos um país velho, que não temos crianças, mas ao fim ao cabo cortam-nos as pernas... são valores elevadíssimos” E1</p> <p>“o estado devia participar muito mais, querer ser mãe não é um luxo, e os medicamentos da infertilidade deveriam ser mais acessíveis” E1</p> <p>“as pessoas olham-nos de cima abaixo como se fossemos diferentes dos outros... é como se não fizessemos parte deste mundo” E1</p> <p>“por um lado o governo queixa-se que a taxa de natalidade é baixa e por outro não apoia estas situações” E16</p> <p>“o nosso ministério da saúde devia dar apoios a quem não tem recursos” E16</p> <p>“este tipo de problemas não são uma prioridade em termos médicos..., somos umas pessoas que não conseguem ter filhos e por capricho vão ao médico..., não há qualquer tipo de apoio por parte de estrutura nenhuma” E20</p> <p>“na sociedade ainda não é visto como problema grave” E20</p> <p>“não é visto como uma condição que exige cuidados mais abrangentes” E20</p> <p>“nenhum dos tratamentos é participado” E20</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Injustiça	<p>“quando nos dias de hoje olhamos e vemos tantas crianças abandonadas..., isso para mim é muito difícil de superar” E1</p> <p>“uma pessoa anda anos e anos a tentar engravidar e depois uma mãe qualquer maltrata os seus filhos” E1</p> <p>“quando vimos tantas crianças abandonadas e mulheres a abortar..., são situações difíceis de aceitar e de digerir” E2</p> <p>“quando vejo crianças sendo abandonadas, mãe matando filho..., e eu sabendo que tenho tanto amor para dar” E3</p> <p>“incomoda-me quando vejo que aquelas gravidezes são indesejadas” E13</p> <p>“quando vê pessoas que têm uma data de filhos para não os tratar como deve de ser ainda fica pior” E14</p> <p>“...toca-me os orfanatos e as crianças para adopção...” E15</p> <p>“ver as pessoas com filhos que não os merecem..., e uma pessoa que quer tanto...” E19</p> <p>“e há pessoas que até se arrependem de ter engravidado, ou que engravidam por acidente, era bom...” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Revolta	<p>“Porquê comigo?...Porquê eu? Porque é que eu não tenho? É a minha revolta...” E1</p> <p>“sinto revolta, pensei porquê a mim e não aos outros” E2</p> <p>“senti uma grande revolta porque sempre fui extremamente saudável, tenho uma boa alimentação, sempre pratiquei desporto, nada que justificasse isto, não via o porquê” E5</p> <p>“pensava, porque é que eu não consigo, porquê eles e não eu?” E5</p> <p>“tive uma revolta com Deus” E5</p> <p>“sinto uma revolta interna muito grande, porquê eu?” E7</p> <p>“porquê a mim, porque é que isto me está a acontecer?” E11</p> <p>“porquê que só acontece aos outros e não a mim?” E19</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Esperança	<p>“vamos tendo alguma esperança” E1</p> <p>“a esperança é a última a morrer” E1</p> <p>“Deus não vai deixar a gente na mão” E3</p> <p>“eu tenho fé que ainda vou ter meu filho nos braços” E4</p> <p>“estou esperançado, a esperança é a última que morre, desistir nunca, nunca,nunca” E4</p> <p>“era impossível não ter esperança” E5</p> <p>“esperar que um dia funcione, somos optimistas, pensamos tentar até não conseguirmos continuar” E7</p> <p>“tenho mais esperança” E7</p> <p>“sempre senti que íamos ultrapassar a situação e que íamos ter o nosso filho” E10</p> <p>“a esperança é a última a morrer, devemos manter a esperança, vale a pena lutar pelo que queremos” E11</p> <p>“eu tenho muita esperança, talvez por isso eu lido tão bem com a situação” E13</p> <p>“enquanto houver hipóteses não entro em desespero” E13</p> <p>“a esperança é a última coisa a morrer” E14</p> <p>“mantivemos sempre a esperança” E14</p> <p>“eu mantenho a esperança que pode acontecer” E14</p> <p>“a esperança está sempre presente” E14</p> <p>“a minha esperança ainda está inteira” E14</p> <p>“a minha esperança está intacta” E14</p> <p>“sabia que mais tarde ou mais cedo íamos conseguir” E16</p> <p>“agora sinto uma grande esperança” E19</p> <p>“eu tenho esperança” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Desânimo	<p>“começo a pensar que nunca mais vou ser mãe, tem sido mau, muito mau mesmo... tenho-me sentido muito em baixo” E1</p> <p>“estou muito desanimada, aquela força que eu tinha no interior, aquela energia toda foi por água abaixo” E1</p> <p>“sinto-me desanimada, sem forças para continuar” E1</p> <p>“esgota, vai enchendo..., vai enchendo” E4</p> <p>“sentia sempre um bocadinho de desânimo” E16</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Castigo	<p>“será que estou a ser castigada?” E1</p> <p>“devo ter feito muito mal, pensava que Deus me estava a castigar” E5</p> <p>“agora quero e não acontece, é tipo castigo” E9</p> <p>“...merecia ter aquele problema” E9</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Sofrimento	<p>“tem sido mau, muito mau mesmo..., tenho-me sentido muito em baixo” E1</p> <p>“se as pessoas vissem o sofrimento que é de uma pessoa tentar e não conseguir” E3</p> <p>“para mim é doído isso” E4</p> <p>“dói muito..., dói muito” E4</p> <p>“é muito difícil” E10</p> <p>“eu sofro com ela, mesmo que tenha que ser ela a passar por tudo” E10</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Tristeza	<p>“sinto uma certa tristeza” E2</p> <p>“é uma tristeza” E4</p> <p>“cria muita tristeza” E7</p> <p>“eu sei que posso dar muito amor..., fico muito triste por não poder dar este amor” E7</p> <p>“eu fico triste porque eu quero tanto ter filhos e não posso” E7</p> <p>“tristeza porque não conseguia engravidar” E11</p> <p>“fiquei triste” E13</p> <p>“sinto tristeza..., sinto uma certa dor” E13</p> <p>“fiquei triste, fiquei triste, fiquei triste por ela” E14</p> <p>“sentia-me muito triste, cada vez que não deu é pior” E15</p> <p>“sinto tristeza de saber que se calhar não podemos partilhar essa felicidade os dois” E19</p> <p>“isso entristece-me muito” E19</p> <p>“sinto cá uma tristeza” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Inveja	<p>“era a inveja porque via os outros casais a engravidar” E11</p> <p>“quando via uma grávida pensava como gostaria de ser eu e sentia uma pontinha de inveja” E17</p> <p>“olho sempre com um certa inveja,e se fosse comigo?” E19</p>
Implicações psicológicas	Sentimentos relativamente à situação de infertilidade	Domínio	<p>“estou sempre a pensar naquele assunto” E1</p> <p>“não há nada que não se faça a pensar, a pensar nisso...acaba sempre por ir tudo bater àquela situação” E2</p> <p>“qualquer coisa serve para ela se lembrar” E2</p> <p>“o que é que ela faz enquanto está à espera... é estar sempre a matutar naquilo, porque é que não consegue, porque é que não consegue” E2</p> <p>“eu não vivia o dia a dia sem pensar” E5</p> <p>“era inevitável, eu pensava constantemente naquilo..., sabia que era um exagero, mas não conseguia evitar” E5</p> <p>“uma pessoa não consegue deixar de pensar naquilo” E9</p> <p>“já há muito tempo o mais importante é ter um filho” E19</p> <p>“estou sempre a pensar, muito, muito, a maior parte do tempo sim” E19</p> <p>“a nossa preocupação é diária, quando tomas o comprimido, qual é o comprimido, até quando, a que horas, quando é a consulta, todo o tempo que podia ser livre é ocupado a pensar nisso” E20</p> <p>“tudo gira à volta desta situação” E20</p> <p>“controla muito a nossa vida, eu estou sempre a pensar nisso” E20</p>
Implicações sociais	Relacionamento conjugal	Aproximação	<p>“há mais interação entre nós, acabamos por ficar um pouco mais amigos” E2</p> <p>“a gente se aproximou” E3</p> <p>“a única coisa boa é que nos uniu muito” E5</p> <p>“passar por esta grande dificuldade juntos foi uma grande união” E5</p> <p>“não converso tanto nem partilho tanto como com ele” E5</p> <p>“acho que nos tornámos mais amigos que nunca” E5</p> <p>“nós continuamos a conversar e isso torna as coisas mais fáceis” E8</p> <p>“melhorou a nossa comunicação, sim, falamos muito mais” E8</p> <p>“houve um reforço, há mais compreensão..., estou mais presente ao lado dela” E14</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“começou a haver uma cumplicidade maior, mais profundo” E15</p> <p>“cria uma afinidade maior porque a gente se abre mais sobre o que a gente está a sentir” E15</p> <p>“como casal serviu para nos juntarmos ainda mais pela força que dávamos um ao outro” E16</p> <p>“modificou para melhor” E18</p>
<p style="text-align: center;">Implicações sociais</p>	<p style="text-align: center;">Relacionamento conjugal</p>	<p style="text-align: center;">Afastamento</p>	<p>“se eu não tivesse Deus o meu casamento já tinha ido por água abaixo, nós passamos por muitas situações difíceis, muitas mesmo” E3</p> <p>“é difícil conversar, a gente tem medo de se magoar, tem muitas coisas que eu não posso falar para ele, que ele pode se magoar, ou ele falar para mim, principalmente ele falar para mim, porque o problema está comigo, então eu acho que ele tem mais medo de conversar, por isso ele não conversa tanto comigo” E3</p> <p>“tinhamos discussões enormes, como era dia eu ia para a cama às 10, que era para nos despacharmos, depois ele chegava tarde, ou entretinha-se no computador, ou queria ficar a ver futebol, e eu ficava furiosa. Eu dizia, tu não vens para a cama?..., parece que só eu é que quero ter um filho, tu não queres!” E5</p> <p>“quando eu tentava pôr no ar mais calma, mais tranquilidade, para ela não pensar tanto naquilo, ela virava-se para mim e dizia, parece que não estás com entusiasmo nenhum e parece que não me estás a dar apoio nenhum, parece que não estás com vontade. Isso custava-me porque era ao contrário” E12</p> <p>“houve algumas zangas de casal, ela estava mais sensível, eu ando mais cansado” E12</p> <p>“a gente discutia muito e reclamava, eu tenho excesso de peso, ele estava sempre a dizer, tens que emagrecer” E15</p> <p>“transmite-se no relacionamento, quando ele pergunta o que é que tu tens, dá vontade de responder, olha lá tu não sabes o que é que eu tenho?” E15</p> <p>“a pessoa fica de mau humor e nesses dias as coisas ficam mais tortas” E15</p> <p>“acaba por sobrar para ele que não tem culpa” E15</p> <p>“quando vou dar uma volta..., muitas vezes ela não compreende a situação..., quer-me sempre ao pé dela” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p>Implicações sociais</p>	<p>Relacionamento sexual</p>		<p>“não funciona porque as horas marcadas para ter relações sexuais..., há sempre uma quebra tanto de parte dele como da minha” E1</p> <p>“é difícil...cada vez que tenho que ter relações sexuais alguma coisa não corre bem” E1</p> <p>“eu não tenho vontade, ou não me entrego totalmente, ou ele não tem ereções como deve ser” E1</p> <p>“quando chega o período da ovulação (...) as coisas funcionam sempre mal” E1</p> <p>“fora disso [dos periodos de tratamento] as coisas funcionam bem” E1</p> <p>“programar as relações para certos dias acaba por interferir, não é uma coisa natural, mas imposta, não é a mesma coisa” E2</p> <p>“é como uma pessoa ir almoçar ao meio-dia porque é obrigada, mesmo que não tenha fome” E2</p> <p>“é difícil para um casal..., hoje é dia sim, hoje tem que..., mas tem dias que você não quer..., só de saber que vai fazer para engravidar já é terrível” E3</p> <p>“a médica diz, se não apetecer não faz, mas como não vai fazer, é dia sim tem que fazer” E3</p> <p>“acaba prejudicando, fica difícil, tem dias que é meio por obrigação” E3</p> <p>“quando ele começa, estou com sono, eu falo, tem que ser” E3</p> <p>“a nossa vida sexual ficou um caos, um caos, era a hora marcada, era o dia, era a posição, era a temperatura” E5</p> <p>“era um martírio saber que está quase a chegar a data, é esta semana” E5</p> <p>“era horrível, um desgaste total, enorme” E5</p> <p>“era só na época fértil, já não havia vontade, era muito raro” E5</p> <p>“é desgastante, a última coisa que queremos é ter hora marcada, sitio, posição, agora não me mexo meia hora..., era um disparate, mas não conseguimos evitar” E5</p> <p>“a nossa satisfação sexual era relativa..., não havia espontaneidade, não havia, não havia, era horrível, era mesmo horrível” E5</p> <p>“nas relações sexuais não há espontaneidade, até perder a vontade” E9</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“uma pessoa não sentir vontade naquele dia e ter de ter relações, às tantas começa-se a deinteressar e começa a fazer por obrigação” E9</p> <p>“estávamos sempre a tentar e às tantas já nem se vê aquilo, não tem desejo, não tem satisfação” E9</p> <p>“nós falávamos e era dos dois, mexeu bastante” E9</p> <p>“quando ela levava as injeções tinha que levar até ao fim aquele esforço, não ia prejudicar a saúde dela sem benefício nenhum” E10</p> <p>“quando ela dizia é hoje, simplesmente fazíamos para atingir um objectivo” E10</p> <p>“quando fiz o Puregon® fiz o exame e a médica disse, já fez a ovulação, vá para casa, vá buscar o marido e têm de brincar muito hoje e amanhã de manhã” E11</p> <p>“as mulheres nem sempre têm vontade e para mim era mesmo forçado, tinha que pensar que era uma tentativa, a única maneira de engravidar (...) é fechar os olhos e pensar que é uma coisa boa e que é para a minha felicidade, mas é muito complicado” E11</p> <p>“senti-me psicologicamente afectada..., quando uma pessoa tem que fazer coisas forçadas, que temos mesmo que fazer, quando mexe com as relações sexuais que têm que ser programadas..., isso é que mexe” E11</p> <p>“na primeira vez até me deu um papel com os dias (...) eu chego a dizer a ele, olha tens aqui um calendário para as relações, isto é que mexe muito connosco porque nem sempre estamos com vontade e naquela altura temos mesmo que fazer” E11</p> <p>“chegava a pontos que ela tinha que ter um bocado de paciência, que eu não sou de ferro” E12</p> <p>“sente-se muita responsabilidade, é como eu digo um amor encomendado, mas até à data lidamos bem com isso, naquele dia aproveitamos para fazer qualquer coisa especial” E13</p> <p>“tentamos fazer de uma forma o mais natural possível, sabendo que naquele dia tem que ser” E14</p> <p>“uma coisa piorou, a nível sexual é uma porcaria” E15</p> <p>“é por obrigação, e por obrigação não tem piada nenhuma” E15</p> <p>“isso é muito chato e desgasta, antes não convém fazer</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>para ter espermatozóides, naqueles dias do mês tem que ser..., é repetitivo aquele ciclo” E15</p> <p>“não apetece, mas a gente sabe que tem que ser” E15</p> <p>“às vezes ele não tem a ‘resposta’ que teria se fosse um dia normal” E15</p> <p>“não é fácil (...) no dia a dia, sinceramente há dias que é o que menos apetece, mas mesmo assim é obrigado” E16</p> <p>“uma pessoa sabe que se não faz é mais um mês que fica à espera, isso é um esforço” E16</p> <p>“lidamos muito mal, muito mal mesmo” E19</p> <p>“afecta a ele e afecta-me a mim, fico de uma maneira que não dá, é muito complicado” E19</p> <p>“foi desde que começaram as consultas e os tratamentos” E19</p> <p>“ver se é o periodo fértil, fazer ecografia, ver se tenho folículos, tomar a injeção, depois ter relações sexuais é horrível” E19</p> <p>“uma pessoa não está a fazer uma coisa não é por prazer, é por estar a pensar no resultado” E19</p> <p>“a pessoa não está ali, só pensa se aquilo vai resultar nalguma coisa” E19</p> <p>“é tão complicado que chega ao ponto de ele se sentir constrangido e já nem ele tem interesse porque a pessoa está ali, mas não está” E19</p> <p>“é complicado, a pressão não ajuda(...) estar a fazer mecanicamente, às vezes não corre bem, já aconteceu de nos chatearmos” E20</p> <p>“é complicado, é difícil de lidar” E20</p> <p>“eu já tenho gravado na cabeça 13º, 14º e 16º...” E20</p>
<p style="text-align: center;">Implicações sociais</p>	<p style="text-align: center;">Realização das actividades da vida diária</p>	<p style="text-align: center;">Alterações</p>	<p>“mudei a alimentação, incluí a vitamina E porque li que era bom” E5</p> <p>“deixei de beber café” E5</p> <p>“deixei de praticar desporto” E5</p> <p>“ele não podia andar de bicicleta” E5</p> <p>“muita coisa mudou” E5</p> <p>“tentamos viver com mais calma, reduzir o stress” E8</p> <p>“a nível de tempo é uma vida a ir constantemente a consultas..., para trás e para a frente” E10</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações sociais	Realização das actividades da vida diária	Ausência de alterações	<p>“não mudou nada, temos o mesmo ritmo de vida” E7</p> <p>“não houve alterações” E9</p> <p>“não alterei nada, continua tudo igual” E13</p> <p>“não tem havido qualquer alteração, está tudo normal” E14</p> <p>“não alterou em nada o nosso dia a dia” E17</p> <p>“não veio alterar nada” E19</p>
Implicações sociais	Realização das actividades da vida diária	Constrangimentos laborais	<p>“tenho dificuldade em vir às consultas” E1</p> <p>“tenho disponibilidade às sextas-feiras e tento conciliar marcando as consultas e os exames para sexta-feira” E1</p> <p>“eu não ‘tou trabalhando, eu ‘tou desempregada desde que eu comecei [os tratamentos], me desempreguei por causa disso” E3</p> <p>“perdeu o emprego porque a patroa não compreendeu” E4</p> <p>“lá na firma quase todo o dia eu estava saindo mais cedo, até que eu já não podia” E4</p> <p>“eu falava p`ro chefe que ia levar ela no médico e que ia chegar mais tarde, mas tinha que ir embora e ela ainda não tinha sido atendida” E4</p> <p>“eu tinha que ir embora porque me cobravam e não ia à consulta” E4</p> <p>“é complicado porque são horas de espera, no último dia estive lá desde as 8 da manhã à 1 da tarde, é complicado de se gerir profissionalmente” E5</p> <p>“as consultas, mais os exames, os tratamentos..., é constrangedor estar sempre a pedir no local de trabalho, amanhã vou chegar tarde outra vez” E5</p> <p>“quando uma pessoa trabalha e está muito ocupada é difícil passar uma manhã inteira na consulta” E7</p> <p>“é muito difícil quando a pessoa tem um trabalho e se preocupa com a vida profissional” E7</p> <p>“perturba um bocadinho no trabalho” E15</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Expectativas	Resolução rápida	<p>“esperava um milagre, eu chegava [à consulta] e engravidava logo nesse mês” E1</p> <p>“tinha o conceito que as consultas de infertilidade fossem tipo um milagre mesmo” E1</p> <p>“pensava que era chegar e ao fim de um mês conseguia logo” E1</p> <p>“conseguir dentro da maior brevidade, quando foi a primeira consulta, mais coisa menos coisa, e fica já... é mais ou menos a ideia que se tem” E2</p> <p>“esperava uma gravidez muito mais rápido” E2</p> <p>“queria tudo mais rápido para nós resolvermos a nossa situação” E4</p> <p>“quando ela falou que ia para aquela consulta eu achava que era tudo muito mais rápido” E4</p> <p>“quando ela começou a tomar vacinas na barriga eu achei que ia ser instantâneo” E4</p> <p>“esperava que fosse mais depressa, que de hoje para amanhã já está tudo resolvido” E13</p> <p>“achei que ia ser mais simples, que ia demorar menos tempo” E14</p> <p>“pensei que iam ter uma resposta muito rápida” E15</p> <p>“que as coisas andassem mais depressa” E20</p>
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Expectativas	Descoberta do problema	<p>“queria descobrir onde é que está o problema” E7</p> <p>“queríamos descobrir o problema existente” E10</p> <p>“esperava que descobrissem...” E13</p>
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Expectativas	Resolução do problema	<p>“queríamos resolver o problema, queríamos respostas” E8</p> <p>“que tivessem respostas para resolver o problema” E8</p> <p>“queremos informação e resolver o problema” E8</p> <p>“queria que resolvessem o problema e que ela engravidasse” E10</p> <p>“esperava que me resolvessem o problema” E11</p> <p>“esperava que me resolvessem o problema” E13</p> <p>“pensava que me iam resolver o problema, que eu conseguisse engravidar” E15</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Constrangimentos</p>	<p style="text-align: center;">Tempo de espera prolongado no dia da consulta</p>	<p>“é uma espera de horas” E2</p> <p>“deviam marcar a consulta para uma hora mais próxima..., uma pessoa chega aqui às 8 horas e sai daqui às 2 da tarde. Enquanto está aqui acaba por estar sempre a pensar naquilo...” E2</p> <p>“o que incomoda mais é a demora no atendimento, quando a gente vai na consulta perde todo o dia” E4</p> <p>“esperar toda a manhã por uma consulta..., essas horas não ajudam a estar bem” E7</p> <p>“uma vez tive uma consulta, estive 3 horas à espera, depois a médica disse para ir fazer ecografia, fiquei à espera mais 2 horas..., eu já estava num stress, não é justo deixarem uma pessoa à espera estas horas todas, isto não ajuda nada, quando sabemos que uma mulher quando engravida precisa de calma não faz sentido” E7</p> <p>“não é bom estar tantas horas num espaço tão fechado, isso não ajuda os doentes que precisam de ter um atendimento melhor para ajudar na doença, não tratar uma pessoa como uma pessoa que não tem vida pessoal ” E7</p> <p>“parece que só temos o problema que nos traz ao hospital e não temos mais nada para fazer” E7</p> <p>“às vezes temos que esperar 3 horas lá... isso devia ser melhorado” E8</p> <p>“venho para aqui de manhã, vou-me embora às tantas” E9</p> <p>“o problema é ter de estar aqui às 9 da manhã e estar aqui até à uma da tarde” E10</p> <p>“é muito tempo de espera das consultas, não deviam estar tanto tempo naquela sala de espera” E16</p> <p>“o tempo de espera no dia da consulta é muito complicado” E19</p>
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Constrangimentos</p>	<p style="text-align: center;">Tempo de espera prolongado entre consultas</p>	<p>“é muito tempo de espera, é muito tempo perdido” E1</p> <p>“perdi dois meses de tratamento porque a médica não tinha horário para me atender, outra vez não tinha pessoa para me fazer o exame” E3</p> <p>“é difícil ter de esperar..., é que o nosso tempo corre mais rápido que o das outras pessoas, cada mês que passa e a gente não fez tratamento é um mês que se perdeu, cada</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>dia que a gente perde parece um ano que a gente perdeu. Eu estou à espera à 9 anos” E3</p> <p>“eu ‘tou para entrar na fila para inseminação, também já é mais tempo que demora, mais uma fila” E3</p> <p>“essa espera, sempre esperando..., é de estarmos à espera de novo” E4</p> <p>“é sempre complicada a espera” E5</p> <p>“as consultas são muito espaçadas, 2 ou 3 meses, nós queríamos ir logo no dia seguinte” E8</p> <p>“demorou muito tempo [a obter respostas]” E8</p> <p>“foi uma grande espera, num ano temos muito poucas consultas, isso dá alguma frustração” E10</p> <p>“demorou muito tempo” E16</p> <p>“o tempo de espera entre as consultas, para fazer os exames” E19</p>
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Constrangimentos</p>	<p style="text-align: center;">Diagnóstico inconclusivo</p>	<p>“ainda não encontraram nada, só me dizem que o problema é psicológico... há momentos em que penso que não ando cá a fazer nada” E1</p> <p>“eu nunca soube de quem era o problema, nos exames nunca havia problema nenhum, estava sempre tudo bem, era impossível dizerem-me qual era o problema. É uma angústia, mais uma espera. Mais um exame, mais uma análise, era a angústia da espera e da incerteza” E5</p> <p>“foi um balde de areia, ninguém nos dizia nada, estava à espera de respostas que nunca tive” E5</p> <p>“não sabia o que me ia acontecer, quanto mais tempo, o que fazer mais, qual a fase seguinte..., a dúvida..., a incerteza” E5</p> <p>“ninguém me dizia, não sabia...” E5</p> <p>“aquela falta de noção de qual era o problema, eu antes queria ter um problema e resolvê-lo do que não saber o que fazer” E5</p> <p>“mesmo agora o problema ainda não foi detectado, foram corrigidas algumas situações, mas o problema nunca foi detectado” E10</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Constrangimentos	Funcionamento da consulta	<p>“há sempre muitas grávidas à espera, a sala de espera é comum e devia de ser diferente. É um choque muito grande estar ali a constatar que os outros conseguem” E1</p> <p>“chamavam o nome da pessoa para a consulta de infertilidade, ouvir dizer infertilidade assusta e as pessoas ficam a olhar para mim” E1</p> <p>“as condições [da sala de espera] estamos nós e outras pessoas com outros problemas...devia ser uma área mais reservada” E5</p> <p>“é um pouco constrangedor ir ao <i>guichet</i> e dizer que vinhamos para a consulta de reprodução..., era uma vergonha..., devia ser uma zona privada” E5</p> <p>[na sala de espera] “algumas das outras mulheres estão grávidas, deviam melhorar isso..., ela fica incomodada” E8</p> <p>“é um caos, sem condições nenhuma, cheio de grávidas, na última vez nem tinha cadeira para me sentar, sem ar...” E11</p> <p>“uma das coisas que mais me custa quando aqui venho é estar ao pé das grávidas” E13</p> <p>“uma vez fui ver a literatura e era tudo como tratar do seu filho, como tratar da gravidez, os primeiros meses do bebé, os primeiros meses da mamã..., para quem ia à consulta de infertilidade não havia nada” E13</p> <p>“se houvesse uma sala de espera só para a consulta de infertilidade se calhar havia diálogo, que é coisa que não há, ninguém fala com ninguém, é incrível” E13</p> <p>“as cadeiras estão postas da maneira mais estúpida, tudo virado para a frente, para a televisão, deviam estar em círculo para as pessoas comunicarem” E13</p>
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Suporte/Apoio desejado	Apoio psicológico profissional	<p>“para conseguir perceber melhor as coisas e de levar as coisas melhor e conseguir ajudá-la melhor” E2</p> <p>“ajudava para eu lidar melhor com ela, para a ajudar” E2</p> <p>“falta psicólogo, quando a gente ‘tá num desespero, a gente tem que falar” E3</p> <p>“precisa do psicólogo, eu sinto falta disso, não sei se iria ajudar, mas eu creio que sim” E3</p> <p>“nos hospitais devia ter mais orientação, mais com quem falar..., que ouve..., como é que se diz... psicólogos, para dar orientação” E4</p> <p>“para tirar dúvidas..., e tirar o que ficou aqui dentro...” E4</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“pensei muitas vezes a nível particular em recorrer a um psicólogo..., é preciso alguém para nos orientar” E5</p> <p>“era muito importante, muito importante mesmo o acompanhamento psicológico, se não quase fundamental” E5</p> <p>“era bom que fosse oferecido no hospital, eu tinha ido” E7</p> <p>“a consulta de psicologia devia estar centrada no problema da infertilidade, com um profissional treinado para lidar com este problema” E9</p> <p>“acho que para ela tinha sido importante e para mim também tinha sido útil” E10</p> <p>“uma pessoa para conversar tinha sido muito bom, isso é que era muito bom” E11</p> <p>“podia dar uma ajuda, ela estava muito quebrada, andava stressada, esse apoio seria uma boa ajuda” E12</p> <p>“acredito que haja quem precise desse tipo de apoio, para quem seja muito importante o apoio psicológico” E13</p> <p>“de um psicólogo senti necessidade, acho que faz falta” E15</p> <p>“o hospital podia dar apoio psicológico, se houvesse um apoio para quando uma pessoa precisasse de falar acho que ajudava” E15</p> <p>“o acompanhamento psicológico também ajudava os maridos porque deve haver muita gente que deve começar às turras por causa disto” E15</p> <p>“é provável que ajude, no meu caso para ensinar-me a falar dos meus problemas, que eu tenho muita dificuldade” E20</p> <p>“é uma forma de tirar alguma pressão, algum desconforto e não parecer que estamos sozinhos” E20</p>
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Suporte/Apoio desejado</p>	<p style="text-align: center;">Grupos de ajuda</p>	<p>“eu acho que são os exemplos das outras pessoas, os exemplos de sucesso que encorajam” E13</p> <p>“eu ia lá perguntar como é que foi, quantos tratamentos fizeram, qual foi o que deu resultado” E13</p> <p>“podia haver encontros no hospital para pessoas com o mesmo problema poderem conversar, acho que isso ajudava” E15</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Suporte/Apoio desejado	Terapias complementares	<p>“era bom os hospitais trabalharem com organizações que tentam ajudar as pessoas que sofrem psicologicamente com uma maneira que não seja através de remédios” E7</p> <p>“podiam complementar com medicação natural, a acunpunctura também ajuda, divulgarem que há outras técnicas que ajudam..., isso eu acho que falta” E9</p> <p>“com um caminho destes para percorrer as pessoas ficam assustadas e se complementarem com Yoga ou acunpunctura acho que ajudava” E9</p>
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Profissionais	Fonte de informação	<p>“explicam-me tudo, tudo o que faço e todos os exames” E1</p> <p>“me explicou tudo” E3</p> <p>“tinha paciência para me explicar tudo” E5</p> <p>“fez desenhos, explicou tudo” E5</p> <p>“ganhei confiança porque estava informada” E5</p> <p>“vimos tirar dúvidas, há sempre coisas que não sabemos, e saber se está tudo bem” E10</p> <p>“sempre me explicou tudo e bem as coisas que eu perguntei” E11</p> <p>“explica sempre muito bem” E13</p> <p>“o médico explica (...) procuramos tirar dúvidas” E15</p> <p>“os médicos explicam tudo, nesse aspecto mostram uma grande abertura” E16</p>
Implicações do contacto com os Serviços de Saúde	Profissionais	Fonte de suporte/apoio	<p>“todo o apoio me foi dado” E1</p> <p>“destaco o tratamento deles, são muito acolhedores” E3</p> <p>“são muito prestativos, tratam bem as pessoas” E3</p> <p>“[a enfermeira] ela me ajuda, quando eu ‘tou triste ela vê logo” E3</p> <p>“[a enfermeira] se preocupa, conversou comigo, me levou para um lugar para eu não chorar na frente de todo mundo” E3</p> <p>“se preocupou com o meu sofrimento” E3</p> <p>“sempre muito simpáticas, muito bem dispostas o que foi mais fácil” E5</p> <p>“a ser tão carinhosas e afectuosas comigo” E5</p> <p>“a enfermeira dava-me a mão e dizia para eu estar calma e respirar, como eu não tinha ali ninguém meu, apesar de não me conhecer ajudou..., isso foi muito importante” E5</p> <p>“a enfermeira é excepcional, excepcional sempre, extremamente carinhosa, preocupada, sempre bem disposta</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>e isso transmite muita confiança” E5</p> <p>[a enfermeira] “sabia que eu era a ..., que o meu marido era o ...” E5</p> <p>“foi importante sentir a disponibilidade, se eu telefonasse para ela, [a enfermeira] ela atendia o telefone, se eu aparecesse ela falava comigo” E5</p> <p>“são muitas simpáticas, são muitas boas” E8</p> <p>“em termos de apoio aqui no hospital são impecáveis, são amorosas” E9</p> <p>“fazem um esforço imenso, são poucas e têm imensos doentes..., têm um horário muito sobrecarregado” E9</p> <p>“a enfermeira é adorável, mas as coisas não dependem dela, tem sempre que ir falar com a médica” E9</p> <p>“quando estava aflita chegava ao ponto de me meter no carro e vir cá e ficar à espera a ver se encontrava alguém” E9</p> <p>“aqui as pessoas são formidáveis, muito atenciosas, muito carinhosas” E10</p> <p>“com o tempo a pessoa começa a ficar conhecida, e cria-se uma relação” E10</p> <p>“sempre foi uma médica muito bem disposta, sempre alegre e com um sorriso” E11</p> <p>“há uma coisa muito boa na consulta, a minha médica é muito querida, e começamos a falar de assuntos que não têm nada a ver, acho que é uma maneira de ficarmos mais à vontade” E13</p> <p>“nestas consultas há muito factor humano” E13</p> <p>“a enfermeira é a pessoa mais presente, ela intercedeu por nós, se interessava” E15</p> <p>“com o tempo acabam por nos conhecer e se interessar, a gente cria uma empatia tão grande” E15</p> <p>“quero agradecer à enfermeira por ter ouvido a minha história (...) foi de uma amabilidade e disponibilidade” E19</p> <p>“a enfermeira é excepcional (...) chamou-me e foi impecável, disse para não desistir porque ainda à pouco tinha ido ver uma Maria que tinha sido feita com eles, que eu também havia de conseguir” E19</p> <p>“a diferença para a enfermeira é enorme, foi espectacular, é uma querida, é a boa disposição, é a disponibilidade dela” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Profissionais</p>	<p style="text-align: center;">Ausência de suporte/apoio</p>	<p>“os médicos deviam ter mais formação nesta área, para terem mais sensibilidade..., não compreendem o sofrimento” E5</p> <p>[os médicos] “não custava nada explicar mais as coisas, não senti de todo uma ajuda” E5</p> <p>“deviam ser mais humanos, mais carinhosos” E5</p> <p>“achei que éramos números, não que éramos pessoas com sentimentos, isso foi o pior” E5</p> <p>“a infertilidade não é só uma doença física, é muito psicológica a partir de uma determinada altura, e eu acho que não há acompanhamento nesse sentido” E5</p> <p>“as médicas aqui têm que perceber que isto é uma coisa que mexe muito com a parte psicológica” E9</p> <p>“não há grande apoio, mas precisamos imenso de apoio, uma pessoa não tem o número de telefone da médica, nem de ninguém daqui, se tiver uma dúvida com os tratamentos não pode ligar” E9</p> <p>“elas não ligam nenhuma às mulheres” E9</p> <p>“elas não têm paciência para ouvir” E9</p> <p>“a consulta é muito incompleta, estava à espera de mais apoio, mais tempo, de uma pessoa que dá conselhos em termos de alimentação e assim, faz muita falta” E9</p> <p>“é tudo muito virado para o comprimido, as estimulações e as <i>in-vitro</i>” E9</p> <p>“deviam ser mais humanos, mais carinhosos” E15</p> <p>“na consulta é tudo muito rápido..., é tudo muito rápido, não há grande abertura para a gente falar” E15</p> <p>“o médico era eficiente, mas com pouca relação, chegava lá, fazia o que tinha a fazer e vinha embora” E17</p> <p>“quantas vezes eu já sai de lá de dentro a dizer que não volto lá, com os médicos a relação é muito fria, é uma coisa muito a despachar, isso faz-me sentir muito revoltada” E19</p> <p>“faço questão de a acompanhar sempre..., mas é como se não estivesse lá, até acho estranho, às vezes até tento dizer alguma coisa, mas sinto-me ignorado, muito, 100%, nem me lembro da médica olhar para mim” E20</p> <p>“sou qualquer coisa que está ao pé dela, sou ignorado” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“os homens dos casais também é difícil, também queremos alguma atenção..., somos postos à parte” E20</p> <p>“conseguia dar uma consulta sem olhar para nós, só olhava para os papéis na secretária” E20</p> <p>“só o lado técnico é pouco, mesmo sabendo que ela é boa médica” E20</p> <p>“sinto falta de me explicarem tudo melhor” E20</p>
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Profissionais</p>	<p style="text-align: center;">Dificuldades</p>	<p>“eu achei aquilo cheio de mulheres, não cheguei a perguntar nada” E4</p> <p>“quando ia à consulta parecia uma palerma, eu sabia o que queria dizer e o que queria perguntar e chegava lá parecia uma palerminha, não sabia o que perguntar, não ouvia o que me diziam, não sabia nada, nem as datas dos comprimidos, nem o que tinha que fazer..., parecia uma totózinha” E5</p> <p>“nestas consultas os nervos são tantos, temos medo de estar a ser chatos ou incomodativos com os médicos, temos medo de perguntar, tipo aquela coisa que parece mal” E5</p> <p>“se não perguntamos não nos dizem e muitas vezes não perguntamos para não incomodar, e isso é prejudicial para nós” E5</p> <p>“as consultas eram muito rápidas, eu levava um papelinho para perguntar, mas não perguntava nada” E5</p> <p>“uma pessoa tem tantas dúvidas que até tem receio de estar a fazer perguntas às médicas” E9</p> <p>“as consultas são muito rápidas” E9</p> <p>“só de sabermos que o outro está com pressa, nem pergunta, nem fala” E15</p> <p>“às vezes eu tinha uma pergunta e só me lembrava quando saía” E15</p> <p>“o percurso que o paciente faz dentro do hospital chega a ser tão constrangedor como a situação de infertilidade” E17</p> <p>“é certinho sairmos do consultório e ela perguntar-me: -O que é que a médica disse?” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p style="text-align: center;">Profissionais</p>	<p style="text-align: center;">Significado da intervenção dos profissionais</p>	<p>“é a minha tábua de salvação, e o que me leva a acreditar que vou conseguir” E1</p> <p>“na parte técnica tenho tido um apoio extraordinário, têm sido excepcionais.” E1</p> <p>“só não fazem mais porque não podem” E1</p> <p>“com o tempo acabamos por criar um elo de amizade com o pessoal” E1</p> <p>“no aspecto técnico são muito competentes” E2</p> <p>“Deus colocou a doutora na minha vida para me dar a oportunidade de descobrir o meu problema” E3</p> <p>“Deus colocou os médicos aqui é para ajudar” E4</p> <p>“acho que fui muito bem acompanhada” E11</p> <p>“fui bem atendida” E11</p> <p>“a medicina está suficientemente avançada para resolver este tipo de problemas” E12</p> <p>“aos estudos que têm é descobrir onde é que está o problema e arranjar uma solução” E12</p> <p>“transmite-nos muita esperança e muita segurança” E13</p> <p>“olha para nós como pessoas normais, como se a infertilidade fosse a coisa mais natural do mundo” E13</p> <p>“procuro ajuda técnica, informações” E13</p> <p>“nós confiamos plenamente no médico, nós metemos a nossa vida nas mãos dele, quando vamos a uma consulta de infertilidade e a médica diz para fazer assim, eu aceito e faço assim” E13</p> <p>“não lhes escondemos nada, eles têm que retribuir a confiança” E13</p> <p>“não houve nenhum momento que não fosse importante” E13</p> <p>“espero simpatia, disponibilidade e competência” E14</p> <p>“me deram o tratamento para engravidar, a importancia foi a nivel técnico” E15</p> <p>“estava em boas mãos, nunca tive qualquer receio” E16</p> <p>“eu confiei nos médicos que nos ajudaram e sempre pensei que ou eram eles ou eu não conseguia” E16</p> <p>“demonstrar o envolvimento e da proximidade que ganham connosco, é extraordinario, nunca pensei que fosse assim” E16</p> <p>“ajuda era em termos técnicos” E17</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p>Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p>Procedimentos</p>	<p>Repercussões emocionais</p>	<p>“é uma angústia até às alturas de se fazer as ecografias para controlar a ovulação” E1 “[no inicio do ciclo] ganhamos uma força enorme, uma coragem enorme” E1 “[os tratamentos] provocam-me irritabilidade, alterações de humor, fico mais agitada” E1 “a maneira de ser altera-se... fica mais nervosa, mais irritada, ferve por qualquer coisa” E2 “dias antes de ir à consulta nota-se aquela ânsia” E2 “custa muito, consultas, pica daqui, pica dali, faz exames, faz ecografia, coisas que normalmente só se fazem uma vez por ano ela faz todos os meses” E2 “no momento que eu ‘tou fazendo os exames (...) fico mais irritada, mais nervosa” E3 “ele prefere não falar sobre o assunto, que é um bocado desagradável, desvia o assunto, diz que agora não interessa porque já está feito” E5 “na véspera já não durmo, fico a dizer, não vou aguentar” E5 “antes do exame já eu estou em sofrimento” E5 “o tratamento hormonal mexe com a parte psicológica, ia ficar toda alterada, mais irritada” E9 “custa-me fazer os tratamentos” E13 “é muito constrangedor fazer o espermograma” E18 “ela irrita-se comigo, anda muito irritadiça, depois do tratamento extremamente, extremamente” E20</p>
<p>Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p>Procedimentos</p>	<p>Repercussões físicas</p>	<p>“eu tenho a barriga parece um passador, toda cheia de marcas de agulhas, porque são doses atrás de doses” E1 “ela fez o tratamento e engordou, engordou demais” E4 “alguns exames foram muito difíceis, muito dolorosos” E5 “foi doloroso” E5 “tinha de tomar hormonas, engordar não sei quantos quilos” E9 “fazer o exame das trompas foi o que mais me custou, é horrível, nunca faria outro” E15</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p>Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p>Procedimentos</p>	<p>Constrangimentos económicos</p>	<p>“a título monetário, também é complicado porque as injeções são caríssimas” E1 “tenho feito muitos sacrifícios [para poder suportar os custos]” E1 “os tratamentos não são baratos” E2 “o tratamento é caro” E3 “tem meses que não tem dinheiro para fazer o tratamento” E3 “as injeções não são baratas, é um investimento..., vamos gastar aquele dinheiro todo à espera que dê frutos” E11 “é um tratamento que fica muito caro” E16</p>
<p>Implicações do contacto com os Serviços de Saúde</p>	<p>Procedimentos</p>	<p>Ausência de resultados</p>	<p>“mas quando chega ao dia... e não há ovulação, o mundo cai-nos outra vez em cima” E1 “já ando tão farta de cá andar” E1 “há momentos em que eu penso que não ando cá a fazer nada “ E1 “eu não vou lá fazer nada” E2 “é uma decepção, fiz a cirurgia, ‘tou fazendo tratamento, ‘tou tentando...” E3 “a mim custa-me mais fazer os tratamentos, as ecografias e ver que nada alterou, que ficou tudo igual, entro mais em desespero” E13 “frustada, cada vez que fazia uma ecografia..., não havia evolução” E15 “depois não se vê resultados..., é realmente muito frustrante “ E15 “estava cansada, tinha pensado em desistir, pelo menos dar um tempo, estava saturada” E15 “comecei a sentir que eles [médicos] podiam fazer mais, andou dois anos com o mesmo tratamento” E16</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">Dificuldades sentidas</p>	<p style="text-align: center;">Contacto com grávidas</p>		<p>“quando se está a tentar engravidar e não se consegue, estamos sempre a apanhar grávidas e criancinhas, parece que estamos a ser postos à prova, para ver se conseguimos resistir” E1</p> <p>“a minha cunhada está grávida...quando chego ao pé dela é uma revolta, porque ela conseguiu e eu não” E1</p> <p>“não encaro muito bem o facto de ver uma grávida, fico com uma tristeza enorme porque poderia estar naquela situação e não estou” E1</p> <p>“cada vez que vejo uma grávida desato a chorar e penso: - Porque é que a minha barriga não cresce?” E1</p> <p>“ela sofre, ver uma grávida e até ouvir a palavra grávida...” E2</p> <p>“agora a minha irmã teve um filho..., tem aquela coisa...,puxa,...ela casou à tão pouco tempo e já tem e eu...” E3</p> <p>“o que é mais difícil é ver pessoas grávidas..., a gente vê as pessoas sendo realizadas e a gente ainda não conseguiu, eu ainda não consegui” E3</p> <p>“a minha cunhada teve um bebé..., isso mexe, parece que a gente está ficando para trás” E4</p> <p>“parece que eu vejo que todos conseguem, só nós dois é que esbarrou” E4</p> <p>“à minha volta amigos e familiares todos têm às primeiras tentativas..., e começa a ser complicado de gerir” E5</p> <p>“foi uma altura muito desconcertante, porque via toda a gente a..., todos os meus amigos conseguiram à primeira, era uma mistura de felicidade e de tristeza” E5</p> <p>“é triste, nós temos muitos amigos com crianças e olhamos para as famílias... se tivéssemos tido quando começamos eles estariam crescendo juntos, estamos a ficar para trás” E8</p> <p>“quando uma amiga me aparecia a dizer que estava grávida... mexia comigo, às vezes dizia, que inveja eu tenho tua” E9</p> <p>“pensava, toda a gente consegue, só eu é que não consigo” E9</p> <p>“não apetece estar em sitios onde toda a gente está com bebés” E9</p> <p>“depois há mulheres que estão sempre a falar na</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>maternidade, não passam sem aquilo, não têm um bocado de sensibilidade” E9</p> <p>“não há paciência para aqueles anos de criancinhas..., há para quem também tem” E9</p> <p>“via as minhas amigas a engravidar” E11</p> <p>“quando via outros casais a ter filhos ficava mais triste” E11</p> <p>“ver mulheres grávidas faz-me pensar porque é que eu não ando com aquela barriga” E19</p>
<p>Dificuldades sentidas</p>	<p>Pressão externa para ter um filho</p>		<p>“a minha filha massacra-me a toda a hora, quer muito um irmão e acusa-nos porque acha que somos nós é que não queremos” E1</p> <p>“os amigos como sabem que eu tenho um afecto tão grande por crianças dizem, porque é que ainda não tiveste outro, agora é que estás na idade, mas tu não queres, gostas tanto de crianças que não se entende” E1</p> <p>“os meus pais dizem, porque é que não lhe dás um irmãozinho, porque é que não pensas em ter outro filho?” E1</p> <p>“mesmo sabendo que a gente está com problemas é terrível a cobrança do pessoal, da família, eles ficam dizendo, você não sabe como é bom ter um filho, vocês já deviam ter tido um filho, vocês estão perdendo tempo” E3</p> <p>“os que não sabem ficam dizendo, vocês ainda não têm filhos!?” E3</p> <p>“da parte da família dele tem muita cobrança, a mãe tem 9 filhos, cada um tem 5 filhos..., quando ligamos a primeira coisa que perguntam é, então você ‘tá grávida?’” E3</p> <p>“as pessoas continuam cobrando, a sociedade, eu oiço as pessoas falar, você vai ficar velha, quando engravidar vai ser avó do filho, isso dói” E3</p> <p>“ele fala para mim, eu quero um filho meu” E3</p> <p>“de 9 irmãos só eu não tenho filhos” E4</p> <p>“eu sou muito cobrado, é só ligar, e então ela está grávida?” E4</p> <p>“todos os irmãos têm filhos, então elas dizem, só falta o seu” E4</p> <p>“a minha mãe diz, falta vir meu netinho” E4</p> <p>“constantemente, montes de pessoas me dizem, então já</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>está na hora, estão à espera de quê, então e os meninos..., isso vai magoando, vai doendo..., é muito cruel, custava muito... dizíamos talvez para o ano” E5</p> <p>“as pessoas estão sempre a falar no mesmo, então já estás, então foi desta, chega a um ponto que cansa, já chega, não me digam nada, não me falem mais sobre filhos!” E11</p> <p>“havia pessoas que perguntavam, então quando é que vem outro?” E12</p> <p>“é sempre..., é sempre, principalmente as pessoas que não sabem, estão sempre a perguntar de que é que estão à espera, então ainda nada?” E14</p> <p>“os sogros querem netos e depois é sempre a perguntar, como é que é, como é que está..., sempre com aquele ar” E15</p> <p>“a familia toda, todo o mundo quer muito, não há sobrinhos...” E15</p> <p>“a pressão continua, sabiam que estávamos tentando e perguntavam, então quando é que vem a cegonha, era a frase mais concorrida. Aí eu ficava mesmo baixo astral” E15</p> <p>“quando eram pessoas mais próximas aí sentia o tal peso, a tal pressão” E15</p> <p>“pessoas mais afastadas notava-se o perguntar com sentido perjurativo, aí sentia-me mal, mesmo chateado, mas não demonstrava, pessoas que fazem estes comentários não merecem saber dos problemas” E16</p> <p>“quando me faziam daqueles comentários, então quando é que se despacham, ficava picado, a sentir-me apontado” E18</p> <p>“pessoas a perguntar, então o que estão à espera para ter filhos, é uma constante, é complicado” E19</p> <p>“é uma pergunta normal que faz parte do cumprimento de pessoas que já não vemos à muito tempo, olá como estão, então e meninos? Começo logo a chorar” E19</p> <p>“é difícil pela pressão social, quando encontramos alguém amigo e vem sempre aquela pergunta, então quando é que vêm os bebés?” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p>Dificuldades sentidas</p>	<p>Ciclo de Esperança/ Desapontamento</p>		<p>“antes da ovulação estou nos picos de energia, sou a maior e vou conseguir. Depois começa a descer, quando faço as ecografias e dizem que ainda não é desta. Quando vejo que não consigo engravidar eu entro no descalabro, mais um mês à espera, a factura outra vez, mais injeções, mais dias marcados para ter relações...” E1</p> <p>“quando vem a menstruação vou para a casa de banho e começo a chorar” E1</p> <p>“quando vem o período é traumático, é traumático, custa-me ver todos os meses que ela não consegue engravidar” E2</p> <p>“é terrível aquela expectativa, estou toda esperançosa... depois o teste vem negativo..., eu continuo tendo a mesma decepção” E3</p> <p>“é terrível, estou tão ansiosa naquela altura que está para vir ou não vir, de ‘tu não ‘tu” E3</p> <p>“p`ra mim é um drama cada vez que ela vai ao médico, cada vez que ela faz o tratamento (...) vem aquela necessidade de ter relações, aí você espera aqueles dias, depois ver que vem o período” E4</p> <p>“todos os meses era um martírio” E5</p> <p>“nos dias em que me aparecia a menstruação era terrível, eu era capaz de passar, desde que chegava a casa até me deitar, todo o tempo a chorar “ E5</p> <p>“quando aparecia a menstruação era muito complicado, desabava tudo, chorava horrores, era mesmo difícil” E5</p> <p>“eu pensava, voltei à estaca zero, começar os comprimidos, as temperaturas, de fazer contas de quais os dias em que se tem que fazer” E5</p> <p>“era a angustia de, acabou o caminho de sonho e volta tudo ao inicio” E5</p> <p>“enquanto eu estava à espera tinha esperança” E5</p> <p>“é um ciclo de alegria e de tristeza que se repete..., é uma repetição de sofrimento” E7</p> <p>“todos os dias que chega aquele dia do período, era sempre um dia que ficava estragado” E9</p> <p>“todos os meses há uma esperança, e depois todos os meses se leva com um balde de água fria quando se vê</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>que afinal não acontece..., é horrível” E9</p> <p>“supondo que há um mês que os sinais se atrasam começo a pensar, oh meu Deus é este mês..., mas não era...” E9</p> <p>“depois de fazer tudo, depois a menstruação aparece, aí então é que cai tudo, a pessoa fazer aquilo tudo e no fim foi tudo em vão” E11</p> <p>“aquela ansiedade, está para chegar o dia, vem não vem, e depois quando vem pensamos que fizemos este esforço e no fim não deu em nada” E11</p> <p>“fica triste e desmotivada quando vem a menstruação, sabe que não ficou grávida” E14</p> <p>“enquanto está fazendo o tratamento... no inicio há uma esperança muito grande que seja daquela vez, se o período se atrasa ficamos na maior..., depois ele vem..., sofremos de novo porque começa tudo de novo..., são picos, é passar da esperança e da euforia para um desânimo muito grande” E15</p> <p>“todos os meses começávamos a tentar, quando me aparecia o período era desolador, ver que tínhamos falhado uma vez mais” E17</p> <p>“era difícil aqueles meses em que havia a notícia que não estava” E18</p> <p>“acontece, não acontece, é hoje, é amanhã e não é nunca, isso deixa-me transtornada” E19</p> <p>“todos os meses invento qualquer coisa, parece que o meu corpo está diferente, é impressionante, depois chega aquele dia e aparece o período..., aí é mau..., é mais uma confirmação de que ainda não foi desta vez” E19</p> <p>“todos os meses tenho a esperança de que se vai conseguir e depois quando chega o periodo é mais uma desilusão” E19</p> <p>“cada vez que ela tem a menstruação, eu só queria que a médica estivesse lá para ver..., é muito complicado” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Principal preocupação	Não realização do desejo		<p>“preocupa-me muito estar neste barco e chegar ao fim e não conseguir... é essa a minha principal preocupação, não conseguir engravidar” E1</p> <p>“a minha preocupação é que depois de todos estes anos de luta não conseguirmos realizar o nosso sonho” E3</p> <p>“tenho medo que ela não consiga mesmo engravidar” E4</p> <p>“era não conseguir engravidar” E5</p> <p>“é o medo de tentar novamente... e não funcionar” E7</p> <p>“a minha principal preocupação é nunca conseguir engravidar” E9</p> <p>“o meu grande receio era se o tratamento não vai dar em nada” E11</p> <p>“eu só tenho medo de não conseguir” E13</p> <p>“o facto de podermos não conseguir” E16</p> <p>“demorar muito tempo até resolver a situação” E17</p> <p>“sempre com medo da resposta, já tentamos tudo e não pode ser” E19</p> <p>“a minha principal preocupação é ter um problema que me impeça mesmo de ter filhos” E19</p>
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	Coping vigilante	Relativizar	<p>“vou sempre à net tentar descobrir..., 5 ou 6 dias por semana faço buscas de testemunhos com casos idênticos ao meu, situações que possam ajudar a resolver” E1</p> <p>“podia ser pior, porque ainda há a felicidade de já termos uma criança” E2</p> <p>“descobri um fórum na net e aí partilhava dúvidas, angustias, questões com mulheres que entendiam porque estavam a passar pelo mesmo” E5</p> <p>“depois algumas conseguiam positivo, e isso era mais uma força, porque elas eram mulheres que também tinham tido problemas e estavam a conseguir realizar o sonho” E5</p> <p>“cada positivo que eu via era uma vitória para mim, porque eu achava que eu também havia de conseguir” E5</p> <p>“sentimos que não estamos sozinhos, que estas coisas também acontecem aos outros” E8</p> <p>“levar isto como uma coisa natural, que hoje em dia é comum, que acontece a mais gente, que não é só a nós, ajuda a pensar que não somos assim tão inferiores” E9</p> <p>“tratar como uma coisa natural para uma pessoa não se</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>sentir estranha e não achar que não é igual aos outros” E9</p> <p>“eu não quero viver no sofrimento de não ter, quero viver a minha vida, para mim nada é sofrimento” E13</p> <p>“nunca pensar nas coisas pelo lado negativo” E13</p> <p>“sabemos que há muita gente que também teve este problema e que com tratamentos conseguiu” E14</p> <p>“tinha umas amigas a tentar engravidar ao mesmo tempo e que não conseguiam, com quem partilhava esses sentimentos e isso ajudou-me” E17</p>
<p>Estratégias utilizadas para lidar com a situação</p>	<p><i>Coping vigilante</i></p>	<p>Manter-se ocupado</p>	<p>“... ocupar-me o suficiente para distrair a minha mente (...) não estar sempre a pensar se é hoje, se é amanhã” E1</p> <p>“foi tipo uma terapia para não pensar tanto no meu problema de infertilidade, foi um escape para ocupar a minha mente” E1</p> <p>“foi uma dádiva ter-me aparecido este trabalho” E1</p> <p>“tento manter-me o mais ocupado possível, trabalhar, ler o jornal, ver televisão, coisas que às vezes nem são horas próprias, mas é só para desanuviar” E2</p> <p>“vou trabalhar para esquecer” E7</p> <p>“mergulho no trabalho para não pensar” E7</p> <p>“durante o dia a gente nem pensa nisso” E12</p> <p>“precisava fazer coisas para não pensar, ler, ouvir música” E15</p> <p>“afundei-me no trabalho” E15</p> <p>“mudámos de casa e eu não parava, estava sempre ocupado, só parava para me deitar” E16</p> <p>“o trabalho ocupa-me, não tenho tempo para ficar parado a pensar nisso” E16</p> <p>“vou andar de mota, aproveito algum bocadinho para fazer o que eu gosto, vou dar uma volta e sabe-me muito bem” E20</p> <p>“arranjámos dois cãesinhos, temos dois bebés, tomamos conta deles, temos companhia e ocupam-nos algum tempo” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	<i>Coping vigilante</i>	Negação	<p>“eu não assumo perante o mundo, nem perante mim mesma que tenho um problema de infertilidade, eu só penso que seja um desvio, qualquer coisa psicológica... é um escape para eu não acreditar que eu não possa vir a ser mãe” E1</p> <p>“eu não acreditava, eu falava, eu não acredito” E3</p> <p>“durante muito tempo eu não quis assumir que tinha um problema” E5</p> <p>“inventava desculpas, que estava nervosa, que era normal” E5</p> <p>“sempre que eu andava a pesquisar e aparecia a palavra infertilidade eu fechava o ecrã ou virava a pagina” E5</p> <p>“não queria admitir que tinha um problema e que tinha que recorrer a alguém para me ajudar” E5</p>
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	<i>Coping centrado no problema</i>	Tomar iniciativa para resolver o problema	<p>“eu ‘tou fazendo tratamento, a minha parte eu ‘tou fazendo” E3</p> <p>“a gente tem que ter consciência, eu tenho um problema, a partir de agora é lutar contra...lutar” E3</p> <p>“vamos ter que fazer o tratamento mesmo, certinho” E3</p> <p>“a gente não pode fugir da realidade, temos que enfrentar isso, temos que batalhar por isso” E4</p> <p>“assumi que tenho alguma coisa e tenho que fazer alguma coisa por isso” E5</p> <p>“recorri à acunpunctura para tratar a infertilidade e para tentar acalmar e ficar mais tranquila, para ajudar e para me trazer alguma paz e tranquilidade” E5</p> <p>“fiz acunpunctura para regular o meu período” E7</p> <p>“faço exercício, e pode ajudar porque o corpo cria umas hormonas que ajudam a sentir bem, quando acabo, o meu corpo e a minha cabeça sentem-se melhor” E7</p> <p>“procuramos os médicos” E8</p> <p>“ela fez acunpunctura e isso acalmou-a, ela sentiu-se muito melhor” E8</p> <p>“o melhor era a gente optar pela adopção, fomos tratar dos papéis e tudo” E9</p> <p>“ao fim de pouco tempo pus em marcha o que precisava para tentar resolver o problema” E17</p> <p>“se podemos fazer, se há maneira de fazer, então devemos fazer” E18</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">Estratégias utilizadas para lidar com a situação</p>	<p style="text-align: center;"><i>Coping</i> centrado no problema</p>	<p style="text-align: center;">Procura de suporte/apoio</p>	<p>“procurei um psicólogo, fiz terapia mesmo” E1</p> <p>“vou à missa quando estou mais em baixo” E1</p> <p>“vou pedir... se Ele existe que me proteja, que me guarde, que me dê uma ajuda” E1</p> <p>“recorro à fé nas alturas críticas e já Lhe pedi que me concedesse a graça de ser mãe outra vez” E1</p> <p>“tornei-me mais praticante, vou à missa para procurar apoio para este problema” E2</p> <p>“costumo pedir-Lhe apoio para ultrapassar esta situação” E2</p> <p>“eu sou evangélica, eu creio em Deus e creio que ele vai me dar esse filho” E3</p> <p>“Deus está me ajudando” E3</p> <p>“não posso perder a minha fé, é ela que me move” E3</p> <p>“a minha vizinha..., é com ela que eu converso mais..., é a minha confidente, quando eu não me sinto bem, se eu precisar de falar eu falo, se eu precisar de chorar eu choro” E3</p> <p>“fui a um psicólogo, mas era muito caro... e fez-me sentir pior” E7</p> <p>“falo com a minha irmã e a minha mãe” E8</p> <p>“fui a um psicólogo, mas não me fez bem, não dei continuidade” E9</p> <p>“quando estava pior falava com a minha irmã, ela ajudava-me, com ela nunca sentia cobrança” E15</p>
<p style="text-align: center;">Estratégias utilizadas para lidar com a situação</p>	<p style="text-align: center;"><i>Coping</i> centrado no problema</p>	<p style="text-align: center;">Procura de informação</p>	<p>“ler, ler muito... livros que me ajudem a compreender, é um escape” E1</p> <p>“tento ler tudo sobre o assunto” E2</p> <p>“vamos procurar à net, os dois ou sozinhos” E2</p> <p>“tenho que saber tudo, eu tenho que saber tudo para me preparar” E5</p> <p>“não passava um dia sem ir à net pesquisar, sem descobrir mais qualquer coisa” E5</p> <p>“fiz uma busca na internet” E7</p> <p>“a informação é fundamental” E7</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>“procuramos informação na internet” E8</p> <p>“ler livros” E8</p> <p>“preciso de ter informação por isso procuro na internet e nos livros, torna as coisas mais fáceis de compreender” E8</p> <p>“procurava imensa informação, estava sempre na internet” E9</p> <p>“saber quais são as alternativas para resolver o problema” E10</p> <p>“comprei um livro, porque queria saber mais coisas” E11</p> <p>“li muito para saber o que se passa connosco, eu estava a falar com a médica e a dada altura parecia que estávamos a falar chinês” E13</p> <p>“vou-me informando quero saber do que é que estou a falar, do que eu tenho, mas quando tenho tempo” E13</p> <p>“procurava muita informação, mesmo no emprego quando tinha um bocadinho ia logo para a internet pesquisar, neste caso a internet foi bastante útil” E16</p> <p>“leio livros, revistas, tudo o que apanho” E19</p>
<p>Estratégias utilizadas para lidar com a situação</p>	<p>Coping centrado na emoção</p>	<p>Descarga emocional</p>	<p>“exteriorizo os sentimentos, choro muito” E1</p> <p>“dou em gritar, grito imenso” E1</p> <p>“chorei..., chorei, saí chorando” E3</p> <p>“eu choro, me descabelo” E3</p> <p>“..., só chorava” E3</p> <p>“tem dias que eu vou p`ra casa de banho e choro, nos dias que recebo a noticia” E4</p> <p>“chorei, aí eu chorei mesmo” E4</p> <p>“eu era capaz de ficar chateada, refilar e mandar vir, de deitar a casa abaixo” E5</p> <p>“à mínima coisa estoiro, em casa, no trabalho, agora tento fugir, tento sair de ao pé das pessoas (...) expludo mais facilmente” E16</p> <p>“se começar a pensar dá-me logo vontade de chorar” E19</p> <p>“ela não consegue controlar a explosões dela” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	<i>Coping</i> centrado na emoção	Distanciamento	<p>“já tentei desistir várias vezes de vir às consultas de infertilidade” E1</p> <p>“não falava com ninguém, queria afastar-me de tudo e de todos” E1</p> <p>“não desabafo com ninguém” E2</p> <p>“eu ia desistir, eu falei, eu não aguento mais, eu vou desistir porque todo o mês é isto, começa tratamento, faz exame..., negativo” E3</p> <p>“ultimamente já tínhamos posto na cabeça que não iam escolher dias, nem horas, nem nada” E5</p> <p>“eu não gosto de falar, a falar eu sinto-me pior” E7</p> <p>“procuro não falar muito sobre isso” E9</p> <p>“é esquecer, pensar noutras coisas..., no fundo o mecanismo é esquecer” E10</p> <p>“no dia a dia esqueço” E10</p> <p>“a melhor coisa que nos podem fazer é não falar no assunto” E13</p> <p>“tentava não pensar nisso, evitava ao máximo” E15</p> <p>“às vezes nem falava com ninguém, não gosto de falar sobre isto” E15</p> <p>“tentava não pensar muito nisso” E16</p> <p>“eu estou assim desde 2002, só voltei ao médico porque apanhei um susto, tenho andado assim” E19</p> <p>“a minha médica já me tinha encaminhado para dois hospitais, mas eu rasguei as credenciais” E19</p> <p>“já me apeteceu desistir, já vim para casa a chorar e a dizer que não ia mais ao hospital” E19</p> <p>“estou a fazer um tratamento, mas já disse que não ia fazer mais nenhum” E19</p> <p>“já tinha evitado estas consultas porque são processos muito morosos” E19</p>
Estratégias utilizadas para lidar com a situação	Utilização de experiência de forma positiva		<p>“tenho aprendido muito estes 5 anos” E1</p> <p>“eu amadureci mais, as provas que vão sendo colocadas no nosso caminho fazem com que a gente cresça bastante, a parte positiva foi essa” E1</p> <p>“a gente cresce muito..., é uma coisa que faz crescer, porque é muito obstáculo, é muito problema para resolver” E4</p> <p>“faz apreciar mais as crianças, em vez de as tomarmos</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
			<p>como garantidas” E8</p> <p>“agora dá-se mais valor às coisas” E9</p> <p>“posso ajudar quem necessite, que esteja com o mesmo problema, transmitir o que passei e aconselhar, dizer o que resultou no nosso caso” E10</p> <p>“se eu agora tiver alguém perto de mim que passe por este problema, estou mais capacitada para falar sobre este assunto” E11</p> <p>“cresci, amadureci” E15</p> <p>“dar mais valor a conseguir ter filhos” E17</p> <p>“uma mulher poder ter um filho é um bem precioso, nunca pensei dar um significado tão grande a isso” E19</p> <p>“dá-se mais valor às coisas que queremos ter e não podemos, eu nunca tinha posto em causa termos um filho, e isto pôs-me a pensar” E20</p>
<p>Expectativas relativamente ao futuro</p>	<p>Obtenção de uma gravidez</p>		<p>“só quando me disserem: escusa de tentar que não vai conseguir, só aí é que eu vou desistir. Até lá vou continuar, nem que tenha que chegar aos 38 ou 40, se tiver que ser mãe nessa altura, que seja” E1</p> <p>“vamos experimentar, aquilo que acharem eu faço tudo, proponho-me a tudo” E1</p> <p>“vamos tentar novamente” E7</p> <p>“tentar até achar que já não posso mais...” E7</p> <p>“ia tentar até não ter forças para fazer alguma coisa, quando chegasse ao ponto de não ter mais forças e ter de enfrentar a realidade que não vale a pena fazer mais nada” E11</p> <p>“a prioridade das prioridades é a gravidez” E13</p> <p>“houve uma altura que eu achava que queria adoptar, agora não..., eu acho que eu não quero, o que eu quero é ter um filho meu” E13</p> <p>“a opção é sempre criança, não era uma vida sem crianças” E15</p> <p>“tentar ao máximo ter um filho, fazer todos os tratamentos possíveis” E16</p> <p>“faríamos tudo o que fosse possível fazer” E18</p> <p>“fazer todas as tentativas para ter um filho nosso” E19</p> <p>“estou disposta a fazer todo o caminho, mesmo sabendo que vai ser sofrido” E19</p> <p>“estou disposto a tentar até à última possibilidade” E20</p>

M A T R I Z D E A N Á L I S E

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
Expectativas relativamente ao futuro	Adopção		<p>“já pensei seriamente em adoptar uma criança, mas só no fim, só se eu não conseguir engravidar” E1</p> <p>“mesmo tendo um filho meu, eu vou querer adoptar” E3</p> <p>“depois de ter meu filho, aí a gente adopta um” E4</p> <p>“nunca pus a hipótese de não vir a ter filhos, sempre pus a hipótese de adoptar uma criança, independentemente de ter os meus filhos biológicos” E5</p> <p>“se não conseguisse engravidar era partir para a adopção” E5</p> <p>“adoptar se for a única solução” E7</p> <p>“entre escolher uma vida sem crianças e adoptar eu ia adoptar” E16</p> <p>“adoptar nunca me preocupou, não acho assim tão importante ser biológico” E17</p> <p>“sempre assumimos que se não tivéssemos crianças iríamos adoptar” E18</p> <p>“ela já pôs a hipótese de adoptar, eu não recuso, mas só como a última opção” E20</p>