

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA E SAÚDE**



**Rafaela Teló Klaus**

**Revelação e suas Interfaces com o  
Apoio Social em Casais com  
Infertilidade na Trajetória de  
Tratamento com Técnicas de  
Reprodução Assistida**

Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre

Porto Alegre

2020

Rafaela Teló Klaus

# **Revelação e suas Interfaces com o Apoio Social em Casais com Infertilidade na Trajetória de Tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Porto Alegre

2020

#### Catálogo na Publicação

Klaus, Rafaela Teló

Revelação e suas interfaces com o apoio social em casais com infertilidade na trajetória de tratamento com técnicas de reprodução assistida / Rafaela Teló Klaus. -- 2020.

118 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2020.

Orientador(a): Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski.

1. Dados sociodemográficos dos casais participantes.  
2. Dados de saúde dos casais participantes. 3. Percepção de Apoio Social dos casais participantes, conforme avaliada pelo EPSUS-A. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Revelação e suas Interfaces com o Apoio Social em Casais com Infertilidade na  
Trajetória de Tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida**

**BANCA AVALIADORA**

---

Profa. Dra. Luciana Suárez Grzybowski

Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre

---

Profa. Dra. Isabela Machado da Silva

Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Helena Maria Loureiro Montagnini

Huntington Centro de Medicina Reprodutiva

Porto Alegre

2020

### **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a todos os casais que encontram dificuldade para engravidar.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer às minhas colegas e amigas, Gabi e Dada, pois sem elas, com certeza, não estaria redigindo essas palavras. Estudamos juntas para fazer a prova de admissão no Mestrado, tínhamos dúvida se todas seriam aprovadas, apesar de torcermos fortemente para isso. Cada uma fez seu esforço pessoal, mas com certeza o estímulo coletivo foi fundamental nessa etapa. Lembro da alegria e da gritaria no CEFI, quando saiu o resultado da aprovação! Faço questão de deixar isso registrado aqui para lembrar, caso venha a me esquecer ao longo do tempo. Obrigada de coração meninas, formamos um trio especial.

Quero agradecer a paciência e a compreensão dos meus familiares pelas ausências, pelo apoio recebido em momentos mais tensos e pela torcida e comemoração em cada etapa concluída.

Agradeço ao grupo de pesquisa NEEDS, pelas trocas nas reuniões e pela ajuda de ordem prática das alunas da Graduação de Psicologia que contribuíram muito para esse trabalho. Agradeço especialmente à minha orientadora Dani, que, desde o começo, se interessou pela ideia do meu tema do projeto e gentilmente me acolheu para desenvolvermos essa pesquisa em conjunto. Obrigada pelo apoio e incentivo, com muito afeto envolvido.

Agradeço aos meus colegas e professores, pela aprendizagem, pela amizade e disponibilidade. Parte da nossa convivência foi afetada pela pandemia, mas nossas trocas continuaram pelos meios virtuais.

Aos membros da banca, pela disponibilidade de seu tempo e contribuições preciosas a este trabalho.

Agradeço a todos os casais que solidariamente contaram suas histórias e abriram seu coração! Sem eles, nada disso seria possível.

### **Epígrafe**

*Quem caminha sozinho, pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.*

Clarice Lispector

## RESUMO

A infertilidade é considerada uma doença do sistema reprodutivo, caracterizada pelo intento de engravidar sem sucesso após 12 meses de coito regular e desprotegido. As técnicas de reprodução assistidas (TRA) são procedimentos médicos que envolvem a manipulação de gametas femininos e masculinos, muito acessadas por casais inférteis na busca pela gestação. Esses casais vivenciam um estigma social vinculado à infertilidade, o que pode acarretar vergonha e culpa e originar o desejo de ocultar essa condição da rede de apoio. Entretanto, essa não revelação pode ocasionar falta de apoio, isto é, do benefício do acolhimento pelas outras pessoas. Para investigar essas questões, foram realizados dois estudos, ambos de cunho qualitativo exploratório, com delineamento de estudo de casos múltiplos. O primeiro deles objetivou investigar a percepção de casais inférteis submetidos a TRA sobre a relação médico-paciente, para compreender a percepção de apoio, analisar a comunicação e a forma ela como repercute na avaliação de apoio dos casais. Já o segundo estudo investigou a percepção de casais sobre o apoio social após a revelação (ou não) da condição de infertilidade e/ou de tratamento com TRA para pessoas próximas. Nos dois estudos os participantes foram quatro casais com diagnóstico de infertilidade, em tratamento com TRA. Eles responderam uma Ficha de Dados Socio-Demográficos, uma Ficha de Saúde, o *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, a Escala de Percepção do Suporte Social - versão adulta (EPSUS-A) e a Entrevista Narrativa com o Casal. Os instrumentos foram levantados conforme as instruções dos autores e as fichas foram utilizadas para caracterizar os participantes. As entrevistas foram analisadas e integradas em um relato de cada caso, sendo cada casal considerado um caso. Na análise foi realizada tanto uma análise individual quanto comparativa dos casos, por meio das estratégias analíticas de proposições teóricas e síntese de casos cruzados. Quanto ao primeiro estudo, os resultados indicaram que todos os casais sentiram tanto apoio como falta de apoio na relação com os médicos. Apoio afetivo e informacional foram os mais frequentemente mencionados, tanto com relação à falta ou à presença, enquanto o instrumental foi menos referido. Constatou-se a importância da comunicação na relação médico-paciente, pois através dela foi possível solicitar, receber e oferecer apoio. Por sua vez, no segundo estudo constatou-se que todos os casais consideraram não revelar sua condição de infertilidade e/ou tratamento, embora todos tenham revelado algo para pessoas próximas em algum momento, motivados pela busca de alívio e acolhimento, verificando-se tanto o recebimento de apoio como a falta dele em decorrência das revelações. Identificou-se que a não revelação foi motivada pela autopreservação e evitação de pressão social. De forma geral, os achados podem subsidiar a elaboração de intervenções direcionadas a casais inférteis, médicos e equipes, e à sociedade em geral. Nesse sentido, podem ser usadas estratégias de psicoeducação sobre a infertilidade e as TRA, grupos de apoio a casais, treinamento com profissionais sobre validação emocional e comunicação de más notícias, além de campanhas contra a discriminação frente à infertilidade e o uso de TRA na busca pela parentalidade.

Palavras-chave: segredo familiar, revelação, infertilidade, apoio social, relação médico-paciente, comunicação.



## ABSTRACT

Infertility is considered a reproductive system disease, characterized by unsuccessful attempts to become pregnant after 12 months of regular and unprotected intercourse. Assisted reproduction techniques (ART) are medical procedures that involve the manipulation of female and male gametes, widely accessed by infertile couples seeking for pregnancy. These couples experience a social stigma linked to the infertility, which can provoke shame and guilt and originate the desire to conceal this condition from the social support network. However, this non-disclosure can occasionate lack of support, that is, the fail to receive the benefit of being accepted and welcomed by other people. To investigate these issues, two studies were conducted, both qualitative, with an exploratory nature and a multiple case study design. The first one aimed to investigate the perception of infertile couples undergoing ART on the doctor-patient relationship, to understand their perception of support, to analyze the communication and how it reverberates in the couples' social support evaluation. The second study, on the other hand, had investigated the couples' perception on social support after the disclosure (or not) of the infertility condition and/or ART treatment in close relationships. In both studies, four couples, diagnosed with infertility and undergoing ART treatment, answered a Socio-Demographic Data Form, a Health Data Form, the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), the Social Support Perception Scale – adult version (EPSUS-A) and the Narrative Interview with the Couple. The instruments applied and corrected according to the authors' instructions and the forms were used to characterize the participants. The interviews were analyzed and integrated in a report of each case, with each couple being considered as a case. Both an individual and a comparative analysis of the cases were carried out, through the analytical strategies of theoretical propositions and synthesis of crossed cases. As for the first study, the results indicated that all couples felt both support and lack of support in the doctor-patient relationship. Emotional and informational support were the most frequently mentioned, regarding to both absence and presence, while instrumental support was the least mentioned. The importance of communication in the doctor-patient relationship was verified. This communication made it easier for the patient to request and receive support, as well as for the doctor to offer it. In turn, in the second study, it was found that all the couples considered not disclosing the infertility condition and/or the undergoing treatment in some point, motivated by the seek of relief and acceptance. Both the receivment and lack of support was verified as a result of these disclosures. It was identified that the non-disclosure was motivated by self-preservation and avoidance of social pressure. In general, the findings may assist in the development of interventions aimed at infertile couples, doctors and staff, as well as for the society in general. Psychoeducational strategies on infertility and ART, couples support groups, training on emotional validation and communication of bad news by professionals, as well as campaigns to avoid discrimination on infertility and ART as an alternative to reach parenthood could be employed.

Key words: family secret, disclosure, infertility, social support, doctor-patient relationship, communication

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA - CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	14
<b>3 ARTIGO 1</b> .....	20
<b>4 ARTIGO 2</b> .....	65
<b>5 CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO</b> .....	105
<b>6 ANEXOS</b> .....	107
ANEXO A – Parecer de Aprovação do CEP .....	108
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	111
ANEXO C – Ficha de Dados Sócio-Demográficos.....	113
ANEXO D – Ficha de Dados de Saúde .....	114
ANEXO E – <i>SRQ 20 – Self Report Questionnaire</i> .....	116
ANEXO F – Entrevista Narrativa com o Casal .....	117

## 1 APRESENTAÇÃO

Na formação de uma família, é esperado que casais tenham filhos. Mesmo na sociedade contemporânea, apesar das mudanças a respeito das configurações familiares, a ausência de filhos ainda é vista como algo muito diferente e distante do esperado para o ciclo familiar.

Quando um casal está tentando engravidar e encontra dificuldades, muitas vezes recorre a pesquisas na internet sobre a temática, prática comum na atualidade para a busca de informações sobre diferentes assuntos. Encontra-se facilmente, a partir de uma busca com os termos “infertilidade”, “reprodução assistida” e “tentantes”, informações sobre diagnóstico e investigação da infertilidade, divulgação de clínicas de reprodução humana, além de diversos blogs, páginas e comunidades em redes sociais sobre a temática. Esses canais, frequentemente procurados por pessoas que vivenciam esta experiência na busca de aquisição de informação, identificação e apoio mútuo, favorecem e possibilitam a troca de experiências e conhecimentos. São recursos cada vez mais acessados especialmente pelas mulheres, que tendem a sentirem-se isoladas e não entendidas por quem não vive esta experiência emocionalmente difícil (Farinati, Rigoni, & Muller, 2006). Junto a isto, percebe-se, na prática clínica da mestrandia, uma demanda cada vez mais crescente de mulheres e casais buscando auxílio psicológico em decorrência da dificuldade de engravidar.

Estes fatos tornaram-se um incentivo para pesquisar sobre esta temática. A existência de sofrimento emocional destes casais frente à impossibilidade de engravidar são amplamente discutidos em pesquisas com homens, mulheres e casais que recorrem ao uso de técnicas de reprodução assistida (TRA), sendo a ansiedade, a depressão e o estresse temas largamente explorados (Cunha et al., 2008; Montagnini et al. 2009; Gdańska, et al., 2017; Gradwohl, Osis, & Makuch, 2013; Maroufizadeh et al 2018). Esses aspectos emocionais evidenciados por quem passa pela experiência de infertilidade e de uso de TRA demonstra o estigma que está por trás desta vivência, um sentimento de inferioridade permeado por vergonha e culpa. Nota-se a existência de uma pressão social pelo filho biológico, que revela o estigma social presente na cultura (Souza et al., 2017; Straube, 2019). Tal panorama cria uma atmosfera que pode acarretar a busca de privacidade, dúvidas sobre a revelação (ou não)

da condição de infertilidade para pessoas próximas e, com isso, a busca por apoio social ao lidar com as tentativas de gravidez e suas repercussões.

Frente a isso, a mídia tem desempenhado um papel importante na disseminação de conhecimento sobre o tema da infertilidade e das TRA, através de programas de televisão, seriados e filmes, permitindo que as pessoas recebam informações (independentemente se tem ou não esta problemática), promovendo reflexões e auxiliando na desestigmatização, uma vez que a infertilidade ainda se configura como um tabu social. Contudo, embora o uso das TRA traga esperança frente à conquista da gestação e do filho, mesmo com desgaste físico e emocional e com preocupações econômicas e pressões sociais e familiares, por outro lado, esse uso reforça o estigma, já que privilegia a concepção biológica e oferta soluções por vezes ilusórias ou imprecisas para que os casais inférteis possam originar uma família (Braga & Amazonas, 2005).

Frente a este cenário descrito, o presente trabalho, desenvolvido no Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde (NEEDS) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), buscou inicialmente investigar os segredos familiares e suas relações com o apoio social em casais inférteis em tratamento com TRA. Contudo, ao longo da coleta e da análise de dados, verificou-se que a ideia inicial de explorar segredos que envolviam a infertilidade e o uso de TRA não era a que melhor representava a perspectiva dos casais participantes, e sim as questões que envolviam o apoio social recebido e a relação médico-paciente ao longo desse processo de diagnóstico e tratamento da infertilidade, bem como de revelação destes para familiares e pessoas próximas.

Diante disso, com base nos temas mais relevantes que emergiram dos dados coletados, foram organizados dois artigos empíricos, ambos qualitativos, exploratórios e com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). O primeiro estudo, retratado no Artigo 1, enfoca o tema que mais se destacou nos achados: a relação médico-paciente e o apoio social oferecido pelos profissionais na percepção dos casais. Esse tema não era inicialmente um foco da pesquisa, porém, emergiu de forma muito expressiva nos relatos dos casais, que compartilharam diversas situações de apoio e de falta de apoio na relação com os médicos. Foram, então, exploradas as diferentes dimensões de apoio nessa relação (emocional, instrumental e informacional). Por sua vez, o segundo

estudo, reportado no Artigo 2, teve como tema um dos interesses iniciais do projeto de pesquisa, pautado na eventual existência de segredos familiares referentes ao diagnóstico de infertilidade e ao tratamento com TRA pelos casais. Havia uma expectativa que casais que referissem mais segredos familiares acessariam menos sua rede de apoio e, com isso, obteriam menos apoio. Esse artigo explorou essa temática, com base nas questões de privacidade e revelação (ou não) da condição de infertilidade e de uso de TRA e suas interfaces com o apoio social a partir da percepção dos casais.

De forma geral, esta Dissertação, por meio desses estudos, buscou contribuir para a ampliação do conhecimento na área da infertilidade e reprodução humana assistida no que tange ao apoio social, assim como fornecer subsídios para futuras intervenções junto a casais com essa condição no contexto brasileiro. A seguir, contextualiza-se brevemente o tema do estudo, apresentando-se na sequência os artigos elaborados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA - CONTEXTUALIZAÇÃO

Segundo a World Health Organization, a infertilidade é considerada uma doença do sistema reprodutivo, caracterizada pelo intento de engravidar sem sucesso após o período de 12 meses com coito regular e desprotegido (WHO, 2009). Dificuldades para engravidar são encontradas em cerca de 15% da população em idade reprodutiva (WHO, 2010).

Diante disso, as TRA aparecem como recursos importantes na busca por conseguir ter um filho. Trata-se de procedimentos médicos através dos quais ocorre a manipulação dos óvulos, espermatozóides e/ou embriões, com o objetivo de favorecer a gravidez (Moura, Souza & Scheffer, 2009; WHO, 2009). As principais TRA são: inseminação artificial (IIU), fertilização in vitro (FIV), injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI) e transferência de embriões congelados (TEC). Todas elas podem empregar gametas ou embriões doados ou dos próprios progenitores (Souza & Alves, 2016).

A técnica de IIU é considerada de baixa complexidade. Nela, o sêmen é colhido e preparado em laboratório, para obtenção de maior e melhor motilidade, e é introduzido, posteriormente, no interior do útero com o auxílio de cateter. A expectativa é que a fertilização se dê de forma espontânea no encontro dos gametas dentro do corpo da mulher (Moura et al., 2009; Souza & Alves, 2016). Já nas TRA de alta complexidade, a fecundação ocorre fora do corpo da mulher, como no caso da FIV, ICSI e TEC, entre outras (Moura et al., 2009). Na FIV é realizada a manipulação de ambos os gametas (espermatozóides e óvulos) em laboratório, procurando obter embriões de boa qualidade. As etapas para a FIV e a transferência de embrião consistem em: indução da ovulação, monitoramento do crescimento folicular, coleta dos gametas, fertilização in vitro e transferência de embriões para o útero. Na ICSI, as etapas são as mesmas, porém, na inseminação dos óvulos, se injeta o espermatozóide diretamente dentro do óvulo. Na técnica da TEC, por fim, acontece o congelamento dos embriões, para que a transferência ocorra em outro momento do ciclo (Souza & Alves, 2016).

As pesquisas apontam que a infertilidade pode gerar um sofrimento emocional significativo, provocado por sentimentos de isolamento, frustração e vergonha (Schaffer & Diamond, 2002; Lopes, 2010), frequentemente manifesto por sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Cunha et al., 2008; Gdańska et al., 2017; Gradwohl, Osis, & Makuch, 2013; Maroufizadeh et al., 2018; Purewal, Chapman & Akker, 2018). Ainda que o tratamento seja visto como um caminho para a solução do problema da infertilidade, trata-se de uma escolha carregada de ansiedade, nervosismo e grande expectativa de gravidez, somada à tristeza frente aos possíveis insucessos e necessidade de lidar com a dor emocional da família e do parceiro (Braga & Amazonas, 2005; Spotorno et al., 2008).

Destaca-se também o estigma social existente em relação à infertilidade (Trindade & Enumo, 2002; Braga & Amazonas, 2005; Straube, 2007). Há uma reafirmação do fracasso em atingir o que é esperado socialmente (a geração natural de filhos biológicos), que é marcada mesmo quando se atinge a gravidez por meio das TRA (Braga & Amazonas, 2005). O estigma é dirigido a ambos mulheres e homens, sendo relacionado, respectivamente, à incapacidade de maternidade e de insuficiência de virilidade (Trindade & Enumo, 2002). Straube (2007) realizou um estudo com mães e pais pacientes de clínicas de RA em Curitiba, em que identificou que embora o tempo decorrido após o sucesso no tratamento ajude na elaboração desse estigma frente ao contexto social, as marcas do estigma parecem perdurar em uma esfera pessoal e subjetiva. Esse dado é associado à pouca disposição em falar sobre a vivência de tratamento e, ao mesmo tempo, à intensidade emocional detectada no ato de compartilhar a experiência. A partir disso, entende-se que há um medo dos casais de revelar esse segredo ao filho quando ele já esteja maior e todos fiquem expostos e estigmatizados. Dessa forma, prevalece a necessidade de privacidade e de proteção do filho.

A decisão de manter a infertilidade como um segredo também está em parte pautada pela privacidade, visto que envolve o comportamento sexual do casal, o que pode tornar a conversa a respeito do tema com familiares e amigos por vezes mais embaraçoso (Spotorno et al., 2008, Straube, 2007). Ademais, não revelar a realização do tratamento de infertilidade também aparece como uma forma de proteção dos casais contra a pressão social de suas famílias (Straube, 2007). Ainda assim, estudos sobre segredos demonstram que o seu

compartilhamento desencadeia receptividade para que o outro também o faça. Dessa forma, se pode externalizar e dissociar-se da vergonha, gerando a possibilidade de abertura, tornando as pessoas mais vulneráveis e espontâneas e favorecendo a empatia para consigo e com os outros (Masson, 2002).

Não obstante, o receio de cobranças, especulações e o medo da falta de acolhimento geram pressão emocional no casal, que pode empregar mais energia para disfarçar uma situação que não está bem (Souza et al., 2017). A ausência de apoio social favorece a vivência de estresse por casais inférteis (Lopes, 2010). A presença dele, contudo, especialmente quando ofertado pelo cônjuge, propicia benefícios associados ao bem estar e à saúde mental, tanto em homens como em mulheres (Kroemeke & Kubicka, 2018).

Salienta-se, por fim, que apoio social é um construto multidimensional referente a ajuda (podendo ser essa de ordem emocional, instrumental e/ou informacional) disponível através de relações interpessoais (Rodriguez & Cohen, 1998). Ele se mostra de extrema importância para casais inférteis, visto que o acolhimento emocional e a disposição de recursos são de grande valia no enfrentamento dessa condição, que produz diversos desafios (Martins et al, 2012). O apoio recebido dos profissionais de saúde, em especial, ainda que seja fundamental nesse processo, é comumente percebido como insatisfatório pelos pacientes, principalmente o apoio emocional e informativo (Makuch & Filetto, 2010; High & Steuber, 2014).

Em função do que foi exposto, na presente Dissertação de Mestrado objetivou-se investigar a percepção de casais inférteis submetidos a TRA sobre o apoio social após a revelação (ou não) da condição de infertilidade e/ou de tratamento com TRA para pessoas próximas, bem como a sua percepção sobre a relação médico-paciente, para compreender a percepção de apoio, analisar a comunicação e a forma ela como repercute na avaliação de apoio dos casais.

### **Referências:**

Braga, M. G. R. & Amazonas, M. C. L. A. (2005) Família: Maternidade e Procriação Assistida. *Psicologia em Estudo*. 10 (1),11-18.

Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B., & Novaes, M. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a



importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 201-210. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>

Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Muller, M. C. (2006). Infertilidade: Um novo campo da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(4), 433-439.

Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwoń-Zaleska, M., Węgrzyn, P. & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109-112.

Gradwohl, S. M., Osis, M. J. & Makuch, M. Y. (2013). Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-261.

High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (in)adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2), 157-178. doi: DOI: 10.1080/03637751.2013.878868

Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PlosOne*, 13(6), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Lopes, H. P. (2010). A (im)possibilidade de ter filhos: As múltiplas dimensões da infertilidade - Conceitos e diagnóstico de infertilidade. Em H. P. Lopes (Org.), *Ser Pai & Mãe no século XXI: Desejo aliado a tecnologia* (pp. 21-37). Rio de Janeiro: Bandeirantes.

Makuch, M. Y. & Filetto, J. N. (2010). Procedimentos de fertilização in vitro: Experiência de mulheres e homens. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 771-779.

Maroufizadeh, S., Ghaheeri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M., & Navid, B. (2018). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23, 103-106.

Martins, M. V.; Peterson, B. D.; Costa, P.; Costa, M. E.; Lund, R. & Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371 - 388.

Masson, M. (2002). Vergonha: Reservatório para os segredos na família. Em E. Imber-Black (Org.), *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar* (pp. 40-56). Porto Alegre: Artmed.

Montagnini, H. M. L.; Blay, S. L.; Novo, N. F.; Freitas, V.; Cedenho, A. P. (2009) Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia*. 26(4), 475-481. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400008>

Moura, M. D., Souza, M. C. B., & Scheffer, B. B. (2009). Reprodução assistida. Um pouco de história. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 23- 42.

Purewal, S., Chapman, S. & Akker, O. B. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: A meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online*, 36, 646-657.

Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.

Schaffer, J., & Diamond, R. (2002). Infertilidade: Dor pessoal e estigma secreto. Em E. Imber-Black (Org.), *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar* (pp. 113-127). Porto Alegre: Artmed.

Souza, Â., Cenci, C. B., Luz, S., & Patias, N. (2017). Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: Uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando Famílias*, 21(2), 76-88.

Souza, K. K. P. C., & Alves, O. F. (2016). As principais técnicas de reprodução humana assistida. *Saúde & Ciência em Ação*, 2(1), 26- 37.

Spotorno, P. M., Silva, I. M. & Lopes, R. C. S. (2008) Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28,104-118.

Straube, K. M (2007). Da família pensada à família vivida: estigma, infertilidade e as tecnologias conceptivas. Dissertação de mestrado. Departamento de Ciências Sociais. UFPR. v, p.185.

Straube, K. M. (2019). Infertilidade, estigma e tratamentos reprodutivos: da família pensada a família vivida. Juruá, Curitiba.

Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. F. (2002) Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. (on-line) Revista Psicologia USP, v.13, n.2, (p.151-182). Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em: maio. 2019.

The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO). (2009). Revised Glossary on ART Terminology. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2683/629168>, Acesso em 10 nov. 2018. doi:10.1093/humrep/dep343.

World Health Organization (WHO). (2010). Mother or nothing: The agony of infertility. Bulletin of the World Health Organization, 88, 881-882.

Yin, R. K. (2005). Estudo de caso: Planejamento e métodos (3ed.). Porto Alegre: Bookman.

### 3 ARTIGO 1

A ser submetido ao periódico Reproductive Health (Classificação A2, Área: Psicologia, QUALIS CAPES)

## **Casais Inférteis e a Relação Médico-Paciente: Existe Espaço para Apoio?**

Klaus, Rafaela Teló<sup>a\*</sup>, Pimenta, Clara Foletto<sup>b</sup>, Loureto, Julia Steffen<sup>c</sup>

Levandowski, Daniela Centenaro<sup>d</sup>

*<sup>a</sup>Department of Psychology, Post-Graduation Program of Psychology and Health, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil.*

*<sup>b</sup>Graduation in Psychology, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil.*

*<sup>c</sup>Graduation in Psychology, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil.*

*<sup>d</sup>Developmental Psychology, PhD. Associate Professor of Department of Psychology at UFCSPA (Federal University of Health Sciences of Porto Alegre), Porto Alegre, Brazil. Research of Post-Graduation Program of Psychology and Health and of Health Sciences (UFCSPA). CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) Research Productivity Scholarship.*

\*Correspondence address: Tel: +55 51 999714523; ola@rafaelaklaus.com.br

Word Count: 12437

## Casais Inférteis e a Relação Médico-Paciente: Existe Espaço para Apoio?

### Resumo

**Objetivo:** Investigar a percepção de casais inférteis submetidos a técnicas de reprodução assistida sobre a relação médico-paciente, para compreender a percepção de apoio nessa relação. Particularmente, analisar a comunicação na relação médico-paciente e a forma como repercute nessa relação e na avaliação de apoio dos casais.

**Background:** O apoio social tem sido amplamente estudado no campo da infertilidade, contudo, a literatura é escassa quanto à relação médico-paciente. Nos estudos publicados sobre o tema, essa relação é identificada como fonte de apoio e de suma importância no contexto da infertilidade, tendo a comunicação como aspecto central.

**Método:** Estudo qualitativo, transversal, de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), cujos participantes foram acessados por conveniência a partir de divulgação online do estudo. Quatro casais heterossexuais, com diagnóstico de infertilidade e em tratamento de reprodução assistida. Também se coletou dados sócio-demográficos e de saúde, bem como de apoio social e transtornos mentais comuns. Os casos foram analisados individualmente e comparativamente.

**Resultados:** Todos os casais tanto sentiram falta de apoio como se sentiram apoiados pelos médicos. Apoio afetivo e informacional foram mais frequentemente mencionados, tanto com relação à falta ou à presença, enquanto o instrumental foi menos referido. Constatou-se a importância da comunicação na relação médico-paciente, pois através dela foi possível solicitar, receber e oferecer apoio.

**Conclusão:** Questiona-se o papel da relação médico-paciente como fonte de apoio para esses casais, bem como a importância da comunicação nessa relação, para que os médicos possam ofertar apoio de diferentes tipos e os casais possam solicitar mais assertivamente o que necessitam.

Palavras-chave: apoio social, relação médico-paciente, infertilidade, comunicação.

## **Abstract**

**Objectives:** To investigate the perception of infertile couples subjected to assisted reproduction techniques (ART) on the doctor-patient relationship, and therefore to understand the perception of support in this relationship. Particularly, to analyse the communication in the doctor-patient relationship and the way it reverberates in this relationship and in the couple's evaluation of support.

**Background:** Social support has been widely studied in the infertility field, however, the literature on the doctor-patient relationship is scarce. In the published studies on the topic, this relationship is identified as a source of support and of great importance in the context of infertility, as well as the communication as it's central aspect.

**Method:** Qualitative, cross-sectional, multiple case study (Yin, 2005), with a convenience sample through the study's online divulgation. Four heterosexual couples, with an infertility diagnosis and in treatment of ART. Sociodemographic and health data were also collected, as well as social support and common mental disorders. The cases were analysed individually and comparatively.

**Results:** Both lack of support and feeling supported by the doctors were reported by all the couples. Regarding both the absence and presence, emotional and informational support were the most frequently mentioned, while the instrumental was the least referred. The importance of communication in the doctor-patient relationship was verified, for it made it possible to solicit, receive and offer support through it.

**Conclusion:** The doctor-patient relationship's role as a source of support to these couples is questioned, as well as the importance of communication in this relationship, so that the doctors can offer different types of support and the couples can solicit more assertively what they need.

**Key words:** social support, doctor-patient relationship, infertility, communication.

## **Introdução**

Embora o desejo de ter filhos seja comum no ciclo de vida individual e familiar, em torno de 15% da população em idade reprodutiva, conforme a World Health Organization (WHO, 2010) encontra dificuldades para engravidar. A infertilidade é considerada uma doença do sistema reprodutivo, caracterizada pelo intento de engravidar sem sucesso após 12 meses de coito regular e desprotegido (WHO, 2009). Na busca pela gravidez, as técnicas de reprodução assistidas (TRA) tem sido muito acessadas por casais inférteis. Esses procedimentos médicos envolvem a manipulação dos óvulos, espermatozóides e/ou embriões (WHO, 2009).

O apoio social é um conceito multidimensional (Cardoso & Baptista, 2014; Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011). Embora seja diversamente conceituado, é consensual a sua associação com a saúde física e mental (Rodriguez & Cohen, 1998), em especial a avaliação sobre o apoio recebido (Gonçalves et al., 2011). Nesse estudo adota-se a perspectiva de Rodriguez e Cohen (1998), para quem a avaliação do apoio social deve considerar o tipo de ajuda diante da qual os sujeitos se sentem beneficiados (emocional, instrumental e/ou informacional) e a análise funcional dos elementos que a compõem. O apoio emocional envolve a percepção de afetividade recebida, enquanto o instrumental envolve a percepção de auxílio prático (por exemplo, um empréstimo financeiro). Já o informacional incluir receber informações que possam ajudar na tomada de uma decisão.

No campo da infertilidade, o apoio social tem sido amplamente estudado. Encontram-se estudos sobre a relação conjugal (Kroemeke & Kubicka, 2018), as estratégias de coping (Lechner, Bolman, & Dalen, 2007), os transtornos mentais comuns (TMC) (Cunha et al., 2008), os níveis de estresse e outras variáveis associadas a esse construto (Gradwohl, Osis & Makuch, 2013) e sobre as lacunas entre apoio



desejado e recebido, considerando diferentes fontes de apoio (High & Steuber, 2014). Contudo, a literatura nessa área ainda é escassa quanto à relação médico-paciente.

Dentre os estudos já publicados sobre esse tema, identificou-se, em comparação a outras fontes (cônjuges, familiares, amigos e fontes online), baixo nível de satisfação dos casais com o apoio recebido desses profissionais e necessidade de mais suporte informativo e emocional. Resultados obtidos por Souter, Penney, Hopton & Templeton (1998) com mulheres escocesas apontaram tanto a satisfação (87%) com o tratamento como a percepção (86%) de ajuda insuficiente nos aspectos emocionais. Também a pesquisa de Mourad et al. (2010) com mulheres holandesas encontrou alta satisfação com o tratamento (94%), embora o tempo de espera, o fornecimento de informações e o apoio emocional não tenham sido considerados satisfatórios. Ainda, a falta de apoio emocional e a continuidade do tratamento foram aspectos insatisfatórios encontrados por Van Empel, Nelen, Tepe, Van Laarhoven, Verhaak, e Kreme (2010) entre casais holandeses. Nessa mesma direção, a revisão de literatura de Boivin et al. (2012) apontou, como fatores que levaram à descontinuidade do tratamento com TRA, falta de assistência e interações negativas com equipe. Alinhado a isso, Makuch e Filetto (2010) destacaram a importância do apoio psicológico, do fornecimento de informações e do esclarecimento de dúvidas pelos profissionais durante o processo de fertilização, por identificarem, entre homens e mulheres paulistas, falta de questionamento sobre o tratamento.

Estes estudos destacam a relação médico-paciente como uma fonte de apoio, englobando tudo ‘o que ocorre entre’ esses dois agentes (Oliveira, 2018). Tal relação tem a comunicação como um aspecto central (Rodrigues, Portela, & Malik, 2019; Oliveira, 2018). A comunicação perpassa o compartilhamento de decisões, influenciando positivamente nos resultados clínicos (Rodrigues et al., 2019). Desse

modo, pode ser um dos meios pelos quais os pacientes podem receber (ou não) o apoio dos profissionais. Para além das informações técnicas (orientações, diagnósticos e plano de tratamento), é importante a forma como o profissional se comunica, que inclui postura, tom de voz e tempo dedicado ao paciente (Oliveira, 2016). Estes princípios da relação médico-paciente devem ser observados no contexto da infertilidade, para garantir o cumprimento dos princípios bioéticos de segurança e proteção da dignidade humana (Holanda, 2007).

Percebe-se que, no contexto da infertilidade, a relação médico-paciente é de suma importância. Os casais necessitam de apoio, pelas implicações emocionais e psicossociais desse diagnóstico (Gdańska et al., 2017; Maroufizadeh et al., 2018; Purewal, Chapman & Akker, 2018; Terzioglu, Turk, Yucel, Dilbaz, Cinar, & Karahalil, 2016), atreladas a um imaginário social sobre essa condição (Straube, 2007; Souza, Cenci, Luz, & Patias, 2017; Berger et al., 2013). Os achados dos estudos revisados reiteram a importância da avaliação desse construto, visando a adequação entre expectativas e o apoio efetivamente recebido, embora o apoio social seja um recurso dinâmico, para o qual contribuem diversas fontes, de várias maneiras (High & Steuber, 2014). Considerando a escassa literatura sobre o tema, esse estudo investigou a percepção de casais inférteis submetidos a TRA sobre a relação médico-paciente, para compreender a percepção de apoio nessa relação. Particularmente, buscou analisar a comunicação na relação médico-paciente e a forma como repercute nessa relação e na avaliação de apoio dos casais.

## **Método**

### ***Delineamento***

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e transversal, com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005).

### ***Participantes***

Quatro casais heterossexuais com diagnóstico de infertilidade, em tratamento de reprodução assistida com uso de ao menos uma TRA. Considerou-se casais que estavam ativamente investigando as causas clínicas da infertilidade, frequentavam médico e/ou clínica especializada e/ou aguardavam um plano de tratamento. Foram excluídos casais com filhos de relação conjugal atual ou anterior e cujos membros apresentavam dificuldade cognitiva e/ou na fala (que dificultavam ou impediam a realização da entrevista e o preenchimento dos demais instrumentos).

O estudo foi divulgado através das redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp) dos integrantes do NEEDS/UFCSPA (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde). Após a divulgação, nove mulheres manifestaram interesse em participar (Email: n=2, Instagram: n=4, WhastApp: n=1, indicação: n=2). No contato inicial, identificou-se que seis casais preenchiam os critérios de inclusão. Dentre eles, quatro concordaram em agendar horário para a coleta de dados. Como quatro casos são considerados suficientes para compor uma investigação com o delineamento adotado neste estudo (Creswell, 2014), encerrou-se a coleta. Na Tabela 1 constam os dados sócio-demográficos dos participantes.

(Inserir Tabela 1)

Os casais mostraram-se heterogêneos em relação a diversas características, como tempo de relacionamento, nível de escolaridade e renda. Na Tabela 2 constam os dados de saúde dos participantes. Nota-se diferenças no tempo para engravidar (7 a 13 anos) e no tempo de tratamento com TRA (8 meses a 4 anos), sendo utilizados o coito programado e a FIV. Dois casais tiveram abortos espontâneos durante as tentativas para engravidar e dois apresentam fatores masculinos e femininos para a infertilidade. Em apenas um dos casais ambos os cônjuges apresentaram sintomas compatíveis com

transtornos mentais comuns; nos outros dois casais, os sintomas foram identificados em apenas um dos cônjuges.

(Inserir Tabela 2)

### ***Instrumentos, Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados e Considerações Éticas***

Foi realizada uma coleta piloto, no consultório da primeira autora, com um casal que preenchia os critérios de inclusão, para verificar a adequação dos instrumentos. Após isso, iniciou-se a divulgação do estudo nas redes sociais. No primeiro contato com os casais que demonstraram interesse em colaborar foram verificados os critérios de inclusão e exclusão. Com aqueles que cumpriam os critérios de inclusão, agendou-se a coleta de dados em local e horário de preferência (consultório da primeira autora: n=3 - ou residência do casal).

No dia agendado foi realizada a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada cônjuge. Foram apresentados e respondidos individualmente, nessa ordem: Ficha de Dados Sócio-Demográficos (adaptada de Lopes et al., 2007) para coletar informações como idade, sexo, escolaridade, ocupação, etc.; Ficha de Dados de Saúde (adaptada de Lopes et al., 2007), para obter informações de saúde do casal, incluindo tempo de tentativas de engravidar, número de procedimentos de reprodução assistida realizados, TRA utilizadas, etc.; *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20; WHO, 1980, versão validada para o Brasil por Mari & Williams, 1986), para a identificação de transtornos mentais comuns (TMC); e Escala de Percepção do Suporte Social, versão adulta (EPSUS-A, de Cardoso & Baptista, 2014), para identificar o suporte percebido pelos casais, considerando quatro fatores (afetivo, interações sociais, instrumental e enfrentamento de problemas). Os instrumentos serviram para caracterizar os casais, sendo os últimos dois levantados

segundo as orientações dos autores. Não foram considerados os dados da EPSUS-A, pois nenhum participante referiu profissionais da saúde como fontes de apoio.

Após a aplicação individual e simultânea dos instrumentos, realizou-se conjuntamente a Entrevista Semiestruturada com o Casal (adaptada de Lopes et al., 2007), para explorar a decisão de ter um filho e de realização do tratamento de reprodução assistida, bem como investigar segredos familiares e apoio social. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. A aplicação dos instrumentos durou em média 2 horas e 45 minutos; para um casal, foi realizada em dois encontros. A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e outubro de 2019 na cidade de Porto Alegre.

A análise das entrevistas envolveu leituras sucessivas e independentes por duas pesquisadoras, para identificar as falas que se enquadravam nos eixos temáticos do estudo: 1. relação médico-paciente; 2. apoio social (dimensões ‘emocional’, ‘instrumental’ e ‘prático’); 3. comunicação: ‘o que comunica’ (busca de informações e orientação por parte do casal, informações e orientações recebidas dos médicos e equipes a respeito de plano de investigação, diagnósticos, procedimentos, efeitos colaterais de medicações e tratamentos), ‘como comunica’ (postura dos médicos ao fornecer informações, orientações, atitudes empáticas ou não empáticas) e ‘repercussões da comunicação’ (como os casais receberam as informações, orientações, diagnósticos e procedimentos, repercussões emocionais dessas comunicações e tomada de decisão). Após a seleção individual desses trechos das entrevistas, as avaliadoras compararam seu material. Eventuais divergências e dúvidas foram discutidas para a obtenção de um consenso. Quando isso não ocorreu, recorreu-se a um terceiro juiz. Após esses procedimentos, as falas foram integradas para a construção do relato de cada caso.

Para a análise dos casos, utilizou-se a estratégia baseada em proposições teóricas (Yin, 2005), que consiste na compreensão dos mesmos conforme a literatura, e posteriormente, a estratégia de síntese de casos cruzados (Yin, 2005), para identificar semelhanças e diferenças entre eles. As dimensões do apoio social (emocional, informacional e instrumental) de Rodriguez e Cohen (1998) embasaram e organizaram a análise e a discussão dos achados.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (Parecer 3.420.420) e atendeu todas as diretrizes para pesquisas com seres humanos (Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde). O TCLE informava os objetivos, procedimentos e garantias e cuidados éticos do estudo. A participação foi voluntária. Os instrumentos empregados foram considerados de risco mínimo. De fato, apesar da temática, não foram identificados prejuízos pela sua aplicação e necessidade de encaminhamentos. Todos os documentos da pesquisa estão arquivados na UFCSPA, em local seguro.

## **Resultados**

### ***Casal 1: Irene (40 anos) e João (42 anos)***

O casal estava tentando engravidar há 10 anos, nos últimos três via TRA. Durante as tentativas, Irene nunca engravidou, embora o casal tenha buscado diferentes médicos:

‘Quando eu ia no médico, e aí comecei a investigar um pouco mais (...), eu ouvia muito de alguns médicos: “Ah, desencana que tu vai conseguir!”. Isso me machucava muito, porque eu pensava: “O que eu tô fazendo de errado?” (Irene).

Mesmo com resistência frente às TRA, buscaram uma clínica especializada por indicação de uma amiga. A investigação indicou *trompas tortuosas* em Irene:

‘Eu não posso dizer que tu nunca vai engravidar naturalmente, isso eu não posso te afirmar, né? Mas é um dificultador’ [palavras do médico]. E aí o esperma do João, ele não é 100%... Tem uma questão de motilidade, alguma coisa assim’ (Irene).

Nesta clínica fizeram três transferências embrionárias sem sucesso, decidindo, então, interromper as tentativas. Ao retomarem esse projeto depois de um tempo, buscaram auxílio em outra clínica especializada. Nesse local foi descoberta uma trombofilia em Irene: ‘Fiquei aliviada. Tenho alguma coisa que tá sendo tratada, entendeu?’ (Irene). Foi realizada uma nova estimulação ovariana para FIV, que resultou em 14 óvulos. Todavia, nenhum dos embriões se desenvolveu adequadamente e o casal interrompeu o tratamento por sete meses. No momento da entrevista, estavam começando nova estimulação para FIV.

As experiências com os médicos consultados foram marcantes para o casal. As explicações, orientações e diagnósticos recebidos foram acompanhados por uma comunicação descritiva, pautada apenas na transmissão de informações. O casal também referiu falta de comunicação, isto é, falta de acesso a informações que necessitavam ou gostariam de ter recebido dos profissionais. Contudo, em algumas situações nas quais o casal referiu ter solicitado uma orientação mais clara sobre o tratamento, ou mesmo a posição do médico perante o tratamento, a resposta foi alcançada:

‘Eu sinto falta da clínica poder ter me encaminhado pra esses grupos (com psicóloga) que eu não sei se acontece, se não acontece. Também não perguntei, tu entendeu? (...) mas também não me falaram’ (Irene).

‘Falei com a Dra. Rose, ela falou que pode ter sido um azar, que os óvulos não eram tão bons assim, e que me aconselhava a tentar mais uma vez (...) Ela me colocou duas opções: ou eu fazia antes da ovulação e não sei o que, ou depois, e aí eu não tava entendendo, sabe? Eu disse assim: “Não sei. O que tu acha melhor?”, ela disse: “Acho melhor depois”, eu digo: “Então é depois, é o que tu tá dizendo” (Irene).

O casal referiu tanto falta de apoio dos médicos: ‘Eu fui no uro, fiz exames, aí ele olhou meus exames e disse assim: “É, desse jeito tu nunca vai engravidar na vida!”’,

bem assim ele falou para mim...’ (João), como também presença de apoio e postura cuidadosa e afetiva:

‘Fiz os exames de novo e ele disse: “Não, nada a ver, besteira, não tem nada a ver. Tem condições sim [de engravidar]. A única coisa que tem é a questão da motilidade, em vez de chegar 100% lá, chega poucos, entendeu? (...)”. Daí eu me aliviei mais’ (João).

A forma como os médicos transmitiram as diferentes informações ao longo do tempo repercutiu negativamente no casal, pela falta de empatia:

‘Porque ouvir isso do urologista “Tu nunca vai engravidar uma mulher com esse espermatozoide...”, isso eu acho de uma agressão sem tamanho. Quando eu ia no ginecologista: “Desencana! Vai fazer terapia!”. Oi? Sabe? E eu busquei a terapia, eu ainda fiz o que ela me disse! E eu fiz acompanhamento psicológico durante praticamente todo esse tempo... eu ouvi os ginecos dizendo pra mim “Desencana!”. Eu acho que é a falta de cuidado mesmo, de consideração’ (Irene).

Também se identificou repercussões positivas da postura mais apoiadora dos profissionais de saúde, encontrada entre ginecologistas especializados:

‘Quando a gente chegou nos médicos de reprodução assistida, a gente... É outro tratamento... eles tem um carinho contigo (...) A Dra. Rose é super positiva, assim, sabe? (...) Se tu tá assim com a bateria baixa, tu vai lá perto dela... 100%, sabe? Então ela super incentiva, assim, tipo “Pensamento positivo, vai dar certo!” (...) Se eu falo assim pra ela: “Ah, pois é Rose, não sei o que...”. “Não, não, não! Joga isso fora, não é pra pensar isso”. (...) era tudo o que eu precisava, entendeu, pra me reerguer assim. É a força que eu precisava pra continuar vivendo assim, é quase isso’ (Irene).

‘Que nem a Rose falou: “Vamo fazer de novo, vai que vai dar certo!” (João).

‘E ela [médica] se despede da gente, ela dá um abraço forte assim (...) Que é diferente dos outros médicos, sabe? (...) Então, isso ela é, assim realmente ela é bem parceira. (...) Eu queria a Rose pra mim todos os dias que eu tivesse triste’ (risos) (Irene).



Contudo, mesmo nas clínicas especializadas, o casal sentiu falta de ajuda de profissionais da Psicologia:

‘Eu acho que isso é uma falha talvez, ou de os médicos não encaminharem (para o psicólogo), ou não ter na própria clínica... Aí eu não sei como é que isso tá acontecendo né, ou deixando de acontecer. (...) eu acho que falta’ (Irene).

### ***Casal 2: Tania (40 anos) e Eduardo (43 anos)***

O casal estava tentando engravidar há 3 anos e 6 meses, sendo um ano com TRA. Durante as tentativas, sofreram dois abortos. Após o primeiro aborto, Tania buscou ajuda de um médico ginecologista, que se mostrou pouco apoiador: ‘[Ele disse] Que era pra eu ir pra casa arranjar o que fazer, porque (risos) eu não tinha o direito de acabar com o meu casamento e incomodar o meu marido’ (Tania). Com isso, sentiu-se desencorajada a investigar as possíveis causas do aborto naquele momento. Depois de aproximadamente um ano, Tania começou uma investigação em uma clínica de reprodução assistida, descobrindo-se grávida. Logo após essa descoberta iniciaram os sinais de abortamento. Ao buscar auxílio da médica com quem estava iniciando a investigação, o casal referiu não ter sido adequadamente atendido: ‘Eu acho que foi totalmente antiprofissional, ela simplesmente não deu a menor bola pra mais uma gestante que era paciente dela’ (Tania).

Após a perda, Tania recebeu de uma amiga a indicação de outro profissional (ginecologista e obstetra), pelo qual sentiu-se acolhida e entendida, tendo com ele iniciado a investigação da infertilidade:

‘Na perda, o Dr. Samuel foi a minha salvação... a maneira como ele se portou e o suporte que ele me deu naquele momento, sem nunca ter me visto, foi decisivo pra minha atitude de seguir... Ele conseguiu, além de ser médico, ser humano suficiente pra entender que aquela situação era talvez a pior situação da vida daquela pessoa, até aquele momento. Então isso fez muita diferença’ (Tania).

Continuando a busca de auxílio para engravidar, um outro médico recomendou coito programado com estimulação ovariana. O casal fez um ciclo dessa técnica sem sucesso e buscou outros profissionais, tendo localizado o médico que os acompanha até então. Esse profissional solicitou exames que comprovaram trombofilia em Tania:

‘Quando eu recebi o diagnóstico, é muito estranho dizer isso, mas eu fiquei feliz, porque pelo menos era uma explicação, né? (...) Eu tenho uma doença e por isso eu perdi, né? Vou tratar essa doença e aí pronto, tá tudo certo’. (Tania)

Na sequência fizeram a primeira FIV, sem sucesso. No momento da entrevista aguardavam uma transferência de embriões, por terem alguns congelados.

Durante todo o período de busca e tratamento, o casal procurou informações de forma autônoma, para esclarecer dúvidas e organizar os seus questionamentos para os médicos:

‘Eu não tenho dúvida de que a gente não tem as informações que precisa, e que a gente não recebe as informações que a gente precisa a cada passo, assim. E aí, se fôssemos completamente leigos, não tivesse isso de buscar informação, é provável que a gente não teria feito um monte de coisa que a gente fez e o que era assim, necessário e fundamental para o processo acontecer’ (Eduardo).

De maneira geral, o casal considerou a comunicação com os profissionais pouco clara e pouco informativa, caracterizando falta de apoio informacional:

‘Eu não menstruava. “Tô grávida! Certo!”, aí chega: “Ah, pois é, por causa dos hormônios pode ter atrasado”. Não é assim... “Então, se tu não menstruar até tal dia, tu está grávida!”, “Olha só, tu tomou uma porrada de hormônio, pode ser que desregule total o teu ciclo”. Não tem [informação sobre] isso, sabe?’ (Tania).

O casal também identificou uma dificuldade dos médicos em transpor as informações técnicas para uma linguagem mais fácil e simples: ‘Parece uma barreira intransponível, tu pegar uma linguagem clínica e transformar numa linguagem de pessoas comuns (...). Tu pode fazer analogias, pode transformar, pode simplificar a informação’ (Eduardo).

Segundo o casal, o que deixa de ser comunicado ou é de forma imprecisa acaba, por vezes, atrasando o processo:

‘É um erro atrás do outro por conta de falta de informação. Então tem muita coisa hoje que, se a gente voltasse lá atrás, a gente não teria feito (...) talvez tivesse já encurtado um bom caminho, se tivesse o mínimo de orientação desde o início. Mas talvez isso não traga o benefício pras clínicas, né (...) porque eles teriam que despende mais tempo, mais esforço e ganhariam muito menos dinheiro’  
(Eduardo).

O casal acredita que sempre haverá informações novas, às quais não terão acesso antecipado:

‘É uma situação que já aconteceu antes, e que a gente entende que vai seguir acontecendo. A gente vai seguir explorando, buscando informação, se surpreendendo por não saber de coisas que a gente deveria saber, e que nos ajudaria se a gente soubesse neste momento. Mas a gente sabe que são doses homeopáticas, que a gente vai sabendo conforme as coisas vão acontecendo’  
(Eduardo).

Na percepção deles esse aspecto é mais satisfatório na clínica em que estão atualmente realizando o tratamento: ‘Foi o primeiro momento em que a gente saiu da consulta, se olhou e fez sentido pros dois (...) a gente achou que tinha informação’ (Eduardo). De todo modo, a avaliação do casal sobre a comunicação foi percebida como insuficiente, tanto do ponto de vista emocional como informacional:

‘É tão importante pra mim ter esse suporte médico que nos diga, sabe, “Olha, isso aqui que vocês tem que fazer, vão lá e façam”, “Beleza, vamo fazer, vamo fazer”, chegou no final, “Deu certo?”, “Deu!”, “Ótimo!”, “Não deu? Beleza, qual é o próximo passo?” (Eduardo).

Por outro lado, o casal reconhece que teve e tem a oportunidade de questionar, obtendo esses tipos de apoio:

‘A gente estava super angustiado e queria respostas. Levamos uma lista de perguntas e ele [médico] tava ali disponível pra gente, sabe? (...) “Tem mais

alguma coisa? Mais alguma coisa que eu posso ajudar?”. (...) se a gente tivesse mais um milhão de perguntas, ele ia responder (...) isto é uma ajuda’ (Eduardo).

O casal referiu situações de falta de empatia de alguns profissionais, que resultaram na falta de apoio afetivo e informacional:

‘O primeiro médico foi aquele que me disse aquele monte de barbaridades e que me deixou mais uns meses em casa, achando que eu tava louca e que eu não deveria procurar ninguém. Aí depois, passada essa fase, eu disse: “Não, não sou eu que tô louca, né?”. Provavelmente ele tinha mais problemas do que eu naquele momento, então vamos procurar outras pessoas’ [profissionais] (Tania).

Essa postura também foi encontrada em clínicas especializadas:

‘Primeiro que não existe um acolhimento apropriado, né? (...) É como se fosse uma clínica médica geral, que tratasse qualquer outra doença física, e na verdade existe todo um envolvimento emocional e as pessoas, quando chegam a buscar uma clínica, já chegam com uma carga, com uma vivência, né, enfim, e muitas vezes com uma sequência de perdas, e tal. Já chegam procurando algo pra sanar já uma infinidade de problemas, e não existe esse acolhimento (...) é muito frio, muito seco... Falta um acompanhamento psicológico, falta uma intencionalidade de ter aspectos mais humanos assim, nesse processo todo’ (Eduardo);

‘Até essas questões mais assim, de cunho humano, de lado psicológico dentro das clínicas, acho que eles tinham que ter um suporte muito maior pra eles mesmo, sabe, lidarem com esse público, né? Porque não adianta só, por exemplo, lá no Dr. X eles têm uma psicóloga. Ele nos ofereceu esse serviço (...) não adianta só ele me passar para psicóloga, se na verdade, eu acho que vai começar lá na recepção o problema, né? (...) o pessoal da clínica também tem que passar pela psicóloga. (...) Vamos fazer treinamento regulares, sensibilização (...) que lembre as pessoas com quem que elas estão lidando, porque vai passando o dia a dia e as pessoas esquecem. (...) que atrás daquele corpo têm ovários, que têm folículos, muitos ou nenhum, existe uma pessoa, uma cabeça, existe todo um problema, existe o que a pessoa traz de história de vida, né? (...) Eu acho que isso só vai se conseguir (...) se houverem pesquisas (...) os resultados dessas pesquisas sejam levados em conta’ (Tania).

Por outro lado, ao longo do tratamento, alguns profissionais mostraram-se como suporte, estabelecendo uma relação mais próxima, de confiança, e transmitindo uma sensação de cuidado:

‘Com o Dr. X a gente também tem uma relação de confiança grande (...) a relação foi se estreitando. De início ele não é uma pessoa tão amorosa quanto o Dr. Y (...) a gente vai aprendendo como as pessoas são e até as pequenas demonstrações a gente consegue perceber, em relação a um cuidado, a um carinho. A gente consegue ver que faz a diferença’ (Tania).

‘Essa parte é muito legal, a gente tem se sentido apoiado por essa clínica. Não é um mundo de rosas (...) tem situações que a gente sabe que poderia ter sido muito melhor (...) De repente, se tivesse uma aproximação humana, lá, logo de início, a coisa seria mais simples’ (Eduardo).

### ***Casal 3: Sheila (34 anos) e Oscar (32 anos)***

O casal estava tentando engravidar há 7 anos e o tratamento com TRA havia se iniciado há 9 meses. Ao longo desse tempo, Sheila consultou vários médicos. A busca por auxílio aconteceu depois de um ano de tentativas. Seus exames de sangue na época indicaram boa condição de saúde. Dois anos depois, ainda sem conseguir engravidar, buscou outro médico, que também lhe solicitou exames de sangue e não forneceu nenhuma orientação. No terceiro ano de tentativas ela buscou ajuda em Porto Alegre (pois o casal reside no interior do estado do RS). Nesta ocasião fez exames específicos e recebeu duas indicações: realizar coito programado ou um exame para identificar endometriose. Inicialmente optaram pela segunda recomendação, tendo mudado de ideia após a seguinte fala da médica: “Só que o exame não é assim, minha querida. Tu vai pra uma sala de cirurgia, eles vão cortar a tua barriga e vão descobrir se tu tem endometriose ou não” (Sheila).

Sem sucesso no tratamento, buscaram uma clínica especializada na capital, tendo sido bem atendidos nesse local:

‘Nós ficamos duas horas, eles explicaram bastante pra gente. Colocaram como eu era saudável. Aparentemente, em todos os exames, não tinha nada, mas ainda colocaram: “Ah, a gente teria que fazer um exame pra ver como é que está a endometriose, se tu tem ou não”. Mas daí a gente resolveu dar um tempo (Sheila).

Neste período, fizeram coito programado por três meses, sem sucesso.

Após cinco anos de tentativas, consultaram em uma clínica especializada na cidade em que residem. O médico solicitou exames e indicou uma histeroscopia, ‘uma endoscopia do útero, sem anestesia, e eu fiz. E ali começou o meu sofrimento, quando eu fiz a endoscopia, a ecografia e a histeroscopia sem anestesia... Foi horrível!’ (Sheila). Pelos resultados desses exames, o profissional recomendou cirurgia: “Tua endometriose está bem avançada, ela tá no intestino. A gente precisa fazer uma cirurgia o quanto antes”. Seria uma cirurgia de 12 horas e eu ia ficar cinco dias internada’ (Sheila). Essas informações sobre o procedimento cirúrgico e o trato do médico fizeram com que o casal procurasse outro profissional: ‘O modo como ele trouxe isso pra gente foi meio grosseiro, meio assustador (...) deixou a gente meio tenso’ (Oscar).

Resolveram voltar a Porto Alegre e consultar com um médico especialista em endometriose, recomendado por uma amiga. Na consulta o casal obteve informações diferentes sobre a cirurgia: ‘[o médico disse] “Sheila, tu não tem uma endometriose no intestino... a gente faz uma cirurgia de uma hora e meia, no mesmo dia tu vai pra casa”. Em função da confiança no médico, decidiram fazer a cirurgia com ele. Receberam a orientação de retomar as tentativas para engravidar depois de 40 dias. Em torno de oito meses após a cirurgia, o casal retomou o contato com o médico, porque ‘não deu certo naturalmente. (...) Daí foi quando a gente começou a fertilização. Então, foram seis anos bem intensos’ (Sheila). Neste tempo, Sheila decidiu-se pela FIV, pois até então não

cogitava esta possibilidade. Engravidaram e perderam um bebê com seis semanas de gestação. A entrevista com o casal ocorreu no dia do retorno para a clínica para um novo ciclo de tratamento com essa técnica.

Durante a investigação e o tratamento da infertilidade, o casal consultou vários médicos e recebeu diferentes orientações em relação aos mesmos procedimentos e diagnósticos. Um médico, nas palavras de Oscar, ‘apavorou’. A respeito da cirurgia para a endometriose, explicou que:

‘Eu ia ter que usar aquela bolsinha de colostomia, tudo, que poderia perfurar o intestino. (...) talvez eu já imaginava que eu tivesse, mas não da forma como veio pra gente. Não, tipo “Riscos existem, mas é uma coisa simples, que todo mundo faz, e que tu vai passar tranquilo por isso”. (...) ele nos assustou muito’ (Sheila).

Quando receberam a informação sobre o procedimento com um tom mais tranquilizador, sentiram-se seguros para realizá-lo: ‘Ele [médico de Porto Alegre] nos deixou bem tranquilo. (...) um mês depois, a gente fez a cirurgia’ (Sheila).

Frente às buscas por explicações e soluções para a infertilidade, o casal consultou com diferentes profissionais, devido à pouca informação e orientação recebidas: ‘Nenhum dava confiança pra gente’ (Oscar). No início da busca, uma das profissionais, segundo Sheila, ficou especialmente interessada em orientá-la a mudar o seu convênio médico: ‘Ela pediu mais alguns exames, de sangue, normais. Só que a preocupação dela era que o meu plano de saúde não era privativo, era semi-privativo, então ela passou a consulta toda falando que eu tinha que trocar’ (Sheila).

A forma como algumas informações sobre a investigação e o tratamento foram transmitidas por alguns profissionais foram sentidas como não empáticas e apoiadoras pelo casal, denotando falta de apoio emocional:

[diante da cirurgia para investigar endometriose, a médica disse] “O que que tu quer fazer?”, eu disse: “Eu não sei”. Daí eu comecei a chorar, daí ela [médica] disse pra mim: “Eu vou te dar, então, um calmante”, e eu disse: “Eu não quero um

calmante”, e ela [médica] disse: “Mas tu tá muito nervosa”, eu disse: “Sim, tu me deixou nervosa!” (Sheila).

Com relação à FIV, o casal tem a percepção que recebeu informações (apoio informacional) sobre o procedimento, embora nem sempre suficientes: ‘O que a gente perguntava, ele esclarecia’ (Oscar); ‘O médico explicou. Acho que a gente sempre quer mais informações... Algumas coisas que eu perguntava, que eu pesquisava...’ (Sheila).

Também ocorreram situações de mudança de postura dos profissionais consultados, que ora se mostraram empáticos e apoiadores, ora não:

[em relação ao tratamento da endometriose] ‘Eu disse: “Olha, Dr., existe um tratamento?”’, ele disse: “Olha, eu posso te dar um tratamento com X, e depois a gente faz a cirurgia”. (...) [um tempo depois da consulta, ao combinar os detalhes da cirurgia] Ele [médico] me xingou por telefone, me falou um monte de coisa, que eu não deveria ter feito plano de saúde, que eu deveria ter dito que eu tinha a endometriose’ (Sheila).

Os consultórios médicos (ambiente) também se mostraram como um aspecto pouco apoiador para o casal:

‘Era uma gineco normal, com dez mulheres grávidas na sala de espera, e tu lá com um pacote de exames levando pra ela, né. Todo mundo falando quando é que ia ganhar [o bebê] e eu ali. (...) acho que foi a parte mais sofrida que a gente passou (...) Aquela questão de chegar e só a Sheila fazer a ficha. Ter várias grávidas na minha volta, como se eu fosse um peixinho fora d'água’ (Sheila).

O casal experimentou maior acolhimento ao procurar ajuda especializada:

‘A primeira vez que a gente foi numa clínica, no início foi bem difícil pra gente, mas, quando a gente chegou lá e a gente viu que eram só casais... Acho que a gente se sente mais acolhido’ (Sheila).

‘Não é só a gente que passa por isso’ (Oscar).



***Casal 4: Fernanda (43 anos) e Roberto (50 anos)***

Fernanda e Roberto estão tentando engravidar há 5 anos; o uso de TRA iniciou há 4 anos, mas os cuidados para gestar começaram antes de se conhecerem. Fernanda buscou informações sobre a preservação da fertilidade aos 34 anos, por desejar postergar a maternidade em função de outros desejos e necessidades pessoais. Na época, questionou sua ginecologista sobre o congelamento de óvulos:

‘Ela [médica] disse que eu tinha que ter um marido, que homens e mulheres deveriam gerar filhos pela concepção natural. Eu disse: “Não, tudo bem, eu até quero, só que agora nem tem essa pessoa”. Daí ela não me escutava, ela tava com esse discurso, foi muito ruim’ (Fernanda).

Por sua vez, Roberto teve câncer nos testículos e recebeu orientação de congelar sêmen, procedimento realizado em uma clínica em Porto Alegre.

Depois de três anos de relacionamento, decidiram ter filhos. Após um ano de tentativas, procuraram ajuda médica. Ao longo do tempo, Fernanda recorreu a diferentes profissionais em decorrência do descredenciamento dos mesmos do seu convênio de saúde. Em um dado momento foi identificado útero bicornio, o que, segundo um dos profissionais, era um dificultador da gestação. Entretanto, outro profissional informou que esse diagnóstico não dificultaria nem prejudicaria o andamento da gravidez.

Diante de nova mudança involuntária de profissional, foi encaminhada para uma clínica especializada. Nessa clínica realizou exames diferentes, que constataram sinéquia no útero, provavelmente decorrente de dois abortos provocados quando jovem. Frente a isso, foi encaminhada para um médico cirurgião para tratamento e investigação de aderências, endometriose e permeabilidade das trompas. Ocorreu uma divergência entre as informações relatadas verbalmente para o marido logo após o procedimento e o relatório enviado pelo médico para a clínica: Roberto foi informado que Fernanda

estava bem e não tinha outros diagnósticos, mas no laudo do exame estava descrito que suas trompas eram impermeáveis. Essas situações exigem estratégias terapêuticas diferentes. Frente à dúvida, a médica recomendou coito programado com estimulação ovariana, que o casal realizou por três ciclos sem sucesso.

Depois destas tentativas, o casal considerou importante parar o tratamento e se recuperar emocional e financeiramente. Ao retornar o processo, buscaram outro médico especialista recomendado por amigos. Foram feitas novas investigações, incluindo fatores masculinos, tendo sido identificada baixa mobilidade espermática. Também foram identificadas possíveis alterações imunológicas em Fernanda e os exames de rotina apontaram um pólipó, que precisou ser tratado, o que incluiu um procedimento médico. No momento da coleta, Fernanda estava acompanhando um cisto em um dos ovários e talvez fosse necessário realizar uma punção antes de iniciar a FIV.

Durante a entrevista, o casal mencionou situações de falta de ajuda profissional, mesmo quando solicitada. Uma delas foi a busca de Fernanda de uma opinião da sua ginecologista em relação ao congelamento de óvulos, sem obtenção das informações desejadas:

‘Eu não fui bem acolhida (...) Eu queria só uma informação técnica da minha médica de confiança: “Vale a pena congelar óvulos aos 34 anos?” (...) Porque eu achava que, se eu fosse na clínica de congelamento, eles iam querer me vender o serviço independentemente de isso fazer uma diferença ou não’ (Fernanda).

Recebeu dessa profissional orientações de cunho pessoal e não técnico, o que considerou uma falha médica: ‘Eu pensei em programar a minha reprodução e eu não fui bem acolhida, então eu acho que eu, ao longo desse processo (...) encontrei várias falhas nos serviços’ (Fernanda).

Também na busca por ajuda na primeira clínica especializada, o casal não se sentiu apoiado diante da divergência de informações fornecidas após o procedimento

realizado por Fernanda: ‘A gente recebeu um diagnóstico dúbio, que é um problema pra mim até hoje, que eu não estou satisfeita até agora com isso’. Esta situação acabou sendo sentida pelo casal como não apoiadora, especialmente diante da falta de um posicionamento dos profissionais: ‘[o médico disse] “Claro que vai ter que fazer FIV! Ela é uma paciente de 40 anos que fez dois abortos” (Fernanda). Essa fala também foi sentida pelo casal como não apoiadora, não empática e crítica, tendo gerado uma grande mobilização emocional:

‘Eu me senti um lixo nesse dia (...) Eu me sentia uma velha, aborteira do capeta, sabe. Do tipo, “Como esse cara [médico] acusa as mulheres?”, sabe. Então eu sou... Eu mereço. Eu mereço inclusive não ter precisão. E ele foi horrível’ (...) Esses eventos que eu considero que foi erro, e não foi só erro, porque teve o tratamento indelicado, insensível e irresponsável. De parte do cara que fez o exame diagnóstico cirúrgico e da médica da clínica que o indicou, que deveria ter cobrado dele. (...) Eu me senti muito desamparada, e não corresponde ao tipo de investimento emocional e financeiro e tudo o que envolve, que é uma questão existencial, né, ser pai e ser mãe’ (Fernanda).

Depois disso, o casal passou a solicitar mais informações e orientações sobre os procedimentos, já que seria necessário realizar uma estimulação ovariana: “Não, tu vai me explicar antes, porque eu preciso tá preparada financeiramente, psicologicamente, como vai ser, como todos os dias eu venho pra estimulação...”. De repente eu chego lá, tão enfiando uma agulha desse tamanho pra te... sabe? “Como é que é?”. E ela [médica] não tinha nenhuma paciência pra isso’ (Fernanda). Toda esta situação fez com que o casal interrompesse o tratamento:

‘Durante um ano aproximadamente (...) eu não quis saber de médico. Não serão os médicos que vão resolver meu problema, porque eles vão me cortar, eles vão me invadir’ (Fernanda).

‘Eu não me sentia em condições. Eu sempre me defendo e sempre defendo os outros. Mas nesse momento eu não me senti em condição de defender. Eu fui a

pessoa que ficou sedada numa maca com esse cara que mentiu, esqueceu... Eu não podia ir lá falar com ele. Eu não me sentia que nem um corpo... Eu me senti vulnerabilizada por isso. Eu fui o corpo que ficou sedado, que ele pegou, botou câmeras, não sei quê, supostamente fez os procedimentos, ele disse que fez, mas tudo isso é confiança. E aí, de uma certa maneira, essa confiança se rompe. Eu achei que a Dra. X falhou, porque ela deveria ter exigido depois (...) Eu acho que ela tinha que ter ido lá, falado sério com o médico: “Dr. Y, vamo esclarecer esse negócio, essa paciente precisa saber!” (Fernanda).

Por outro lado, na segunda clínica especializada, onde fizeram investigações mais detalhadas e receberam novos diagnósticos, sentiram-se aliviados frente às informações recebidas:

‘Eu tenho uma questão imunológica, tá? (...) Com relação a esse diagnóstico, eu tô muito satisfeita, porque é uma segurança de que eu não terei este problema. Ele foi identificado antes, então eu vou poder ter a oportunidade de usar medicação, entende? Então, nesse ponto, é totalmente diferente, porque não é um problema. (...) se as falhas existem, e eu tô usando a técnica, e a técnica tá dizendo: “A gente pode contornar com isso aqui”, eu tô bem. (...) Eu sinto super informada’ (Fernanda).

Contudo, algumas informações recebidas nesse local também geraram sofrimento no casal:

‘Ele [médico] falou assim da minha imensa dificuldade em termos estatísticos, tá, que eu fui pro banheiro e chorei copiosamente, de urrar, assim, durante uma meia hora. Eu não me lembro de ter chorado durante tanto tempo, assim, recentemente. Então, em alguns momentos foi emocionalmente bem pesado pra nós’ (Roberto). ‘Eu acho que teve um momento, que não chegou a ser um diagnóstico, mas o Dr. Z apontou a possibilidade. Ele queria nos preparar, porque é bem pé no chão, assim, ele não dá esperanças (...) “Eu não sei ainda qual vai ser o procedimento que eu vou indicar pra vocês e tal”. Aí num dado momento, falando dos baixíssimos índices de sucesso, considerando especialmente a idade da mulher, ele disse assim: “Ah, mas esse percentual é 16% na tua idade, mas ele aumenta pra 65% com ovodoação”, e aí o Roberto: “Como assim, ovodoação?”’ (Fernanda).

A clareza e a transparência encontradas em alguns profissionais e a forma como esses apresentaram as informações trouxeram mais segurança ao casal:

‘Eu particularmente me sinto agora num terreno (...) seguro, sabe? Eu não sei se vai dar certo, a gente não tem controle sobre isso. Mas eu me sinto muito acolhida, sabe? Eu sinto que não vai ter nada banal que vai ser feito lá pela clínica. A gente vai começar a estimulação, se não desenvolver, a gente nem segue, viu? Daí a gente vai, a alternativa... Aí que seria então a tal da ovodoação. Eles antecipam isso. Mas eu acho interessante, sabe? (...) apesar de ter todos esses percalços, nesse momento eu sinto assim, que tamo caminhando. (...) agora é como se as coisas tivessem sendo cuidadas todas’ (Fernanda).

O casal referiu atualmente uma relação de apoio e confiança em relação ao médico e uma sensação de cuidado e proteção:

‘Eu me sinto em terreno seguro hoje, porque eu imaginei que, se o Dr. Z me indica alguém, ele vai entrar em contato com a pessoa, ele vai conversar e perguntar como foi o atendimento, vai pegar o relatório pessoalmente com a pessoa e, se alguma falha acontecer de comunicação, daí ele vai cobrar’ (Fernanda).

‘É, desse evento traumático pra cá, eu acho que a gente não tem queixas. Eu posso não ter gostado da forma que o Dr. Z abordou um ou outro ponto, de ter ficado chateado ou emburrado na hora, ou triste, né, mas eu gosto muito da condução dele, do modo geral. Foram momentos mais assim de choque de realidade que caíram mal naquela hora’ (Roberto).

O casal reconhece o acolhimento e um investimento emocional dos profissionais desta clínica neles como pacientes:

‘Tu vê que as pessoas não tão ali só pra te dar um protocolo e te mandar embora e pegar o teu dinheiro. Elas tão envolvidas naquilo ali, a vida delas né, é aquele trabalho. Elas tentam fazer da melhor forma possível, e isso aí é uma coisa que faz a diferença, né? É uma forma de acolhimento, né? Embora mediada pela questão profissional, é uma forma de acolhimento’ (Roberto).

‘A gente sente que tá num terreno seguro, assim, e eu acho que isso faz toda a diferença. Porque a precisão técnica que eles têm (...) Eles têm seriedade com o que eles tão fazendo, sabe?’ (Fernanda).

## **Discussão**

A partir da análise dos casos, foi possível identificar algumas semelhanças e diferenças entre eles. Tanto a falta de apoio dos médicos como o recebimento de apoio foram identificadas em todos os casos. A falta de apoio emocional foi percebida por todos os casais, expressa pela falta de empatia na comunicação de diagnósticos relacionados à infertilidade, pela falta de acolhimento às repercussões emocionais desses diagnósticos ou no momento de fornecimento de informações e/ou orientações sobre procedimentos e o tratamento, e pela recusa à investigação das dificuldades de engravidar.

Na percepção de todos os casais, o conteúdo e a forma de expressão de vários médicos continham julgamentos e pouca valorização do sofrimento, trazendo a impressão de frieza, indelicadeza, falta de sensibilidade e de respeito e consideração. Resultados semelhantes foram encontrados por Malin et al. (2001) entre mulheres filandesas, as quais, em sua maioria, relataram situações insatisfatórias com os médicos como as experiências mais negativas do tratamento, incluindo não ser levada a sério e ser tratada com desrespeito, antipatia e indiferença.

Essas percepções dos casais não diferiram muito entre médicos especialistas em reprodução assistida e não especialistas, pois foram encontradas diferenças expressivas no contato médico-paciente e foram referidas experiências difíceis também em clínicas especializadas (pouco acolhimento e falta de informações). Os achados do presente estudo concordam parcialmente com aqueles encontrados por Mourad et al. (2010) e Van Empel et al. (2010), que referem a falta de apoio emocional no contexto da

reprodução assistida. O estudo de Bichuetti (2019) sobre interconsulta psiquiátrica e relação médico-paciente indica que a experiência auxilia os profissionais a lidar melhor com as suas emoções e trabalhar de forma mais objetiva junto ao paciente, embora essas emoções continuem influenciando-os. Assim, mesmo que os especialistas em TRA tenham mais expertise no manejo da população atendida, em situações de alta intensidade emocional podem ter dificuldades de se expressar, o que gera desconforto na relação.

Cabe lembrar que pacientes em tratamento de reprodução assistida podem estar mais sensíveis e vulneráveis devido às dificuldades de engravidar e à exposição a investigações e tratamentos invasivos. A condição de infertilidade gera sentimentos de angústia, fracasso, impotência, culpa, medo e exclusão social (Farinati et al., 2006; Spotorno et al., 2008; Batista et al., 2016, Straube, 2007; Braga & Amazonas, 2005), que permeiam todo o tratamento. Sendo assim, diagnósticos, informações e orientações sobre o assunto, bem como a forma como são comunicados, podem ter repercussões emocionais importantes.

No presente estudo, em apenas um dos casais foram identificados sintomas compatíveis com TMC (segundo o SRQ-20) nos dois cônjuges. Em outros dois casais, os sintomas apareceram em apenas um dos cônjuges. Considerando todos os entrevistados, metade deles apresentaram sintomas de TMC, o que indica algum nível de sofrimento psíquico. Esse achado concorda com a literatura. Cunha et al. (2008), em estudo com usuárias do SUS de ambulatórios de referência em esterilidade em Recife, encontraram uma prevalência de 53,3% de TMC no período de avaliação para o diagnóstico e tratamento de infertilidade. Ansiedade e depressão aparecem como prevalentes em mulheres em tratamento de infertilidade (Gdńska et al., 2017; Montagnini et al. 2009), podendo influenciar o seu resultado (Purewal et. al, 2018;

Terzioglu et. al, 2016; Reis et. al, 2013). Além de sintomas depressivos e ansiosos (Reis et al., 2013), estresse no âmbito conjugal e disfunções relacionais são prevalentes em homens (Gradvohl, Osis & Makuch, 2013; Shindel et al., 2008). Outros estudos destacam o estresse em casais inférteis (Gradvohl et al., 2013; Martins, Peterson, Costa, Costa, Lund, & Schmidt, 2012). Esses sintomas podem ser agravados pela forma com que o médico se comunica com esses casais.

Nesse sentido, dentre os princípios da bioética (Beauchamp & Childress, 1989), a não maleficência consiste na proibição do profissional de causar qualquer dano intencional ao paciente, o que acontece quando se tem uma comunicação insensível e insultuosa. Sendo assim, espera-se que os profissionais dessa área tenham uma postura mais empática. Estudos reforçam a importância do apoio aos casais e da atenção à saúde mental (Batista et al., 2016; Makuch & Filetto, 2010; Martins et al., 2012; High & Steuber, 2014).

Como mencionado, todos os casais descreveram uma boa relação com o médico atual, enfatizando os aspectos emocionais envolvidos, tais como a boa condução das comunicações e o fornecimento de diagnóstico(s) de modo acolhedor e positivo, gerando motivação para o tratamento. Mesmo diante do impacto emocional dos diagnósticos, a postura acolhedora e esclarecedora/informativa dos profissionais a respeito dos procedimentos e tratamento foi valorizada e mostrou-se importante, o que concorda com a literatura (Van Empel et al., 2010; High & Steuber, 2014; Borghi et al., 2019).

Cabe lembrar que as habilidades comunicacionais dos profissionais podem ser desenvolvidas para promover um agir mais empático, sensível e interessado, que, ao mesmo tempo, preserve a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança dos pacientes (Oliveira, 2018). O apoio emocional recebido dos médicos tem se



mostrado associado a atitudes positivas e à melhora nas estratégias de coping e no prognóstico em contextos como o de infertilidade (High & Steuber, 2014).

Todos os casais expressaram a relação de confiança e cuidado estabelecida com o médico atual. Referiram receber atenção e perceber um investimento emocional dos profissionais na resolução da sua situação, além de um tempo de consulta maior em comparação a outros profissionais. Tais achados demonstram o quanto os tratamentos com TRA exigem de médicos e de pacientes atitudes de confiança, afeto, constância, esperança e tenacidade. Tanto a confiança na técnica e no médico são fundamentais para o tratamento, como a persistência e a motivação do casal (Tamanini, 2003).

Com relação ao apoio informacional, a falta de informação foi mencionada por todos os casais, o que Berger, Paul e Henshaw (2013) identificaram como um dos principais desafios para os casais em tratamento de reprodução assistida. No estudo de Souter et al. (1998), realizado na Escócia, 47% das mulheres consideraram não ter recebido um plano claro de tratamento para a infertilidade e 23% daquelas que estavam em tratamento medicamentoso relataram receber pouca ou nenhuma informação sobre isso. Apenas 1/3 da amostra recebeu informações por escrito e 78% manifestaram desejo de obter mais informações dessa forma. Esses resultados concordam com o presente estudo, pois os casais referiram receber informações incompletas e, por vezes, só se dar conta disso à medida que o tratamento transcorria. Foram citadas situações específicas de falta de informações e orientações mesmo diante de solicitação explícita, e de recebimento de orientações baseadas em crenças pessoais.

Van Empel et al. (2011) apontam que a comunicação deficiente é mais comum quando a relação médico-paciente não está bem estabelecida, podendo inclusive promover a descontinuidade do tratamento. Por outro lado, Makuch e Filetto (2010) expõem a falta de questionamento dos casais sobre o tratamento e suas implicações

durante os diferentes momentos desse processo. Entende-se que a comunicação é extremamente importante na relação médico-paciente, favorecendo o apoio mútuo. Segundo Rodrigues et al. (2019), trata-se de um elemento estratégico para o cuidado qualificado em saúde. Quando efetiva, favorece o compartilhamento de decisões, aumenta a segurança do paciente e influencia positivamente os resultados clínicos.

Um dos casais (Casal 2) referiu a busca autônoma e voluntária de informações para um melhor aproveitamento das consultas. Esse casal também pontuou a dificuldade dos médicos para transpor a linguagem técnica para uma linguagem mais facilmente compreensível. A literatura menciona que tentativas de controle dos pacientes diante do tratamento e do profissional são uma forma de lidar com o sentimento de impotência e falta de controle promovidos pela vivência da infertilidade (Leis & Detflio, 2019). Assim, a necessidade dos pacientes em serem assertivos e ativos em seu tratamento pode ser decorrente da frustrante incerteza do contexto (Malin et al., 2001). Porter e Bhattacharya (2008), em pesquisa com casais no Reino Unido, apontaram ser comum a busca de informação. Entretanto, para os autores, apenas os casais que engravidam consideram benéfico ter informações. De outro lado, Silva (2008) salienta a necessidade de os médicos utilizarem uma linguagem de fácil compreensão, evitando uma proteção do poder médico por trás do uso de um linguajar técnico.

Dois casais (Casal 3 e 4) referiram especificamente divergências de informações recebidas em relação a diagnósticos e procedimentos. A demora para a obtenção de um diagnóstico preciso, segundo Batista et al. (2016), é grande fonte de angústia para as mulheres tentantes, pois isso dificulta o acesso a um especialista e retarda o tratamento e a possibilidade de gravidez. Embora as TRA tragam a esperança na concretização da gravidez, muitas promessas são articuladas em relação ao seu uso, de forma a gerar uma imagem tecnicista da Medicina e diminuir as ambiguidades desses processos (Silva,

2008), ofertando ‘soluções’ muitas vezes ilusórias ou imprecisas para os casais (Braga & Amazonas, 2005). Assim, embora seja importante usar uma linguagem confiante em relação ao tratamento, mesmo considerando os seus riscos, não se deve gerar falsas expectativas, tendo em vistas as taxas de sucesso (Tamanini, 2003).

Ainda quanto ao apoio informacional, destaca-se que os casais, mesmo tendo recebido muitas informações (de forma espontânea e/ou solicitadas), demonstraram desejo de saber mais. O estudo de High e Steuber (2014) também reportou o desejo de mulheres norte-americanas de receber mais suporte informacional, emocional e prático dos médicos, denotando uma discrepância entre o apoio desejado e recebido no contexto da infertilidade. Dentro disso, a comunicação de alguns diagnósticos, como o de trombofilia (Casal 1 e 2), causou alívio para os casais, por se tratar de uma condição passível de tratamento. De fato, explica que o diagnóstico, apesar de negativo, oferece a possibilidade de tomada de providências, o que é preferível quando comparado à indefinição de um problema. A comunicação auxilia no compartilhamento de decisões entre profissionais da saúde, pacientes e acompanhantes, sendo uma habilidade necessária no cuidado em saúde, que implica responsabilidades éticas (Rodrigues et al., 2019).

O(s) diagnóstico(s) recebido(s) e as possibilidades de tratamento lançadas pelo médico antes da(s) confirmações diagnóstica(s) geraram mobilização emocional nos casais. Segundo o princípio da bioética referente ao respeito à autonomia (Beauchamp & Childress, 1989), é importante que o paciente seja ativo na decisão sobre o tratamento, o que só se faz possível após o devido esclarecimento por parte do profissional. Assim, é possível estabelecer uma relação médico-paciente colaborativa, caracterizada pela consulta médica como uma ‘reunião entre especialistas’, uma vez que o paciente também possui uma expertise, pois só ele tem ciência de suas experiências

subjetivas, de saúde e doença, sendo estas informações necessárias para o entendimento total do caso (Oliveira, 2016). Entretanto, diante da vulnerabilidade dos casais em tratamento com TRA, algumas informações podem ser de difícil absorção e gerar uma repercussão emocional de difícil manejo, além de comprometer a autonomia na tomada de decisões.

O apoio instrumental foi menos identificado no presente estudo, talvez pela sua característica (auxílio de ordem prática) e/ou por não ser tão comumente esperado da relação médico-paciente (High & Steuber, 2014). Contudo, os achados apontam a necessidade desse tipo de apoio, já que a sua falta foi sentida por todos os casais, de diferentes maneiras. Uma delas foi o não encaminhamento para profissional da Psicologia (Casal 1). Essa fala contempla achados de vários estudos que apontam como dificuldade dos casais a falta de orientação sobre como receber auxílio emocional durante o tratamento da infertilidade (Mourad et al., 2010; van Empel et al., 2010). Também a ausência desse tipo de apoio foi percebida na falta de ações dos profissionais de saúde mental junto às equipes das clínicas (Casal 2). Um estudo sobre interconsulta psiquiátrica sugeriu que esse tipo de ação favorece a relação médico-paciente e contribui para o manejo de diferentes situações que emergem entre médicos, pacientes, familiares e instituição (Bichuetti, 2019). Sendo assim, profissionais da saúde mental poderiam auxiliar na comunicação e na empatia dos envolvidos no processo.

Os casais também mencionaram a falta de apoio instrumental em função da ausência de orientações mais precisas, que envolvem um 'passo-a-passo' do que fazer. Tal necessidade foi salientada por Borghi et al. (2019) em estudo com casais italianos, que apontaram o recebimento de informações claras e precisas como motivo de maior satisfação com o tratamento. Esse aspecto do apoio instrumental parece estar conectado ao apoio emocional, visto que, de alguma forma, os casais esperavam que os médicos

pudessem dar mais do que informações, orientações e encaminhamentos, e sim que cuidassem deles e de suas equipes e consultórios para recebê-los com mais validação e empatia. Contudo, não foram avaliadas no presente estudo as expectativas dos casais frente aos profissionais de saúde, para se compreender se eram muito elevadas. De toda forma, frente ao desgaste emocional que normalmente casais inférteis apresentam durante as tentativas de engravidar, a busca de ajuda e a investigação da infertilidade (Gdańska et al., 2017; Maroufizadeh et al., 2018; Purewal, Chapman & Akker, 2018; Terzioglu, Turk, Yucel, Dilbaz, Cinar, & Karahalil, 2016; Cenci, Luz, & Patias, 2017), seria importante encontrar um serviço minimamente organizado para recebê-los.

Em relação a isso, o ambiente das clínicas, com suas salas de espera ocupadas por várias mulheres grávidas, repercutiu no Casal 3, causando uma sensação de não pertencimento ou exclusão e gerando desconforto. Tal sensação foi diferente da observada na chegada a uma clínica especializada. Por isso, do ponto de vista do ambiente, os consultórios dos médicos não especialistas podem ser vistos com um requisito de falta de apoio instrumental. Nessa perspectiva, Souter et al. (1998) encontraram, entre mulheres escocesas, apesar da inexistência de diferenças de sentimentos em relação às clínicas ginecológicas e às especializadas, uma maior satisfação com o tratamento recebido nos espaços especializados. Interessante observar que, ao encontro desses achados, Cunha et al. (2008) identificaram uma maior prevalência de TMC entre as participantes que não evitavam ambientes com mulheres grávidas e crianças em comparação àquelas que evitavam.

### **Considerações Finais**

Esse estudo investigou a percepção de casais inférteis submetidos a TRA sobre a relação médico-paciente, para compreender a percepção de apoio nessa relação.

Particularmente, analisou a comunicação na relação médico-paciente e a forma como essa repercute nessa relação e na avaliação de apoio dos casais. Foi possível observar que todos os casais sentiram falta de apoio, ao mesmo tempo em que se sentiram apoiados pelos médicos. Prevaleceu a falta de apoio emocional e informacional. A falta de apoio instrumental não foi tão expressa, talvez pelo fato de os pacientes buscarem esse tipo de apoio em outras relações (com familiares e/ou amigos, por exemplo). De qualquer modo, evidencia-se a necessidade de atentar também para essa forma de apoio na relação médico-paciente.

A falta de apoio emocional manifestou-se na falta de acolhimento dos médicos às questões emocionais dos casais diante de diagnósticos, informações e orientações recebidas, bem como na adoção de uma postura julgadora, rude e insensível nas condutas e comunicações. Por outro lado, o apoio emocional foi experimentado por todos os casais na relação com os médicos que os acompanhavam atualmente. A atenção recebida, o olhar atento frente às possibilidades de tratamento e procedimentos, a tomada de decisões conjuntas, o abraço caloroso, a postura motivadora e interessada do médico frente ao tratamento e a sensação de serem cuidados como pacientes especiais, em uma relação de carinho e respeito, foram mencionadas.

A falta de apoio informacional foi expressa por todos os casais diante da dificuldade de conseguir mais informações dos médicos (especialistas ou não). Ao mesmo tempo, os casais reconheceram que os profissionais se propunham a dar explicações sobre o tratamento e a responder as perguntas deles. Alguns casais reconheceram que receber informações de forma fragmentada pode ser parte do processo de uso de TRA, já que diferentes variáveis podem influenciar nos resultados do tratamento e existem diferentes protocolos para cada situação. Entretanto,

manifestaram um desejo de que isso fosse diferente, por entenderem que facilitaria a sua vivência do processo.

A falta de apoio instrumental relatada por todos os casais evidenciou-se na falta de encaminhamentos para profissionais da saúde mental (dentro e/ou fora das clínicas), bem como na falta de atuação dos profissionais da saúde mental junto aos médicos e suas equipes. Outro aspecto relevante foi a falta de comunicação efetiva entre os médicos nos momentos de encaminhamento para outros colegas. Informações fragmentadas e por vezes dúbias despertaram nos casais a sensação de falta de cuidado e insegurança. O ambiente das clínicas especializadas também pareceu integrar esse tipo de apoio, pela identificação ou não com outros casais.

Frente aos achados, constata-se a importância da comunicação na relação médico-paciente, pois é por essa via que se oferece/recebe os diferentes tipos de apoio avaliados. A comunicação é uma via de mão dupla; é importante que os médicos possam ofertar apoio (afetivo, informacional e instrumental) e que os pacientes peçam assertivamente o que necessitam. Nesse sentido, uma limitação do estudo é a falta de uma medida mais descritiva das interações médico-paciente, para avaliar de forma mais objetiva as percepções dos casais.

Interessante destacar que no EPSUS-A (instrumento de avaliação do apoio social) nenhum casal mencionou os médicos como fonte de apoio, o que concorda parcialmente com os dados das entrevistas. Contudo, tal achado pode ser decorrente de uma lacuna do instrumento, que não oferece a opção 'médicos' como resposta, apesar de conter a opção 'outros' como possibilidade para a inclusão dessa resposta. Esse dado faz pensar na representação social de apoio, que normalmente está associada a pessoas próximas, com as quais estabelecemos relações afetivas. O quanto isso representa a relação que os casais estabelecem com os médicos? No contexto da infertilidade, essa

pode ser entendida como uma relação de serviço, pautada em um alto investimento financeiro, o que pode contribuir para explicar esses achados.

Chama a atenção que metade dos sujeitos tenham apresentado sintomas compatíveis com TMC. Mesmo que a temática não tenha sido o foco do estudo, mostra a necessidade de acompanhamento psicológico desses casais. Esse dado também faz questionar se e quanto a relação médico-paciente pode contribuir para a saúde ou o adoecimento psicológico dos casais inférteis. Nesse sentido, sugere-se a realização de estudos sobre a relação entre TMC e satisfação com o apoio social em casais inférteis em tratamento com TRA. Embora estudos com mulheres sejam mais comuns, no presente estudo foi possível identificar também o sofrimento dos homens.

Do ponto de vista da prática psicológica, os achados demonstram a presença de profissionais da saúde mental como fundamental durante o tratamento com TRA. É necessário trabalhar junto aos médicos e equipes, desenvolvendo treinamentos para atender essa população emocionalmente vulnerável, sensibilizando-os para o acolhimento (apoio afetivo), a comunicação (apoio informacional) e a orientação desses casais frente aos procedimentos e exames (apoio instrumental). Também é relevante o trabalho de acolhimento junto aos pacientes, como também de estímulo ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, para que possam deixar explícitas as suas necessidades aos profissionais de saúde. Isso contribuirá para o desenvolvimento da aliança na relação médico-paciente e para a tomada de decisões melhor informadas e mais compartilhadas.

Nessa perspectiva, esse estudo também teve como limitação a não inclusão dos médicos. A sua percepção sobre a relação com esses pacientes (casais) deve ser explorada em futuros estudos, bem como o papel da comunicação e do apoio social na



formação médica, por contribuírem enormemente para a construção de uma boa relação médico-paciente.

Salienta-se que, devido à disponibilidade restrita de tratamento com TRA pela rede pública de saúde no Brasil, os casais do estudo frequentavam clínicas particulares ou conveniadas a planos de saúde, o que requer um investimento financeiro expressivo. Esta situação é um estressor adicional à situação de infertilidade. Assim, este recorte sócio-econômico aparece como uma limitação do estudo e do sistema de saúde brasileiro, que acaba impossibilitando que casais de nível sócio-econômico baixo tenham maior acesso a esse tipo de tratamento para concretizar o seu projeto de parentalidade. Futuras investigações deveriam incluir usuários desse segmento para verificar diferenças e semelhanças em relação ao tema do presente estudo.

## Referências

- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: Narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 121-127.  
<https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics* (3<sup>rd</sup> ed.). New York, NY: Oxford University Press, Michigan University.
- Berger, Roni; Paul, Marilyn S. & Henshaw, Lisa A. (2013). Women's Experience of Infertility: A Multi-systemic Perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54-68.
- Bichuetti, C. L. M. (2019). *A mão que alivia e a dor da escuta: a interconsulta sob o olhar da Psicologia Analítica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, B. C.J.M., Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff, *Human Reproduction*, 27(4), 941–950,  
<https://doi.org/10.1093/humrep/der467>

- Braga, M.G. R.; Amazonas, M. C. L. A. (2005) Família: Maternidade e Procriação Assistida. *Psicologia em Estudo*. 10 (1),11-18.
- Borghi, L., Leone, D., Poli, S. et al. (2019). Patient-centered communication, patient satisfaction, and retention in care in assisted reproductive technology visits. *J Assist Reprod Genet* 36, 1135–1142. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01466-1>
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A: Estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510.
- Creswell, J.W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. *Qualitative Methods*. (4ed) (pp.233-263).
- Cunha, Maria do Carmo Vieira da, Carvalho, João Alberto, Albuquerque, Rivaldo Mendes, Ludermir, Ana Bernarda, & Novaes, Moacir. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 201-210. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>
- Farinati, Débora Marcondes, Rigoni, Maisa dos Santos, & Müller, Marisa Campio. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(4), 433-439.
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwoń-Zaleska, M., Węgrzyn, P., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109-112.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
- Gradwohl, Silvia Mayumi Obana, Osis, Maria José Duarte, & Makuch, Maria Yolanda. (2013). Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-261.
- High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (in)adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2), 157-178.
- Holanda, C. S. (2007) O princípio da dignidade da pessoa humana e a bioética como limite aos abusos cometidos na prática das técnicas de reprodução assistida. *Pensar*, Fortaleza. Edição Especial. 36-42.

- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PlosOne*, 13(6), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>
- Lechner, L., Bolman, C., & Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294.
- Leis, L., Detfílio, A. R. (2019) Infertilidade e reprodução assistida no contexto virtual - vantagens e desvantagens. *SBRH Psicologia*. Disponível em: <https://psicologia.sbrh.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Infertilidade-e-reprodu%C3%A7%C3%A3o-assistida-no-contexto-virtual-vantagens-e-desvantagens.pdf>
- Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Passos, E. P. (2007). Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. Projeto de pesquisa não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Luna, N. (2007). Infertilidade e ausência de filhos: a origem do drama. In: *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Antropologia e Saúde collection, pp. 53-81. ISBN 978-85-7541-355-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Makuch, M. Y. & Filetto, J. N. (2010). Procedimentos de fertilização in vitro: Experiência de mulheres e homens. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 771-779.
- Malin, M., Hemminki, E., Rääkkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M.-L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*, 53(1), 123–133. doi:10.1016/s0277-9536(00)00317-8.
- Mari, J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Maroufizadeh, S.; Ghaheri, A.; Almasi-Hashiani, A.; Mohammadi, M.; & Navid, B. (2018). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23, 103-106.

- Martins, M., Peterson, B., Costa, P. Costa, Maria., Lund, R., Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*. Sage. 30 (4) 371-388
- Montagnini, Helena Maria Loureiro, Blay, Sérgio Luís, Novo, Neil Ferreira, Freitas, Vilmon de, & Cedenho, Agnaldo Pereira. (2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 475-481.
- Mourad, Selma M. et al. (2010). Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *Fertility and Sterility*, Volume 94, Issue 4, 1254 - 1260.
- Oliveira, J. G. L. de. (2016) *Processos na Comunicação Médico- Paciente: Perspectivas para a Construção de Diálogos Efetivos* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsa CAPES. Orientadora: Lucia Isaltina Clemente Leão, 71p.
- Oliveira, M. C. (2018) *Análise de Estratégia para Desenvolvimento de Habilidade de Comunicação de Más-Notícias na Formação de Profissionais de Medicina*. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde.
- Porter M. & Bhattacharya S. (2008). Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples. *Hum Reprod*. 2008; 23(3): 567-572.
- Purewal, S., Chapman, S., & Akker, O. B. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: A meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online*, 36, 646-657.
- Reis, S.; Xavier, M. R.; Coelho, R.; Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013 Nov;171(1):61-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.034. Epub 2013 Aug 6.
- Rodrigues, J. L., Portela, M. C., Malik, A. M. (2019). Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11):4263-4273
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Shindel, A. W., Nelson, J. C., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J. P. (2008), *Sexual Function and Quality of Life in the Male Partner of Infertile Couples:*

- Prevalence and Correlates of Dysfunction. *Journal of Urology*, 179 (3), 1056-1059. doi:10.1016/j.juro.2007.10.069. Recuperado de <https://www.auajournals.org/doi/abs/10.1016/j.juro.2007.10.069>.
- Silva, Susana Manuela Ribeiro Dias da. (2008). Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 525-534. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300006>
- Souter, V. L.; Penney, G.; Hopton, J. L.; Templeton, A. A.. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility., *Human Reproduction*, Volume 13, Issue 7, Jul 1998, Pages 1831–1836, <https://doi.org/10.1093/humrep/13.7.1831>
- Souza, Â., Cenci, C. B., Luz, S., & Patias, N. (2017). Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: Uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando Famílias*, 21(2), 76-88.
- Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2008) Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28,104-118.
- Straube, K. M. (2019). Infertilidade, estigma e tratamentos reprodutivos: da família pensada a família vivida. Juruá, Curitiba.
- Tamanini, M. (2003).*Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no Sul do Brasil*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.
- Terzioglu, F.; Turk, R; Yucel, C.; Dilbaz, S.; Cinar, O. & Karahalil, B. (2016). The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African Health Sciences*, 16(2): 441-450.
- Van Empel, I. W. H.; Nelen, W. L. D. M.; Tepe, E. T.; Van Laarhoven, E. A. P.; Verhaak, C. M. & Kremer, J. A. M. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients, *Human Reproduction*, Volume 25, Issue 1, January 2010, Pages 142–149, <https://doi.org/10.1093/humrep/dep362>
- Van Empel, I. W. H.; Hermens, R. P. M. G.; Akkermans, R. P.; Hollander, K. W. P.; Nellen, W. L. D. M. & Kremer, J. A. M. (2011). Organizational determinants of patient-centered fertility care: a multilevel analysis. *Fertility and Sterility*, Volume 95, Issue 2, 513 - 519

- The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO). (2009). Revised Glossary on ART Terminology. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2683/629168>, Acesso em 10 nov. 2018. doi:10.1093/humrep/dep343.
- World Health Organization (WHO). (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- World Health Organization (WHO). (2010). Mother or nothing: The agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 881-882.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3ed.). Porto Alegre: Bookman.

Tabela 1

## Dados sociodemográficos dos casais participantes

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4	
	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>
<u>Estado Civil</u>	União estável		União estável		Casados		União estável	
<u>Tempo de Relacionamento (anos)</u>	11		7		13		8	
<u>Renda Familiar</u>	2-3 salários mínimos		Não informada		8-9 salários mínimos		10 – 15 salários mínimos	
<u>Idade (anos)</u>	42	40	43	40	32	34	50	43
<u>Religião</u>	Católica	Espírita	Nenhuma	Católica	Católica	Católica	Espiritualista	Espiritualista
<u>Escolaridade (nível completo)</u>	Ensino Médio	Graduação	Graduação	Pós-Graduação	Ensino Médio	Pós-Graduação	Pós-Graduação	Graduação
<u>Ocupação</u>	Técnico em Radiologia	Psicóloga	Gerente TI	Micro-empresária	Técnico em Óptica	Psicóloga	Servidor Público	Servidora Pública
<u>Horas de trabalho semanais</u>	Desempregado	Desempregada	44	40	44	40	30	30

Tabela 2

## Dados de saúde dos casais participantes

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4	
	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>
<u>Tempo em tentativas para engravidar</u>	10 anos		7 anos		13 anos		8 anos	
<u>Tempo em tratamento de RA</u>	3 anos		1 ano		9 meses		4 anos	
<u>TRA utilizada (Número de vezes)</u>	FIV (3)		Coito programado (1) FIV (1)		Coito programado (1) FIV (1)		Coito programado (3)	
<u>Aborto*/(Número de ocorrências)</u>	Não		Sim (2)		Sim (1)		Não	
<u>Dificuldades físicas/hormonais</u>	Baixa motilidade espermática	Trombofilia	Não	Trombofilia, TSH alterado	Não	Endometriose	Baixa mobilidade espermática, C.A de testículo (orquitectomia direita)	Sinéquia uterina, pólipos, cisto ovariano, dúvidas em relação à permeabilidade das trompas e à presença de alterações imunológicas
<u>TMC</u>	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

Legenda: RA = Reprodução Assistida; TRA = Técnicas de Reprodução Assistida; FIV = Fertilização In Vitro; \*Abortos espontâneos ocorridos durante o período de tentativas para engravidar; C.A= câncer; TMC = Transtornos mentais comuns, segundo a avaliação pelo SRQ-20



#### 4 ARTIGO 2

A ser submetido ao periódico *Psicologia Teoria e Prática*, Seção de Desenvolvimento Humano (Classificação A2, Área: Psicologia, QUALIS CAPES)

#### **Contar e ter com Quem Contar: Interfaces entre Revelação da Infertilidade e Apoio Social**

##### **Interfaces entre Revelação da Infertilidade e Apoio Social**

#### **To Tell and To Have Someone to Count on: Interfaces between Infertility Disclosure and Social Support**

##### **Interfaces between Infertility Disclosure and Social Support**

#### **Contar y Tener con Quién Contar: Interfaces entre la Revelación de la Infertilidad y el Apoyo Social**

##### **Interfaces entre la Revelación de la Infertilidad y el Apoyo Social**

Klaus, Rafaela Teló<sup>a\*</sup>, Costa, Marina Helena Dias<sup>b</sup>, Pimenta, Clara Foletto<sup>b</sup>, Mendes, Alessandra Vasconcellos<sup>b</sup>, Levandowski, Daniela Centenaro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Department of Psychology, Post-Graduation Program of Psychology and Health, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil.*

<sup>b</sup>*Graduation in Psychology, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil.*

<sup>c</sup>*Developmental Psychology, PhD. Associate Professor of Department of Psychology at UFCSPA (Federal University of Health Sciences of Porto Alegre), Porto Alegre, Brazil. Research of Post-Graduation Program of Psychology and Health and of Health Sciences (UFCSPA). CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) Research Productivity Scholarship.*

\*Correspondence address: Tel: +55 51 999714523; [ola@rafaelaklaus.com.br](mailto:ola@rafaelaklaus.com.br)

Word Count: 12437

## **Contar e ter com Quem Contar: Interfaces entre Revelação da Infertilidade e Apoio Social**

### **Resumo**

Casais inférteis que buscam tratamento experimentam um estigma social que pode acarretar a necessidade de privacidade e segredo frente a essa condição. Isso, por sua vez, pode comprometer o apoio social. Considerando isso, a partir de um estudo qualitativo, transversal, de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), com quatro casais heterossexuais acessados por conveniência com a utilização de coleta de dados sociodemográficos, de saúde e de apoio social e entrevistas conjuntas, objetiva-se examinar a percepção de casais sobre o apoio social após a revelação (ou não) da condição de infertilidade e/ou de tratamento com técnicas de reprodução assistida. Os casos foram analisados individualmente e comparativamente. Constatou-se que todos os casais consideraram não revelar a infertilidade e/ou o tratamento, embora todos tenham revelado algo em algum momento. Percebeu-se, em todos os casos, apoio e falta de apoio frente às revelações. A não revelação foi motivada pela autopreservação e evitação de pressão social, embora não tenha acarretado efeitos positivos diretos. Os achados indicam a necessidade de atuação de profissionais de Psicologia junto a essa população, para estimular a reflexão sobre revelação e apoio social.

Palavras-chave: segredo, revelação, apoio social, infertilidade, casal.

## **To Tell and To Have Someone to Count on: Interfaces between Infertility Disclosure and Social Support**

### **Abstract**

**Objectives:** To examine the perception of couples about social support after the disclosure (or not) of their infertility condition and/or of the treatment with assisted reproductive technology. Infertile couples seeking treatment experience a social stigma that can lead to the need of privacy and secrecy on this condition. This, in turn, may undermine their social support. Qualitative and cross-sectional, multiple case study design (Yin, 2005), with a convenience sample of four heterosexual couples. In addition to the sociodemographic, health and social support data collected, joint interviews were also conducted. The cases were analysed individually and comparatively. All couples considered not disclosing the infertility and/or the treatment, although they all did disclose something at some point. In all cases, support and lack of support were perceived in face of disclosure. The non-disclosure was motivated by self-preservation and avoidance of social pressure, although it did not have direct positive effects. The findings indicate the need for psychological assistance for this population to stimulate reflection on disclosure and social support.

**Key words:** secrecy, disclosure, social support, infertility, couple.

## **Contar y Tener con Quien Contar: Interfaces entre la Revelación de la Infertilidad y el Apoyo Social**

### **Resumen**

**Objetivo:** Examinar la percepción de parejas sobre el apoyo social después de la revelación (o no) de la condición de infertilidad y/o del tratamiento con técnicas de reproducción asistida. Parejas infértiles que buscan tratamiento experimentan un estigma social que puede acarrear la necesidad de privacidad y secreto ante esa condición. Eso, por su vez, puede comprometer el apoyo social. Estudio cualitativo y transversal de múltiples casos (Yin, 2005), con cuatro parejas heterosexuales accedidas por conveniencia. En adición a la recogida de datos sociodemográficos, de salud y de apoyo social, se hicieron entrevistas conjuntas. Los casos fueron analizados individual y comparativamente. Todas las parejas consideraron no revelar la infertilidad y/o el tratamiento, aunque todos hayan revelado algo en algún momento. Se percibió, en todos los casos, apoyo y falta de apoyo ante las revelaciones. La no revelación fue motivada por la autopreservación y la evitación de la presión social, aunque no haya acarreado efectos positivos directos. Los hallazgos indican la necesidad de actuación de los profesionales de Psicología junto a esa población, para estimular la reflexión sobre revelación y apoyo social.

Palabras clave: secreto, revelación, apoyo social, infertilidad, pareja.

## INTRODUÇÃO

A dificuldade de engravidar impõe aos casais a quebra de expectativas individuais e sociais, trazendo inúmeros desafios, como lidar com o estigma e a pressão social para a gravidez. De fato, é esperado socialmente que, ao longo do ciclo evolutivo da família, os casais tenham filhos, sendo a maternidade e a paternidade importantes passos da vida adulta (Bernauer & Kahhale, 2012). Entretanto, muitos casais encontram dificuldades na concretização dessa etapa; conforme a World Health Organization (WHO, 2020), estima-se que 48 milhões de casais e 186 milhões de indivíduos vivem com infertilidade em todo o mundo.

A infertilidade é compreendida como a condição de insucesso no intento de engravidar após 12 meses. Por conta disso, as Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) tornam-se uma alternativa para a realização desse projeto conjugal. Com o objetivo de propiciar a gravidez, esses procedimentos envolvem a manipulação de óvulos, espermatozoides e/ou embriões (Souza & Alves, 2016).

Pesquisas indicam que a infertilidade acarreta um sofrimento emocional significativo. São comuns sentimentos de isolamento, frustração, culpa e vergonha, tendo em vista o futuro incerto que se apresenta (Spotorno et al., 2008; Batista, Bretones & Almeida, 2016; Marque e Morais, 2018; Hayashi & Mariyama, 2019), bem como sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Montagnini et al., 2009; Gradwohl, Osis, & Makuch, 2013; Gdańska et al., 2017; Maroufizadeh et al., 2018).

Essa experiência, associada à realização do tratamento com TRA, que costuma gerar inseguranças e incertezas, pode acarretar sentimentos de inferioridade em função do estigma social que envolve essa vivência. Como mencionado, a ausência de filhos ainda é vista como algo diferente do esperado no ciclo de vida familiar, apesar das mudanças contemporâneas nas configurações familiares. Soma-se a isso a pressão social pelo filho biológico, que carrega representações sociais com diversas significações, como a ideia de que o filho será a extensão de seus pais e/ou sua transcendência (Souza, Cenci, Luz, & Patias, 2017; Bernauer & Kahhale, 2012). Assim, o casal infértil tenta se reenquadrar na “regra social” utilizando as TRA para ocultar e manejar a infertilidade e, com isso, gestar (Straube, 2019). Esse caráter estigmatizante, de anormalidade, incapacidade e artificialidade sobre a infertilidade e o uso das TRA traz questionamentos sobre o que e para quem revelar essa condição, colocando em pauta a privacidade do casal (Luna, 2007).

De fato, esses casais deparam-se com a difícil decisão de revelar ou não o diagnóstico de infertilidade e a realização do tratamento com TRA para pessoas com quem mantêm relações próximas (familiares, amigos ou colegas de trabalho). Ao revelar a sua condição reprodutiva, podem ser discriminados e até mesmo questionados acerca de tabus referentes à idade, ao uso de gametas doados, às questões de gênero e de orientação sexual (Johnson, 2020). A partir disso, questiona-se o quanto a escolha do casal de revelar ou não essa condição impacta no apoio recebido de pessoas próximas.

No campo da infertilidade, o apoio social tem sido amplamente estudado (Cunha et al., 2008; High & Steuber, 2014; Kroemeke & Kubicka, 2018; Lechner, Bolman, & Dalen, 2007). É evidente a importância desse aspecto, pois é necessário que esses casais recebam acolhimento e desenvolvam recursos para enfrentar essa condição, que pode ter longa duração e ser bastante desafiadora (Martins et al, 2012).

O acesso ou não à rede social em busca de apoio é um fator essencial para a diminuição do estresse, tanto para homens quanto para mulheres (Gradwohl et al., 2013). Esse acesso pode estar relacionado às escolhas acerca da revelação, sendo esperado que casais que optam por não revelar a sua condição reprodutiva acessem menos sua rede de apoio, obtendo, por consequência, menos apoio social. A revelação pode estar relacionada a uma busca mais ativa de fontes de apoio, consequentemente aumentando as chances de o casal receber mais apoio.

Apesar da relevância do tema para o entendimento das vivências de casais inférteis, poucos estudos exploram as possíveis relações entre revelação e apoio social. No presente estudo examina-se a percepção de casais sobre o apoio social após a revelação (ou não) da condição de infertilidade e/ou de tratamento com TRA. Entende-se que investigar essa relação pode ampliar as possibilidades de intervenção com esse público.

## **MÉTODO**

### *Delineamento*

Trata-se de uma pesquisa qualitativa transversal, com delineamento de estudos de casos múltiplos (Yin, 2005). Objetivou-se obter variados cenários do mesmo objeto de estudo para ampliar a relevância dos achados (Yin, 2005).

### *Participantes*

Quatro casais heterossexuais, residentes no Rio Grande do Sul, com diagnóstico de infertilidade e em tratamento com TRA. Foram considerados “casais em tratamento”

aqueles que estavam investigando as causas clínicas da infertilidade, realizando o acompanhamento com médico especialista e/ou em clínica de reprodução assistida e/ou esperando orientações médicas. Foram excluídos do estudo casais que já possuíam filhos (de relação conjugal atual ou anterior) e com dificuldades na fala e/ou cognitivas, que pudessem dificultar e/ou impedir a aplicação dos instrumentos.

A divulgação do convite para a participação no estudo ocorreu através de redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp) das autoras e das integrantes do Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde da UFCSPA (NEEDS/UFCSPA). A partir da divulgação, nove mulheres demonstraram interesse em participar (duas via e-mail, quatro via Instagram, uma via WhatsApp e duas por indicação). No contato inicial com as interessadas, verificou-se que seis casais cumpriam os critérios de inclusão. Dentre eles, quatro consentiram e agendaram horário para a participação na pesquisa. A coleta de dados foi, então, encerrada, pois, segundo Creswell (2014), esse número de casos seria suficiente para uma investigação com esse delineamento. Dados sócio-demográficos e de saúde dos casais encontram-se detalhados na Tabela 1.

#### INSERIR TABELA 1

Os casais apresentaram-se heterogêneos em várias características, como duração do relacionamento (7 a 13 anos), idade (32 a 50 anos) e nível de escolaridade (Ensino Médio a Pós-Graduação). A Tabela 2 apresenta os dados de saúde dos participantes. Identificou-se variação no tempo em que cada casal tentava engravidar (7 a 10 anos) e no período de tratamento com TRA (9 meses a 4 anos). Evidenciou-se tanto fatores masculinos como femininos na infertilidade dos casais e, como TRA utilizadas, coito programado e FIV foram as mais frequentes.

#### INSERIR TABELA 2

##### *Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados*

Antes da coleta de dados, uma coleta piloto foi realizada com um casal de perfil semelhante ao elencado para o estudo, para verificar a adequação dos instrumentos e a necessidade de ajustes. Após isso, iniciou-se a divulgação do estudo em redes sociais.

A verificação dos critérios de inclusão e de exclusão dos casais interessados em participar aconteceu no primeiro contato. Após isso, agendou-se um encontro para a aplicação dos instrumentos, em local e horário compatível para o casal, com aqueles que cumpriram os critérios de inclusão e confirmaram o interesse na participação. Três casais optaram pela coleta de dados no consultório da primeira autora e um casal optou pela própria residência. O encontro iniciou-se com a leitura e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada cônjuge. Após isso, foram aplicados os seguintes instrumentos, nessa ordem: Ficha de Dados Sócio-Demográficos (adaptada de Lopes et al., 2007), para coletar dados individuais dos cônjuges (como idade, sexo, escolaridade, etc); Ficha de Dados de Saúde (adaptada de Lopes et al., 2007), para coletar informações do casal, incluindo aquelas relativas à infertilidade e ao tratamento; e Escala de Percepção do Suporte Social, versão adulta (EPSUS-A), para identificar o suporte percebido pelos casais em quatro dimensões ou fatores: afetivo, interações sociais, instrumental e enfrentamento de problemas (Cardoso & Baptista, 2014). Esses instrumentos foram levantados conforme as orientações dos autores e utilizados para a caracterização dos participantes.

Após a aplicação individual e simultânea dos instrumentos, realizou-se a Entrevista Semiestruturada com o Casal (adaptada de Lopes et al., 2007), para explorar a decisão de ter um filho e de realizar o tratamento com TRA, assim como investigar segredos familiares e apoio social. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente para análise. A duração média da aplicação dos instrumentos foi de 2h45min; para um dos casais, a coleta de dados ocorreu em dois encontros. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2019 em Porto Alegre/RS.

#### *Procedimentos de Análise de Dados*

As entrevistas, após literalmente transcritas, foram analisadas por duas auxiliares de pesquisa, que leram sucessivamente e de forma independente o material, buscando identificar falas dos participantes que se adequavam aos eixos temáticos do estudo (revelação do diagnóstico e/ou do tratamento para a infertilidade para pessoas próximas e percepção de apoio social). Após essa seleção individual e independente de trechos das entrevistas, a primeira autora comparou o material, visando verificar possíveis divergências. Quando essas apareceram, atuou como juíza para a obtenção de um consenso na categorização. Depois desses procedimentos, através da integração das falas, foi construído um relato de cada caso.

Para a análise dos casos utilizou-se a estratégia de análise baseada em proposições teóricas (Yin, 2005), que visa a compreensão dos casos segundo a literatura prévia sobre o assunto. Por fim, a estratégia de síntese de casos cruzados (Yin, 2005) buscou a identificação de semelhanças e diferenças entre os casos, para a ampliação do entendimento do fenômeno.

#### *Considerações Éticas*



A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (Parecer 3.420.420), atendendo às diretrizes das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Cada cônjuge recebeu e assinou o TCLE que informava sobre os objetivos e procedimentos do estudo e as devidas garantias éticas. Todas as participações foram voluntárias e os instrumentos utilizados foram considerados de risco mínimo, ainda que pudessem gerar certo desconforto por conta da temática da pesquisa. Contudo, não se identificou a necessidade de encaminhamento dos participantes, uma vez que nenhum prejuízo foi observado a partir da aplicação dos mesmos. Todos os documentos procedentes da pesquisa estão devidamente arquivados na UFCSPA, em local apropriado, para a manutenção do sigilo.

### *Resultados*

Apresenta-se, para cada casal, os achados do EPSUS-A, que buscou avaliar como cada cônjuge percebe as relações sociais e o nível de apoio social recebido. Os dados apresentados na Tabela 3 indicam o predomínio de um nível geral de percepção de apoio social baixo. Em dois casais (Casal 1 e 4) identifica-se concordância na percepção geral de apoio social (nível baixo) e, nos outros dois, diferenças (variando entre baixo e médio-alto). Com relação às fontes de apoio social, em dois casais (Casal 2 e 3) os homens relataram maior número em comparação às mulheres, sendo a maior parte pessoas da família. Em apenas um casal (Casal 4) a mulher indicou um maior número de pessoas, em comparação ao parceiro. Importante lembrar que, independentemente do número de pessoas indicadas pelos casais como parte da rede de apoio, isso não significa que eles necessariamente revelaram para todas elas sobre a infertilidade e o uso de TRA.

### INSERIR TABELA 3

A seguir são apresentados os casos e, na sequência, a discussão dos mesmos. As temáticas destacadas na construção dos relatos dos casos e na análise foram: *revelação* (considerando as falas que remetem ao contar sobre o diagnóstico de infertilidade e/ou o tratamento com TRA); *não revelação* (considerando falas que remetem à não revelação da condição de infertilidade e/ou de tratamento); e as percepções de apoio social (ou falta dele) nesse processo. O termo *revelação* é empregado para fazer referência à divulgação, pelos casais, do diagnóstico de infertilidade e/ou do tratamento com TRA. Casal 1: Irene (40 anos) e João (42 anos)

O casal estava tentando engravidar há dez anos (nos últimos três em tratamento com TRA). Referiram não contar esse fato para as famílias de origem, pois a mãe de Irene já era falecida e João ‘vive o luto de pais vivos’ (conforme relato de Irene). Embora poucas pessoas soubessem do tratamento com TRA, o casal considerava que provavelmente muitas suspeitavam da condição de infertilidade:

“Acho que as pessoas começam a se dar conta que faz tantos anos e não vem nunca, ‘Será que tem algum problema?’. Eu acho que as pessoas começam a se perguntar, não sei, mas a gente não fala, né? Porque eu acho que a gente não tem que dar explicação também (...) Pra algumas pessoas eu falo só da trombofilia: ‘Ah, eu descobri uma trombofilia e tô tratando’, mas não digo como, nem quando, nem porque, nem... Enfim, né? Não entro em detalhes (...) A gente guarda muito em segredo o fato da reprodução assistida, a gente não conta. A nossa família não sabe. São pouquíssimos amigos que sabem. (...) Tem outros casais que sabem da nossa infertilidade, mas não sabem da fertilização (...) saber da nossa infertilidade é uma coisa, saber da fertilização é outra... É como o buraco mais embaixo, sabe?” (Irene)

Como motivos para a não revelação do tratamento o casal relatou a pressão social e a falta de compreensão das pessoas sobre o processo:

“Eu acho que existe uma cobrança até maior, também, sabe? Porque, por exemplo, eu já conversei com pessoas que dizem assim pra mim: ‘Tu já pensou em fazer fertilização? Porque uma amiga minha fez e deu certo’. E aí eu penso assim na hora: ‘Tá, eu vou dizer pra ela que eu já fiz três vezes e não deu certo? Que fracasso!’. Não, não vai fazer diferença eu contar pra ela, entendeu? Ela não vai entender, porque pra ela todos dão certo (...) A sociedade te cobra muito. A família te cobra. (...) as pessoas não entendem. (...) Tem pessoas que perguntam: ‘E aí, quando é que vão ter o filho? Não tiveram o filho ainda?’. Isso é muito chato, sabe? (...) Eu já acho que é especulação mesmo e que não contribui, então... Não vale a pena eu dividir” (Irene)

Outro motivo para a não revelação apontado pelo casal foi a crença acerca da inveja das pessoas: “O olho gordo das pessoas” (João). Ambos deixaram claro não gostar de falar sobre o assunto com outras pessoas: “Então eu evito, assim, a não ser que eu sinta muito segura” (Irene); “Homem não fala dessas coisas. É... Eu não me lembro pelo menos de ter acontecido isso no trabalho, de me perguntarem sobre gravidez e coisa” (João). Em relação a isso, notou-se diferença nas percepções dos cônjuges;

enquanto Irene relatou sentir falta de um espaço para conversar sobre a infertilidade, para se questionar sobre situações que acontecem durante o processo, João referiu não sentir essa necessidade:

“Eu acho que de certa forma eu sinto falta disso, assim, de eu ter um espaço mais pra falar só sobre isso, sabe? Eu acho importante, né? Vendo todas as mulheres que eu vi naquele grupo (de WhatsApp) e pela minha vivência...E aí eu percebo assim, dessa falta de.. até de preparo assim, sabe? De poder receber isso, assim, dessa questão de infertilidade, de contar e não contar, por exemplo (...) E aí eu me vi nessa dificuldade, porque eu já sentia essa dificuldade, no momento em que eu seleciono algumas pessoas pra contar ou não. Mas aí eu comecei a pensar: ‘Por que que eu não conto? Por que que eu contei? O que que isso fez de diferença pra mim?’ (...) eu acho que falta, de poder ter um espaço mais pro João poder falar mais.” (Irene).

O casal revelou a realização do tratamento para poucas pessoas próximas, à medida que entendiam que elas poderiam receber apoio e acolhimento: “Tu conta pra quem vai te dar um apoio, te falar uma palavra, entendeu? De conforto, alguma coisa” (João);

“Tem uma tia do João que é amicíssima (...) ela é uma pessoa muito pra frente, assim, sabe? Que nem eu digo: ela tem uma visão além do alcance, assim. Ela é uma pessoa compreensível, sabe, então, é como se encontrasse aconchego contando as coisas pra ela. Então eu acho que por isso a gente acabou contando pra ela, assim, sabe?” (Irene).

Também compartilharam suas vivências com outras pessoas que estavam passando por situação semelhante: “Só quem tá no, praticamente na mesma onda, né? (...) só quem tá no meio, né. Só quem tá vivendo a mesma coisa”. (João);

‘A gente tem alguns amigos que também são inférteis. Então a gente consegue conversar um pouco mais aberto, assim, mais franco, sobre isso (...) As pessoas, eu acho que elas não compreendem nessa totalidade, a não ser que tenham vivido aquilo, que é o caso dos nossos amigos, entendeu? Eles viveram uma questão da inseminação que não deu certo, do tratamento, da endometriose (...) É uma dificuldade, é um sofrimento. Então, quando a gente conversa, ela me entende. Quando a gente não evoluiu esses óvulos, eles foram nos visitar, entende? Tipo ‘vocês estão mal e a gente tá aqui, a gente sabe o quanto é difícil isso’. Então é diferente (...) Tem pessoas que não têm essa sensibilidade” (Irene)

Ambos perceberam que a relação com as pessoas próximas mudou após a revelação, no sentido de maior aproximação. Receberam dessas pessoas incentivo para continuar e apoio para desabafar:

“Tipo, esse casal de amigos, deles terem sabido antes dessa nossa nova tentativa e que não deu nada certo, e a gente poder contar pra eles e eles fazerem questão de ir nos visitar... (...) É um abraço que a gente pede, entendeu? (...) pra ela (amiga) eu posso dizer, até assim, quando eu tô bem mal assim (...) ‘Ah, amiga, preciso da tua atenção, quero conversar sobre isso’. (...) Com ela eu posso chorar, eu posso dizer tudo que meus pensamentos positivos e negativos, né? Essa ambivalência de que raiva do mundo, mas que eu vou entender que, se não acontecer, tá tudo bem, entendeu? Mas que não tá bem agora... Enfim, nessa inconstância assim, com ela eu posso falar. (...) (Irene)

“É, ajuda moral, incentivo. (...) E esses amigos aí... se eles não tivessem dito pra gente fazer de novo, não sei se nós teria feito, né? Acho que não sei se não teria parado na última (fertilização)... Eles que disseram: ‘Não, vamo fazer! Vocês querem, vocês tem condições!’. E aí a gente parou pra pensar, conversou... ‘É, vamo fazer mais uma!’ (...) se não, acho que nós ia parar ali” (João).

Contudo, o casal também referiu uma experiência difícil de falta de apoio após a revelação para uma amiga de infância de Irene:

“Perdi uma amizade, ela tava grávida... Ela queria engravidar, ela engravidou naturalmente (...) porque a gente é agredido por diversas vezes, por diversas pessoas, e ela chegou e disse assim pra mim: ‘Irene, tu deve tá fazendo alguma coisa errado, porque se eu engravidei, tu engravida!’. Eu disse: ‘Olha, fulana, acho que não é bem assim’. Só que ela não sabia da minha fertilização. E aí eu pensei: ‘Se eu não falar pra ela, ela não vai saber, né?’, pra ela entender a complexidade da minha questão. Então eu decidi contar pra ela. ‘Aconteceu isso, isso, isso, isso comigo, eu tô super feliz com a tua gestação, só que eu acho que tu é mais do que a tua gestação. Tu é mulher, tu é amiga, tu continua sendo minha amiga, e tudo mais...’. Enfim, e aí ela não entendeu, ela entendeu tudo errado e a gente desfez essa amizade em função disso, foi lamentável. Eu lamentei muito, mas foi uma escolha que ela fez. Então assim, eu acho que as pessoas não têm essa compreensão, sabe, sobre a fertilização” (Irene).

Casal 2: Tania (40 anos) e Eduardo (43 anos)

O casal estava tentando engravidar há três anos e seis meses, no último ano por meio de tratamento com TRA. No primeiro ano de tentativas, o casal engravidou, porém a gestação foi interrompida nas primeiras semanas. Em torno de um ano depois, começaram uma investigação para identificar possíveis dificuldades. Durante essa investigação, novamente engravidaram, tendo a gestação também sido interrompida. Logo após essa segunda perda gestacional, iniciaram o tratamento com TRA. O casal apontou a sua condição emocional e a condição emocional das outras pessoas para receber e lidar com as informações como razões para a revelação ou não: “Durante um tempo eu achei que era melhor esconder, porque elas (mães) ficavam muito ansiosas” (Tania);

“Por muito tempo parecia parte do processo, inclusive a primeira perda parecia parte do processo, então foi não intencionalmente: ‘Estamos com dificuldades e contamos para X pessoas’ e isso foi se aclarando pra gente, se tornando mais nítido pra gente e para as pessoas que estavam na volta” (Eduardo).

“Tem algumas pessoas que são mais próximas, então a gente acaba falando mais um comentário, mas enfim, tem outras pessoas são mais distantes e acabam descobrindo não pela gente, mas pelas outras pessoas da família. (...) O estado emocional que guia o contar ou não contar. Neste momento, nosso estado emocional não permite contar nada. Então é provável que ela (esposa) vai falar muito menos, interagir muito menos” (Eduardo)

Embora tenham feito algumas revelações, à medida que o tempo foi passando, passaram a evitar falar até mesmo para pessoas próximas, para evitar “cobranças” ou comentários e dicas que não consideram relevantes para o seu processo:

“Eu tenho evitado falar. Depois da fertilização na verdade, quando a gente fez a primeira FIV, eu não contei pras minhas amigas e elas não sabem que eu fiz e não deu certo, e elas não sabem que eu já estou em outro... estou achando ótimo que elas não me perguntam (...) Já houve momentos em que eu não procurava e evitei várias vezes (a família do esposo), porque eu me sinto muito incomodada”. (Tania)

“Em relação à família (...) teve já relação de amor e de ódio. De ódio, porque, independente assim de quem seja, se é na minha família ou na do Eduardo, sempre vai ter a cobrança, né, e a cobrança não é por maldade, mas é por tanta ansiedade quanto a gente passa, né? Minha mãe quer um neto, a mãe do Eduardo quer um neto... sabe? É tudo por um mesmo objetivo, mas é difícil (...) Quando

a gente reparte informações com as pessoas, compartilha, a gente dá o direito das pessoas te darem opinião, apesar de a gente não pedir diretamente. (...) E aí eu acho que, às vezes, é chato. Porque as pessoas não entendem a real situação, né? (...) elas querem ajudar, então elas vêm sempre com aquela situação assim de: ‘Ah, mas tu já tentou transar trinta dias por mês?’, ‘Tu já tentou ficar de perna pra cima?’, ‘Tu já tentou...’, sabe, ‘Ah, mas e se de repente tu tomasse tal coisa?’, ‘Ah, mas e se tu fosse em tal médico?’, ‘Ah, mas e...’, e se, e se, e se, e se, né? O tempo inteiro é isso...” (Tania).

Após a segunda perda gestacional e o entendimento da necessidade de tratamento com TRA, o casal, apesar de ambivalências e oscilações, decidiu revelar a situação para várias pessoas. Essa decisão de compartilhar trouxe, de maneira geral, uma sensação de apoio:

“Se a gente resolvesse que não ia contar e depois a gente resolvesse que queria contar, não teria problema. Não sei direito quais são as implicações, mas, né, fez essa pergunta e naquele momento eu pensei: ‘Por que não contar?’ (...) No meu ponto de vista, as pessoas com quem eu lembro que falei, que são as pessoas mais próximas, foram super positivas. Em momento nenhum eu vi questionarem a nossa decisão ou colocarem qualquer dúvida de que a gente estava fazendo a coisa certa. Estavam muito mais preocupadas com a nossa felicidade do que qualquer outra questão médica. (...) Eu acho que, quanto mais a gente fala, mais opinião a gente tem, mais fácil é pra gente assimilar o processo inteiro, mais natural fica pra gente e pra todo mundo” (Eduardo).

“Eu acho que a reação é sempre positiva e, mesmo quando é uma notícia negativa, por exemplo, nas perdas, a reação é sempre tentar reanimar, né, aquelas palavras de não desistir e tal, né. (...) Eu acho que vem muito amor com essa solidariedade, com a coisa do abraçar, né, de se sentir acolhido, né” (Tania).

Esse apoio foi percebido mais claramente nas pessoas que vivem situações parecidas:

“Existe uma reação empática de algumas pessoas que passam por esse mesmo processo. A gente tem uma amiga que também está numa situação parecida (...) aí já é outro tipo de ligação, outro tipo de interação. (...) Vai dar mais vazão pra gente se abrir mais e explorar mais esta conversa. Se é alguém mais íntimo, que simplesmente quer o nosso bem, é outro tipo de compartilhar, tem mais filtro ou menos filtro, depende do momento” (Eduardo).

O casal também identificou o apoio de amigos e familiares em alguns momentos específicos, como na transferência de embriões e na segunda perda gestacional:

“Quando de fato eu fiz a FIV, minha mãe foi lá pra casa, ficou o final de semana inteiro cozinhando. Minha irmã ficou trabalhando no café (...) Quando teve a perda, eu fui pra casa da minha amiga. Na verdade, a gente estava no processo de perda, tinha sangramento, mas ainda existia saco gestacional, então era um período de abortamento em que a gestação ainda poderia vingar, então era repouso absoluto. E pra não ficar em casa sozinha, eu fui pra casa dessa minha amiga. E daí eles ficaram cuidando de mim o dia inteiro, desde a hora que entrei na casa deles, o marido dela veio e tirou os meus sapatos e colocou um chinelo nos meus pés. Esse tipo de coisa assim, só pra eu não me abaixar em fazer esse tipo de movimento. Então a gente teve ajuda, muito mais do que menos. Essa coisa que eu digo que é chata, que é negativa nesse processo todo, de passar pela falta de paciência, é muito menor do que as boas intenções e as atitudes boas. Eu acho que a gente é bem privilegiada nesse sentido” (Tania)

Consideram que algumas relações se tornaram mais íntimas após as revelações, o que gerou sentimentos de gratidão diante dessas trocas genuínas:

“Tem toda a questão do amor, né? Que é o amor de família, então, mesmo lá na família dele, em que a gente não tem tanta proximidade, assim, de participar tanto efetivamente das vidas né, porque são muitas vidas, a gente sente o amor, então as pessoas tão ali pra gente, né, pela gente. E sempre que eu precisei de apoio, eu sempre tive apoio. (...) Me sinto amada por essas pessoas, porque eu acho que, quando entra nessa seara do sentimento, que a gente consegue ter empatia ou mesmo se colocar à disposição totalmente, independente da maneira como venha o pedido de ajuda.” (Tania).

“Me aproximou de uma maneira da minha família e da família dela, que talvez, se eu não tivesse vivendo essa situação, esses episódios e tal, eu nunca me aproximaria (...). Da maneira empática, da maneira carinhosa ... Eu nunca conversaria, nunca criaria uma intimidade talvez com algumas pessoas por conta disso. Então isso eu vejo super positivo, assim, tipo com a própria mãe da Tania, eu converso sobre coisas de reprodução assistida, que ela vem, traz perguntas e quer saber, e etc, etc. Isso é muito legal. Da minha família, eu lembro ao longo do caminho de ter essa relação empática por conta disso, que talvez eu nunca tivesse. (...) Nós estarmos nessa situação de privilégio, a gente conseguir fazer

isso, significa que teve uma rede de apoio, de ajuda, que permitiu estar aqui. (...) Isso dá um certo conforto pra gente. Eu diria que me sinto sendo suportado, me sinto acolhido e suportado, sabe? De poder, estar podendo passar por esse processo com o apoio das pessoas” (Eduardo).

Entretanto, o casal também referiu situações de falta de apoio após as revelações, inclusive na situação de perda gestacional:

“Eu senti também que tem algumas pessoas que vão perdendo a paciência no meio do caminho, muito mais rápido que a gente. Eu tenho amigas de infância e tem uma delas que não consegue ser solidária o tempo inteiro. Ela acha que eu sofro demais, que já deveria ter parado de sofrer e ter tirado férias e, no momento que eu tirar essas férias, eu ia engravidar. Então: ‘Ah, desopila, desopila, porque eu desopilei’, só que ela tem um filho e está tentando. (...) As pessoas acabam minimizando no dizer assim: ‘Não te preocupa, é porque não era pra ser... Devia ter algum problema, por isto não vingou. Tu vai engravidar logo’ (...) Na situação de abortamento a gente se sentiu totalmente perdido por todos os lados, porque nunca está numa gestação e tu pensa que isto vai dar errado. Segundo, que, quando acontece, tu não sabe direito quais são as medidas que tem que tomar, então a gente ficou muito perdido e aí nesse momento eu acho que a gente não teve ajuda. Ajuda no sentido de alguém vir de fora e pegar assim: ‘Não, olha só, está acontecendo isso, vamos organizar essa chacinha aqui, tu vai ter que ficar imóvel, tu vai fazer tal coisa’, sabe? (...) Apesar de eu ter ido passar o dia na casa da minha amiga e tal, mas era o que ela podia se dispor naquele momento. (...) aquilo foi um dia, e eu passei sete dias em casa. E os outros dias todos eu não sabia o que fazer, porque eu precisava me levantar pra comer e, ao mesmo tempo, eu não pedi ajuda. Mas também as pessoas já sabiam da situação do abortamento e as pessoas também não me procuraram. Acho que é uma situação tão delicada que as pessoas não sabem o que fazer, sabe? (...) Tem essa questão da minha amiga, que eu fiquei decepcionada com a maneira como ela age. E às vezes eu fico decepcionada com a minha irmã, por ela não entender direito, né. (...) Não houve nenhuma quebra de relação por causa de convivência ou discussão, nunca ouvi, mas eu já me senti várias vezes incomodada.” (Tania)

Casal 3: Sheila (34 anos) e Oscar (32 anos)



O casal estava tentando engravidar há sete anos, tendo iniciado o tratamento com TRA há nove meses. No começo das tentativas para engravidar, Sheila fez muitas consultas e a família acompanhou de perto esse processo. A partir do momento que decidiram pela FIV, passaram a não comentar muito sobre o processo: “A gente nunca pensou nisso de não contar. Só que a gente não gostava de falar. (...) Eles sabem que a gente está em Porto Alegre, que nós viemos conversar com o médico para iniciar o tratamento” (Sheila).

O casal teve motivações diferentes sobre compartilhar com pessoas próximas a sua situação. Sheila demonstrou mais dificuldade do que Oscar para falar sobre o assunto: “A fertilização a gente compartilhou com todo mundo, com as pessoas. Que a gente conseguiu e que depois nós perdemos. (...) é estranho. É que tem horas que eu acho que ninguém deveria saber, mas depois tu vê que deveriam saber.” (Oscar)

“Quando nós decidimos fazer a fertilização, eu não sou uma pessoa de contar pras pessoas. (...) foi muito difícil falar. (...) Eu nunca tinha falado assim, em voz alta. Acho que até pra mim ouvir, é a primeira vez [durante a pesquisa]. Mas o Oscar teve mais facilidade pra falar do que eu, eu acho. É a primeira vez que eu estou colocando pra fora tudo o que a gente já passou. E relembrando tudo, assim, acho que muita coisa a gente guardou na nossa cabeça, né” (Sheila).

Para eles, o difícil não era revelar a sua condição, mas sim lidar com o que acontece após a revelação, isto é, com os comentários ou conselhos recebidos das pessoas: “Eu acho que a nossa questão de não falar... é pela questão de não ficar ouvindo o que as outras pessoas têm para nos falar.” (Sheila)

“É que a gente já passou por fases: a fase de não querer falar, a fase de não querer aceitar o que as pessoas falam. (...) É que nem eu falei: a pessoa querer explicar até o dia que eu tenho que fazer [sexo], me explicar o... Isso que é o brabo.” (Oscar)

Por isso, o casal oscilou entre revelar e não revelar a sua condição para as pessoas próximas. Inicialmente revelaram o diagnóstico e o tratamento, mas, ao longo do tempo, especialmente após a perda gestacional, decidiram não mais revelar, pela necessidade de se resguardar de comentários e conselhos: “A gente vai tentar o máximo não falar, por uma questão de se resguardar um pouquinho mais (...) Porque são poucas pessoas que vão entender e que não vão nos magoar.” (Sheila)

“Um dia vão e falam um monte de coisas desnecessárias, ou falam por maldade, ou falam sem saber o que tão falando e acabam machucando. (...) Porque às

vezes, pra ti, não é nada aquilo que tu falou. Mas, pra quem tá ouvindo, às vezes machuca. (...) Eu acho que é se guardar dos outros, né. (...) A mágoa, geralmente, vem de perto, né.” (Oscar)

Ao mesmo tempo, ao optarem por revelar suas experiências, o sentimento de alívio pela necessidade de se expressar e compartilhar foi evidenciado:

“Eu sinto que a gente tem necessidade de falar, porque, quando a gente começou o processo de fertilização, a gente combinou que não ia falar. Mas sempre que a gente encontrava os nossos amigos: ‘Ah, porque a Sheila foi fazer injeção, porque a gente foi a Porto Alegre, porque a gente tá voltando agora de Porto Alegre’. Nós temos o nosso grupo de amigos, às vezes, a gente estava na clínica, o Oscar mandava: ‘Chegamos na clínica, a Sheila vai fazer injeção.’ (...) Parece que era uma forma de manter eles por dentro, mas também de a gente se aliviar (...) Então, entre a família, entre os amigos, a gente coloca bastante.” (Sheila).

Até a realização da primeira FIV, o casal recebeu ajuda de pessoas próximas, de formas diferentes formas: presença, disponibilidade, oferta de recursos financeiros e alimentos e auxílio com o uso de medicações:

“Eles (amigos) sabem que simplesmente só têm que tá do nosso lado. (...) Quando a gente fez a fertilização, eles estavam junto, apoiando. Em nenhum momento, perguntando nada. (...) ‘Fomos até o Santuário do Caravaggio ali na serra, como uma promessa. (...) O pessoal (amigos) sabia o que a gente tava fazendo lá. Então todos vieram, abraçaram a gente e falaram: ‘Ano que vem, a gente vai vir aqui pra agradecer a promessa que vocês fizeram’ (...) O Oscar e a minha irmã aprenderam a fazer, daí eles faziam as injeções (...) A minha amiga me mandava mensagem todo dia pra ver como é que eu estava (...) Trazia um pedaço de bolo pra mim comer, essas coisas assim, né. (...) Acho que durante o tratamento, a gente recebeu muita ajuda. Era uma coisa pesadíssima.” (Sheila)

“Quando eu vi, ele (irmão) já tinha me mandado ‘Ó, o dinheiro tá na tua conta.’ (...) Às vezes tu não precisa ficar falando. É só estar ali. (...) Até situações da família, quando tava naquela situação de esperar o positivo, não saíram lá de dentro de casa. É bom isso (...) é uma situação que antes não acontecia. Era todo mundo ali sempre junto comigo, os amigos indo ali. Todo mundo ali trazendo ou chocolate pra Sheila. Tinha que comer physalis, não tinha na nossa cidade, minha irmã vinha pra Porto Alegre pra comprar...’ (Oscar)

O casal referiu ter comemorado a confirmação da gravidez com pessoas próximas. Porém, depois da perda gestacional, foi percebido um distanciamento: “Quando deu negativo, quando a gente perdeu, no dia, a casa se esvaziou. Só os nossos amigos. Da família, ninguém apareceu. Ninguém.. Tu vê, três amigos e deu.” (Oscar);

“A gente se sentiu muito bem. A gente percebia que parecia que estávamos todos unidos. Ainda mais, assim, porque foi uma coisa... Quando veio o positivo, daí o final de semana passou todo mundo lá em casa, o pessoal estava ali comemorando com a gente. (...) Foi muito bom. É que a gente lembra o depois, né? A gente não consegue ficar lembrando o antes [da perda gestacional].” (Sheila)

Consideraram que esse distanciamento decorreu do desconhecimento das pessoas sobre como apoiá-los:

“A partir do momento em que a gente perdeu, talvez pelo fato de a gente ter se isolado também, e as pessoas não saber como falar, as pessoas acabaram... A questão de lidar com a perda, ninguém sabe lidar direito, né? (...) Eles tentavam nos animar, mas não tocavam no assunto. O irmão do Oscar e a minha cunhada levaram a gente pra ficar quatro dias na praia. Não tocavam no assunto, mas a gente queria tocar, porque eles sabiam da nossa história, sabe?” (Sheila)

Ao mesmo tempo, sentiram-se cobrados para retomar a vida logo após a perda, como se não houvesse muito espaço para a elaboração do luto:

“Quando a gente perdeu, ela [sogra] chegou uns dois, três dias depois: ‘Tem que dizer pra Sheila ir trabalhar. Tem que...’. E eu ouvindo ela, só que daí, como eu sempre falo, a veia do pescoço já tava latejando de brabo, e eu deixei ela falar. Daí eu olhei pra ela e comentei: ‘Antes da Sheila perder, tu tava todo dia lá em casa. Depois que a Sheila perdeu, sumiu. Eu sei o que a Sheila tá passando. Eu já peguei ela trancada num banheiro e eu fiquei apavorado, não sabia o que fazer. Eu pego a Sheila chorando. Eu que tenho que ficar dando suporte pra ela. Tu não vai lá. Tu não sabe o que ela tá passando... Então para de ficar colocando regra! Para de ficar dizendo que ‘tem que’... (...) Fica na tua!’. (...) Não é de um dia pro outro que tu vai passar por isso.” (Oscar)

O casal referiu ainda outras experiências de falta de apoio após a revelação, em função de falta de sensibilidade das pessoas:

“A gente tava num almoço com uns amigos, e uma amiga nossa, que é nossa comadre: ‘Ah, vamo tirar uma foto de todo o grupo’. Tiramos uma foto de todo

o grupo. Nós somos o único casal que não temos filho. Os outros não sabiam o que a gente tava passando, apenas ela. Então ela disse: ‘Ah, agora eu quero tirar uma foto de só quem tem filho’ (...) Então é por isso que a gente acaba não contando muito. Porque são poucas pessoas que vão entender e que não vão nos magoar. (...) As pessoas perguntando por que eu não engravidava, que tava na hora de eu dar um neto pro meu pai e pra minha mãe, que tinha que parar de ficar pensando em só trabalhar e que tinha que engravidar (...) As pessoas sempre falavam: ‘Por que é que vocês não adotam?’ (...) Depois que a gente perdeu, deu uns 15 dias e eu voltei a trabalhar e ele [pai] me procurou e disse (...) ‘Olha, Sheila, tu tem que botar na tua cabeça que se tu nasceu infértil, tu vai ser infértil. Tu tem que pensar que tu tem saúde’. Bom, aquilo ali pra mim... E a partir daquele momento, foi quando a gente se isolou bastante e decidimos não falar nada pra ninguém.” (Sheila)

Apesar de entenderem as reações das pessoas, consideram que apenas quem vive as mesmas experiências consegue entender de fato o que eles sentiram: “Agora a gente tá na fase de ouvir e entender que eles não conseguem entender o que a gente tá passando, né? Acho que só quem passa por isso vai conseguir entender”. (Oscar)  
Casal 4 – Fernanda (43 anos) e Roberto (50 anos)

Fernanda e Roberto estavam tentando engravidar há cinco anos, nos últimos quatro anos com tratamento de reprodução assistida. O casal decidiu não revelar para as pessoas próximas sobre o diagnóstico e o tratamento, por entenderem que se tratava de um assunto do casal e para evitar comentários e intervenções externas:

“A Fernanda é uma pessoa que preza muito a individualidade, o espaço dela. E num dado momento, a gente tomou a decisão de não contar pra ninguém (...). Até porque foi uma demanda que veio dela. Eu nunca tive muita demanda, assim, de guardar segredo, mas, na prática, não tenho falado com as pessoas das minhas relações sobre essa questão. (...) Eu acho que eu me sinto um pouco constrangido de ter uma conversa com alguém, não que eu digo assim, pra mim não existe a questão de ser um segredo, mas, ao mesmo tempo, não me sinto muito à vontade de falar, por exemplo, com os meus familiares a respeito disso, até porque muitas coisas dizem respeito à Fernanda, e eu não sei até onde ela gostaria que eu expusesse...” (Roberto)

“Tinha a ver um pouco com o medo que a gente tinha, especialmente das famílias intervirem de uma forma negativa, mesmo que quisessem ajudar. Por

questões de tabu, por questões de sei lá o quê, sabe? Das crenças que lhes dizem respeito que não necessariamente nos dizem respeito, sabe? (...) De forma geral, se preservar em relação às crenças e aos medos dos outros” (Fernanda).

Nesse sentido, também ficou evidenciado o desejo de não revelação para evitar cobranças e julgamentos das pessoas próximas:

“Por exemplo, das primas, a que eu tenho mais contato e proximidade, ela tem uma coisa, assim, muito de minimizar sentimento, né? Então se tu fala uma coisa muito, que tu tá sentindo, que tu acha: ‘Que? Que bobagem, não tem nada a ver’. (...) E daí tem essa coisa do julgamento, né. Daqui a pouco tá aí um primo que bebe um pouco mais no fim de semana dizendo: ‘É, muito gorda a Fernanda, porque tu tá fumando ainda, Roberto, como é que vocês vão engravidar? Então vocês tem que mimimi...’ (...) Meio desnecessárias, e a gente quis também prevenir um pouco isso, mesmo após o momento da gente decidir contar (...) pra evitar desgastes”. (Roberto)

Contudo, à medida que Fernanda sentiu necessidade de receber apoio, o casal decidiu revelar suas vivências:

“Uma necessidade de me sentir apoiada, que eu vi que esse processo é delicado, e que eu tô passando por um processo de transformação, em que eu tenho que encarar minha vulnerabilidade, em que eu preciso de cuidado, em que eu talvez não esteja tão disponível pra algumas coisas, e que eu talvez tenha que dizer não, ou que eu não possa dizer sim” (Fernanda).

Ao revelar, buscaram encontrar um equilíbrio entre o que os outros conseguiriam absorver, sem muita mobilização emocional, para que não se criassem possibilidades de questionamentos ao casal, denotando tanto um cuidado com os outros, como um cuidado consigo mesmos:

“Teve a ver com o que as pessoas podiam oferecer (...) Na medida de não ficar preocupada e não ficar atucanando. (...) Mais ou menos a gente conhece as pessoas da nossa volta, o que que cada pessoa tem a oferecer. (...) Mesmo naquele início lá, a gente não contou tudo para ela [mãe do Roberto] para preservar ela, porque ela ficava preocupada (...) Então ela não sabia tudo.” (Fernanda)

Frente às revelações, o casal notou algumas mudanças nas relações; enquanto algumas pessoas demonstraram mais afeto, outras demonstraram mais preocupação:

“Tem havido um processo de mudança muito grande na forma como os pais da

Fernanda têm se relacionado conosco. Assim, acho que eles tão muito mais afetivos, principalmente o pai da Fernanda” (Roberto).

“O meu pai tá muito afetivo comigo, assim, ele é bem toscão, e ele tá muito afetivo. Teve uns eventos outros aí, mas o que ele tá sempre falando: ‘Olha só, tô torcendo. Eu queria dizer que, se for depender do meu pensamento positivo, sempre vai’. E eu acho isso super legal, sabe?” (Fernanda).

O casal, de forma geral, sentiu-se apoiado ao revelar sua condição, seja na forma de ajuda financeira, oferta de serviços (acupuntura), incentivo e apoio afetivo: “De modo geral sim, de modo geral existe um entorno que é favorável” (Roberto).

“Compartilhamento de alegria, de apoio... Manifestações positivas e alguma curiosidade também, né? (...) E algumas pessoas muito preocupadas com o aspecto da grana, assim, do quanto vai se gastar (...). Meu pai recentemente inclusive disse: ‘Já quero ver se eu deposito um, né? Veio um extra aí que eu não contava, eu quero fazer isso.’ Tem a minha prima que me atende na acupuntura, ela não me cobra, porque a gente sempre teve umas coisas de colaboração... E também o apoio afetivo” (Fernanda).

Foram observadas diferenças entre o casal quanto à revelação e ao apoio: de forma geral, enquanto Fernanda costumava revelar e se sentir apoiada, Roberto não se percebia compartilhando: “Eu sinto, ao dividir com as pessoas, eu digo pra mim quebrar o tabu e falar sobre isso é muito importante, porque eu sinto diferença.” (Fernanda).

“E eu tô muito fechado, assim. Eu, na verdade, nunca cheguei pra uma pessoa que fosse exclusivamente, digamos assim, do meu lado, da minha relação, e sentei pra conversar sobre ‘estamos tentando fazer um filho’. Nunca. ‘E eu estou sentindo isso e aquilo’ (...) Eu acho que eu já mencionei pra alguns colegas assim, mas tudo muito asséptico emocionalmente, muito assim informação (...) Eu tô me sentindo um incompetente social, assim, nesse processo todo, de entrevista, sabe? (...) tô me dando conta do quanto eu tô dentro de uma bolha” (Roberto).

O casal percebeu uma leve pressão social, proveniente de alguns familiares:

“Um dos meus irmãos que se coloca mais, que não tem filho, se preocupa também: ‘O que que vocês vão fazer? O que que tu tá fazendo? Não pensa em adotar? Eu acho que tem tudo a ver com vocês adotar’. Tipo assim, ‘resolvam esse negócio aí’. (...) Eu tive que fazer um áudio pra ela (prima), que não é o meu estilo, mas fiz um áudio um pouco dramático dizendo que eu estava

tentando ter filho finalmente, que eram meus últimos momentos e que, portanto, eu não ia poder ajudar nessa organização [de uma festa] (...) E ela ficou sentida, tanto que comentou isso com uma outra prima, mas azar é dela. Ela não tem a compreensão da minha vida, talvez eu não tenha a dela” (Fernanda)

Contudo, panorama diferente foi percebido em relação a um casal que também já havia realizado tratamento com TRA. Com eles, existe troca de experiências e a possibilidade de expressão de sentimentos em relação ao processo: “A gente passa por isso para trocar ideias né, isso é muito importante” (Roberto).

“Eu fiquei emocionada assim, sabe, com isso, porque ela tá no fim do processo dela, tá no fim da gestação. Ela: ‘Ah, muito obrigado’. Daí eu pensei: ‘Bah, foi bom pra ela falar sobre isso também então, por isso que ela me agradeceu’. E eu agradecei. (...) Essa foi uma das coisas que foi legal, que é as pessoas abrirem sua intimidade. Como é bom dividir, né? Bom é dividir porque estamos mais ou menos no mesmo processo, assim. E também a gente não se sente tão E.T.” (Fernanda).

### *Discussão*

A partir da análise dos casos, foi possível identificar algumas semelhanças e diferenças entre eles. Todos os casais consideraram não revelar para pessoas próximas sobre as tentativas de engravidar e/ou o tratamento e, ao mesmo tempo, todos revelaram essas vivências em algum momento.

Em relação à revelação, as experiências foram diversas. O aspecto comum foi o fato de que a ideia inicial a esse respeito (sobre o que e para quem revelar) se modificou ao longo do processo. Embora as pessoas próximas possam pressupor a infertilidade do casal, que fica explícita quando se revela o uso de TRA, revelar a realização do tratamento parece ser algo mais difícil, por representar algo mais privado do casal. Perante esse tema, os casais se mostraram mais seletivos. Considerando os relatos, constata-se que alguns casais optaram por se resguardar mais a partir do tratamento (Casal 2 e 3) e outros revelaram essa informação para poucas pessoas (Casal 1 e 4). Frente a esse cenário, observa-se que, embora o tratamento seja visto como um caminho para a solução do problema da infertilidade, ao mesmo tempo, trata-se de uma escolha e um processo carregado de ansiedade e grande expectativa frente à gravidez, bem como de tristeza e estresse frente aos resultados e à necessidade de lidar com a dor emocional não apenas do parceiro, mas também de todos que acompanham o processo (Cunha et al., 2008; Spotorno et al., 2008; Nascimento & Térzis, 2010).

Segundo Johnson (2020), a possibilidade de compartilhar a experiência de tratamento com TRA com a família extensa e os amigos pode ser um recurso efetivo e valioso. O autor identificou isso em estudo qualitativo com mulheres em tratamento em Córdoba (Argentina), a partir da exploração das maneiras como elas comunicavam suas experiências reprodutivas e as estratégias de comunicação empregadas. Conforme demonstrado por Martins et al (2012), em estudo longitudinal com homens e mulheres dinamarqueses (em início de tratamento e após doze meses de follow-up), a relação entre apoio social e estresse relacionado à fertilidade foi moderada pela decisão de revelar a infertilidade. Os resultados desse estudo indicaram que, quando acontece a revelação disso para pelo menos uma pessoa próxima, os benefícios do apoio social sobre o estresse já são percebidos. Ao contrário, quando essa revelação não acontece, esse efeito benéfico do apoio social sobre o estresse relacionado à infertilidade deixa de ser observado. Em concordância a isso, em um estudo que examinou o crescimento pós-traumático no contexto da infertilidade e do tratamento, a partir da experiência auto-reportada de mulheres norte-americanas, identificou-se a família, os amigos e outras pessoas próximas como fontes tanto de apoio como de estresse (Berger, Paul & Henshaw, 2013).

Dentre os achados do presente estudo, embora dois casais (Casal 2 e 3) tenham revelado sobre o diagnóstico e o tratamento para amigos e família, outros dois (Casal 1 e 4) mostraram-se mais seletivos, tendo revelado apenas para amigos. Já o Casal 1 não revelou para a família e o Casal 4 o fez apenas para a família da esposa. Interessante mencionar que esses dois casais (1 e 4) apresentaram um baixo nível de percepção de apoio social (avaliado pelo EPSUS-A). Por consequência, pode-se pensar que apresentem uma baixa adaptação à condição de infertilidade, visto que indivíduos que percebem alto apoio social tendem a perceber melhor adaptação à infertilidade (Imber). Contudo, não está claro se esse benefício é afetado pela divulgação da condição de infertilidade.

Todos os casais investigados revelaram sobre o tratamento, em algum momento, para amigos. Quando os casais decidiram não revelar, um deles (Casal 2) considerou revelar para a família e não para amigos, enquanto outro (Casal 3) considerou evitar revelar para a família e sim revelar para um número menor de amigos. Concordando com esses achados, no estudo de Martins et al (2012), a grande maioria dos participantes referiu ter revelado a infertilidade para pessoas próximas, sendo que 91,7% revelaram para família próxima e 94,3% para amigos próximos. Dessa forma,



verifica-se que a rede social que envolve a mulher ou o casal e a força dos laços de parentesco e de amizade se revela quando se seleciona a quem comunicar a infertilidade e/ou o tratamento (Luna, 2007). A divulgação, realizada de forma restrita e preferencialmente aos mais próximos, também foi identificada por Straube (2019) entre casais brasileiros, em estudo para identificar a continuidade ou não do estigma da infertilidade por pelo menos cinco anos após a concepção via TRA.

Quando se identifica a não revelação de algumas informações para os familiares, pode-se pensar na existência de segredos familiares, entendidos como a omissão intencional de informações que influenciam diretamente os demais membros da família ou que lhes dizem respeito (Imber-Black, 2002). O segredo familiar pode gerar mais tensão na dupla conjugal na relação com as famílias, contribuindo para a evitação de assuntos que circundam o tema em questão, no caso, a gestação. Tais segredos podem, portanto, afetar a comunicação e até mesmo o convívio com familiares que sabem (ou não) do segredo, o que pode acarretar a restrição de possibilidades de apoio.

Em razão disso, é importante diferenciar a privacidade e a manutenção de um segredo familiar. Para Imber-Black (2002), a privacidade é saudável, diz respeito à própria pessoa e implica em uma zona de conforto e de preservação da intromissão alheia e, por isso, não afeta a saúde física e emocional de outros. Já o segredo diz respeito a algo que gera impacto direto no bem-estar e nas escolhas das pessoas, tende a ser nocivo e seguidamente temido pela possibilidade da revelação, estando associado à ansiedade. Nessa direção, observou-se que os casais primaram pela privacidade em relação à infertilidade e/ou tratamento como um todo ou em referência a alguns aspectos disso, durante alguns momentos. A privacidade visa tanto preservar-se emocionalmente quanto manter privativo o tratamento (Johnson, 2020; Luna, 2007). Segundo um estudo brasileiro com casais usuários de TRA (Nascimento & Térzis, 2010), os principais conflitos familiares e sociais estão relacionados à postura de cada um dos cônjuges com relação à privacidade do casal, além da falta de cuidado e de acolhimento e laços mal elaborados com a família de origem. Entende-se que esses elementos também figuraram no presente estudo, visto que o Casal 4 expressou os limites conjugais em relação à privacidade; os Casais 1 e 4 referiram dificuldades com a família de origem de um dos cônjuges, e todos os casais mencionaram algum tipo de cobrança ou pressão social. Ainda, pode-se pensar que a decisão de não revelar a infertilidade decorra do fato de ela envolver outros elementos, como o comportamento sexual do casal, tornando a conversa com pessoas próximas mais embaraçosa (Spotorno et al., 2008).

Desse modo, frente aos achados do presente estudo, pareceu prematuro afirmar a configuração de um segredo familiar, pois o caráter transversal da pesquisa não permitiu conhecer profundamente os casais. Dessa forma, entende-se que os participantes demonstraram buscar privacidade para se resguardar da pressão social e de estigmas, visto que se depararam com um “limbo” a partir da dificuldade de evoluir para uma nova fase do ciclo vital familiar (a fase de casal com filhos, conforme Carter & McGoldrick, 2001; McGoldrick & Shibusna, 2016), o que gera uma crise desenvolvimental. Nessas situações, é comum experimentar uma sensação de fracasso (Batista, Bretones & Almeida, 2016; Marques & Moraes, 2018), que os levou a optar por ocultar os obstáculos enfrentados diante das questões reprodutivas.

A ausência de normatividade social na infertilidade é o que produz o estigma (Straube, 2019). Assim, a revelação apenas para poucos amigos próximos serve para evitar a exposição de algo que os casais querem manter em privacidade, pelos fatores estigmatizantes presentes nessa condição, que atingem diferentes relações (Luna, 2007). No presente estudo, isso ficou bastante evidente nas relações familiares, embora também tenha aparecido nas relações de amizade. No estudo de Berger et al. (2013), também foram relatados por mulheres inférteis norte-americanas sentimentos de estigmatização, incompreensão, desconforto e expectativa de solução rápida para o problema provenientes de outras pessoas. Junto a isso, importante lembrar que o estresse é comumente experimentado por casais inférteis em função de dificuldades para lidar com situações que envolvem família e amigos, especialmente na ausência de apoio social (Grandvohl, 2013).

Por outro lado, ficou evidente, no presente estudo, que os casais revelaram sua condição de infertilidade e/ou de tratamento pela necessidade de receber apoio da rede social. Isso foi feito quando se sentiram seguros e para pessoas que pensavam que tinha algo a lhes oferecer (como escuta, acolhimento, carinho, auxílio prático). As revelações aconteceram quando os casais estavam mais preocupados ou empolgados com o tratamento, sendo o estado emocional e a inconstância das vivências determinantes para a decisão de compartilhar. Todos os casais se sentiram apoiados pelas pessoas próximas e, de maneira geral, consideraram positiva a experiência de revelação. Os momentos de trocas foram referidos como uma possibilidade de aliviar-se e receber apoio emocional (incentivo, cuidado e solidariedade). Assim, apesar de ainda perseverar o estigma, a naturalização do uso de TRA como uma possibilidade para concretizar a parentalidade parece estar sendo ampliada (Johnson, 2020).

Na mesma direção, para Straube (2019), tornar pública a condição de infertilidade decorre da necessidade de apoio frente às sucessões de fracassos no tratamento. Assim sendo, entende-se que se expressar em um ambiente seguro é importante e mostra-se como uma possibilidade de fomentar o apoio da rede, sendo inegável a importância desta como um fator de proteção (Gonçalves et al., 2011) para a diminuição do estigma e, conseqüentemente, impedir o desenvolvimento de transtornos mentais comuns frente ao diagnóstico de infertilidade (Cunha et al., 2008; Montagnini et al., 2009; Maroufizadeh et al., 2018). Assim, quando ocorrem revelações, gera-se a possibilidade de abertura, de demonstração da vulnerabilidade e de favorecimento da empatia nas relações (Imber-Black, 2002).

Três casais (Casal 1, 2 e 4) tiveram a experiência de revelar sobre o tratamento para alguém que vive(u) processo semelhante. Esses relatos demonstraram identificação com o processo dos e pelos outros (empatia e sensação de normalidade) e compreensão (sensibilidade), o que permitiu relatar suas vivências com menos filtros e preocupações. Apesar de o Casal 3 não ter tido essa experiência, mencionaram a crença de que só entende o processo quem passa por ele. Nessa direção, os achados de Johnson (2020) apontaram as salas de espera das clínicas como espaços sociais frequentes para as usuárias de TRA. Lá elas compartilhavam experiências sobre os tratamentos, sentindo-se estimuladas para comunicar suas vivências para interlocutores que validam essas experiências, pela similaridade de linguagem, de processos emocionais e físicos e de objetivos.

A troca de experiências entre pessoas que vivem a infertilidade pode também servir de modelo de enfrentamento dessa condição (Hayashi & Mariyama, 2019). Nesse sentido, a busca na internet por grupos ou pessoas em condição semelhante, favorece e possibilita a troca de experiências, a identificação, o apoio mútuo e a aquisição de informação. Tais recursos tem sido cada vez mais acessados especialmente pelas mulheres, que tendem a sentirem-se isoladas e não entendidas por quem não vive esta experiência emocionalmente difícil. Estes recursos também tem sido frequentemente buscados por casais que vivenciaram perda gestacional, demonstrando ser excelentes ferramentas de fortalecimento e de apoio mútuo (Barth et al., 2020; Carneiro, Rodrigues & Alves, 2017). Particularmente, no universo online, por vezes a revelação acontece em um ambiente possível de se falar sobre o estigma, devido à segurança propiciada pelo anonimato (Straube, 2019). Contudo, isso também pode ocorrer no contexto presencial, conforme demonstrado no relato de uma experiência de intervenção grupal em

Curitiba/PR com mulheres em situação de infertilidade. As autoras descreveram as mudanças comportamentais das participantes dentro e fora das sessões, de acordo com seus relatos verbais, considerando a intervenção psicológica um facilitador para a aprendizagem de novos repertórios de enfrentamento das dificuldades relacionadas à infertilidade, para o fortalecimento de aspectos positivos no relacionamento conjugal e social, além da aceitação emocional e seu manejo (Hayashi & Moriyama, 2019).

Por outro lado, a comunicação reservada sobre a condição da infertilidade no âmbito social pode ser indicativa de sentimentos de vergonha, frustração e inferioridade. Esses sentimentos, juntamente com o estigma social vivido por casais inférteis, constituem e retratam uma experiência dolorosa (Straube, 2019). A vergonha foi mencionada por mulheres gaúchas inférteis com um dos fatores para a não revelação do tratamento com TRA (Spotorno et al., 2008). Ao encontro disso, os achados do presente estudo demonstraram que a revelação das próprias vivências também acarretou situações dolorosas para todos os casais (falta de apoio emocional e prático). A pressão social foi percebida em forma de cobranças, comentários inesperados e ‘desnecessários’ e/ou ‘dicas’ não solicitadas. Esse aspecto também foi identificado por High e Steuber (2014) entre mulheres norte-americanas inférteis, ao investigarem discrepâncias entre as expectativas e o apoio emocional efetivamente recebido de amigos e familiares. Essas mulheres perceberam ter recebido mais apoio informacional do que desejavam, sugerindo um excesso de informações provenientes da rede. Esse panorama expressa o receio dos casais de não serem suficientemente acolhidos e, ao mesmo tempo, serem ‘bombardeados’ com sugestões e recomendações, como percebido no presente estudo. Essa situação mostrou-se mais difícil para os casais participantes do que a revelação da infertilidade e/ou do tratamento. Logo, os achados concordam com a literatura, que indica a dificuldade na comunicação com interlocutores que não possuem referências para compreender o tratamento (Johnson, 2020).

Frente a esse panorama, entende-se que as redes de relações do casal podem tensionar e criar conflitos no que tange ao enfrentamento de preconceitos. Por vezes, o apoio emocional não é percebido pelo fato de a família não entender o processo como passível de sofrimento, evidenciando-se o receio de cobranças, especulações e o medo da falta de acolhimento, fazendo o casal despender mais energia para disfarçar uma situação que não está bem (Souza et al., 2017).

Segundo os casais entrevistados no presente estudo, houve uma mudança, ao longo do tempo, na escuta e no acolhimento das pessoas próximas, no sentido de menor

paciência, menor compreensão dos seus estados emocionais e menor perseverança em relação ao tratamento, ainda que o desejo do casal de engravidar persistisse. Esta ansiedade das pessoas próximas muitas vezes se traduz em maior pressão social para a resolução rápida da parentalidade (Berger et al., 2013), talvez com o intuito de ver cessar o sofrimento do casal; ou na falta de habilidade interpessoal ou indisponibilidade emocional para acolher o casal a longo prazo. Dessa forma, torna-se compreensível a evitação social, como apontado por Cunha et al. (2008). Nesse estudo, 45% das participantes mencionaram evitar certos ambientes, pelo receio de questionamentos sobre a ausência de filhos.

Outro achado relevante do presente estudo é o fato de dois casais terem tido perdas gestacionais, relatando experiências diferentes. O Casal 2 teve duas perdas de gestações naturalmente concebidas. Embora, durante o abortamento (sangramento) tenham se sentido perdidos e sem apoio para questões de ordem prática (o que fazer e como fazer), depois consideraram ter sido acolhidos pelas pessoas e apoiados de maneira prática (repouso na casa de uma amiga) e emocional, além de contarem com a companhia social de familiares e amigos. Esse casal considerou que o compartilhamento do momento da perda com a família fortaleceu o vínculo entre eles, como também evidenciado por Barth, Vescovi e Levandowski (2020) com casais heterossexuais brasileiros. Sendo assim, destaca-se a importância do reconhecimento social do luto para a elaboração deste, já que os casais que vivenciam uma perda gestacional apresentam sofrimento intenso, conforme indicado por Muza et al. (2013) em estudo com famílias residentes de Brasília.

Para outro casal (Casal 3), a perda gestacional aconteceu após uma FIV e foi relatada como um dos momentos mais difíceis, devido ao afastamento de pessoas próximas, o que acarretou sensação de solidão e incompreensão, também identificada por Barth et al. (2020). O afastamento decorre da dificuldade das pessoas próximas de lidar com o fato, muitas vezes com medo de magoar o casal, o que, por sua vez, diminui o diálogo e o apoio ofertados. Além disso, alguns comentários recebidos foram percebidos como inadequados, achados que concordam com aqueles de Barth et al (2020). Conforme as autoras, alguns conselhos de amigos e conhecidos foram avaliados de forma insatisfatória pelos casais, pois, ainda que buscassem amenizar a dor, usavam discursos que os desconsideravam como pais, invalidando a existência de seus filhos. Desse modo, fica evidente a necessidade de que o cuidado e a atenção oferecidos aos casais sejam sensíveis às necessidades deles, visando amenizar a solidão sentida frente à

dor (Franqueira & Magalhães, 2018). Dessa forma, o apoio familiar mostra-se fundamental para o reconhecimento e a superação do luto perinatal (Muza et al., 2013; Barth et al., 2020).

Conforme Carneiro et al. (2017), em estudo qualitativo com pais de natimortos e neomortos no Brasil, é importante falar sobre a experiência vivida para a elaboração do luto. Isso se expressou no presente estudo, tanto pela percepção de apoio relatada pelo Casal 2 após o compartilhamento com familiares, quanto pela falta desse espaço sentida pelo Casal 3, ao ser cobrado para o breve retorno ao trabalho e à vida social. Essa situação pode ser entendida como sinalizadora de um “luto não reconhecido”, termo utilizado quando a pessoa experiencia uma perda que não pode ser admitida abertamente. No caso, o luto não pode ser expresso ou não é socialmente suportado (Barth et al., 2020). Nesse sentido, após terem vivenciado situações desagradáveis, em alguns momentos os casais restringiram o que e para quem revelar algo, o que denotou essa falta de espaço para a expressão e a vivência do luto.

Revelar sobre diagnósticos e/ou uso de TRA para pessoas próximas pode afetar as relações de diferentes formas. Tanto pode promover o distanciamento, quando o casal não se sente entendido e acolhido, e sim julgado, podendo inclusive ocorrer o rompimento de alguma relação (Casal 1), como pode favorecer a proximidade entre as pessoas, pela maior presença (visitas e disponibilidade emocional), pelas demonstrações de interesse e carinho e pelas trocas genuínas e de intimidade. Dessa forma, é possível perceber os efeitos positivos do apoio social e negativos da falta dele. Gonçalves et al. (2011) destacam que diferentes pesquisas apontam a importância das relações sociais, da rede social e/ou do apoio social para a saúde física e mental das pessoas, levando em conta estes aspectos como fatores protetivos e promotores de saúde, contribuindo para o enfrentamento de crises desenvolvimentais, estresse e vulnerabilidade social ou física.

Os casais também deixaram de revelar sobre a infertilidade e/ou o tratamento com o intuito de se preservar de crenças das outras pessoas (por exemplo, dos medos) ou pelo receio de interferência familiar, bem como de comentários que podem trazer mágoas e a sensação de incompreensão. Também se identificou o desejo de evitar preocupações, no sentido de não ter que dar explicações ao longo do processo e, ao mesmo tempo, cuidar das pessoas, por considerarem que elas não poderiam absorver esse tipo de informação no momento.

Cabe salientar ainda que, no presente estudo, empregou-se também uma medida quantitativa de avaliação do apoio social. Conforme os dados gerados pelo EPSUS-A, o

Casal 1 foi o que menos revelou o assunto para pessoas próximas e também o que teve a percepção do nível de apoio social geral baixa. O Casal 4 também teve a mesma percepção do nível de apoio social geral, embora tenha revelado para um número bem maior de pessoas sobre o assunto. Já os Casais 2 e 3 inicialmente revelaram que estavam tentando engravidar para um contexto mais amplo de relações, e seus níveis de percepção de apoio variaram entre baixo e médio-alto. Esses dados sugerem que, independentemente do número de pessoas para as quais o casal revela a sua intimidade, a sua percepção de apoio social pode ser baixa. Talvez isso possa ser melhor explicado pelo tipo de relação que foi desenvolvido com as pessoas próximas e pela reação que essas pessoas tiveram diante da revelação. Dessa forma, compreende-se que não é o tamanho da rede de apoio, e sim a sua efetividade, que promove a percepção de apoio e, conseqüentemente, a sensação de acolhimento e a atenuação do sofrimento emocional do casal.

Contudo, High e Stauber (2014) afirmam que existe uma lacuna entre os desejos das pessoas e o que elas efetivamente recebem de apoio das suas fontes (cônjuge, amigos, familiares, médicos e fontes online). Sobretudo, é necessário lembrar que a infertilidade e o tratamento, por serem vivências altamente estressantes, podem afetar a percepção de apoio social dos casais. Frente ao exposto, é de fundamental importância o apoio psicológico para esses casais, especialmente frente a tratamentos inexitosos (Marque e Moreais, 2018), para propiciar um espaço seguro para a expressão de sentimentos e pensamentos (Hayashi & Moriyama, 2019).

### *Considerações Finais*

Este estudo investigou as relações entre revelação (ou não) sobre infertilidade e/ou tratamento e a percepção de apoio social em casais inférteis submetidos a TRA. Pode-se observar que todos os casais, em algum momento, consideraram não fazer revelações para pessoas próximas sobre as tentativas de engravidar e/ou o tratamento e, ao mesmo tempo, todos revelaram um pouco dessas vivências em algum momento para pessoas próximas. Foram identificados tanto aspectos positivos da revelação quanto negativos, associados com a percepção de apoio social. Por outro lado, considerando-se a não revelação da condição de infertilidade e do uso de TRA, observou-se apenas a menção direta aos efeitos negativos associados à percepção de falta de apoio, ou seja, os casais não explicitaram efeitos positivos diretos da não revelação. Porém, pode-se entender como um dos efeitos positivos indiretos da não revelação a evitação da experiência emocional dolorosa caracterizada pela pressão social, que pode estar

associada com a percepção de falta de apoio pelas pessoas próximas. Dessa forma, evitar expor suas histórias, seus sentimentos e experiências é como um resguardo ao estigma social e aos manejos exigidos por essa situação. Contudo, esses casais acabam evitando entrar em contato com suas próprias emoções e encontram poucas possibilidades de sentirem-se apoiados e aliviados. Dessa forma, é importante ressaltar que tanto a revelação como a não revelação impactam a vida desses casais no que tange à presença ou ausência de apoio e podem ter repercussões diferentes, dependendo do que o casal escolhe revelar (se o diagnóstico e/ou o tratamento).

Frente a esses achados, considera-se importante mencionar o papel dos profissionais de Psicologia junto a esse público nos centros de reprodução humana e em outros ambientes, no intuito de ofertar um espaço de escuta e acolhimento das questões emocionais, direcionando o trabalho para as estratégias de entendimento dos processos (físicos e emocionais) e de enfrentamento condizentes para quem vive a infertilidade e recorre às TRA. Especialmente, que possa ser ofertado um trabalho em grupo, para que pessoas que vivem processos semelhantes possam se reconhecer, fazer trocas e fortalecer ou mesmo construir uma rede de apoio formada por quem “entende, porque vive o mesmo”.

No que diz respeito à temática da revelação versus privacidade sobre a infertilidade e o uso de TRA, considera-se que também é papel do profissional da Psicologia fomentar a reflexão sobre esse assunto, tanto a nível grupal como individual, para que cada casal possa ter mais clareza sobre qual a função da revelação, para quem é importante revelar e como fazer isso, se assim considerarem uma boa alternativa, bem como identificar crenças que possam estar impedindo ou dificultando o recebimento e a solicitação de apoio. Dessa forma, o profissional estará ajudando o casal a tomar consciência de suas necessidades e escolhas, além de auxiliar a estabelecer as fronteiras do casal e a uma rede de apoio social.

Esse estudo tem como limitação a não exploração de outros possíveis segredos que envolvem a temática da infertilidade e do tratamento, como por exemplo, o recebimento de material genético de terceiros e a revelação para o(s) filho(s) sobre sua concepção. Futuros estudos também seriam necessários para explorar a revelação dessa condição e do uso de TRA em grupos de iguais e a percepção de apoio social, além da percepção da família extensa sobre a revelação, o apoio fornecido aos casais e o apoio solicitado por eles.



## REFERÊNCIAS

- Barth, M. C., Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2020). Percepção de casais que vivenciaram perda gestacional sobre o apoio social. *Psicologia Argumento*, 38(102), 772-791. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/27079/pdf>
- Berger, R.; Paul, M. S.; & Henshaw, L. A. (2013). Women's Experience of Infertility: A Multi-systemic Perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54-68.
- Bernauer, M. C. & Kahhale, E. M. S. P. (2012). Meanings and Senses Apprehension of the Parenthood on ART (Assisted Reproductive Therapy). *Psychology Research*, Vol. 2, No. 2, 118-122.
- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução e Climatério*, 31 (3), 121-127  
<https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466/12. Recuperado em 02 de fev. 2019. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016. Recuperado em 02 de fev. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
- Cardoso, H. F. & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A: Estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510.
- Carneiro, H. L. B., Rodrigues, A. A., & Alves, M. S. (2017). A dor silenciosa dos pais de filhos natimortos e neonatos. *Humanidades*, 6(1), 59-71. Recuperado de [http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos\\_up/artigos/a129.pdf](http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a129.pdf)
- Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. *Qualitative Methods*. (4ed) (pp.233-263).

Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Em B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 8-29). Porto Alegre: Artmed.

Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B., & Novaes, M. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 201-210.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>

Franqueira, A. M. R., & Magalhães, A. S. (2018). Compartilhando a dor: o papel das redes sociais no luto parental. *Qualitative Research Journal*, 6(11), 373-389.

Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwoń-Zaleska, M., Węgrzyn, P., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109-112.

Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.

Gradwohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2013). Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-261.

Hayashi, E. A. P. & Moriyama, J. S. (2019). Grupo de Apoio Psicológico a Mulheres em Situação de Infertilidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e179820. Epub April 25, 2019.

High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (in)adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2), 157-178.

Imber-Black, E. (2002). Segredos na Família e na Terapia Familiar: Uma Visão Geral. (15-39). In Os Segredos na Família e na Terapia Familiar. Artmed, Porto Alegre.

Johnson, M. C. (2020). Capítulo 10. “¿Por qué acá nadie lo cuenta?” Estrategias para comunicar y socializar la experiencia con las TRHA. 155 - 178. In Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida/ Natacha Salomé Lima ... [et al.]; compilado por Natacha Salomé Lima; Mariela Fernanda Rossi - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2020. Libro digital, iBook. Archivo Digital: descarga. ISBN 978-987-733-224-7

Kroemeke, A. & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. PlosOne, 13(6), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Lechner, L., Bolman, C. & Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. Human Reproduction, 22(1), 288–294.

Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Passos, E. P. (2007). Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. Projeto de pesquisa não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Luna, N. Infertilidade e ausência de filhos: a origem do drama. In: Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Antropologia e Saúde collection, pp. 53-81. ISBN 978-85-7541-355-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M. & Navid, B. (2018). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. Middle East Fertility Society Journal, 23, 103-106.

- Martins, M.V; Peterson, B. D; Costa, P; Costa, M.E; Lund, R. & Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships* 30(4), 371 - 388.
- Marques, P. P. & Morais, N. A. (2018). A vivência de casais inférteis diante das tentativas inexitosas de reprodução assistida. *Advances em Psicologia Latinoamericana*, Bogotá (Colombia), 36 (2).
- McGoldrick, M. & Shibusawa, T. (2016). O ciclo vital familiar. Em F. Walsh (Org.), *Processos Normativos da Família: Diversidade e complexidade* (pp. 375-398). Porto Alegre: Artmed.
- Montagnini, H. M. L.; Blay, S. L.; Novo, N. F.; Freitas, V.; Cedenho, A. P. (2009) Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia*. 26(4), 475-481. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400008>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R. & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, vol. 15, núm. 3, pp. 34-48.
- Nascimento, F. R. M. & Térzis, A. (2010) Adiamento do projeto parental: Um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. *Psicologia em Revista*, 16(1), 103-124.
- Souza, K. K. P. C. & Alves, O. F. (2016). As principais técnicas de reprodução humana assistida. *Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*, 2(1), 26-37.
- Souza, Â., Cenci, C. B., Luz, S. & Patias, N. (2017). Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: Uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando Famílias*, 21(2), 76-88.
- Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2008) Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28,104-118.

Straube, K. M. (2019). Infertilidade, estigma e tratamentos reprodutivos: da família pensada a família vivida. Juruá, Curitiba.

World Health Organization. (2020). Infertility. Retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.

Yin, R. K. (2005). Estudo de caso: Planejamento e métodos (3ed.). Porto Alegre: Bookman.

Tabela 1

## Dados sociodemográficos dos casais participantes

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4	
	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>	<u>Mulher</u>
<u>Estado Civil</u>	União estável		União estável		Casados		União estável	
<u>Tempo de Relacionamento (anos)</u>	11		7		13		8	
<u>Renda Familiar (salários mínimos)</u>	2-3		Não informada		8-9		10-15	
<u>Idade (anos)</u>	42	40	43	40	32	34	50	43
<u>Religião</u>	CAT	Espírita	Nenhuma	CAT	CAT	CAT	ESP	ESP
<u>Escolaridade (nível completo)</u>	EM	ES	ES	PG	EM	PG	PG	ES
<u>Ocupação</u>	Técnico em Radiologia	Psicóloga	Gerente TI	Micro-empresária	Técnico em Óptica	Psicóloga	Servidor Público	Servidora Pública
<u>Horas de trabalho semanais</u>	SE	SE	44	40	44	40	30	30

Legenda: CAT = Católica; ESP = Espiritualista; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior; PG = Pós-Graduação; SE = Sem emprego.

Tabela 2

## Dados de saúde dos casais participantes

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4	
	<u>H</u>	<u>M</u>	<u>H</u>	<u>M</u>	<u>H</u>	<u>M</u>	<u>H</u>	<u>M</u>
<u>Tempo em tentativas para engravidar (anos)</u>		10		7		13		8
<u>Tempo em tratamento de TRA (meses)</u>		42		12		9		48
<u>TRA utilizada (Número de vezes)</u>		FIV (3)		CP (1) FIV (1)		CP (1) FIV (1)		CP (3)
<u>Aborto*/(Número de ocorrências)</u>		Não		Sim (2)		Sim (1)		Não
<u>Dificuldades físicas/hormonais</u>	Baixa mobilidade espermiática	Trombofilia	Não	TrombofiliaTS H alterado	Não	Endometriose	Baixa mobilidade espermiática, C.A de testículo (orquitectomia direita)	Sinéquia uterina, pólipo, cisto ovariano, *suspeita de trompas obstruídas/impermeáveis e de alterações imunológicas

Legenda: H= homem; M= mulher; FIV = Fertilização in Vitro; CP = Coito programado.

Tabela 3

Percepção de Apoio Social dos casais participantes, conforme avaliada pelo EPSUS-A

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Nível de Apoio Social Geral	Baixo	Baixo	MB	MA	Baixo	MA	Baixo	Baixo
Número de pessoas mencionadas como fontes de apoio social								
<u>Familiares</u>	3	1	20	5	9	6	7	11
<u>Amigos</u>	6	2	20	20	3	4	3	12

Legenda: MB = Médio-baixo; MA = Médio-Alto.



## 5 CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Essa Dissertação foi composta por dois estudos que objetivaram, em linhas gerais, investigar a relação entre privacidade, revelação e segredos familiares e a percepção de apoio social em casais inférteis em tratamento com TRA. A partir das análises das entrevistas realizadas com quatro casais heterossexuais gaúchos, foi possível identificar alguns achados inicialmente esperados, como a não revelação do diagnóstico de infertilidade e da necessidade de busca por tratamento com TRA, do insucesso do tratamento com TRA, do número de tentativas realizadas e da ocorrência de abortos.

Apesar da proposta inicial de pesquisa ter como foco os segredos familiares, os achados não permitiram identificar tais temas como segredos, e sim como questões que envolvem a privacidade do casal. Para explorar a expectativa inicial e verificar a presença de segredos familiares, seria preciso acompanhar esses casais por mais tempo para analisar a dinâmica conjugal e familiar longitudinalmente e observar se alguma situação se constituiria como segredo familiar ao longo do tempo.

Esperava-se, também, que casais que tivessem mais segredos familiares acessassem menos sua rede de apoio, sentindo-se menos apoiados. O estudo mostrou que os casais que menos revelaram para as pessoas próximas sobre a infertilidade e/ou tratamento de fato demonstraram baixo nível de percepção de apoio social geral. Porém, não é possível afirmar que esse seja o único motivo para a percepção de baixo nível de apoio social geral dos casais, embora possa ser um dos fatores, como abordado no segundo artigo que compõe essa Dissertação.

Por outro lado, na análise das entrevistas emergiu um tema que não era inicialmente esperado no projeto de pesquisa: as percepções dos casais sobre o apoio recebido (ou não) na relação médico-paciente. Apesar de não esperado, esse foi o assunto que teve mais destaque no relato dos casais participantes e, por isso, deu origem ao primeiro artigo da Dissertação. Conforme os achados, a relação médico-paciente foi tanto caracterizada como apoiadora (especialmente com os médicos que acompanhavam os casais no momento da entrevista) como também não apoiadora (especialmente com os médicos que acompanharam os casais no início do tratamento ou durante a descoberta do diagnóstico de infertilidade). Explorando a percepção de diferentes dimensões do apoio social (afetivo, informacional e instrumental), o apoio informacional salientou-se como o mais solicitado pelos casais aos médicos.

A partir de uma análise global, percebe-se que os casais receberam apoio das suas relações próximas e dos médicos, porém, nem sempre a contento. Foi possível observar que muito pouco foi referido sobre a busca ativa de apoio, ao mesmo tempo

em que os casais esperam por ele, especialmente o apoio emocional de pessoas próximas (amigos e familiares). Esse nem sempre esteve presente por conta da cobrança social percebida por parte de amigos e familiares. Por outro lado, houve a busca de apoio informacional junto aos médicos, sendo esta muitas vezes não atendida, pela falta de recebimento das informações solicitadas, aliada à falta de empatia.

Desse modo, entende-se que o trabalho cumpriu seu propósito de explorar segredos, privacidade, revelações e suas implicações para o apoio social desses casais. Como limitações, além do caráter transversal do estudo, destaca-se que a investigação do apoio social considerou apenas a perspectiva dos casais inférteis, sem o contraponto dos médicos, amigos e familiares sobre sua oferta de apoio ou mesmo a forma como os casais o recebem. Na temática dos segredos familiares e da privacidade, a pesquisa ficou restrita ao diagnóstico e ao tratamento, sendo que outros temas poderiam ser explorados em estudos futuros, como o recebimento de material genético de terceiros, a revelação ao(s) filho(s) sobre sua concepção, e as diferenças de gênero entre os casais sobre decisões de revelação ou não desses aspectos.

Fica evidente a necessidade de elaborar ações junto à população acometida pela infertilidade, aos médicos e às equipes, bem como à comunidade de forma geral, para diminuir o estigma social e proporcionar o fortalecimento de redes de apoio. As estratégias para essas ações podem variar conforme cada um desses públicos, incluindo estratégias de psicoeducação sobre a infertilidade e as TRA, grupos de apoio os casais, treinamento com médicos e equipes sobre validação emocional e comunicação de más notícias, além de campanhas para evitar a discriminação sobre a infertilidade e o uso de TRA como uma alternativa no alcance da parentalidade. Frente a isso, recomenda-se pesquisar sobre fontes de apoio e estratégias para a busca e recebimento de apoio, procurando identificar quais são mais eficazes nos diferentes contextos.

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Parecer do Conselho e Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Segredos Familiares e Apoio Social em Casais Inférteis em Tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida

**Pesquisador:** DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15211019.1.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.420.420

**Apresentação do Projeto:**

Na formação de uma família, é esperado que casais tenham filhos. Porém, a infertilidade afeta em torno de 15% de casais em idade reprodutiva no mundo todo. Na busca por conseguir ter um filho, as técnicas de reprodução assistida (TRA) são muito acessadas por casais que enfrentam essa dificuldade. O desgaste emocional gerado pelas tentativas para engravidar faz com que se desenvolva um processo de crise geralmente prolongada nestes casais, que são atingidos também por um estigma social vinculado a infertilidade, acarretando vergonha e culpa a respeito dessa situação e da realização desse tipo de tratamento. Tal condição pode originar o desejo de guardar como um segredo o diagnóstico de infertilidade e a possibilidade de utilizar as TRA. Entretanto, não revelar o que está acontecendo, inclusive para as famílias de origem, pode ter como consequência a falta de apoio social, ou seja, a impossibilidade de ser beneficiado pelo acolhimento de outras pessoas, tanto de forma afetiva, como material ou informacional. Assim, o presente estudo objetiva investigar a relação entre segredos familiares e percepção de apoio social em casais inférteis em tratamento com TRA. Trata-se de um estudo qualitativo, com delineamento de estudo de casos múltiplos. Serão convidados a participar do estudo casais com diagnóstico de infertilidade, que tenham ao menos realizado uma TRA e que estejam em tratamento. Na coleta de informações serão utilizados: uma ficha de Dados Socio-Demográficos e Saúde, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para a identificação de transtornos mentais comuns (TMC), a Escala de Percepção do Suporte Social, versão adulta (EPSUS-A) para identificar o suporte percebido, e

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2420420

posteriormente uma entrevista narrativa com o casal baseada em uma pergunta disparadora que buscara estimular a narração da trajetória do casal desde o diagnóstico até o tratamento da infertilidade. As informações das Fichas de Dados Socio-Demográficos e de Saúde, juntamente com os demais dados, serão utilizadas para caracterizar os participantes. Espera-se encontrar, entre os segredos familiares de casais inférteis: o diagnóstico de infertilidade e a necessidade de busca por tratamento, o recebimento de gametas (doação), o insucesso do tratamento, o número de tentativas realizadas, situações de abortos e o valor financeiro investido. Espera-se, também, que casais que refram ter mais segredos familiares acessem menos sua rede de apoio, obtenham menos apoio, sintam-se menos apoiados e avaliem de forma menos satisfatória o apoio recebido. Considera-se que o presente estudo pode contribuir para a elaboração de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas direcionadas a esses casais, bem como para suas famílias e a sociedade em geral.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar a relação entre segredos familiares e percepção de apoio social em casais inférteis em tratamento com técnicas de reprodução assistida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os instrumentos a serem empregados representam risco mínimo para os casais. No caso de eventual desconforto, a pesquisadora poderá interromper a entrevista e dar acolhimento aos participantes. Se for necessário, será realizado encaminhamento ao Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFPI), que presta serviços em psicoterapia de família, casal e individual e concorda com esse encaminhamento, conforme documento anexo. Todos os dados coletados serão mantidos na UFCSPA, no Departamento de Psicologia, por 5 anos, em local apropriado para esse fim.

**Benefícios:**

Como benefícios a participação contribuirá para o aprimoramento do atendimento de casais que passam pelas mesmas experiências. Também pode trazer reflexões a respeito das vivências e dificuldades que enfrentaram com o diagnóstico e o tratamento de reprodução assistida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem fundamentada e justificada e tem relevância na sua área de estudo.

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, encontram-se adequados e foram aceitos.

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 96.059-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51) 3303-8904

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

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

O projeto está adequado para ser desenvolvido, tendo seu término previsto para

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361762.pdf	30/05/2019 19:18:10		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/05/2019 19:13:20	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_entrega_de_relatorio.pdf	28/05/2019 18:30:32	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	28/05/2019 18:29:52	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	28/05/2019 18:24:07	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito
Outros	Convite.png	28/05/2019 18:18:49	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/05/2019 18:14:27	RAFAELA TELO KLAUS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Luciane Dalcanale Moussalle**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

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

**ANEXO B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Segredos Familiares e Apoio Social em Casais Inférteis em Tratamento com Técnicas de Reprodução Assistida”, desenvolvida pela Mestranda Rafaela Teló Klaus sob orientação da Profa. Dra. Daniela Levandowski, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Esta pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre os segredos familiares e o apoio social em casais inférteis no tratamento com técnicas de reprodução assistida. Este estudo contribuirá para conhecer a realidade desses casais e suas famílias e facilitar a elaboração e implementação de intervenções.

Para alcançar os objetivos deste estudo, convidamos você a colaborar conosco. A sua participação é voluntária e implica em responder alguns instrumentos para conhecermos seus dados pessoais e de saúde, sua saúde mental e para avaliar o apoio que você têm recebido. Também envolve participar de uma entrevista conjunta com seu cônjuge para conhecermos a experiência de vocês desde o diagnóstico da infertilidade até o momento atual, com destaque para os assuntos que vocês consideram difíceis de compartilhar com sua rede de relações. Estimamos que sua participação dure em torno de 1 hora e 30 minutos.

Os dados coletados serão gravados em áudio, transcritos e arquivados na UFCSPA por um período de 5 anos após a conclusão desse estudo, quando serão destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 de Conselho Nacional da Saúde). Esses dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e futuras publicações dela derivadas. Em todas as etapas da pesquisa e na publicação dos resultados, a sua identidade será mantida em absoluto sigilo, e suas informações, guardadas com total confidencialidade.

A participação não acarreta nenhum tipo de custo e também não lhe trará nenhum privilégio ou remuneração. Você poderá fazer perguntas e solicitar esclarecimentos a qualquer tempo.

Sua participação contribuirá para o aprimoramento do atendimento aos casais que passam pelas mesmas experiências que vocês. Também pode trazer reflexões a respeito das vivências e dificuldades que vocês enfrentaram com o diagnóstico e o tratamento de reprodução assistida. A participação não acarretará nenhum risco. Entretanto, caso aconteça algum desconforto emocional em função de alguma pergunta da entrevista ou dos instrumentos, a equipe de pesquisa está totalmente disponível para lhe dar um acolhimento inicial. Além disso, você pode interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Se a equipe de pesquisa verificar a necessidade de um acompanhamento psicológico, você será encaminhado ao Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI), que presta atendimento especializado de psicoterapia de família, casal e individual.

Quaisquer dúvidas ou necessidades relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas e encaminhadas à pesquisadora responsável, Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski e à Mestranda Rafaela Teló Klaus, pelo e-mail [ola@rafaelaklaus.com.br](mailto:ola@rafaelaklaus.com.br). Ainda, ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CEP - UFCSPA), entidade responsável pela defesa da dignidade e integridade dos sujeitos de pesquisa, localizado na Sala 407 do Prédio 03 da UFCSPA, na Rua Sarmiento Leite, 245, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP 90050-170, cujo telefone para contato é 51-3303-8804 e horário de funcionamento de segunda à sexta-feira, das 08h30min às 12h e das 13h30min às 17h.

Reiteramos que você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Também tem

garantido o direito de ressarcimento a quaisquer danos que comprovadamente estejam relacionados com a sua participação nesta pesquisa.

A autorização para a participação nesta pesquisa dependerá de sua assinatura ao presente Termo, emitido em duas vias, uma que será arquivada pela equipe de pesquisa e outra de igual teor, que será entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo da(o) participante), após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com a equipe de pesquisa para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado(a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício.

Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido(a), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância, de espontânea vontade, em participar deste estudo. Este termo foi assinado em duas vias, ficando uma delas em minha posse.

---

Nome

Assinatura do(a) participante

---

Nome

Assinatura da pesquisadora

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.



## ANEXO C



### Ficha de Dados Sócio-Demográficos

(Adaptada de Lopes et al., 2007)

1) Iniciais do nome: \_\_\_\_\_ 2) Data de Nascimento: \_\_ / \_\_ / \_\_

3) Idade: \_\_\_\_ anos 4) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

5) Estado civil:

( ) Casado(a) ( ) Com companheiro(a)/ Coabitação/ União estável  
( ) Separado(a)/Divorciado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Namorando ( ) Viúvo(a)

6) Tempo de relacionamento: \_\_\_\_ anos OU \_\_\_\_ meses

7) Escolaridade (ano concluído): ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( )  
Graduação ( ) Pós-Graduação

8) Ocupação: \_\_\_\_\_

9) Número de horas semanais de trabalho: \_\_\_\_\_ horas

10) Renda mensal familiar: R\$ \_\_\_\_\_

11) Religião: \_\_\_\_\_ 12) Praticante: ( ) Sim ( ) Não ( )  
Eventual

\*Esta ficha teve inspiração na Entrevista de Dados Demográficos do Casal, de autoria de Lopes, Piccinini, Dornelles, Silva e Passos (2007), instrumento empregado no Projeto de pesquisa intitulado “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê”, desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

## ANEXO D

**Ficha de Dados de Saúde**

(Adaptada de Lopes et al., 2007)

1) Há quanto tempo tentam engravidar?.....

2) Há quanto tempo estão em tratamento de reprodução assistida?  
.....

3) Existe (ou existiu) alguma dificuldade de ordem física ou hormonal com vocês?

3.1) Homem ( ) Sim ( ) Não

3.1.1) Em caso afirmativo, qual(is)?

---



---

3.2) Mulher ( ) Sim ( ) Não

3.2.1) Em caso afirmativo, qual(is)?

---



---

4) Quais técnicas de reprodução assistida foram utilizadas? ( ) FIV ( ) TEC ( ) ICSI ( )

Inseminação ( ) Outras –Qual(is)\_\_\_\_\_

5) Quantas vezes foi realizado cada procedimento?

FIV: \_\_\_\_\_ TEC: \_\_\_\_\_

ICSI: \_\_\_\_\_ Inseminação: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

6) Foi realizada análise de embriões? ( ) Sim ( ) Não

7) Receberam material de outras pessoas? ( ) Sim ( ) Não

7.1) Em caso afirmativo, receberam:

( ) Óvulos ( ) Espermatozóides ( ) Embriões

8) Durante as tentativas de engravidar, aconteceu algum aborto? ( ) Sim ( ) Não

8.1) Em caso afirmativo, quantos? \_\_\_\_\_

9) Na família de vocês teve/tem algum caso de infertilidade? ( ) Sim ( ) Não

9.1) Homem ( ) Sim ( ) Não

9.1.1) Em caso afirmativo, qual o parentesco?

---

---

9.1.2) Foi realizado algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não

9.1.2.1) Em caso afirmativo, que tipo de tratamento foi realizado?

---

---

9.2) Mulher ( ) Sim ( ) Não

9.2.1) Em caso afirmativo, qual o parentesco?

---

---

9.2.2) Foi realizado algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não

9.2.2.1) Em caso afirmativo, que tipo de tratamento foi realizado?

---

---

\*Esta ficha teve inspiração na Entrevista de Dados Demográficos do Casal, de autoria de Lopes, Piccinini, Dornelles, Silva e Passos (2007), instrumento empregado no Projeto de pesquisa intitulado “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê”, desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

**ANEXO E****SRQ 20 - Self Report Questionnaire**

(WHO, 1980)

**Iniciais do Nome:**..... **Data:**.....

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo.

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos **30 dias**. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO. OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
2- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
3- Dorme mal?	SIM	NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	SIM	NÃO
7- Tem má digestão?	SIM	NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM	NÃO
11- Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
12- Tem dificuldade para tomar decisões?	SIM	NÃO
13- Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	SIM	NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM	NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
TOTAL		

## ANEXO F

### Entrevista Narrativa com o Casal

(Adaptada de Lopes et al., 2007)

**Rapport:** Conforme comentamos antes, agora vamos conversar um pouco sobre a história de vocês como casal que, em um determinado momento, encontrou dificuldade para engravidar. A ideia é que vocês dois possam contar a respeito das questões que envolveram a decisão de ter um filho, a opção de realizar o tratamento de reprodução assistida e como isto está hoje na vida de vocês. Não existem respostas certas ou erradas; o importante é a experiência de vocês. Eu vou fazer uma pergunta para começar a conversa e, à medida em que vocês forem falando, eu irei trazer outras questões. No final da entrevista, posso fazer algum comentário

#### Sobre o diagnóstico e o tratamento

1. Vocês poderiam falar sobre como reagiram ao perceber a dificuldade de engravidar?
2. Como foi a busca por um especialista em reprodução assistida?
3. Receberam algum diagnóstico?
  - a. (Se sim) Como se sentiram ao recebê-lo?
4. Qual foi a reação de cada um de vocês frente a essa notícia?
5. Como decidiram pelo tratamento?
6. Como vocês estão se sentindo com a(s) tentativa(s) do tratamento de reprodução assistida?
7. Vocês costumam falar sobre isto entre vocês?
8. Vocês consideram que a experiência com o tratamento está afetando a relação de vocês?
  - a. (Se sim) De que forma?
9. Vocês sentem alguma mudança no relacionamento com outras pessoas (familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde) desde o início do tratamento até agora?
  - a. (Se sim) O que mudou?

#### Sobre segredos familiares

10. Quem sabe sobre essa dificuldade de engravidar e sobre o tratamento que vocês estão fazendo?
11. Teve/tem algum processo de decisão entre vocês sobre contar ou não contar para as pessoas a respeito da dificuldade de engravidar e do tratamento?
  - a. (Se sim) Como foi?
12. Que elementos foram/estão sendo levados em consideração para esta decisão?
13. Caso tenham revelado a alguém:
  - a. Como vocês contaram? Como foi dada a notícia?
  - b. Como esta(s) pessoa(s) reagiu(ram) a esta notícia?
  - c. O que vocês experimentaram ao compartilhar?
  - d. Sentiram alguma mudança no relacionamento com esta(s) pessoa(s) após esta comunicação?
  - e. Teve alguma diferença entre o que vocês falaram/planejaram falar para a família de cada um de vocês?
14. Tem algo que vocês estão evitando falar com as pessoas durante este processo de tratamento?
  - a. (Se sim) O que é?
  - b. Este assunto pode gerar algum impacto em alguma(s) relação(ões) de vocês?
    - i. (Se sim) De que forma?
15. No trabalho de vocês, com os colegas ou chefia, esse assunto foi abordado?
  - a. (Se sim) Como foi?
16. O médico de vocês comentou ou orientou para contar ou não a outras pessoas sobre o diagnóstico e/ou o tratamento?
17. Teve algo que vocês esconderam, mesmo que temporariamente, de algum profissional da saúde?

### **Sobre apoio social**

18. Vocês recebem/receberam ajuda desde o diagnóstico da infertilidade até agora?
  - a. (Se sim) De quem? (de familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, um do outro)
  - b. Que tipo de ajuda vocês receberam?
  - c. Como se sentiram em relação a essa ajuda?
19. Vocês pediram/estão pedindo ajuda para alguém durante esse processo?

- a. (Se sim) Para quem? (de familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, um do outro)
  - b. Que tipo de ajuda vocês pediram/estão pedindo?
  - c. Como fizeram para pedir ajuda?
  - d. Como se sentiram em relação a essa ajuda?
20. Vocês ofereceram ajuda um para o outro nesse período?
- a. (Se sim) Em relação a que?
  - b. Como se sentiram em relação a essa ajuda?
21. Tem algo que foi feito/está sendo feito por alguém do círculo social de vocês (familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, outras pessoas das suas relações, vocês como casal) durante o processo de tentar engravidar que agradou ou ajudou vocês?
- a. (Se sim) O que foi/está sendo feito? Por quem?
22. Tem algo que foi feito/está sendo feito por alguém do círculo social de vocês (familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, outras pessoas das suas relações, vocês como casal) durante o processo de tentar engravidar que desagradou ou dificultou algo para vocês?
- a. (Se sim) O que foi/está sendo feito? Por quem?
23. Vocês conseguiram ter acesso às informações que necessitavam antes e durante o tratamento? Como foi este processo?
24. Vocês sentiram/estão sentindo falta de algum tipo de ajuda durante as tentativas de engravidar e o tratamento de reprodução assistida?

\* Este roteiro teve inspiração na Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante e Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas do Futuro Pai, de autoria de Lopes, Piccinini, Dornelles, Silva e Passos (2007), instrumento empregado no Projeto de pesquisa intitulado “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê”, desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.