

**MARÍA YOLANDA MAKUCH**

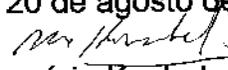
---

**VIVÊNCIAS DE MULHERES E HOMENS DO  
PROGRAMA DE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* DA UNICAMP**

---

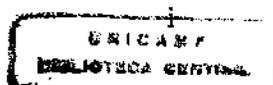
Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da aluna Maria Yolanda Janina Makuch Bahamondes.

Campinas, 20 de agosto de 2001.

  
Prof. Dr. Maurício Knobel  
Orientador

**CAMPINAS**

**2001**



**MARÍA YOLANDA MAKUCH**

---

**VIVÊNCIAS DE MULHERES E HOMENS DO  
PROGRAMA DE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* DA UNICAMP**

---

Tese de doutorado apresentada ao Curso de  
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do título de  
Doutora em Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Maurício Knobel

CAMPINAS

2001

iii

BRUNO

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

M289v Makuch, Maria Yolanda  
Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP / Maria Yolanda Makuch. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Maurício Knobel  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Depressão Mental. 2. Infertilidade. 3. Ansiedade. I. Maurício Knobel. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## Banca examinadora da tese de Doutorado

**Orientador: Prof. Dr. Maurício Knobel**

### Membros:

1. Prof. Dr. José Mendes Aldrighi - USP
2. Profa. Dra. Ana Cristina D'Ambrósio Taranta - USP
3. Prof. Dr. Nery José Botega - FCM/UNICAMP
4. Profa. Dra. Lídia Straus - FCM/UNICAMP
5. Prof. Dr. Maurício Knobel - FCM/UNICAMP

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/8/2001

# **Dedicatória**

---

*A Luis*

*A meus filhos Gabriela, Valeria e Emiliano*

*A meus pais Agata e Casimiro*

# **Agradecimientos**

---

# **Agradecimentos**

---

Ao Prof. Dr. Mauricio Knobel, meu orientador, por suas valiosas contribuições, amizade, confiança e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pela contribuição na revisão do trabalho realizado com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

À Profa. Dra. Ellen Hardy, pela amizade, ensinamentos e incentivos constantes.

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelo apoio sempre presente, apoio e amizade.

À Maria José Duarte Osis e à Maeve Brito Mello, pela revisão e comentários de alguns capítulos desta tese.

À Emiliano Bahamondes, pela preparação do banco de dados.

À Maria Helena Souza, pelo trabalho estatístico.

Ao Prof. Dr. Guilherme Cecatti, pela disposição em discutir os procedimentos metodológicos.

A todos os profissionais do Cemicamp, pelo apoio importante no dia- a- dia.

Às enfermeiras Cecília Dantas Monteiro e Margarete Hidalgo, pela eficiente colaboração no trabalho de campo..

A todos os funcionários do Ambulatório de Reprodução Humana do CAISM/UNICAMP, pela inestimável contribuição para a realização da coleta de dados deste estudo.

À Roberta Pelegrino e à Sônia Brito Mello, pelo trabalho na transcrição das entrevistas.

À Verônica Barros pela assistência nas buscas bibliográficas e pela editoração da tese.

À Isabel Gardenal pela correções do português.

Às mulheres e aos homens, que generosamente compartilharam as suas vivências, possibilitando a consecução desta pesquisa.

À minha família e aos amigos, por terem convivido com minhas ausências, pelo carinho e incentivos constantes.

## **Agradecimentos institucionais**

## **Agradecimentos institucionais**

---

Ao Cemicamp pelo apoio institucional brindado na execução desta pesquisa.

Ao FAEP, FUNDO DE APOIO E ESTIMULO A PESQUISA (UNICAMP), pelo apoio financeiro parcial para a realização desta pesquisa.

# Resumo

---

## Resumo

---

Dentre os tratamentos propostos para os casais estéreis o mais complexo é a fertilização *in vitro* (FIV). Este procedimento exige um investimento emocional, de tempo e esforço, que leva freqüentemente à postergação de outras necessidades. Isto gera numerosas vivências, às vezes contraditórias, na vida dos homens, das mulheres, do casal. O objetivo deste estudo foi conhecer as vivências dos casais que participaram do programa de FIV, do CAISM/UNICAMP, durante o período de abril 1999 a abril 2000. Foi um estudo descritivo, com um componente quantitativo e outro qualitativo. Para o componente quantitativo foi aplicada a escala de ansiedade e depressão Hospital Anxiety and Depression (HAD), e para o componente qualitativo foram realizadas entrevistas. Para estas foi utilizada uma amostra proposital realizando-se, conforme a lógica subjacente a este tipo de amostragem, seleção de casos que manifestavam o fenômeno de interesse intensamente. Foram procurados casos ricos em informação em relação aos objetivos propostos em este estudo. Foram aplicadas 55 escalas a mulheres e 31 a homens e foram realizadas 33 entrevistas a mulheres e 20 a homens. Para a análise das entrevistas, estas foram lidas várias vezes e as respostas agrupadas em núcleos de sentido. As subescalas HAD mostraram que em geral homens e mulheres não estavam ansiosos nem deprimidos ao início de um ciclo de FIV. As entrevistas mostraram que os casais que participaram do FIV eram em geral bem estruturados e tinham uma vida sexual satisfatória. A decisão de participar dos procedimentos do FIV faz parte da sequência dos tratamentos, e

mulheres e homens os iniciam com muita esperança sem considerar o fracasso como uma possibilidade. Os homens sentiam que o seu papel era de apoiar às mulheres e as mulheres estavam dispostas a fazer qualquer intento por obter uma gravidez.

# Summary

---

## Summary

---

Among infertility treatments *in vitro* fertilization(IVF) is considered one of the most complex and the demanding treatments for infertile couples. This procedure involves an important emotional investment and the time and effort dedicated frequently mean the postponement of other projects. Life experiences, sometimes contradictory are part of this process for woman, man and couples. The objective of this research was to study life experience during the initiation IVF procedures, of women and men, participating of the IVF Program of CAISM/UNICAMP, between April 1999 and April 2000. This study was quantitative and qualitative. The Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale applied to evaluate anxiety and depression among women and men beginning IVF procedures and interviews were performed to access life experience of the participants. Or the qualitative component of this study a purposeful. Following the to the logic of this sampling procedure cases rich in information were purposefully selected according to the proposed objectives. The HAD scale was completed with 55 women and 31 men. Also in-depth interviews were conducted with 33 woman and 20 men. For the analysis the interviews were read several times and the contents organized. The analysis of the scores on the sub-scales anxiety and depression showed that women and men were did not present scores compatible with anxiety or depression at the showed that women and men participating in this study in general had a good relationship with their partners and that their sexual life was satisfactory. The decision to participates in IVF procedures for women as well as for men was part

of the process of seeking for a solution for their infertility and they all had hope and positive expectation related to the outcome of the cycle they were initiating without considering the possibility of failure. Men perceived their role as giving support to their wives during this process and women were determined to do everything to become pregnant.

# Sumário

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introdução</b> .....  | <b>35</b> |
| 1.1. O significado da esterilidade na vida das mulheres e dos<br>homens ..... | 38        |
| 1.2. O significado da FIV na vida de mulheres e dos<br>homens .....           | 48        |
| 1.3. O Programa de Fertilização in vitro (FIV) do CAISM /<br>UNICAMP .....    | 61        |
| <b>2. Objetivos</b> .....   | <b>67</b> |
| 2.1. Objetivos gerais .....   | 67        |
| 2.2. Objetivos específicos .....  | 67        |
| <b>3. Procedimentos metodológicos</b> .....                                   | <b>71</b> |
| 3.1. Desenho do estudo .....  | 72        |
| 3.2. Tamanho da amostra .....   | 72        |
| 3.3. Seleção dos participantes .....  | 74        |
| 3.4. Coleta de dados .....  | 76        |
| 3.5. Escala Hospitalar de ansiedade e Depressão(HAD).....                     | 77        |
| 3.6. Entrevista .....   | 80        |
| 3.7. Folha de identificação .....   | 83        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.8. Análise dos dados .....  | 84        |
| 3.9. Aspectos éticos .....  | 86        |
| 3.10. Definições operacionais .....   | 87        |
| <b>4. Resultados .....</b>  | <b>91</b> |
| 4.1. Caracterização da população .....  | 93        |
| 4.1.1. Características sociodemográficas<br>de mulheres e de homens .....         | 98        |
| 4.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD .....                       | 106       |
| 4.2.1. Resultados das mulheres com a escala HAD .....                             | 106       |
| 4.2.2. Resultados dos homens com a escala HAD .....                               | 117       |
| 4.2.3. Correlação dos Resultados da Escala HAD das<br>Mulheres e dos Homens ..... | 120       |
| 4.3. Análise das entrevistas .....  | 128       |
| 4.3.1. Significado da infertilidade na vida de mulheres<br>e de homens .....      | 129       |
| 4.3.2. Relação do casal .....   | 152       |
| 4.3.3. Conhecimento e percepção prévios sobre a FIV .....                         | 171       |
| 4.3.4. A decisão de participar dos procedimentos de FIV .....                     | 176       |
| 4.3.5. Vivências no Início de um Ciclo de FIV .....                               | 186       |
| 4.3.6. Vivências em Relação às Próximas Etapas de FIV .....                       | 199       |
| 4.3.7. Comentários .....  | 214       |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5. Conclusões</b> .....                    | <b>231</b> |
| <b>6. Referências bibliográficas</b> .....    | <b>235</b> |
| <b>7. Bibliografia de normatizações</b> ..... | <b>255</b> |
| <b>8. Anexos</b> .....                        | <b>259</b> |

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1.** Participantes nos três ciclos de FIV.
- Tabela 2.** Participação de mulheres e homens da entrevista e da escala HAD.
- Tabela 3.** Distribuição percentual das mulheres segundo algumas características sociodemográficas.
- Tabela 4.** Distribuição percentual das mulheres segundo o tipo e diagnóstico de esterilidade.
- Tabela 5.** Distribuição percentual dos homens segundo algumas características sociodemográficas.
- Tabela 6.** Distribuição percentual das mulheres segundo escore de ansiedade e de depressão.
- Tabela 7.** Distribuição absoluta das mulheres segundo escores de ansiedade e depressão e ciclo de FIV em que estavam participando.
- Tabela 8.** Distribuição percentual dos homens segundo escore de ansiedade e de depressão.
- Tabela 9.** Associação em número de casos entre as mulheres e homens segundo escore de ansiedade.
- Tabela 10.** Associação em número de casos entre as mulheres e homens segundo escore de depressão.

# **Introdução**

---

# 1. Introdução

---

Durante o século passado, os grandes progressos na medicina surpreenderam e fascinaram, progressos estes que criaram a ilusão de que homens e mulheres poderiam resolver seus problemas físicos e, desta maneira, aceder a situações desejadas. O primeiro bebê que nasceu pela utilização de técnicas de fertilização assistida trouxe para o âmbito científico a possibilidade de intervenção no processo de reprodução humana e uma esperança para os casais com um diagnóstico de infertilidade, que os impossibilitava de ter um filho biológico.

A fecundidade humana não é só um fenômeno fisiobiológico. É uma manifestação muito mais complexa que além do biológico, também responde a uma intrincada rede de desejos. O desejo de ter um filho é um desejo complexo, já que nele encontra-se presente o desejo do casal, o desejo da mulher e do homem, bem como o desejo dos membros da família, que são importantes para o homem e a mulher. É assim que a futura gravidez concretiza expectativas que transcendem o âmbito apenas do casal.

As novas tecnologias e os avanços no campo da saúde reprodutiva nos últimos anos, particularmente nas últimas três décadas, aportaram meios eficientes para que as mulheres tenham a possibilidade de decidir quando ter e

quando não ter filhos, criando uma situação de controle com relação às decisões reprodutivas. O filho desejado pode ser postergado e programado para “o momento adequado”. “Os acasos” e “as gravidezes não desejadas” diminuíram para determinados grupos de mulheres. Estas transformações no comportamento reprodutivo foram criando a ilusão de que era possível exercer o controle sobre o momento de ter filhos.

Ao mesmo tempo, foram desenvolvidos procedimentos médicos para ajudar aos casais, a resolverem muitas situações quando não acontece uma gravidez. Aumentaram as consultas, e o que antes era resolvido no âmbito do privado passou a ser resolvido nos consultórios médicos. A infertilidade foi-se perfilando progressivamente como uma problemática cada vez mais freqüente nos serviços médicos, nem sempre compreendida em toda a dimensão de sua complexidade.

### **1.1. O significado da esterilidade na vida dos homens e das mulheres**

Desde uma perspectiva médica, denomina-se esterilidade ou infertilidade conjugal a incapacidade de um casal, em idade reprodutiva e em convívio sexual, de engravidar após um ano de relações sexuais sem uso de métodos anticoncepcionais (WHO, 1975).

O problema da esterilidade, em termos de números e estimativas, torna-se difícil de ser avaliado, já que geralmente a prevalência é calculada a partir do

número de casais que consultam. Nem todos os homens e mulheres que apresentam este tipo de problemática consultam um serviço médico. Esta realidade tem mudado nas últimas décadas, principalmente a partir de 70. É possível observar que ocorreu um aumento do número de casais que procuram tratamento e orientação médica em infertilidade. Concomitantemente, houve um aumento dos serviços de saúde especializados nesta área.

Existe consenso na literatura que entre 10 e 15% das pessoas apresentam problemas de esterilidade. Extrapolando esta estimativa para a população mundial, estima-se que entre 50 e 80 milhões de pessoas teriam problemas para engravidar (WHO, 1992). Tomando como base esta estimativa mundial, pode-se calcular que no Brasil seriam em torno de 15 milhões de pessoas.

A esterilidade, pensada como um acontecimento na vida de um homem ou de uma mulher que desejam ter filhos e não podem, quanto a seu significado emocional, tem sido definida como uma experiência de dilaceração biográfica, colocando a ênfase no sofrimento e conflitos pessoais dos que passam por esta experiência (BURRY, 1982). Constitui, assim, a esterilidade um acontecimento na vida das pessoas que pode ser interpretado a partir de diversas perspectivas: uma crise de identidade e de valores; e uma interrupção do projeto de vida pessoal e do casal e, como tal, uma alteração no desenvolvimento dos papéis esperados, tanto dentro da relação do casal como para cada um dos integrantes (BURNS, 1987).

Ter filhos, tornarem-se pais e estabelecer uma família, quando um casal assim o deseja, é considerado, na sociedade, parte da vida adulta dos homens e das mulheres. Quando esta situação esperada não acontece, é necessário um processo de reorganização, tanto individual quanto do casal, para poder lidar com a nova realidade, muitas vezes inesperada, de não poder ter um filho biológico.

Estima-se que somente 2% da população mundial decidem voluntariamente não ter filhos, sem escolher o papel de pais como desejável. A importância do projeto parental é universal e tem se mantido assim por séculos. Muda ao longo do tempo e conforme as regiões. Responde a mitos, discursos, ilusões, necessidades e desejos diferentes, tanto individuais quanto sociais.

As vivências em relação ao projeto parental, em relação a ser mãe ou pai, não podem ser pensadas se não como inscritas nas sucessivas organizações sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais. Excede a proposta deste trabalho uma reflexão mais aprofundada sobre estas complexas relações, através das quais se produzem as articulações deste projeto parental individual de homens e mulheres com o momento sócio-histórico. Portanto, não serão aprofundadas as influências sociais nem externas e sua articulação para a determinação do projeto parental, mas serão reconhecidas como existentes.

Em cada momento histórico, organizam-se as práticas em torno da maternidade e paternidade com um sentido próprio da época, organizando-se ainda os mitos, os discursos e os desejos. A família, com as características que é

constituída nos tempos atuais, é resultado de um processo de mudanças que se afixa entre o século XVII e o XVIII, com o nascimento da burguesia como classe social e uma mudança do imaginário coletivo em relação à constituição da família (FOUCAULT, 1979).

Prévio a este sistema de organização social, existia a casa feudal, que constituía a unidade mínima de agrupamento e que tinha como fim principal à conservação dos bens e a transmissão do nome e da herança. Existia um escasso sentimento de individualização. Não se estabeleciam relações afetivas como na família atual. Os matrimônios eram pactuados como aliança entre as distintas casas para aumentar riquezas e o poder que delas decorria. A transição da casa feudal para a família moderna se dá a partir de uma importante mudança quanto à relação com o corpo. Esta mudança é expressa através do cuidado à saúde e à higiene, a forma de criar os filhos e um controle e assistência dos partos. Ela se processa em um meio sócio-histórico no qual começa a adquirir importância a descendência sadia e de “boa qualidade” como forma de expansão e afirmação da burguesia como classe que procura o poder. A mulher burguesa, por meio da maternidade, adquire uma posição social que antes não possuía (FOUCAULT, 1979).

Atualmente, a paternidade e a maternidade têm adquirido, para muitos, um significado diferente e particular através da possibilidade de adiar e regular o momento de ter um filho. O desenvolvimento do papel parental continua sendo um objetivo importante para a grande maioria dos homens e das mulheres. A

função parental é vista como parte do desenvolvimento pessoal, como necessária na culminação da maturidade adulta e é esperada socialmente (DANILUK, 1988; DANIELS, 1992).

Quando um casal que imagina ser fértil decide ter um filho, ele se envolve em um processo de planejamento, centrado em um projeto de formar uma família. Começa a pensar em si mesmo como **pais** e em seus pais como **avós**, estabelecendo uma mudança na estrutura familiar, que geralmente é esperada e desejada. Ter filhos, dar netos e descendentes aos próprios pais, às próprias famílias é esperado das pessoas enquanto adultas. Os avós, por sua vez, têm expectativas particulares em relação aos netos e esperam que seus filhos tenham filhos (BURNS, 1987; SHAPIRO, 1988).

No estudo realizado por VAN BALEN & TRIMBOS-KEMPER (1995) com casais inférteis, sobre os motivos alegados para desejar ter filhos, foi assinalado que o desejo de ter filhos estava presente com especial intensidade entre as mulheres, até naquelas que apresentavam uma história longa de infertilidade, entre seis e oito anos, e que para homens e mulheres o motivo principal para querer ter filhos era felicidade e bem-estar. Ao estudar estas motivações dos participantes de um programa de FIV, NEWTON & YUSPE (1992) assinalaram que as mulheres expressaram maior necessidade de preencher as expectativas de gênero com relação à maternidade. Entretanto, os homens expressaram maior desejo de completar a relação do casal com o filho.

O projeto parental, em caso de não se concretizar, significa um rompimento dos afetos colocados no filho desejado. A perda da fertilidade e de uma criança que ainda não foi concebida não é um evento socialmente reconhecido na sociedade. Não existem rituais que legitimem a dor de um casal infértil pela criança que ainda não foi concebida, transformando-se a infertilidade em um luto silencioso e solitário de quem não consegue conceber um filho (BURNS, 1987; SHAPIRO, 1988).

A perda do projeto parental tem sido comparada em intensidade a outras perdas, como a morte de um ente querido, um divórcio ou um desemprego, no qual muito tenha sido investido em termos de realização profissional, sendo considerada, nesta comparação, a esterilidade como a mais difícil e intensa destas experiências (MAHLSTED, 1985).

Como geralmente a esterilidade não é prevista, a não ser em situações especiais, a maioria dos homens e das mulheres não estão preparados para enfrentar o diagnóstico, mesmo que este seja transitório. Depois de diagnosticada a esterilidade, passam por um período de reavaliação e reorganização do seu projeto de vida, em função desta incapacidade de serem pais. Em uma sociedade predominantemente fértil, desencadeia-se uma situação de crise em que muitos casais têm dificuldades para desenvolver mecanismos adequados para lidar com uma perda, temporária ou permanente, da possibilidade de ter um filho biológico (MENNING, 1980; KRAFT et al., 1980; SEIBEL & TAYMOR, 1982; SHAPIRO, 1993).

Para aqueles que nunca suspeitaram que não poderiam ter um filho, quando eles assim o desejassem ou planejassem, a impossibilidade de engravidar significa uma alteração inesperada da realidade e o início de uma adaptação complexa e dolorosa a uma nova situação. A maioria dos casais refere à surpresa como a primeira vivência perante esta nova realidade a partir do diagnóstico de esterilidade (MAHLSTEAD, 1985; SHAPIRO, 1988).

Em um estudo realizado há cinco anos, em que foram entrevistadas mulheres que consultavam por infertilidade primária no Ambulatório de Reprodução Humana do CAISM/UNICAMP, a maioria relatou que para elas foi uma surpresa o diagnóstico de esterilidade, já que elas tinham planejado ter filhos. Era o esperado e desejado. Algumas relataram que, tanto nas suas famílias quanto nas dos maridos, todas as mulheres tinham filhos e que isso era o esperado com elas também (MAKUCH BAHAMONDES, 1996).

A partir do diagnóstico, tanto homens quanto mulheres começaram a se perceber diferentes do que eles esperavam, do ideal de ser mãe para as mulheres e de ser pai para os homens (PLATT, FICHER, SILVER, 1973). Independentemente da causa de infertilidade, relataram como suas primeiras vivências as de "sentirem-se danificados" ou "defeituosos" (SEIBEL & TAYMOR, 1982). Logo, surgiram vivências de tristeza, culpa, vergonha, inferioridade e impotência devidas à perda do controle sobre o próprio projeto de vida (MENNING, 1980; BELL, 1981; SHAPIRO, 1988; MAKUCH BAHAMONDES, 1996; SYME, 1997).

Entretanto, as reações são diferentes entre homens e mulheres. Os níveis de estresse com relação aos problemas vinculados à esterilidade são mais elevados para as mulheres que para os homens. Quando este diagnóstico refere-se a um fator masculino, os homens apresentam níveis mais altos de ansiedade, com uma tendência a aumentar na medida em que passa o tempo. Quanto à depressão, também se observam diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo maior nas mulheres. Estas diferenças não variam muito com relação às que se observam nos dados da população em geral. Paralelamente à ansiedade, os níveis de depressão aumentam nos homens com diagnóstico de fator masculino de infertilidade e apresentam a mesma tendência a aumentar na medida em que passa o tempo (ANDREWS, ABBEY, HALMAN, 1991; CONNOLLY et al., 1992).

As relações do casal com seu mundo cotidiano vêm-se alteradas. As relações com os pais e as famílias, os vizinhos, os amigos e os companheiros de trabalho vêm-se afetadas, já que é difícil para a maioria das pessoas compreender as dificuldades emocionais dos casais que não podem ter filhos. O desconhecimento e os mitos que existem com relação à infertilidade, tanto por parte das pessoas próximas quanto por parte dos próprios casais, levam a interpretações às vezes não coincidentes com a realidade. Uma das mais freqüentes é a de atribuir o problema à mulher, sendo que aproximadamente 30% das causas de infertilidade são exclusivamente masculinas. Uma percentagem semelhante atribui-se a causas de uma conjunção de fatores do casal (SHAPIRO, 1993).

Para muitos casais, a relação passa a ter um novo sentido, a significar um verdadeiro apoio para "enfrentar" a insensibilidade do "mundo fértil" e as exigências de um eventual tratamento proposto, mas também pode ser fonte de angústia. Um dos temores mais freqüentes é que aconteçam mudanças na relação do casal a partir do diagnóstico e que elas levem à perda da relação (MAHLSTED, 1985; ULBRICH, COYLE, LLABRE, 1990).

Dentro da relação do casal, um dos aspectos afetados é a vida sexual. Esta deixa de ser íntima. Passa a ser exposta publicamente e de alguma maneira avaliada medicamente. Muitos casais relatam que, durante este período, sentem-se invadidos em sua privacidade e alguns ficam com a sensação de que estão fazendo alguma coisa errada, não de maneira adequada para que a gravidez aconteça (SEIBEL & TAYMOR, 1982). Outros acreditam que algum ritmo na freqüência sexual pode ter influência ou ser importante para ocorrer uma gravidez e, assim, passam por períodos de abstinência sexual antes do período ovulatório, acreditando que a concentração de espermatozóides será melhor nos dias férteis. Outros consideram que algumas posições durante o ato sexual melhoram a possibilidade de uma gravidez.

Essas e outras crenças, que relacionam o desempenho sexual com a fertilidade, levam casais com uma vida sexual satisfatória, antes do diagnóstico de esterilidade, a passarem por períodos nos quais manifestam diversas disfunções sexuais. As mais freqüentemente mencionadas pelos casais são falta de desejo

sexual, impotência e anorgasmia (ELSTEIN, 1975; BELL, 1981; ANDREWS, ABBEY, HALMAN, 1991).

Como se pode observar durante o processo de diagnóstico, e os tratamentos propostos a partir deste, homens e mulheres passam por inúmeras vivências, tanto em suas vidas pessoais quanto em sua relação de casal. Embora exista esperança de ser encontrada a causa da esterilidade, e que seja proposto um tratamento para a solução do problema que apresentam, os procedimentos utilizados são fonte de tensão e grandes dificuldades para o casal. Há um investimento emocional importante neste projeto de tentar uma gravidez. Geralmente, as intervenções médicas propostas para o tratamento da esterilidade requerem tempo e vão acontecendo gradualmente. Significam um planejamento do cotidiano que inclua tempo e disponibilidade para as exigências do tratamento proposto. Cada mês que passa sem que aconteça uma gravidez e a cada tratamento "fracassado", aumentam estas vivências dolorosas de homens e mulheres, levando-os a enfrentar a realidade de que precisam continuar tentando, se querem ter um filho. Isto significa tomar a decisão de passar novamente pelas exigências do tratamento.

As maneiras de lidar com a esterilidade, os tratamentos e seus fracassos respondem a inúmeras variáveis pessoais, do relacionamento do casal, do meio familiar e do meio social. Dentro deste contexto, os casais devem tomar decisões de continuar ou abandonar os tratamentos. E, hoje em dia, os procedimentos de

fertilização assistida têm despertado grandes expectativas nos casais com dificuldades de engravidar, particularmente a FIV .

## **1.2. O significado da FIV na vida de mulheres e de homens**

Dentre os procedimentos mais complexos e técnicas inovadoras desenvolvidos para o tratamento da esterilidade, estão aqueles denominados fertilização assistida. Estas técnicas trazem uma possibilidade de solução para problemas que há muitas décadas não tinham nenhuma chance de tratamento. O nascimento de Louise Brown, primeiro bebê gerado através da fertilização extracorpórea de um óvulo humano, marcou o início de uma nova Era em reprodução humana, com novas expectativas para muitos homens e mulheres estéreis que não tinham opções terapêuticas até aquele momento.

Essa técnica de fertilização assistida foi desenvolvida por ROCK & MENKIN, em 1944, mas apenas alcançou o sucesso em seres humanos com o trabalho pioneiro de STEPTOE & EDWARDS, em 1978, que culminou com o nascimento desse primeiro bebê gerado fora do corpo da mãe, dentro de um laboratório, há pouco mais de 20 anos.

O objetivo desta técnica é que o gameta masculino (espermatozóide) encontre-se com o gameta feminino (óvulo) fora do corpo da mulher, em condições específicas determinadas para tal fim, em um laboratório, resultando na fecundação do óvulo. Uma vez fecundado o embrião, ele é transferido ao

útero da mãe, onde a expectativa é que se implante e continue se desenvolvendo, o que culminará com o nascimento de um bebê.

A FIV inclui várias fases de procedimentos consecutivos, que devem ser realizados para que esta seja possível (JONES, 1996). Primeiramente, a mulher recebe medicação, em geral injeções diárias, para que o ovário fique em repouso e a mulher não ovule espontaneamente. Vencida esta etapa, continua a receber diariamente injeções de hormônios, com a finalidade de estimular o ovário para amadurecer e desenvolver óvulos. Esta estimulação torna possível, para muitas mulheres, obter mais de um óvulo, o que habitualmente não acontece em um ciclo normal.

Iniciado o processo de estimulação do ovário, são realizadas ultrasonografias diárias para acompanhar o seu crescimento e, em alguns casos, também medições diárias de hormônios no sangue a fim de acompanhar o desenvolvimento dos óvulos e determinar o melhor momento da punção para a obtenção dos mesmos. Quando determinado este momento, utilizando a ultrasonografia, é realizada a punção dos ovários para a retirada dos óvulos.

Esses óvulos são encaminhados ao laboratório, onde são incubados durante algumas horas, em uma estufa adequada, com temperatura e gases controlados. Enquanto os óvulos estão sendo incubados, o homem deve retirar o sêmen por masturbação, para ser utilizado na fertilização. O sêmen é preparado, separando-se os espermatozóides do líquido seminal e procedendo-se

ao que se denomina capacitação dos espermatozóides, mediante a colocação, durante um certo tempo, em uma estufa similar a que mantém os óvulos.

Após algumas horas de incubação, os óvulos são colocados em contato com os espermatozóides. Após dois dias de contato na estufa, comumente é obtido o embrião ou embriões. Estes são transferidos, em número máximo de quatro, para a cavidade uterina, esperando que aconteça a implantação de um ou mais deles. O resultado, na forma de uma gravidez ou não, se conhece em torno de 14 a 16 dias após a transferência.

A FIV é um procedimento que termina com um resultado desejado, ou seja, com uma gravidez, conforme dados dos Estados Unidos e Canadá (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2000), entre 20% e 25% dos casais que participam destes procedimentos. A estimativa de mulheres que conseguem uma gravidez refere-se à taxa obtida por cada ciclo de tentativa do procedimento.

Quando comparadas às taxas de gravidez obtidas por procedimentos de fertilização assistida com as taxas de gravidez na população geral, não infértil, pode-se observar que são similares. No entanto, é necessário apontar que neste caso da população geral o coito pode ser um ato repetitivo, realizado todos os meses e com mais de uma tentativa durante o período fértil em cada ciclo, obtendo-se, nesta situação, taxas de gravidez de pouco mais de 80% em um ano de tentativa (BAHAMONDES et al., 1997). Tal resultado é muito difícil de

conseguir quando a tentativa é realizada por casais que utilizam procedimentos de FIV, já que dificilmente podem submeter-se a esta técnica de forma repetitiva, tanto pelo compromisso físico e custo emocional quanto pelas obrigações laborais e o fator financeiro, diminuindo as possibilidades de engravidar com estes tipos de procedimentos.

Essa técnica começou a ser utilizada para tratar casais com diagnóstico de esterilidade feminina por obstrução tubária e sem possibilidades terapêuticas através da cirurgia. Mas logo foram ampliadas as indicações deste procedimento para tratar casais com esterilidade provocada por outras causas, como a esterilidade sem causa aparente (LOPATA et al., 1980), a endometriose (MAHAVEDAN, TROUNSON, LEETON, 1983), a esterilidade devida a causas imunológicas (ACKERMAN et al., 1984), a esterilidade por fator masculino (YOVICH et al., 1984) e a esterilidade por hostilidade cervical (HEWETT et al., 1985).

Na mesma época em que passaram a ser ampliadas as indicações daquela técnica, começaram a ser implementados serviços que incorporaram estes procedimentos como parte das alternativas terapêuticas oferecidas aos casais com diagnóstico de infertilidade. As notícias com relação aos resultados obtidos com estas técnicas eram divulgadas no âmbito da imprensa leiga, principalmente quando o resultado do procedimento era bem-sucedido, quando os bebês que nasciam após a FIV eram de casais famosos, de mulheres menopausadas ou quando o resultado era um nascimento múltiplo.

Via-de-regra, as informações que se referem às técnicas de reprodução assistida não transmitem a real dimensão do significado destes procedimentos para o homem, para a mulher e para o casal, levando à discussão pública uma imagem de simplicidade e, às vezes, de êxito que não condizem com a realidade.

Pouco se sabe em relação a essa discussão pública sobre as técnicas de fertilização assistida. Recentemente, foi realizado um estudo internacional que abordou o conhecimento sobre a FIV na população em geral, no qual foram entrevistados 8.194 adultos maiores de 15 anos, em seis países europeus, USA e Austrália. Os resultados apontaram um alto conhecimento sobre a existência destas técnicas, variando entre 97% na Suécia e 77% na Alemanha. Contrastando com estas altas porcentagens em relação ao conhecimento sobre a existência dos procedimentos, uma grande proporção dos entrevistados não sabiam quais eram as probabilidades de êxito. Na Itália, uns 39% e na Inglaterra uns 56% dos entrevistados pensavam que as probabilidades de engravidar eram menores ou muito menores com a FIV que as chances de engravidar dos casais sem problemas de infertilidade, em um mês de vida sexual ativa e sem uso de anticoncepcionais. Em todos os países, significativamente mais mulheres que homens acharam que as probabilidades de ter um bebê utilizando estas técnicas eram menores ou muito menores quando comparadas às probabilidades de casais férteis de ter um bebê (BERTARELLI FOUNDATION SCIENTIFIC BOARD, 2000).

Um exemplo de como as informações referidas a essas técnicas são apresentadas foi a análise realizada por uma pesquisadora inglesa, dos folhetos sobre o tema que se encontram nas clínicas que praticam estes procedimentos em uma cidade de Inglaterra. Os folhetos analisados foram desenvolvidos pelas próprias clínicas ou pela indústria farmacêutica que produz as drogas utilizadas neste tipo de procedimentos. Principalmente devem ser destacadas duas características atribuídas ao FIV neste material: a técnica foi descrita como “simples” e houve freqüentes referências ao procedimento como “natural” (FRANKLIN, 1997).

No meio de informações e desinformações, a FIV constituiu-se no encontro do desejo com a esperança, passando a significar, para muitos casais, a última tentativa na procura de um filho biológico. Esgotadas as outras opções de tratamento após o diagnóstico de esterilidade, este procedimento é visto como uma esperança e tem gerado inúmeras expectativas para homens e mulheres que desejam ter um filho, mas também tem sido fonte de sofrimento e frustrações. Apesar de saber da alta probabilidade de fracasso em termos de obter uma gravidez, o desejo de “tentar tudo o que for possível” prevalece na decisão dos casais que participam da FIV (MAHLSTED, MACDUFFY, BERNSTEIN, 1987). Ainda sabendo das poucas probabilidades de sucesso, muitos casais sentem-se privilegiados pela oportunidade de integrar um programa que oferece este procedimento (MILNE, 1988).

É freqüente que os casais sintam-se otimistas com essa possibilidade e nem sempre avaliem, de uma maneira realista, que este procedimento também significa desconforto, sintomas e efeitos não desejados. Dentre estes, pode-se citar uma probabilidade maior de uma gravidez múltipla, a qual acontece em 25% das gravidezes por FIV. Nas gravidezes múltiplas, aumenta o risco de partos prematuros e, conseqüentemente, o risco de que estes bebês apresentem algum problema ou que morram. Estas situações, quando acontecem, representam um custo emocional para o casal que nem sempre foi avaliado ao iniciar estes procedimentos (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987a).

Outro dos efeitos não desejados, mas pouco conhecido é a síndrome de hiperestimulação do ovário, que pode acontecer como uma resposta exagerada do ovário à estimulação dos folículos, os quais reagem mais que o esperado ao hormônio utilizado. Embora esta síndrome seja pouco freqüente, ela implica em uma alteração muito arriscada para o organismo e a vida da mulher (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987b; GASSBEEK & LEERENTVELD, 1993).

Potencialmente, outros efeitos colaterais conseqüentes à estimulação dos folículos são náuseas, indisposição, aumento de peso, maior sensibilidade nos seios, nervosismo, ansiedade e depressão. Quanto aos efeitos fisiológicos e psicológicos em longo prazo, especialmente os relacionados com o uso de hormônios, tanto para a mulher quanto para o bebê, ainda foram pouco estudados e pouco se sabe a respeito (GASSBEEK & LEERENTVELD, 1993).

A técnica de FIV, além de ser complexa, para muitos casais tem gerado questionamentos pessoais, religiosos e éticos, bem como tem significado um investimento emocional que se inicia com a decisão de participar deste procedimento e continua ao longo de cada ciclo. Afeta valores religiosos, sociais e culturais dos casais. Às vezes neste jogo que se tece entre o desejo de um filho, o conhecimento, o desconhecimento sobre as técnicas de FIV, a redefinição de papéis de mãe e de pai, e os valores são vivenciados como contraditórios uns com outros. O desejo do casal e a pressão social para que tenham filhos os leva a procurar este tipo de procedimento quando outros não surtem resultado. Mas, para alguns, esta decisão pode estar em conflito com valores religiosos em relação às técnicas de FIV e ao meio social (quanto ao significado da maternidade e da paternidade).

Esses valores e crenças, individuais e do entorno social, estão presentes na decisão de um casal de participar de um Programa de FIV e, em parte, explicam a diversidade de vivências, de homens e mulheres, durante o procedimento (NEWTON & YUSPE, 1992). Devido a estas razões, entre outras, a FIV é considerada uma das opções terapêuticas mais difíceis para o casal estéril, em termos emocionais (KOPITZKE et al., 1991).

CHATEL (1993), quando se referiu à FIV, preferiu falar em “procriações artificiais”. Considerou que essas são técnicas de substituição, paliativas, não reparadoras e nem terapêuticas, já que não curam a infertilidade. A FIV passou a ser um novo método de procriar, uma nova forma de concretizar o desejo de

ter um filho. Passou a ser a forma de obter o que há pouco tempo não era possível.

Esse novo método de procriar também traz ansiedade, depressão e diversas vivências para os casais ao longo das etapas dos procedimentos. Durante os dias de administração das injeções, existe uma expectativa sobre o número e qualidade dos óvulos, após a captação dos mesmos, sobre se haverá fertilização e quantos embriões serão obtidos, após a sua transferência, e se a gravidez ocorrerá. Cada uma das etapas gera expectativas, satisfação quando se passa para a seguinte e, novamente, a incerteza do que virá. Estes casais precisam ter uma disponibilidade de tempo para comparecer ao Serviço com a frequência necessária, o que frequentemente ocasiona problemas em relação ao trabalho e à realização profissional, sobretudo para as mulheres, já que a sua presença é requerida em alguns momentos do ciclo, diariamente.

Os procedimentos aos quais a mulher deve se submeter, como as injeções, ultra-sonografias, anestesia para a recuperação dos óvulos, embora reconhecidos como necessários, foram identificados como desconfortáveis (MILNE, 1988). Durante o seguimento ecográfico da maturação dos folículos, a expectativa é grande: se os folículos crescem, se são adequados para a recuperação dos óvulos, quantos óvulos serão recuperados e se estes são de boa qualidade. A ansiedade aumenta significativamente antes da captação dos óvulos e da transferência de embriões (SEIBEL & LEVIN, 1987; DEMYTTENAERE et al., 1991).

Uma transferência de embriões bem-sucedida está associada a um aumento do otimismo. Ainda que a transferência não garanta uma gravidez, o casal sente que é capaz de obter resultados positivos e uma gravidez que até aquele momento era somente um desejo (BOIVIN & TAKEFMAN, 1996).

Mulheres entrevistadas, uma vez completado o ciclo de procedimentos, tanto as que engravidaram como aquelas que não engravidaram, relataram que as duas semanas de espera para saber qual seria o resultado e o começo da menstruação foram as mais difíceis (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987a; BARAM et al., 1988; BOIVIN & TAKEFMAN, 1996).

A presença do homem é menos requerida, pois é possível continuar com seu trabalho habitual. Mas geralmente, a responsabilidade econômica do tratamento fica por conta do homem, significando, em alguns casos, a necessidade de aumentar as horas de trabalho ou, em outros, ter que desistir de realizações profissionais. Por outro lado, o trabalho às vezes torna-se um meio importante para compensar as vivências de inadequação do papel esperado socialmente por causa da esterilidade (NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990).

Durante esses procedimentos, pode-se observar a exclusão dos homens, sendo reservado para eles o papel de acompanhantes, já que, na maioria dos casos, a presença deles é requerida na hora de aportar o sêmen (TUBERT, 1994). Para os homens, a obtenção de sêmen por masturbação em dia e horário prefixados também constitui um aspecto desconfortável e constrangedor do

tratamento. Quando o sêmen é necessário para um ciclo de FIV, as dificuldades aumentam significativamente, já que o homem sabe que sua parceira tem passado pelos procedimentos médicos para a obtenção de um ou mais óvulos e que, se o sêmen não é obtido na hora necessária, o ciclo será cancelado (CARMELI & CARMELI, 1994). Em alguns casos, esta exigência pode levar a episódios de impotência, aumentando, assim, a sensação do homem não estar cumprindo com o que se espera dele (SEIBEL & TAYMOR, 1982).

A atitude dos casais em relação à continuidade do tratamento, após completado o primeiro ciclo de FIV sem sucesso, muda. Em um grupo de casais, ao começar a participar do programa, mais da metade (56%) referiu que repetiria o tratamento em caso de que este não tivera sucesso no primeiro ciclo. Entretanto, entre os casais que não conseguiram gravidez após a primeira tentativa, apenas 37% demonstraram intenções de repetir outro ciclo de FIV (MAHLSTED, MACDUFFY, BERNSTEIN, 1987).

Essas situações levam homens e mulheres a se sentirem frustrados, deprimidos, às vezes com raiva, tristeza e, outras vezes, com expectativas e muita esperança de concretizar o desejo de ter um filho biológico (ROSENTHAL, 1993).

O fracasso da FIV está associado com vivências de tristeza, frustração, raiva e aumento significativo de períodos de depressão. Ao mesmo tempo, está presente outra vivência aparentemente contraditória: a satisfação por ter tentado

todas as alternativas para obter uma gravidez (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987b; BARAM et al., 1988; NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990).

O fracasso da FIV tem um impacto diferente em homens e mulheres. Observou-se um aumento da ansiedade e de sintomas depressivos tanto em homens como em mulheres, o qual é parte de uma tentativa de lidar com a situação de perda que significa o fracasso da FIV. Estas tentativas de adaptação individual à nova situação podem resultar inadequadas em termos da relação do casal (COLLINS et al., 1992).

Vários estudos encontraram que o que gera mais estresse em relação à FIV não é somente o procedimento, mas a expectativa gerada pela terapêutica em si. Que esta terapêutica não se veja coroada pelo sucesso e leve o casal a confrontar a realidade com a fantasia de uma concepção milagrosa, que irá acontecer apesar da realidade indicar que as chances são poucas (CALLAN & HENNESSEY, 1988; CONNOLLY et al., 1993; TUBERT, 1994; BOIVIN & TAKEFMAN, 1996).

Quando se repete o procedimento e acontece um novo fracasso, aumenta a labilidade emocional, e os índices de depressão são maiores, não somente porque ocorreu uma nova perda da possibilidade de engravidar, mas também porque a maioria das mulheres percebe que suas chances de obter uma gravidez diminuem (BEAUREPAIRE et al., 1994).

As mulheres que têm filhos apresentam, de uma maneira geral, níveis mais baixos de ansiedade e estresse bem como uma visão mais realista das possibilidades do tratamento que aquelas que não têm filhos. Pareceria que aquelas mulheres sem filhos têm mais dificuldade para lidar com o fracasso e a perda da possibilidade de uma gravidez (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987b; NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990). De outro lado, para os homens que participam da FIV, ter filhos de um relacionamento anterior não parece diminuir o estresse causado pelo fracasso do procedimento. Pareceria que esta vivência dos homens decorre, com frequência, de não existir uma convivência diária deles com seus filhos depois de uma separação (NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990)

Alguns estudos apontaram que a participação em um Programa de FIV permitiu para alguns casais melhorar o seu relacionamento, já que aumentou a comunicação, a sensação de estar mais perto emocionalmente e uma melhor percepção dos sentimentos do parceiro. Também, alguns relataram um aumento na espontaneidade e na frequência das relações sexuais, assim como na satisfação, devido aos motivos acima apontados (LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987b; BARAM et al., 1988). Outros estudos mostraram que muitos casais relataram dificuldades na vida sexual durante a participação da FIV, por exigências do tratamento (DOWNEY et al., 1989).

### **1.3. O Programa de Fertilização *In Vitro* do CAISM/UNICAMP**

O Setor de Reprodução Humana da UNICAMP oferece atendimento a homens e mulheres nas áreas de esterilidade conjugal e anticoncepção. Este setor é composto pelo Ambulatório de Planejamento Familiar e o de Esterilidade Conjugal. Este último oferece atendimento ambulatorial e alguns tipos de procedimentos para os casais que passam por consulta por causa de infertilidade. Estes procedimentos apresentam facilidades dentro do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) para a realização de cirurgias próprias da especialidade, equipamento para videoendoscopia e um laboratório para a realização de análises de sêmen e procedimentos de fertilização assistida, tais como inseminação intra-uterina e FIV.

O Programa de Fertilização *In Vitro* do CAISM/UNICAMP começou no ano de 1991. Foi iniciado como resposta a uma necessidade presente no cotidiano do atendimento, de oferecer uma solução aos casais com diagnóstico de infertilidade, sem possibilidades de outras terapêuticas para a sua solução.

Já, no ano de 1983, em uma pesquisa realizada neste Ambulatório, observou-se que 37% das mulheres que consultaram entre 1978 e 1982 apresentavam um diagnóstico de esterilidade feminina por causa de obstrução tubária sem possibilidades cirúrgicas, sendo que a maioria por infecções do trato reprodutivo (CUNHA E SILVA, 1983). Quando revisadas as estatísticas do Serviço antes do início do Programa, pôde-se constatar que esta porcentagem

1

manteve-se (DOS SANTOS FERNANDES & BAHAMONDES, 1996). Também foi observado que, dentre os casais consultados, haviam mulheres arrependidas por terem realizado a laqueadura, que solicitavam reversão e que não apresentavam possibilidades cirúrgicas de reconstrução tubária, mulheres com endometriose que apresentavam como única alternativa engravidar por FIV e homens com diagnóstico de esterilidade por fator masculino devido à oligoastenospermia.

O Programa de FIV do CAISM/UNICAMP é totalmente gratuito e destina-se a casais estéreis que tenham esgotado outras formas terapêuticas para a solução de sua esterilidade. O Programa não fornece os medicamentos para os casais que participam, constituindo-se isso um fator limitante ao acesso a esta terapêutica para muitos casais.

Os procedimentos do Programa são oferecidos três vezes por ano. São convocados em média 27 casais para participar em cada grupo. Estes casais são convocados a participar a partir de uma lista de interessados. Para serem aceitos no Programa, os casais devem preencher os critérios de inclusão estabelecidos. Estes critérios são: casais com esterilidade conjugal causada por obstrução tubária bilateral sem possibilidades cirúrgicas; mulheres com endometriose sem resposta aos tratamentos prévios; casais com esterilidade sem causa aparente ou fator masculino tipo oligoastenospermia, que não tenham obtido gravidez por terapêuticas convencionais ou com fatores etiológicos que não permitam seu tratamento por outros meios.

Também são critérios estabelecidos pelo Programa que os casais mantenham uma união estável, que as mulheres tenham até 38 anos de idade no momento em que começam a participar dos procedimentos e que todos os casais apresentem um teste recente para HIV negativo. O Programa oferece a todos os casais que preencham estes critérios a possibilidade de participar de três ciclos de procedimentos.

Em torno de 10% dos casais selecionados para participar do Programa desistem de realizar ao menos um procedimento. Existe, de um ciclo para outro de procedimentos, uma desistência em torno de 50% dos casais, isto é, metade dos casais que realizaram um ciclo de procedimentos e não engravidaram não aceitam participar de outro ciclo. Assim, em cada ciclo de tratamento, aproximadamente a metade dos casais já participou de um ciclo de tratamento anteriormente e a outra metade estão participando pela primeira vez. Apenas 30% dos casos em que o procedimento falha completam os três ciclos.

O Programa de FIV do CAISM/UNICAMP tem obtido taxas de gravidez similares às obtidas em outros serviços nacionais e internacionais, estando com aproximadamente 20% de gravidezes por ciclo de tentativa.

Posteriormente à implementação do Programa do CAISM/UNICAMP, foram iniciados outros programas com características semelhantes no Estado de São Paulo. No ano 1992, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iniciou um Programa de FIV e, em 1994, o Hospital "Pérola

Buyghton", da cidade de São Paulo. Estes três programas passaram a ser uma alternativa para muitos casais que, de outra forma, não teriam acesso a este tipo de procedimento nos serviços privados, que, no Brasil, o iniciaram em 1985.

Os procedimentos oferecidos pelo Programa de FIV do CAISM/UNICAMP, bem como de outros programas integrados ao serviço público, têm beneficiado numerosos casais. Para alguns, tem significado a possibilidade de ter um filho e, para outros, uma esperança de tentar mais um procedimento na busca da concretização do desejo de ter um filho biológico. Para outros, ainda, o processo tem sido fonte de decepção e sofrimentos, levando-os a enfrentar a dura realidade da infertilidade.

Nesse contexto, torna-se necessário o entendimento das vivências de homens e mulheres quanto às decisões de participarem neste tipo de procedimento e de vivências deles quanto aos procedimentos da FIV. É relevante considerar que conhecer a natureza destas vivências permite gerar um conhecimento sobre como são tomadas estas decisões, uma vez que a iniciativa de participar de procedimentos de FIV é considerada uma das mais difíceis na área de saúde reprodutiva. De igual maneira, estudos das vivências de homens e mulheres que estão participando destes procedimentos poderiam ampliar o conhecimento atual no Brasil, para poder comparar com as pesquisas realizadas em outros países. Tal relevância amplia-se quando constata-se que faltam informações com relação a estas vivências na literatura nacional. Foi revisado um período de 14 anos, desde o ano 1987 até o presente, e não foram encontradas

pesquisas sobre o tema. A busca incluiu a revisão de algumas revistas de Psicologia consideradas de destaque, como os Arquivos Brasileiros de Psicologia, Psicologia-Teoria e Pesquisa, e a Revista de Psicologia publicada pela Universidade de São Paulo (USP).

Também foram revisadas, considerando o mesmo período, as principais revistas de Ginecologia e Obstetrícia e Reprodução Humana nacionais, como a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, FEMINA, Reprodução e Climatério, e o Jornal Brasileiro de Ginecologia. Ao mesmo tempo, foi realizado um levantamento bibliográfico, tomando o mesmo período de 14 anos, através dos sistemas MedLine, PopLine e Psycho-Info, procurando na literatura internacional as publicações relacionadas com as vivências de casais que participam de programas de FIV. As palavras-chaves utilizadas para a busca bibliográfica foram: fertilização *in vitro*, fertilização assistida, aspectos psicológicos, aspectos emocionais, características psicológicas, gênero. As principais palavras-chaves utilizadas em inglês foram: emotional factors, psychological factors, treatment strategies, emotional strategies, in vitro fertilization/embryo transfer, unsuccessful in vitro fertilization, in vitro failure, psychological aspects.

As publicações realizadas pelos profissionais que trabalham no Programa de Fertilização *In Vitro* CAISM/UNICAMP referem-se a uma descrição dos aspectos socio-econômicos dos casais participantes (MURAYAMA et al., 1995), aos resultados do custo-benefício de diversos protocolos de estimulação ovárica

(FAÚNDES, 1994) ou aos resultados em termos de sucesso do Programa (GABIATTI, 1997).

Considerou-se fundamental a realização desta pesquisa devido à falta de referências nacionais sobre as vivências de casais que participam da FIV e à importância de conhecer e compreender estas vivências para prestar apoio e ajuda aos casais que realizam este procedimento. Ter dados nacionais e locais também é importante, mas não só interpretar as vivências e a realidade destes casais em função do conhecimento oferecido por estudos realizados fora do País ou outros contextos sociais e culturais. A FIV já vem sendo realizada no setor público brasileiro há dez anos e, no setor particular, há quase 20 anos, com uma tendência a aumentar este tipo de atendimento.

É importante a realização de pesquisas nacionais para oferecer subsídios a um atendimento integrado durante este período tão especial na vida de muitos casais. Este atendimento só será possível a partir de um conhecimento mais amplo das vivências de homens e mulheres que participam nos procedimentos de FIV.

# Objetivos

---

## **2. Objetivos**

---

### **2.1. Objetivo Geral**

Conhecer as vivências de homens e mulheres no início dos procedimentos de um ciclo de tratamento, que participaram do Programa de Fertilização *In Vitro*, no Ambulatório de Reprodução Humana, Setor de Esterilidade Conjugal, Departamento de Tocoginecologia, FCM/CAISM/UNICAMP.

### **2.2 Objetivos Específicos**

**2.2.1.** Conhecer algumas vivências de homens e mulheres em relação à decisão de participar de um Programa de Fertilização *In Vitro* .

**2.2.2.** Conhecer as vivências de homens e mulheres no início dos procedimentos de um ciclo de FIV .

**2.2.3.** Estimar a prevalência de ansiedade e depressão das mulheres que participaram dos procedimentos de FIV no início do ciclo, determinadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

**2.2.4.** Estimar a prevalência de ansiedade e depressão dos homens que participaram dos procedimentos de FIV no início do ciclo, determinadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

# **Procedimientos metodológicos**

## **3. Procedimentos metodológicos**

---

### **3.1. Desenho do Estudo**

Foi realizado um estudo descritivo contendo um componente quantitativo e outro qualitativo. Foram utilizadas as duas metodologias devido à natureza do objeto deste estudo: vivências de homens e mulheres durante o início de um ciclo de FIV.

### **3.2. Tamanho da Amostra**

Os critérios utilizados para a seleção da amostra obedeceram a uma lógica distinta para o componente quantitativo e para o qualitativo desta pesquisa.

Para o **componente quantitativo** do estudo, foi realizado um cálculo do tamanho da amostra baseado em estudos internacionais, seguindo uma estimativa para depressão e ansiedade na etapa de início da FIV.

A proporção estimada de indivíduos com **depressão** no início dos procedimentos de um ciclo de FIV foi de 4% para homens, com uma diferença aceitável de seis pontos percentuais e um alfa de 0,10. Para as mulheres, a proporção estimada foi de 12%, com uma diferença aceitável de oito pontos percentuais e um alfa de 0,10. Assim, calculou-se que seriam necessários 29 homens e 45 mulheres para obter dados estatisticamente significativos. A estimativa da proporção de homens e mulheres com depressão foi realizada com

base num estudo de NEWTON, HEARN, YUSPE (1990). O cálculo do tamanho da amostra foi feito seguindo a metodologia de KISH (1965).

Em relação à proporção estimada de indivíduos com **ansiedade** no início dos procedimentos de um ciclo de FIV, ela foi estimada em 15% para os homens, com uma diferença esperada de 12 pontos percentuais e um alfa de 0,10. Para as mulheres, a proporção estimada foi de 23%, com uma diferença aceitável de dez pontos percentuais e um alfa de 0,10. Assim, foi calculado que seriam necessários 31 homens e 48 mulheres para obter dados estatisticamente significativos. A referência utilizada para estimar a proporção de homens e mulheres com ansiedade foi o trabalho de MAZURE, DE L'AUNE, DECHERNEY (1988) e, para o cálculo, o de KISH (1965).

Para o **componente qualitativo** da pesquisa foi utilizada uma amostra intencional. A lógica subjacente a este tipo de amostragem está na seleção de casos ricos em informação para um estudo em profundidade (QUINN PATTON, 1991).

O tamanho da amostra foi estabelecido conforme a noção de saturação da informação, definida como a "adequação dos dados" aos objetivos propostos, o que operativamente significa que a coleta de dados continua até que a informação comece a se repetir. Após a finalização de cada ciclo de FIV, procedeu-se à leitura das transcrições das entrevistas para verificar se a informação coletada respondia aos objetivos propostos e se a informação estava repetida (DENZIN & LINCOLN, 1994).

### **3.3. Seleção dos Participantes**

Foram convidados a participar do estudo todos os homens e mulheres que iniciaram os procedimentos de um ciclo de FIV no Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia, FCM, CAISM/UNICAMP durante o período de maio de 1999 a abril de 2000. Os critérios utilizados pelo Programa de Fertilização *In Vitro* para a participação de homens e mulheres foram os que determinaram a inclusão dos casais nos ciclos em que foi realizada a pesquisa, com os seguintes critérios:

- Mulheres com menos de 38 anos;
- Homens sem limite estabelecido de idade;
- Homens com amostras de sêmen acima de 3,5 milhões de espermatozoides por ml;
- Casais com teste HIV negativo;
- Mulheres em que o diagnóstico de esterilidade seja obstrução tubária sem possibilidade de reversão, endometriose ou esterilidade sem causa aparente e que não engravidaram através de outros meios terapêuticos.

Todos os homens e mulheres selecionados pelo Ambulatório com base nesses critérios, no início de um dos três ciclos de FIV em que foi realizado o estudo, e aceitaram participar da aplicação da escala, da entrevista ou de ambas, foram incluídos na pesquisa. A decisão foi individual: cada homem e cada

mulher podia participar do estudo independentemente do seu parceiro, pois não foi considerado como critério de inclusão que ambos participassem da pesquisa. Também não foi exigência a entrevista e o preenchimento da escala. Cada pessoa podia decidir se desejava participar da entrevista, se preenchia a escala ou se participava das duas associadas.

Todos os casais do Programa de Fertilização *In Vitro* assistem a uma reunião antes do início dos procedimentos de cada ciclo. Esta reunião faz parte dos procedimentos rotineiros: nela são apresentados os membros da equipe, são explicados os procedimentos a serem adotados durante um ciclo e as probabilidades de engravidar com este tipo de terapêutica.

Nessa reunião prévia, os casais também foram informados sobre os objetivos da pesquisa e que, em caso de recusa à participação no estudo, isso não iria afetar o atendimento que recebiam no Ambulatório de Reprodução Humana.

Após essa reunião, um contato individual com os participantes foi estabelecido durante a primeira consulta rotineira do ciclo em que participavam. Este contato foi realizado pelas enfermeiras do Ambulatório, que explicaram novamente os objetivos e que as entrevistas seriam realizadas por uma psicóloga que não fazia parte da equipe de profissionais do Ambulatório. Neste mesmo contato, as enfermeiras também informaram que as escalas seriam preenchidas pelos participantes. Repetiram, a seguir, a informação sobre o

caráter voluntário da participação na pesquisa, assegurando sigilo com relação à identificação.

### **3.4. Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Reprodução Humana, Setor de Esterilidade Conjugal, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), durante o período inicial de cada um dos três ciclos de FIV, entre maio de 1999 e abril de 2000. Para os fins do presente estudo, considerou-se período inicial de um ciclo de FIV o tempo em que a mulher começou a receber a medicação de indução da ovulação até o primeiro controle ecográfico para o seguimento do desenvolvimento do folículo ovariano. Todos os participantes da pesquisa preencheram a escala ou foram entrevistados durante este período.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Escala HAD, entrevista e uma folha de identificação dos participantes.

### **3.5. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD**

Para a coleta de dados do componente quantitativo, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression – HAD), desenvolvida com o objetivo de determinar a prevalência de ansiedade e depressão inicialmente em uma população hospitalar, não psiquiátrica. Avalia

as prevalências de forma separada, sem utilizar itens contendo sintomas “vegetativos” que possam levar a confundir sintomas de doenças físicas ou gerados por tratamentos médicos com ansiedade ou depressão (ZIGMOND & SNAITH, 1980).

A escala possui 14 itens divididos em duas subescalas. Cada subescala consta de sete itens, bem-definidos para cada transtorno do humor, sendo que sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinalada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21 (ZIGMOND & SNAITH, 1980).

A escala HAD tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico quanto para medir a gravidade da ansiedade e depressão. Tem sido amplamente aceita em diversos países e aplicada em diversas populações, tanto na prática clínica quanto em pesquisa, já que constitui um instrumento sensível, válido e prático para a identificação e quantificação dos transtornos de humor mais freqüentes em homens e mulheres que procuram assistência médica.

Em uma revisão sobre a utilização da escala HAD, realizada recentemente por HERRMANN (1997), foi revisada a literatura de um período de oito anos através de buscas realizadas pelo sistema Medline, CancerCD e Current Contents (Social & Behavioral Sciences) e informações pessoais do Dr.

Snaith. Detectaram-se mais de 200 publicações com experiências originais utilizando esta escala em aproximadamente 35.000 pessoas. O maior estudo de validação foi desenvolvido na Alemanha, com 6.200 pacientes, e não pacientes como controles. Outros estudos, não da magnitude do estudo alemão, realizados em diversos países, também validaram a escala, utilizando-a em estudos com populações de características diferentes.

Quanto à aceitabilidade, de maneira geral todos os trabalhos referiram que a escala tem sido bem aceita tanto por pacientes quanto por não pacientes, reconhecendo que, em procedimentos rotineiros, alguns pacientes não terão condições ou não quererão responder a escala. Esta escala pode ser completada em pouco tempo, 2-6 minutos, e seu escore pode ser calculado em um minuto, por um profissional experiente (HERRMANN, 1997).

HERRMANN (1997) também referiu que, de maneira geral, os trabalhos revisados mostraram uma correlação satisfatória: a consistência interna (alfa de Crombach) dos estudos realizados na Inglaterra e na Alemanha, que foram os com maior número de participantes, foram similares a 0,80 a 0,93 para ansiedade e 0,81 a 0,90 para depressão. Os outros estudos com menor número de participantes apresentaram resultados semelhantes.

A escala HAD foi traduzida para o português e validada para seu uso por BOTEGA et al. (1995), em um estudo realizado em uma enfermaria de clínica médica, com 78 pacientes adultos internados no Hospital das Clínicas da UNICAMP. A escala foi traduzida para o português por um psiquiatra e

novamente traduzida para o inglês por duas pessoas bilíngües que tinham o inglês como língua-materna. Esta escala foi utilizada com dez pacientes em um estudo piloto, não havendo dificuldades para o entendimento das questões.

Um segundo estudo, também realizado por BOTEGA et al. (1998), com o objetivo de verificar a validade da escala HAD em pacientes epiléticos tratados em ambulatório, bem como em um grupo de controle constituído por acompanhantes desses pacientes, mostrou a escala como um instrumento simples, de fácil manejo e satisfatório para ser usado, segundo esses pesquisadores, “tanto em epiléticos ambulatoriais quanto em pessoas sem doença clínica”.

A escala HAD foi escolhida para avaliar ansiedade e depressão neste estudo pois este instrumento separa os conceitos de ansiedade e depressão, não se refere a sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas, o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia, não apresenta dificuldade de compreensão de seus itens, é curta e pode ser rapidamente preenchida (ANEXO I).

Seguindo os procedimentos utilizados nos estudos que validaram a escala HAD no Brasil, nesta pesquisa o preenchimento da escala foi realizado por duas enfermeiras do Ambulatório de Esterilidade, que foram capacitadas na sua utilização, sendo solicitado às mulheres e homens que participavam do estudo que a respondessem com base no que sentiram na última semana (BOTEGA et

al., 1995, 1998). Todas as escalas foram preenchidas pelas duas enfermeiras e os escores calculados pela pesquisadora.

### **3.6. Entrevista**

Para o componente qualitativo da pesquisa, os dados foram coletados através de entrevista. A sua escolha como instrumento decorreu da intenção de ouvir homens e mulheres falarem sobre suas vivências no início de um ciclo de FIV. Adotou-se o critério utilizado por KVALE (1996), que definiu a entrevista como uma conversação profissional que tem por finalidade conhecer o mundo do entrevistado através de relato próprio.

A entrevista vai além de uma conversação espontânea. É uma conversação que tem uma estrutura e um propósito, a partir da qual constitui uma relação em que o entrevistador formula perguntas, escuta atentamente e define a situação. O tema da entrevista é introduzido pelo entrevistador, que acompanha as respostas do entrevistado e formula as perguntas necessárias para compreender tanto o explícito como o que está implícito, ao se expressar verbalmente, e as vivências da pessoa entrevistada (KVALE, 1996).

Como instrumento de pesquisa, a entrevista permite aprofundar o tema pesquisado através do relato do próprio sujeito e explorar as relações entre as diferentes variáveis em estudo, conforme os objetivos propostos. O campo da entrevista configura-se a partir de uma relação interpessoal com o entrevistado,

conforme sua história e características pessoais e um certo conjunto de variáveis incorporadas pelo entrevistador, as quais possibilitam abordar as questões de interesse. Assim delimitada, a entrevista pode constituir uma situação em que o sujeito expõe suas vivências para o entrevistador em uma relação dirigida pelo sujeito, mas controlada pelo entrevistador.

Para conduzir uma entrevista, o pesquisador deve ter conhecimentos adequados sobre o tema pesquisado para poder compreender o que diz o entrevistado, formular as perguntas e definir a situação (KVALE, 1996). Foi elaborado ainda um roteiro temático, a fim de garantir que todos os temas relevantes fossem abordados em todas as entrevistas (ANEXO II).

Primeiramente, foram feitas entrevistas abertas com homens e mulheres que participaram dos procedimentos do primeiro ciclo de FIV em 1988. Quando essas pessoas foram participar das entrevistas, lhes foi esclarecido que estas não faziam parte dos procedimentos rotineiros do Programa de Fertilização *In Vitro*, que a participação era voluntária, que seria mantido anonimato dos participantes, todos assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados alguns eixos temáticos que serviram para orientar a discussão, como:

- se sabiam sobre a FIV antes de participar do programa;
- como foi tomada a decisão de participar do Programa de FIV
- quais foram as vivências ao longo desse procedimento.

Essas entrevistas foram feitas em diversos momentos do ciclo, e a estratégia foi a de intervir somente por meio das perguntas que constituíam o eixo temático e deixar que o campo da entrevista se estruturasse a partir das intervenções dos entrevistados. As entrevistas foram registradas, na sua íntegra, em um gravador. A idéia era manter a fidelidade das expressões verbais. Também foram registradas, quando pertinentes, expressões não-verbais relevantes, visando complementar e esclarecer as informações registradas na gravação.

As fitas foram ouvidas pela pesquisadora e, com base nas conversas dos homens e mulheres entrevistados e nas anotações, foi elaborado um roteiro temático. Este roteiro foi pré-avaliado com homens e mulheres que participaram do ciclo de FIV em julho de 1998.

Tais entrevistas seguiram os mesmos procedimentos éticos que as entrevistas abertas, sendo gravadas na íntegra. Uma vez ouvidas, houveram correções no roteiro e elaborou-se a versão definitiva.

### **3.7. Folha de Identificação**

Uma Folha de Identificação serviu para registrar os dados socio-demográficos da história reprodutiva, bem como o número do ciclo em que a pessoa estava participando e a evolução dos procedimentos daquele ciclo. Nesta

folha, também foi registrado se a pessoa havia participado da entrevista ou do preenchimento da escala, ou de ambas as coisas (ANEXO III).

Em cada folha, registrou-se o número designado para cada participante, que seria utilizado para identificar as fitas e as escalas. A folha foi tanto preenchida pela pesquisadora quanto pelas enfermeiras do Ambulatório, antes que cada participante iniciasse sua participação na pesquisa.

### **3.8. Análise de Dados**

- **Escala HAD**

A interpretação dos escores obtidos por homens e mulheres na escala HAD baseou-se no estudo original de ZIGMOND & SNAITH (1980) e na validação de BOTEGA et al. (1995, 1998). Esta validação mostrou uma correlação linear entre as duas subescalas. À medida que a pontuação das subescalas aumentava, cresciam os diagnósticos de depressão e ansiedade. Para a comparação, foi utilizada uma entrevista estruturada segundo o DSM-III-R e a Impressão Clínica Geral (ICG). Estes estudos determinaram o ponto de corte em 7/8 para ambas subescalas, com uma sensibilidade e especificidade de 74% para ansiedade, sendo que, para a depressão, a sensibilidade foi de 85,7% e a especificidade de 72,4%.

- **Entrevistas**

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente, conferidas e, se necessário, corrigidas, ouvindo novamente as gravações. A análise das entrevistas foi realizada pela pesquisadora, sob supervisão do orientador.

Utilizou-se a técnica de análise temática que, conforme as orientações metodológicas de MINAYO DE SOUZA (1993), consiste em identificar, nas entrevistas, os elementos mais significativos em relação aos objetivos propostos e agrupá-los em unidades de significado. A partir da leitura das entrevistas, identificaram-se nas falas dos homens e das mulheres, as unidades de sentido, que foram confrontadas com os objetivos da pesquisa para determinar as categorias de análise. As categorias definidas para a análise foram:

- significado da infertilidade na vida das mulheres e dos homens;
- relação do casal
- conhecimento e percepção prévios sobre a fertilização *in vitro*
- decisão de participar dos procedimentos de FIV;
- vivências no início do ciclo de FIV;
- vivências em relação as próximas etapas de FIV;
- expectativas em relação ao resultado

Uma vez definidas estas categorias, as entrevistas foram lidas novamente para serem assinaladas no texto. Com base na identificação realizada no texto procedeu-se à análise do conjunto dos dados coletados durante as entrevistas.

Para definir o tamanho da amostra desse componente qualitativo, foi necessário verificar se a informação estava começando a se repetir, razão pela qual o processo de análise começou a ser realizado enquanto ainda era efetuado o procedimento de coleta de dados, à medida que aconteciam as entrevistas. Como o processo de transcrição é demorado, o intervalo entre um ciclo de FIV e outro, que em média foi de cinco meses, permitiu transcrever e assinalar as categorias no texto.

### **3.9. Aspectos Éticos**

O protocolo para a realização desta pesquisa contou com a aprovação da Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

As pessoas que participaram desta pesquisa o fizeram voluntariamente. Antes de iniciarem a sua participação, foi-lhes esclarecido que a pesquisa não fazia parte dos procedimentos rotineiros de um ciclo de FIV e que a não participação de modo algum prejudicaria o atendimento que estavam recebendo no Ambulatório. Também foi assegurado aos participantes que a sua identidade não seria revelada e que as informações por eles fornecidas seriam utilizadas

somente para os fins desta pesquisa. Para isso, cada participante foi identificado com um número e só os pesquisadores tiveram acesso às fichas com os dados que identificavam as pessoas. As fichas de identificação foram preenchidas com cada um dos participantes sem a presença de outra pessoa. As fitas em que foram gravadas as entrevistas também foram identificadas com um número. As pessoas que realizaram a transcrição das fitas fizeram um compromisso de sigilo verbal sobre as informações com que estavam trabalhando.

Para a obtenção do consentimento informado dos participantes, foram seguidas as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil. Quando os possíveis participantes mostraram interesse em serem voluntários para a pesquisa, após receberem informações sobre em que consistia sua participação, foi lido com eles o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo). Quando concordaram com o seu conteúdo, assinaram-no junto com a pesquisadora ou com as enfermeiras que aplicaram a escala.

### **3.10. Definições Operacionais**

#### ***Vivências***

Neste estudo, foi utilizado o termo “**vivência**” para se referir ao que sentem, experimentam, percebem, pensam, fantasiam, sabem e imaginam os homens e as mulheres que estão realizando os procedimentos de FIV.

Vivência é uma tradução da palavra alemã “*erlebnis*”, que começou a ser utilizada como substantivo ao final do século XVIII e que provém do verbo “*erleben*”. Conforme relata LOPEZ IBOR (1964), no seu livro *Lições de Psicologia Médica*, o primeiro documento em que se utiliza a palavra “*erlebnis*” como substantivo é em uma carta de Hegel. Nesta carta, pode-se observar que o termo foi utilizado para se referir a algo experimentado pela própria pessoa, marcando a diferença daquilo que se conhece porque é contado ou transmitido. Nesse mesmo texto, refere-se a “*erlebnis*” como algo que fica, que deixa marca, apesar das mudanças contínuas da vida. Esta marca adquire uma significação especial no contexto dos diversos momentos da vida.

Vivência é um termo que foi introduzido na língua espanhola como tradução da palavra alemã “*erlebnis*”. No começo do século passado, foi considerada um neologismo que, em torno da década do 50, foi incorporado ao dicionário da língua espanhola. A utilização do termo em português aconteceu posteriormente à sua incorporação no espanhol, de forma que somente nas edições mais recentes dos dicionários é que ele pode ser encontrado: **Vivência** [Do lat. *Viventia*. nom.-acus. Neutro pl. de *vivens*, *tis* ‘viviente’.] 1. O fato de ter vida, de viver, existência. 2. Experiência de vida. 3. O que se viveu. 4. Bras. N. Situação, modos ou hábitos de vida. [vivência do v. vivenciar.]

O termo vivência foi utilizado pela psicologia compreensiva para referir-se a fenômenos intrapsíquicos como experiência, percepção, aprendizagem, memória, fantasia, imaginação. Dentro dessa área do conhecimento psicológico, a vivência é entendida como o fato de experimentar, de viver algo,

de ter uma experiência. É diferente da apreensão, de tomar para si o que está fora da consciência, de apreender o que está fora dela (MORA, 1977)

Para Karl Jaspers, a vivência é uma realidade psíquica interna na qual os valores, os afetos, os desejos, as reações e as representações do indivíduo estão presentes. É o significado que a realidade ou determinado aspecto dela têm para o indivíduo. A vivência individual é um entrelaçamento de muitos fenômenos separáveis só mediante análise (JASPERS, 1966).

A vivência é o que está vinculado às experiências mais primitivas do processo evolutivo (MIRA Y LOPEZ, 1952). Desde uma ótica fenomenológica, pode ser dito que a vivência é a essência da experiência psíquica (MADALENA, 1980).

### ***Ansiedade***

Os transtornos de ansiedade podem se apresentar sob a forma de síndrome de ansiedade ou de crises intermitentes.

A síndrome de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos na maior parte do dia, por um período de seis meses. A pessoa manifesta angústia, tensão, preocupação e nervosismo e são freqüentes sintomas como a insônia, dificuldade para relaxar, angústia constante e dificuldade de se concentrar. Como parte dessa síndrome, também são comuns sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaléia, dores musculares e formigamentos entre outros. Os sintomas causam sofrimento e

prejudicam a vida social e ocupacional do indivíduo. Em algumas pessoas, a ansiedade, em vez de tomar a forma de um estado mais generalizado, manifesta-se como crises intermitentes, caracterizadas pela eclosão de vários sintomas em número e intensidade significativos (DALGALARRONDO, 2000).

### ***Depressão***

Do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos têm como elemento central o humor triste. Estes quadros caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos (DALGALARRONDO, 2000). Entretanto, são diversos os fatores que desencadeiam síndromes depressivas e, do ponto de vista psicológico, estas estão relacionadas com experiências de perda. As síndromes e as reações depressivas se dão com muita frequência após perdas significativas tanto reais, como a perda de um ser querido ou de uma oportunidade profissional importante, quanto relacionadas a algo simbólico (DALGALARRONDO, 2000).

# **Resultados**

---

## **4. Resultados**

---

### **4.1. Caracterização da População**

Durante o período em que se desenvolveu o estudo, maio de 1999 a abril de 2000, foram realizados três ciclos de FIV como parte dos procedimentos rotineiros no Programa de Fertilização Assistida do Ambulatório de Esterilidade. Estes ciclos foram realizados em maio de 1999, outubro de 1999 e abril de 2000. Neste período, foram convocados 80 casais para participarem do Programa, dos quais 74 dispuseram-se a iniciarem os procedimentos rotineiros de um ciclo de FIV.

Para o primeiro ciclo do estudo (em maio de 1999), 31 casais aceitaram participar do ciclo de FIV. A participação de um casal foi cancelada antes do início dos procedimentos devido ao diagnóstico de um cisto de ovário (endometrioma) e, no segundo ciclo (outubro de 1999), 24 casais participaram do estudo e um casal foi cancelado antes do início dos procedimentos, devido a um diagnóstico de cisto de ovário. Em abril de 2000, para o terceiro ciclo do estudo, 25 casais foram chamados a participar do ciclo de FIV, dos quais quatro foram cancelados antes do início: dois devido ao diagnóstico de cisto de ovário e dois a outras causas médicas referentes ao estado de saúde das mulheres.

Dentre os 74 casais que começaram os procedimentos nos três ciclos de FIV, 13 foram cancelados no início, durante a primeira semana do ciclo, após a constatação do que foi diagnosticado pela equipe médica como falha da indução da ovulação. Este diagnóstico significa que a maturação folicular esperada após o início da medicação não aconteceu. Os casais foram orientados a retornar ao Ambulatório para discutirem as possibilidades futuras de tratamento.

Pode-se observar na Tabela 1 como foram se formando os grupos para cada ciclo de FIV, bem como o número de participantes de cada ciclo.

## **Tabela 1. Participantes nos três ciclos de FIV**

---

### ***Primeiro ciclo (Maio/1999)***

31 casais convocados  
01 casal cancelado por endometrioma  
04 casais cancelados devido à falha na indução  
30 casais iniciaram os procedimentos  
26 casais completaram o ciclo

### ***Segundo ciclo (Outubro/1999)***

24 casais convocados  
01 casal cancelado por cisto de ovário  
04 casais cancelados devido à falha na indução  
23 casais iniciaram os procedimentos  
19 casais completaram o ciclo

### ***Terceiro ciclo (Abril/2000)***

25 casais convocados  
02 casais cancelados por cisto de ovário  
02 casais cancelados por razões médicas da mulher  
04 casais cancelados devido à falha na indução  
21 casais iniciaram os procedimentos  
17 casais completaram o ciclo

---

Dos 74 casais que participaram dos três ciclos de FIV, 65 eram mulheres e 42 homens. Cinquenta e cinco mulheres completaram a escala HAD e 33 participaram da entrevista. Quanto aos homens, dos 42 que participaram do estudo, 20 foram entrevistados e 31 deles completaram a escala.

**Tabela 2. Participação de mulheres e homens da entrevista e da escala HAD**

---

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| <b><i>Mulheres</i></b> | 55 completaram escala HAD        |
|                        | 33 participaram da entrevistadas |
|                        | 65 total das participantes       |
| <b><i>Homens</i></b>   | 31 completaram escala HAD        |
|                        | 20 participaram da entrevista    |
|                        | 42 total dos participantes       |

---

Todos os homens e mulheres envolvidos no estudo o fizeram voluntariamente. De maneira geral, foi observado que se mostraram bem dispostos e interessados na pesquisa, não havendo recusas para participar. Os que foram convidados e não participaram, foi devido à não disponibilidade de tempo por compromissos de trabalho ou estudo.

A participação na entrevista e o preenchimento da escala foram realizados durante as visitas rotineiras ao Ambulatório de Reprodução Humana para os procedimentos médicos que fazem parte de um ciclo de FIV. Quando não foi possível a participação no primeiro dia em que foram convidados, foi estabelecido um outro dia, também durante as visitas rotineiras ao Serviço dentro do período do estudo.

A menor proporção de homens em comparação com as mulheres que participaram da pesquisa decorreu da não obrigatoriedade de sua presença para os procedimentos médicos no período do ciclo definido. Muitos homens já tinham programado suas ausências no trabalho para as etapas em que a presença deles é necessária à obtenção do sêmen. Alguns homens que ficaram sabendo do estudo na reunião com a equipe do Ambulatório, realizada antes de iniciar o ciclo, ou pelas mulheres que já tinham participado, foram ao Ambulatório com a única finalidade de participar.

#### **4.1.1. Características sociodemográficas de mulheres e homens**

Para caracterizar os homens e as mulheres que participaram deste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, tempo de união e número de filhos (do homem, da mulher ou de ambos).

Quanto à idade das mulheres, mais de três quartos delas tinham 30 ou mais anos, sendo a média de 32,6 anos. Quando consideradas as faixas etárias em três grupos, até 29 anos, de 30 a 34 e 35 ou mais anos, pôde ser observado que o grupo constituído pelas mulheres com mais de 35 anos representava 42% das participantes. É importante ressaltar que no grupo não havia mulheres com mais de 38 anos, pois um dos critérios para participar da FIV na UNICAMP é que a mulher não tenha completado 38 anos.

Em relação à escolaridade, todas as mulheres tinham concluído o ciclo primário de estudos e 82% tinham 10 ou mais anos de escolaridade, sendo que 35% das mulheres tinham completado também o ciclo secundário e 45% tinham mais de 13 anos de escolaridade. Neste último grupo, foram incluídas as mulheres com formação universitária completa, curso técnico completo, que tinham iniciado estudos técnicos ou universitários e não os tinham concluído, mas que ainda os estavam cursando.

Na Tabela 3, observa-se a distribuição percentual das características sociodemográficas das mulheres.

**Tabela 3. Distribuição percentual das mulheres segundo algumas características sociodemográficas**

| <b>Variáveis</b>             | <b>N</b>   | <b>%</b> |
|------------------------------|------------|----------|
| <b>Idade (anos)</b>          |            |          |
| Até 29                       | 15         | 23       |
| 30 – 34                      | 23         | 35       |
| 35 ou mais                   | 27         | 42       |
| Idade média (DP)             | 32,6 (4,0) |          |
| <b>Escolaridade (anos)</b>   |            |          |
| Até 9 anos                   | 12         | 18       |
| 10 - 12 anos                 | 24         | 37       |
| 13 anos ou mais              | 29         | 45       |
| <b>Tempo de união (anos)</b> |            |          |
| Até 4                        | 10         | 29       |
| 5 – 9                        | 31         | 48       |
| 10 ou mais                   | 16         | 24       |
| <b>Número de filhos</b>      |            |          |
| Nenhum                       | 53         | 82       |
| 1 ou mais                    | 12         | 18       |

Essas mesmas características sociodemográficas dos casais participantes deste Programa de FIV foram estudadas por MURAYAMA et al. (1995). Neste trabalho, eles encontraram que quase dois terços das mulheres tinham menos de 34 anos e que, em relação à escolaridade, mais de 50% das mulheres tinham completado o ciclo primário e 16% o superior.

Comparando-se a escolaridade das mulheres que participaram do presente estudo e as apontadas por MURAYAMA et al. (1995), observou-se que o número de mulheres com estudos técnicos ou universitários, completos ou não, aumentou em torno de 20%. As diferenças observadas neste estudo e no prévio (MURAYAMA et al., 1995), também realizado na UNICAMP, podem estar refletindo que atualmente os casais necessitam comprar, ao menos, uma parte dos medicamentos para a indução da ovulação, o que talvez limite o acesso de casais de menor condição socioeconômica e, conseqüentemente, de menor escolaridade.

A maioria das mulheres entrevistadas desenvolvia alguma atividade fora de casa. Umás eram funcionárias desempenhando diversas tarefas, outras tinham comércio próprio ou trabalhavam com o parceiro em um empreendimento comercial, e outras ainda eram profissionais ou técnicas, trabalhando na sua área de formação. Onze mulheres (16,9%) declararam não trabalhar, sendo duas desempregadas, procurando trabalho, e as demais declararam ser "do lar".

Quanto ao tempo de união com o atual parceiro, quase a metade das mulheres que participaram do estudo (48%) tinham entre 5 e 9 anos de união. As que tinham até 4 anos e as que tinham 10 ou mais anos de união, distribuíram-se quase na mesma proporção nos outros dois grupos. Quando comparado o tempo de união dos casais que MURAYAMA et al. (1995) apresentaram, observou-se que foram semelhantes aos encontrados neste trabalho. A maioria das mulheres (82%) não tinham filhos. Destas, quatro tinham filhos adotivos e duas estavam em um relacionamento com homens que tinham filhos de outro relacionamento, que não moravam com elas, mas declaravam manter contato com os filhos do marido.

Dentre as mulheres com filhos e que desejavam engravidar novamente, quatro tinham realizado laqueadura tubária e haviam se arrependido, já que desejavam ter mais filhos. Três delas tinham separado e casado novamente, desejando filhos com o novo marido. Uma das mulheres laqueadas continuava com o mesmo marido, mas os dois expressavam vontade de ter mais filhos.

Duas das mulheres que já tinham filhos, estes tinham sido concebidos por FIV. As duas engravidaram ao participar do Programa de Fertilização *in vitro* da UNICAMP. Uma delas tinha uma filha de dois anos e desejava mais um filho. A outra tinha dois filhos de um casamento anterior, realizado laqueadura tubária, separado e casado novamente. Com o atual marido, tinha uma filha concebida por meio de FIV no mesmo Programa dois anos antes e estava tentando engravidar.

Em relação ao tipo e ao diagnóstico do fator de esterilidade, foram definidos utilizando a ficha médica do Ambulatório de Reprodução Humana. Mais da metade (57%) das mulheres apresentavam esterilidade primária, ou seja, nunca tinham engravidado. Das com esterilidade secundária, que embora já tivessem engravidado alguma vez, menos da metade tinha filhos. Dentre as com diagnóstico de esterilidade secundária e sem filhos vivos, estavam as mulheres que tinham, como parte de sua história reprodutiva, aborto espontâneo e gravidez ectópica. Só uma das mulheres teve um filho que morreu pouco após o nascimento.

Pouco mais da metade das mulheres que participaram do estudo tinham como fator etiológico obstrução tubária, e a segunda causa de indicação de FIV neste grupo foi a endometriose. Em quase a mesma proporção que as mulheres com diagnóstico de endometriose, agruparam-se as mulheres com outras causas de esterilidade como fator masculino, esterilidade sem causa aparente e antecedente de laqueadura tubária (Tabela 4).

**Tabela 4. Distribuição percentual das mulheres segundo o tipo e diagnóstico de esterilidade**

| <b>Variáveis</b>                          | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| <b><i>Tipo de esterilidade</i></b>        |          |            |
| Primária                                  | 37       | 57         |
| Secundária                                | 28       | 43         |
| <b><i>Diagnóstico de esterilidade</i></b> |          |            |
| Tubária                                   | 32       | 52         |
| Endometriose                              | 15       | 23         |
| Outra                                     | 18       | 25         |

Em relação ao número de ciclos de FIV, a maioria das mulheres (75%) estavam começando a primeira experiência com este tipo de procedimento, e as demais iniciando o segundo ou terceiro ciclo. Quanto aos homens que participaram da escala e/ou entrevista, 83% deles estavam participando de um primeiro ciclo de FIV. Dentre eles, deve-se destacar que, para duas mulheres, era um primeiro ciclo na procura de uma segunda gravidez por FIV, já que as

duas tinham filhos nascidos após serem concebidos através de procedimentos de FIV realizados anteriormente na UNICAMP. Portanto, foram incluídas no grupo de dois ou mais ciclos.

Quando considerada a idade dos homens, observou-se que pouco mais da metade tinha até 34 anos, com uma média de 33,9 anos. Com relação à escolaridade, quase 60% tinham até 12 anos de escolaridade, sendo que o grupo dos que tinham mais de 13 anos foi constituído por pouco mais de 40% dos participantes. Quase a metade deles eram profissionais ou técnicos qualificados, e a outra metade era constituída por aqueles que tinham curso superior incompleto ou que estavam cursando. Estes dados foram semelhantes aos observados nas suas companheiras.

A média de idade dos homens que participaram deste estudo foi semelhante aos dados apresentados por MURAYAMA et al. (1995). Quando a escolaridade foi comparada com o mesmo estudo, pôde-se verificar um aumento geral quanto aos anos de escolaridade, particularmente em relação ao ciclo superior incompleto ou completo, semelhante aos achados nas mulheres.

O tempo de união com a atual parceira, de quase a metade dos homens, foi de cinco a nove anos, um terço tinha até 4 anos de união e, os demais, menos de 20%, tinham dez ou mais anos de união. Ao comparar estes dados com o estudo de MURAYAMA et al. (1995), observou-se que também a maioria tinha um tempo de união de 4 a 9 anos.

A maioria dos homens não tinham filhos. Os que já tinham, para a maioria eram filhos de um outro relacionamento. Apenas dois tinham filhos com a atual parceira. A esposa de um deles tinha realizado uma ligadura tubária e, com o tempo, ela e ele tinham se arrependido, desejando ter mais um filho. O outro, além de ter filhos de um casamento anterior, tinha um filho com a atual esposa, que foi concebido por FIV. Dois declararam ter um filho adotivo e quatro estar em um relacionamento com mulheres que tinham filhos. Na Tabela 5 são apresentadas algumas características sociodemográficas destes homens.

**Tabela 5. Distribuição percentual dos homens segundo algumas características sociodemográficas**

| <b>Variáveis</b>                  | <b>N</b>   | <b>(%)</b> |
|-----------------------------------|------------|------------|
| <b><i>Idade (anos)</i></b>        |            |            |
| Até 34                            | 19         | 59         |
| 35 ou mais                        | 12         | 41         |
| Média (DP)                        | 33,9 (5,7) |            |
| <b><i>Número de filhos</i></b>    |            |            |
| Nenhum                            | 28         | 91         |
| 1 ou mais                         | 3          | 9          |
| <b><i>Escolaridade (anos)</i></b> |            |            |
| Até 12                            | 18         | 58         |
| 13 ou mais                        | 13         | 42         |
| <b><i>Tempo de união</i></b>      |            |            |
| Até 4                             | 11         | 36         |
| 5-9                               | 14         | 45         |
| 10 ou mais                        | 6          | 19         |

## **4.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**

A escala foi preenchida por duas enfermeiras do Programa de Fertilização *In Vitro* durante a primeira etapa do ciclo de todos os participantes do estudo e necessitou-se, em média, de 4 a 5 minutos para ser completada. Será apresentado primeiramente a análise da escala aplicada às mulheres, seguida da dos homens.

### **4.2.1. Resultados das Mulheres com a Escala HAD**

Foi aplicada a escala HAD a 55 mulheres. Este número estava de acordo com o tamanho da amostra estabelecido para atingir significação estatística: subescala de depressão de 45 mulheres para um alfa de 0,10 e de 48 mulheres para a subescala de ansiedade também para um alfa de 0,10.

Quando analisados os resultados das mulheres, conforme os escores de depressão, 94,5% delas apresentaram escore até 7 e as demais, 4,5%, apresentaram um escore de 8 ou mais. Quanto à ansiedade, observou-se que 70% das mulheres tinham, nesta subescala, um escore de até 7 pontos. Portanto, pode-se afirmar, utilizando a mesma referência de validação da escala HAD para o Brasil (BOTEGA et al., 1995), que mais da metade das mulheres deste estudo, no início dos procedimentos de um ciclo de FIV, não estavam ansiosas. As demais mulheres apresentaram, nesta etapa, um escore de 8 ou mais, sendo que a maioria obteve um escore entre 8 e 12, compatível

com um nível moderado de ansiedade. Só uma mulher apresentou um escore acima de 12. A distribuição das mulheres quanto ao escore de ansiedade e depressão são apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6. Distribuição percentual das mulheres segundo escore de ansiedade e de depressão**

| <b>Variáveis</b>        | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|----------|----------|
| <b><i>Ansiedade</i></b> |          |          |
| Até 7                   | 39       | 70,5     |
| 8 ou mais               | 16       | 29,5     |
| <b><i>Depressão</i></b> |          |          |
| Até 7                   | 52       | 94,5     |
| 8 ou mais               | 3        | 4,5      |

Quanto à depressão, utilizando as mesmas referências, observou-se que quase a totalidade das mulheres tinha um escore menor ou igual a 7. Pode-se afirmar que a maioria destas mulheres, no início dos procedimentos de um ciclo de FIV, pelo escore que apresentaram na escala, não estava deprimida.

Um estudo similar ao conduzido nesta pesquisa foi realizado na Bélgica para avaliar a prevalência e os níveis de depressão, com 98 mulheres que estavam para começar os procedimentos de um ciclo de FIV. Foi aplicada a Escala de Zung validada para o idioma flamengo e foi encontrado que pouco mais da metade (54,1%) das mulheres tinha sintomas de depressão leve, 19,4% de depressão moderada e 2% de depressão severa, comparando-se aos escores obtidos na população belga em geral (DEMYTTENAERE et al., 1998).

Esses resultados são contraditórios com os encontrados neste estudo, em que os níveis de depressão da maioria das mulheres estiveram dentro dos limites normais, aceitáveis para os escores estabelecidos pela escala HAD. É necessário ter em conta que as escalas utilizadas no presente estudo e no realizado com as mulheres belgas (DEMYTTENAERE et al., 1998) foram diferentes. Isso poderia, em parte, explicar as diferenças. Nesta análise comparativa do presente estudo com o estudo belga, deve-se considerar não só o resultado em relação à ocorrência ou não de depressão, mas também outras características das mulheres que poderiam ser responsáveis pelas diferenças apontadas.

Quase metade (42%) das mulheres neste estudo tinha 35 anos ou mais de idade e acima de 70% apresentavam um tempo de união maior que cinco anos e 24% maior que 10 anos. Entretanto, as mulheres belgas tinham uma média de idade de 29,7 anos e o tempo médio de infertilidade de 4,1 anos.

A maior idade das mulheres e o maior tempo de união encontrado no presente estudo poderia explicar a menor prevalência de depressão, porque, ao longo dos anos de infertilidade, estas mulheres teriam desenvolvido mais mecanismos para lidar com esta realidade. Além disso, casais pouco estruturados seriam mais vulneráveis às tensões decorrentes de continuar a procura de uma solução para a infertilidade, e não conseguiriam enfrentar a demanda emocional que significa participar de procedimentos de fertilização assistida (FREEMAN et al., 1985).

Outros autores concluíram que os homens e mulheres que solicitavam participar de procedimentos de fertilização assistida apresentavam um relacionamento de casal de maior proximidade, um bom funcionamento emocional e estratégias consideradas adequadas para lidar com situações difíceis e de frustração, quando comparados com o resto da população (HEARN et al., 1987). Estes achados poderiam explicar os baixos níveis de depressão encontrados na população deste estudo.

Estudos posteriores apresentaram evidências de que, só aqueles casais "melhor estruturados", e que procuraram tratamento de infertilidade por mais tempo, foram os que procuravam a FIV como alternativa de tratamento para ter um filho biológico (HEARN et al., 1987; SHAW, JOHNSTON, SHAW, 1988; NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990; EDELMAN, CONNOLLY, BARTLETT, 1994).

Outro ponto importante a ser destacado, ao interpretar os dados aqui apresentados, é que, no início de um ciclo de FIV, existe a esperança de que "dê certo" a concretização do desejo de um filho biológico, e isto poderia contribuir a não aumentar os níveis de depressão e ansiedade. Um outro ponto a se considerar ao interpretar estes resultados é o significado para estas mulheres da possibilidade de estar participando do Programa. Deve-se lembrar que este Programa de Fertilização *In Vitro* é desenvolvido em um serviço público, parcialmente gratuito, em um país no qual existem poucos programas deste tipo e onde, em geral, os planos de convênio particulares não cobrem os custos deste procedimento.

Essa situação pode ter gerado, conforme mencionado nas entrevistas pelas mulheres, uma vivência de muita expectativa e uma sensação boa quanto à possibilidade de solucionar o problema da infertilidade, não só pelo procedimento, ao qual a maioria delas não teria acesso no serviço particular, mas também porque os custos eram acessíveis, já que elas apenas tinham que arcar com alguns medicamentos.

Em um estudo realizado na Carolina do Norte, com 50 mulheres, foi aplicada, 4 a 6 semanas antes do início de um ciclo de FIV, uma escala chamada Depression Adjective Checklist. Cinquenta e seis por cento das mulheres declararam vivências de depressão nesta etapa, antes de iniciarem o ciclo de FIV (LUKSE & VACC, 1999). Tais resultados, ao serem comparados com os do presente estudo, apontaram níveis mais altos de depressão.

Entretanto, a aplicação do instrumento para avaliar a depressão foi realizada 4 a 6 semanas antes do início de um ciclo de FIV. Portanto, pode-se pensar que esta diferença estaria relacionada com o momento em que foi aplicada a escala HAD, pois as mulheres do presente estudo estavam no início do ciclo e, conforme declararam aquelas que participaram da entrevista, sentiam-se otimistas por terem começado os procedimentos.

Esses resultados são concordantes com um estudo em que as mulheres no início de um ciclo de FIV apresentavam níveis de depressão relativamente próximos aos normais. Pode-se especular que isso seria em decorrência das expectativas em relação ao resultado do procedimento, que são muito altas, inclusive além do que seria razoável e realista. Os autores assinalaram que a depressão seria uma resposta a uma perda e, neste caso, consideraram perda resultados não desejados no decorrer dos procedimentos de um ciclo de FIV ou o fracasso do ciclo, no sentido de não acontecer uma gravidez (BARAM et al., 1988; BEAUREPAIRE et al., 1994).

Quando se repetem os procedimentos sem o resultado desejado, o sentimento de perda torna-se cada vez mais concreto e o desejo de uma gravidez cada vez mais difícil de ser alcançado. A vivência de perda passa a ser mais intensa e começa a se incorporar na vida das mulheres, tornando-as mais vulneráveis à depressão. Contudo, é necessário ressaltar que cinco das 12 mulheres deste estudo que estavam repetindo um ciclo de FIV tinham um escore na subescala de ansiedade de 8 ou maior, portanto um escore

compatível com ansiedade. Só uma destas mulheres que estava iniciando o segundo ciclo de FIV apresentou um valor superior a 8 na subescala de depressão. Estes resultados podem ser observados na Tabela 7.

**Tabela 7. Distribuição absoluta das mulheres segundo escores de ansiedade e depressão e ciclo de FIV em que estavam participando**

| <b>Escore</b>           | <b>1 ciclo de FIV</b> | <b>2 ou mais ciclos de FIV</b> |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <b><i>Ansiedade</i></b> |                       |                                |
| <7                      | 32                    | 7                              |
| 8 ou mais               | 11                    | 5                              |
| <b><i>Depressão</i></b> |                       |                                |
| <7                      | 40                    | 11                             |
| 8 ou mais               | 3                     | 1                              |

O estudo de NEWTON, HEARN, YUSPE (1990) também mostrou que o aumento dos escores de depressão das mulheres que já passaram pela experiência de um ciclo de FIV e não engravidaram se manteve dentro das médias consideradas normais para a população em geral, concluindo que a maioria estava lidando adequadamente com o fracasso do ciclo anterior e que o

aumento dos escores de depressão estava vinculado com as vivências de tristeza e decepção pelo fracasso, mais do que com a depressão em si.

Outros autores (THIERING et al., 1993) avançaram mais nesta linha de pensamento e apontaram que o aumento do escore de depressão nas mulheres que estavam em um ciclo de FIV repetitivo pode estar relacionado com uma confrontação dos sucessivos fracassos e a repetição da frustração na procura de uma gravidez. Isto levaria as mulheres a uma aceitação cada vez maior da evidência de que, talvez, tenham que conviver com a infertilidade pelo resto de suas vidas.

Os resultados do presente estudo com relação à ansiedade estão em concordância com os apresentados por HASELTINE et al. (1985), quando encontraram que os escores de ansiedade das mulheres que iniciavam procedimentos de FIV eram semelhantes, e até menores, à média dos pacientes de clínica médica e cirurgia geral.

Também FREEMAN et al. (1985) encontraram que a média de ansiedade estava dentro dos limites normais e assinalaram que, após vários anos de infertilidade, as mulheres poderiam ter desenvolvido mecanismos para lidar com as situações do tratamento. Concluíram que seria importante realizar um seguimento ao longo de todo o ciclo de FIV.

Na mesma época, foram publicados estudos que apresentaram resultados aparentemente contraditórios com relação aos níveis de ansiedade das mulheres no início de sua participação de procedimentos de FIV. No estudo de DENERSTEIN & MORSE (1985), chegou-se à conclusão de que a média no escore de ansiedade para as mulheres no seu grupo foi mais alto que a média para a população geral.

JOHNSTON et al., (1985) também encontraram resultados semelhantes: uma média no escore de ansiedade das mulheres, na sua primeira visita ao Serviço de FIV, mais alta que a da população em geral. Mas esta média do escore de ansiedade, quando comparada com a de mulheres que consultavam o serviço de pré-natal no final da gravidez, foi semelhante nos dois grupos. O estudo também sugeriu que os momentos que mais ansiedade provocavam nos casais inférteis estavam relacionados com a primeira e a última tentativa de FIV. Os mesmos autores, em outro estudo em que avaliaram a ansiedade em mulheres que aguardavam ser convocadas para participarem de um programa de FIV, encontraram que a média de ansiedade deste grupo, quando comparada com a população em geral, era ligeiramente superior no grupo de FIV (SHAW, JOHNSTON, SHAW, 1988).

A comparação desses resultados não pode ser feita diretamente, uma vez que o momento de tratamento em que estavam as mulheres, quando foi avaliada a ansiedade, nem sempre era o mesmo.

Em um estudo das vivências de casais que estavam iniciando a sua participação em um programa de FIV, quando foi avaliada a ansiedade, encontraram uma média compatível com a normal esperada para as mulheres (NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990). Também EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT (1994), em um estudo realizado com 152 casais que estavam iniciando a primeira experiência de FIV, verificaram que a média do escore de ansiedade das mulheres estava dentro do normal, com um pequeno desvio, mostrando que o escore de ansiedade para as mulheres foi ligeiramente superior que para os adultos de controle. No mesmo estudo, mostraram que os escores de auto-estima, humor e personalidade lembravam muito os da população geral. Assim, os autores concluíram que os casais que vão iniciar um ciclo de FIV são, em geral, bem ajustados psicologicamente, independentemente de sua história e duração da infertilidade.

Baseando-se nos resultados apresentados, pode-se afirmar que o escore de ansiedade, durante a etapa inicial dos procedimentos de FIV, não esteve relacionado com as variáveis sociodemográficas. Mas alguns resultados devem ser avaliados em um contexto mais amplo que a relação das variáveis acima mencionadas e o escore de ansiedade.

Em relação à idade e ao tempo de união, COLLINS et al. (1992) apontaram que estas variáveis isoladas não eram suficientes para discriminar os grupos com níveis altos ou baixos de estresse. Definiram, como um dos fatores que discriminavam os grupos, a importância que tinha o desejo de ter

um filho na vida das mulheres e quanto tempo e planejamento estavam investindo nesta procura.

No estudo de EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT (1994), quando o resultado relativo ao escore médio de ansiedade foi comparado com outras variáveis, concluíram que as mulheres estavam psicologicamente "bem adaptadas", independentemente do tempo e do tipo de esterilidade, e que nem o tipo nem o tempo de esterilidade estariam incidindo nos níveis de ansiedade das mulheres.

Em termos de satisfação com a vida pessoal e o relacionamento com o marido, tem sido apontado que as mulheres com problemas de infertilidade, no início de um ciclo de FIV, tiveram, de maneira geral, uma boa adequação entre a realidade e o que esperavam dela, mostrando-se satisfeitas (EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT, 1994; BRIGHENTI et al., 1997).

No presente estudo, existe uma tendência a um escore menor de ansiedade entre as participantes do primeiro ciclo. Este resultado deve ser interpretado num contexto mais amplo, considerando o significado que teve para as mulheres o acesso a um programa de FIV. Aquelas que, além de participarem da aplicação da escala, também participaram das entrevistas, disseram que tomar parte deste Programa de FIV, no serviço público, com um custo financeiro muito baixo, foi à única possibilidade de acesso a este tipo de tratamento para poder concretizar o desejo de terem um filho biológico.

Provavelmente, este pode ter sido um dos fatores que contribuíram para os baixos níveis de ansiedade encontrados.

Os escores de ansiedade e depressão não tiveram relação com o diagnóstico nem o tipo de esterilidade, nem com o tempo de união destas mulheres. Pode-se observar que a maioria, em torno de 70%, tinha um tempo de união de 5 ou mais anos e algumas acima de 10 anos. Portanto, é possível que estas mulheres desenvolveram mecanismos pessoais para lidar com a esterilidade e os tratamentos propostos ao longo desses anos. Também que a possibilidade de participar no Programa foi uma decisão natural, como definido por algumas delas na entrevista.

#### **4.2.2. Resultados dos Homens com a Escala HAD**

Trinta e um homens preencheram a escala de ansiedade e depressão. O tamanho da amostra estimado para obter significação estatística foi de 29 homens para a subescala de depressão para um alfa de 0,10. Para a subescala de ansiedade, o tamanho da amostra foi calculado em 31 homens, também para um alfa de 0,10.

Ao considerar os escores de ansiedade, 80,6% dos homens apresentaram um escore de até 7. Quanto à depressão, 93,5% dos homens apresentaram um escore de 7 ou menos. Os resultados da distribuição dos

homens em relação ao escore de depressão e ansiedade podem ser observados na Tabela 8.

**Tabela 8. Distribuição percentual dos homens segundo escore de ansiedade e de depressão**

| <b>Variáveis</b>        | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|-------------------------|----------|------------|
| <b><i>Ansiedade</i></b> |          |            |
| Até 7                   | 25       | 80,6       |
| 8 ou mais               | 6        | 19,4       |
| <b><i>Depressão</i></b> |          |            |
| Até 7                   | 29       | 93,5       |
| 8 ou mais               | 2        | 6,5        |

Essa tendência a escore abaixo do ponto de corte para ansiedade nos homens foi coincidente com as conclusões de SLADE, EMERY, LIEBERMAN (1997), que encontraram que os níveis de ansiedade dos homens, antes do início dos procedimentos de um ciclo de FIV, estavam dentro do normal.

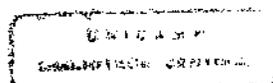
Resultados similares foram os de HEARN et al. (1987), quando estudaram 300 casais admitidos para participarem de procedimentos de FIV e

encontraram níveis baixos de depressão comparáveis aos da mesma população para homens cujas mulheres estavam grávidas. Os autores concluíram que estes níveis de depressão seriam compatíveis com a expectativa em relação à participação de um procedimento que poderia significar uma solução ao problema de infertilidade do casal.

Estudos posteriores obtiveram resultados similares em relação aos níveis de depressão. Quando comparados com os da população geral, nesta etapa da FIV, os homens apresentaram níveis de depressão dentro dos parâmetros considerados normais para a população geral e, quando comparados com as mulheres na mesma etapa dos procedimentos de FIV, foram mais baixos (NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990; SLADE, EMERY, LIEBERMAN, 1997).

Há uma tendência ao aumento na prevalência de níveis moderados de depressão para os homens semelhante ao das mulheres, após um ciclo de FIV que não resultou em gravidez. A perda torna-se mais concreta diante da impossibilidade de concretizar o desejo de uma gravidez. Esta vivência de perda pode tornar os casais mais vulneráveis à depressão (NEWTON, HEARN, YUSPE, 1990; BEAUREPAIRE et al., 1994).

De um modo geral, como já foi discutido em relação aos resultados das mulheres, atualmente há consenso na literatura internacional que os casais que participam de procedimentos de FIV são casais "bem-estruturados", que têm desenvolvido mecanismos para lidar com a situação do diagnóstico de



esterilidade e com os tratamentos. Casais pouco estruturados seriam muito vulneráveis às tensões decorrentes dos tratamentos de infertilidade e não conseguiriam enfrentar a demanda emocional que significa participar de procedimentos de FIV (FREEMAN et al., 1985; EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT, 1994).

Portanto, os casais que iniciam um ciclo de FIV são, em geral, bem ajustados psicologicamente, independentemente de sua história, da duração da infertilidade e dos tratamentos realizados. Apresentam escores de auto-estima, humor e personalidade semelhantes aos da população em geral (FREEMAN et al., 1985; EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT, 1994).

#### **4.2.3. Correlação dos Resultados da Escala HAD das Mulheres e dos Homens**

Como uma forma de avaliar se as mulheres e homens se comportavam, do ponto de vista do escore de ansiedade e depressão, de forma similar, foram correlacionados os resultados de ambos os escores em casais.

Pode-se observar nas Tabelas 9 e 10 que, quando foram correlacionados os escores de ansiedade em 20 de 31 casais, houve associação entre o escore da mulher e do homem. Apenas 11 casais não apresentaram associação, ou seja, mulheres com escores altos de ansiedade cujos parceiros mostraram escores baixos ou vice-versa. No caso da

depressão, a associação no escore entre mulheres e homens ocorreu em 28 dos 31 casais.

**Tabela 9. Associação em número de casos entre as mulheres e homens segundo escore de ansiedade**

| <b>Escore das mulheres</b> | <b>Escore dos homens</b> |                  | <b>N</b> |
|----------------------------|--------------------------|------------------|----------|
|                            | <i>Até 7</i>             | <i>8 ou mais</i> |          |
| Até 7                      | 18                       | 4                | 22       |
| 8 ou mais                  | 7                        | 2                | 9        |
| N                          | 25                       | 6                | 31       |

$p=1,00$  (Teste binomial para amostras emparelhadas)

**Tabela 10. Associação em número de casos entre as mulheres e homens segundo escore de depressão**

| <b>Escore das mulheres</b> | <b>Escore dos homens</b> |                  | <b>N</b> |
|----------------------------|--------------------------|------------------|----------|
|                            | <i>Até 7</i>             | <i>8 ou mais</i> |          |
| Até 7                      | 27                       | 1                | 28       |
| 8 ou mais                  | 2                        | 1                | 3        |
| N                          | 29                       | 2                | 31       |

$p=0,15$  (Teste binomial para amostras emparelhadas)

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1992), em uma publicação sobre avanços em fertilização assistida, afirmou que as conclusões mais importantes dos estudos relacionados ao perfil psicológico de homens e mulheres que participaram deste tipo de procedimentos, de uma maneira geral, foram que eles apresentavam parâmetros considerados como de normalidade. Os dados analisados neste estudo sugeriram que homens e mulheres, nos procedimentos de FIV, poderiam desenvolver mecanismos para lidar com o estresse e não aumentar seus níveis de ansiedade.

A homogeneidade nos escores encontrada entre ambas avaliações da escala HAD, apesar de poder ser considerada como uma vantagem, representaria um ponto frágil, uma vez que alguns aspectos significativos das síndromes de ansiedade e depressão são omitidos. Alguns itens importantes da depressão, como culpa, menos esperança e baixa auto-estima, não são avaliados pelo instrumento, porque a escala somente avalia itens de anedonia. Entretanto, isso poderia não ser importante se aplicada em estudos similares ao realizado neste caso, em que mulheres e homens foram entrevistados separadamente com entrevistas semi-estruturadas, e a escala foi um dos instrumentos utilizados na pesquisa. Também é possível que seja importante em estudos em que a escala é o primeiro instrumento a ser utilizado. Em casos em que se desejem dados mais acurados ou aprofundados sobre as síndromes de ansiedade e depressão, outras escalas mais abrangentes poderão vir a ser utilizadas.

A escala HAD é um instrumento relativamente novo no Brasil e, logo após sua validação em Campinas por BOTTEGA et al. (1995), está começando a ser utilizada em pesquisas. Os resultados obtidos com esta população e a associação existente entre ambos os escores, depressão e ansiedade permitem afirmar que ela é um instrumento útil em estudos similares a este. Por enquanto, poderia afirmar-se que esta escala é um instrumento simples e rápido de avaliação psicológica em mulheres e homens que consultem engajados em programas similares de FIV.

A complexa inter-relação entre os procedimentos da fertilização *in vitro* e as vivências de homens e mulheres que participam destes procedimentos necessita de estudos cuidadosos que focalizem a atenção para as vivências e necessidades de apoio e acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo.

Na literatura, há evidências de que mulheres que passaram por procedimentos de reprodução assistida freqüentemente apresentam ansiedade e/ou depressão em algum momento do ciclo, tanto por causa da esterilidade (MENNING, 1980; SEIBEL & TAYMOR, 1982) quanto por causa das incertezas e características próprias dos procedimentos (GREENFELD & HASELTINE, 1986).

GREENFELD & HASELTINE (1986) já tinham iniciado a discussão sobre os instrumentos que deveriam ser utilizados para avaliar as vivências de

homens e mulheres que participam de procedimentos de FIV, bem como o momento adequado para sua avaliação. Esta discussão tem criado um vasto campo para a pesquisa de vivências, como elas mudam durante o desenvolvimento dos procedimentos de FIV e de um ciclo para outro.

Atualmente, é reconhecida a necessidade de estudar se depressão e ansiedade, bem como a intensidade destas vivências nas mulheres com diagnóstico de infertilidade, podem ter influência na evolução e nos resultados dos procedimentos de fertilização assistida. Existem trabalhos que têm pesquisado o significado da experiência de um ciclo de FIV para as mulheres, quando é o primeiro e quando estão retornando para tentar novamente, após um ciclo que não terminou em gravidez. NEWTON, HEARN, YUSPE (1990) apresentaram evidências de que, após um ciclo "fracassado", ou seja, após um ciclo no qual não aconteceu a gravidez, a prevalência da depressão aumentou.

Muitos estudos avaliaram a depressão de homens e mulheres após um ciclo de FIV, quando são conhecidos os resultados em termos de ocorrência da gravidez. Outros avaliaram a depressão 4 e 6 semanas antes do início dos procedimentos de um ciclo de FIV. Não existem muitas publicações na literatura internacional em que mulheres e homens participantes de programas de FIV foram avaliados no início do ciclo, como foi realizado no presente estudo, particularmente considerando simultaneamente depressão e ansiedade.

Em um estudo realizado no Canadá com 20 mulheres de um programa de FIV, foi avaliada sua situação emocional no ciclo menstrual prévio à FIV e durante os procedimentos, em dois momentos, durante o desenvolvimento dos óvulos -no momento da indução da ovulação (que seria similar ao momento do presente estudo) e durante o período de espera- para saber da ocorrência ou não de gravidez após a transferência dos embriões (BOIVIN & TAKEFMAN, 1996). Os autores encontraram que, durante a fase de estimulação do desenvolvimento folicular (nos primeiros dias de tratamento), os níveis de estresse das mulheres foram similares aos encontrados no ciclo anterior ao tratamento. Eles definiram como estresse uma média de 11 descrições emocionais como nervosismo, ansiedade, mudanças de humor, depressão, pessimismo, raiva, frustração, tensão, irritabilidade e descontentamento.

Também pode-se especular que os níveis de depressão e ansiedade foram baixos na população deste estudo e poderiam ser maiores em mulheres após o resultado, quando o procedimento não resultasse em gravidez. Também poderia-se pensar que a depressão seria maior quando a mulher fizesse repetidos ciclos de FIV sem sucesso, que não foi o caso deste estudo, em que a maioria estava na primeira tentativa. Mas estes resultados têm sido considerados controversos na literatura, pois existem trabalhos que mostraram a não correlação linear entre idade, anos de esterilidade e depressão (JOHNSTON et al., 1985; BERG & WILSON, 1991; DOMAR et al., 1992).

No caso das mulheres e dos homens do presente estudo, é possível especular que somente aqueles casais melhor estruturados e, conseqüentemente, mostrando menores escores de depressão e ansiedade, aceitaram participar do Programa de Fertilização *In Vitro* da UNICAMP. Isto porque muitos não teriam sequer acesso. Uns provavelmente nem poderiam faltar de seus empregos durante o ciclo de tratamento, outros, não teriam condições econômicas mínimas para pagar os gastos com transporte e alguns medicamentos que precisam comprar e, finalmente, outros nem compreenderiam totalmente os procedimentos envolvidos em uma técnica tão complexa como é a FIV.

O estudo de HEARN et al. (1987), com 300 casais que estavam entrando em um programa de FIV, teve resultados similares aos de EDELMAN, CONNOLLY, BARTLETT (1994), onde as mulheres não diferiram da população geral em termos de ansiedade, porém os homens eram um pouco menos ansiosos.

Já o estudo de NEWTON, HEARN, YUSPE (1990), embora tenha mostrado que homens e mulheres de um programa de FIV eram similares à população em geral, em termos de ansiedade e depressão, as mulheres mostraram maiores escores de ansiedade e depressão que os homens. Os mesmos resultados foram obtidos por SLADE, EMERY, LIEBERMAN (1997), em que as mulheres tiveram maiores escores de ansiedade e depressão que os seus companheiros.

Uma explicação dada por alguns autores (BEAUREPAIRE et al., 1994), para os níveis normais de ansiedade e depressão em mulheres antes da FIV, é de que a depressão aparece com a perda, perda representada pelo fato de não engravidar com o procedimento. As mulheres, e talvez os homens, entram nos programas de FIV com uma expectativa não realística, de sucesso muito grande, e esta expectativa temporariamente mascara sua sensação de perda. Mas, quando os ciclos de FIV são repetidos e o sucesso em termos de uma criança não ocorre, a mulher toma consciência de que talvez a gravidez não ocorrerá, o que a leva a ser mais vulnerável à depressão. Ambos os cônjuges são propensos, em geral, a ser mais otimistas quanto aos resultados do procedimento do que a realidade mostra (BARAM et al., 1988; COLLINS et al., 1992; VISSER et al., 1994).

Em relação à ansiedade e à depressão, um estudo de corte transversal, similar ao conduzido nesta pesquisa, realizado por BAUREPAIRE et al. (1994), sugeriu que homens e mulheres experimentaram ansiedade durante o procedimento de FIV, independentemente de que ele fosse a primeira tentativa ou um ciclo de repetição. Os próprios autores reconheceram que estes níveis de ansiedade expressados por suas pacientes poderiam ser reflexos não do tratamento de FIV em si, mas expressão de um estado de ansiedade crônica, resultante de sua história de infertilidade, somado ao impacto da FIV.

Uma das dificuldades encontradas na comparação desses achados com os encontrados na literatura é que, primeiramente, a escala utilizada neste

trabalho não é similar à utilizada em outros estudos. Mas, a escala HAD foi escolhida, como já mencionado, por sua facilidade de aplicação e, fundamentalmente, porque ela tinha sido validada no Brasil.

Pode-se concluir, a partir da análise dos escores de ansiedade e depressão, que os homens e as mulheres deste estudo, no início de um ciclo de FIV, não apresentaram níveis altos tanto de ansiedade como de depressão.

### **4.3. Análise das Entrevistas**

Para a análise das entrevistas, os dados foram organizados conforme as categorias estabelecidas, e serão apresentados primeiramente os resultados referentes às entrevistas das mulheres e a continuação dos homens.

Primeiro serão apresentados os resultados observados em relação ao significado da infertilidade na vida dos participantes e as relações de casal. A seguir, serão mostrados os resultados que diziam respeito aos conhecimentos que os participantes tinham sobre este tipo de procedimento antes de saberem que a FIV seria a única alternativa para eles tentarem uma gravidez e sobre a decisão de participar do Programa.

As vivências das mulheres e dos homens no início de um ciclo de FIV constituem a seguinte categoria apresentada e as vivências em relação às demais etapas do ciclo de fertilização *in vitro* constituem última categoria de

análise deste estudo. Finalmente, serão apresentados os comentários em relação a estas categorias de análise no contexto de resultados obtidos por estudos internacionais relativos as vivências de mulheres e homens que participam de procedimentos de FIV.

#### **4.3.1. Significado da Infertilidade na Vida de Mulheres e Homens**

Esta categoria de análise compreende as vivências de mulheres e homens a partir do diagnóstico de infertilidade e do seu significado na vida deles. Em geral, o diagnóstico de infertilidade significou para os participantes deste estudo enfrentar uma nova e inesperada realidade. A partir do momento em que este foi definido, a decisão de ter um filho, para as mulheres e os homens entrevistados, deixou de depender exclusivamente do desejo individual e do casal, passando a depender de uma série de decisões, tanto individuais como do casal, em relação à sua participação nos tratamentos, os quais poderiam significar uma possibilidade de engravidar.

- *Mulheres*

À exceção das mulheres que tinham realizado uma ligadura tubária, as demais entrevistadas relataram que foi difícil receber o diagnóstico de infertilidade e saber que teriam dificuldades para engravidar e que precisariam de tratamentos. Para a maioria, o diagnóstico foi uma surpresa. Nunca tinham pensado que poderiam vir a ter problemas para engravidar. Fazia parte do projeto de vida delas ter filhos e engravidar quando assim o desejassem.

*“Lembro que o chão saiu dos meus pés ...”* (Entrevista M040; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Como se tivesse tirado o nosso chão. Nós saímos completamente desnorteados do consultório da doutora. E ... na época, né, o único médico que ela conhecia e que fazia isso lá no Rio de Janeiro era o Dr. XX, né. E o preço que ele cobrava, era uma fortuna ... Então eu me senti arrasada. Eu me senti podada, né? Eu me senti uma incapaz.”* (Entrevista M021; 36 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Todas as mulheres entrevistadas falaram que queriam engravidar e ter um filho. Este desejo foi expresso de diversas formas e foi tomando diferentes significados conforme a história de cada uma delas. Nas falas, foram referido-se ao desejo de ter um filho, através das seguintes colocações *“é importante”*, *“é da humanidade”*, *“é o natural”* e *“é o esperado”*. Para elas, engravidar e ter filhos era considerado algo natural, que fazia parte da vida das mulheres.

*“Ah! Significa família, instinto ... né? De mulher mesmo, acho que falta algo para mim.”* (Entrevista M015; 36 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Tá, é ... é ... é uma coisa assim que ... que é da humanidade. Você casa ou você opta por ter ou não ter filhos. Muita gente vive bem sem filhos. Eu, graças a Deus ... meu casamento vem de oito anos sem eu ter filhos. Nunca veio da parte dele uma cobrança maior porque eu não tenho filhos. Quer dizer, ele já sabe também porque eu não posso ter filhos. Então já fica..., a convivência já fica ... acho que ... bem ... bem gostosa pra ele, sabe?”* (Entrevista M002; 37 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Para algumas das mulheres, fazer parte de famílias numerosas, elas ou os maridos, era mais uma constatação da “*ordem natural*” e “*de como devia ser*”. Esta seqüência tinha constituído o seu modelo familiar e estas mulheres esperavam que também se repetisse na vida delas, e nunca pensaram que esta ordem poderia se alterar.

*“Ah, é ... é ruim, né, da gente imaginar que ... que é igual a minha mãe. Ela teve dez filhos. As minhas irmãs, até elas engravidaram. Eu até brinco com a minha mãe que eu deveria ter engravidado enquanto eu era solteira, como as minhas irmãs.” (Entrevista M038; 28 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)*

Com respeito a sentirem-se preparadas para a maternidade, algumas das entrevistadas relataram que tinham cuidado dos irmãos e de outras crianças e que cresceram com a expectativa de ter seus próprios filhos para cuidar. Sempre acharam que levaram jeito com crianças, gostavam delas e cresceram achando que seria muito bom ter um filho para criar e para dar amor. Consideravam que, quando decidiram que era o momento de ter filhos próprios, estavam seguindo o que achavam ser a ordem dos acontecimentos esperada: casar, engravidar, ter filhos e estabelecer uma família.

*“É, eu tinha ... assim... eu tinha muita afinidade com criança. Sempre gostei de criança, né? Sempre tive habilidade com brincadeira com meus irmãos mesmo. Eu tinha vontade de cuidar de criança, de trabalhar com criança. Desde essa idade, eu sabia que o meu trabalho futuro ia ser com criança. Aí, eu pensava*

*sempre: eu com minhas bonecas ou com meus irmãos. Eu sempre achava assim: eu acho que vou cuidar bem de criança. Eu tenho paciência. Eu tenho afinidade, até sou meio infantil pra brincar, e tudo. Aí então, desde então eu falava pra minha mãe: “mãe quando eu casar eu quero ter bastante filho.” Ela falava: “pra você casar, vai demorar ainda, então, tenha paciência.” E aí eu cresci com essa sensação, com esse sentimento, essa vontade de ser mãe, essa vontade de ter um filho.” (Entrevista M019; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

À exceção das que tinham realizado a ligadura tubária, para estas mulheres, o esperado era engravidar e ter um filho, e o projeto de vida delas estava organizado em torno deste desejo. Através das falas, pode-se observar que o momento escolhido ou planejado para engravidar era diferente para cada uma delas. Algumas queriam ter o filho logo após o casamento, outras tinham outros planos primeiro, como por exemplo construir uma casa, aguardar que a situação econômica estabilizasse ou terminar os estudos, organizando, assim, o desejo dentro de um marco lógico de planejamento.

A maioria das mulheres relataram que, depois de um tempo em que tentaram engravidar e ao perceberem que a gravidez não ocorria, passaram por uma consulta. A partir do diagnóstico de infertilidade, o projeto de ter um filho ficou alterado, e foi recorrente no relato de algumas mulheres a referência à impotência como uma das vivências no início desta primeira etapa, após terem recebido a confirmação médica de que precisariam de tratamentos para engravidar.

*“No início, eu senti assim ... impotência, como se fosse a pior das mulheres do mundo. Mas depois você vê que não é nada disso ... que existem outros meios de você engravidar, que você pode engravidar, que você pode ter seu filho. A religião ajuda muito nessas horas, né? A conversa com outras pessoas também ajuda muito. Então, eu vi que não é por aí, que eu não sou a única. Existem mulheres com problemas mais muito piores que o meu e que não têm condições de participar de um programa desse que eu estou participando. Por mais que seja mais barato, elas também não têm condições para isso.”* (Entrevista M017; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Para as mulheres que sempre tinham planejado ter filhos, a impossibilidade de tê-los destruiu uma expectativa. O diagnóstico de infertilidade significou uma mudança no projeto de vida esperado, pois os filhos eram importantes para essa realização e para a constituição de uma estrutura familiar. Foi difícil reorganizar o projeto de vida em torno da nova realidade, no qual deveriam incluir o tratamento e as decisões relativas a este.

*“Muito difícil, porque eu nunca pensei em casar. Eu sempre pensei em ter filhos. Casei porque me apaixonei, e essa coisa toda ... Então, realmente, você destruir um sonho teu, ter que dizer pra você mesma que o que você planejou na sua vida não vai dar certo ... pra mim foi muito difícil .... ”* (Entrevista M040; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

As mulheres que não tinham usado nenhum método anticoncepcional após o casamento, conforme expressaram na entrevista, desejavam ter filhos

logo e imaginavam que engravidariam sem demora. Estavam casadas e tinham uma vida sexual regular. Na seqüência, o esperado era uma gravidez. Elas nunca tinham pensado que pudesse ser de outra forma.

*“ Ah! ... Eu não engravidava, e eu sempre fui ansiosa pra ter filhos, né? Desde quando nós ficamos noivos, eu já não me cuidava. No início, usava camisinha e depois nós descuidamos. Aí nós começamos. No primeiro ano, eu já comecei a procurar médico, e sempre aquela expectativa ...”* (Entrevista M015; 36 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Bom, desde que eu casei, eu nunca tomei anticoncepcional. Eu, desde os 14 anos sabia, que eu queria ser mãe. Então eu sabia que eu tinha vindo pra ser mãe no mundo. Tinha que ser. Aí, a partir do terceiro ano de casada, como eu não evitava, eu comecei a perceber que tinha problemas pra engravidar. Eu não estava conseguindo engravidar.”* (Entrevista M019; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A partir do momento do diagnóstico, algumas mulheres começaram a se sentirem incompletas e diferentes das outras mulheres, como se faltasse alguma coisa. Sentiam-se diminuídas, como se fossem muito diferentes das outras mulheres por que não podiam engravidar. Sentiam-se como se tivessem um defeito, como se fossem, conforme expressão usada por algumas das entrevistadas, “menos mulheres” porque não podiam engravidar. O sofrimento é causado por serem diferentes das outras mulheres (das que podem ter filhos

quando assim o desejarem) e, de um modo geral, sentirem-se diferentes do resto do mundo fértil.

*“A gente, eu senti assim uma... inferioridade, né, um sentimento de ... de diferente. Aí eu começava assim sempre, né, quando eu estava com alguém ... alguém que é mãe, né? Eu me sentia inferior, eu me sentia infeliz. Eu me sentia, né? Faltava alguma coisa em mim...”* (Entrevista M013; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Porque ... é, falta alguma coisa. Eu, eu pra mim, desde que ... eu entendo assim que, para ser completa, eu tenho que gerar um filho ... embora as pessoas não concordem muito com isso, achem que é muito fácil você adotar, você pode suprir esse lado afetivo, maternal com a adoção ... mas tudo mundo que fala isso tem filho. Eu não aceito isso porque não sentem o que eu sinto, não passaram pelo que eu passei. Então não, eu não admito sequer que ousem falar isso comigo, porque quem tem filho e não passou por nada do que eu passei, nem jamais vão conseguir calcular, avaliar esse sentimento de derrota, de incapacidade.”* (Entrevista M021, 36 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

É importante salientar que as mulheres integrantes dos dois casais que apresentavam um diagnóstico de fator masculino informaram que, ao perceberem que estavam demorando para engravidar, pensaram que elas tinham algum problema e nunca tinham pensado que a causa da esterilidade poderia ser devida a um problema do marido. Não lhes era familiar, até o momento de receberem o diagnóstico a situação de que um casal poderia ter

problemas para engravidar, devido problemas de infertilidade do marido. Para elas, a esterilidade era um problema de mulheres.

*“É, eu não conseguia engravidar. Daí fui ao médico e ele falou que tinha problemas, né? Mas o problema é dele. Ah! Eu fiquei decepcionada porque eu achava que o problema era em mim também. É ... achava que era eu que tinha problemas, né, porque não conseguia engravidar. Mas daí foi mais, o problema foi dele.”*  
(Entrevista M031; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Observou-se que, para algumas das mulheres entrevistadas, o desejo de ter filhos foi mudando. Quando se casaram, achavam que era uma obrigação casar e ter filhos, que era algo que deveria acontecer. Na medida que foi passando o tempo e não engravidavam, principalmente após o diagnóstico de infertilidade, começaram a sentir o desejo de ter um filho de uma forma diferente. Este passou a se manifestar através de vivências concretas, como uma necessidade de ‘uma barriga de grávida’ e ‘de um sorriso de uma criança’.

A partir da fala das mulheres com diagnóstico de esterilidade secundária, que tinham, devido a abortos espontâneos ou a uma gravidez ectópica, perdido uma gravidez, pode-se observar que a dor pela perda da gravidez era uma dor não partilhada e, para a maioria delas, não compreendida pelo entorno. Era uma dor que não estava legitimada socialmente.

“A sensação de perda, né, parece que vai embora um pedaço da gente. [silêncio, e suspiros] *Mas estamos em pé, né?*.” (Entrevista M032; 29 anos, esterilidade secundária, sem filhos, C1-FIV)

A adoção como uma alternativa para estes casais inférteis não foi parte do roteiro utilizado durante as entrevistas nem dos objetivos deste estudo. Entretanto, cabe ressaltar que foi um assunto abordado espontaneamente por muitas mulheres durante as entrevistas, ao falarem sobre o significado da infertilidade. Considerou-se importante relatar as falas delas em relação a este assunto, visto que contribuem para a compreensão das vivências das mulheres no início de um ciclo de FIV.

Algumas entrevistadas relataram que, tanto para elas quanto para os maridos, desde que receberam o diagnóstico de esterilidade, a adoção foi sempre uma opção pensada, mas não concretizada, por existir a possibilidade, ainda que remota, de engravidar. Aquelas mulheres que já tinham filhos adotivos, de maneira geral, falaram que estavam satisfeitas com a decisão de terem adotado um filho. Todavia, foram diversas as experiências relatadas com relação à adoção e ao significado que a relação com o filho adotivo tinha na vida delas.

Quanto à tentativa de engravidar, embora continuasse sendo importante para elas ter um filho biológico, esta tinha se tornado mais tranquila após a adoção. A gravidez biológica tinha significados diferentes na vida destas mulheres. Para uma delas, a participação no Programa de Fertilização *In Vitro* e

a chance de engravidar representavam a possibilidade de ter um “neném”, já que seu filho tinha sido adotado quando tinha 20 meses.

*“Ah ... porque, depois que a gente adotou o L, essa questão de engravidar passou a ser, de repente, bem menos importante. Então basicamente a gente gostaria de ter mais uma criança em casa. Então, a gente racionalmente acha que é ... as chances são melhores de, sei lá, ter algum tipo de sucesso e ... porque a gente adotou o L, não bebê. O L era uma criança de 20 meses, dá o que, um ano e oito meses, né? Então hoje eu gostaria de um neném ...”* (Entrevista M005; 36 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Entretanto, deve-se ressaltar que estavam participando dos procedimentos de FIV pois todas as mulheres que tinham filhos adotivos expressaram que, para elas, continuava sendo importante ter um filho biológico, um filho delas e do marido.

*“Acho que foi ótima! [a decisão de adotar o menino] Ele preencheu algo que estava faltando na minha casa. Só que ... não é ... eu acho que ainda falta alguma coisa. A gente quer ver a mistura da minha ... e do meu marido, né? ... Tudo bem que ele preenche um espaço que está faltando, né? Mas a gente quer ver a união do casal. Então, eu tenho esperança de conseguir através do FIV.”* (Entrevista M012; 35 anos, esterilidade secundária, C2-FIV)

Dentre as entrevistadas, as que já tinham filhos e queriam engravidar novamente disseram que achavam que o momento era propício para ter mais um filho, e este estava determinado pelo desejo delas e dos maridos. Além disso, consideravam que o momento era adequado para terem mais filhos, principalmente porque estavam estabelecidos economicamente e o casal sentia a necessidade de se estruturar como família. Estas considerações foram observadas a partir das entrevistas tanto das mulheres com ligadura tubária quanto das que tinham um diagnóstico de esterilidade secundária, incluindo aquelas que já tinham filhos através da FIV.

Para aquelas que tinham filhos de um relacionamento anterior, o desejo delas de um filho expressava também o desejo de outrem, do marido, especialmente se este não tinha filhos de relacionamentos prévios. Para elas, tornava-se importante ter um filho, visto que consideravam que o marido desejava um filho, mas também expressaram que um filho faz parte do relacionamento. Para elas, um filho era 'algo partilhado' e 'é algo que é dos dois'.

*“Depois que eu arrumei um novo parceiro ... Porque ele é preocupado porque ele não tem nenhum filho, né? E ele gosta muito de criança. Aí é “onde” que veio o arrependimento.”*

(Entrevista M010, 29 anos, ligadura tubária, C3-FIV)

As mulheres que estavam casadas com homens que já tinham filhos de um relacionamento anterior manifestaram que se sentiam sozinhas. Na maioria

das vezes, os filhos do marido não moravam com eles e não preenchiam a necessidade que elas sentiam de terem uma criança na casa, compartilhando a vida do casal e completando a família. Além disso, observou-se na fala destas mulheres que elas sentiam falta de um filho delas para criar e cuidar.

*“Porque ... em primeiro lugar eu me sinto muito sozinha. Eu tenho uma série de problemas com a minha família ... devido até a esse, esse outro casamento, né, esse segundo casamento. E eu me sinto muito sozinha. Eu sinto muita falta ... e também adoro criança, né? Adoro. A gente sente mesmo vontade de ter alguma coisinha que é da gente, pra gente criar, pra gente dar amor, né?”*  
(Entrevista M009; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Com relação ao uso de métodos anticoncepcionais, algumas das mulheres entrevistadas relataram que não quiseram engravidar logo após o casamento e, portanto, os utilizaram por um tempo. Ter um filho sempre foi parte do projeto de vida delas, só que não imediato. Elas queriam estudar, trabalhar, melhorar a situação econômica, investir na carreira ou simplesmente esperar um tempo para ter um filho. Sentiram-se livres para decidir e em nenhum momento pensaram que poderiam ter algum problema na hora que decidissem ter filhos.

Para elas, foi uma surpresa quando pararam com a anticoncepção, procuraram engravidar, e esta não acontecia. Tinham usado a anticoncepção durante um tempo, com o objetivo de postergar, mas não excluindo do projeto de vida ter filhos. Elas tinham se sentido em controle do seu futuro reprodutivo,

utilizando os recursos de uma anticoncepção moderna, para decidir o momento que queriam ter um filho.

*“Há quatro anos, mais ou menos, ou há cinco anos foi quando a gente decidiu. Eu já estava fazendo um ano de casada. Aí nós decidimos parar todos os métodos anticoncepcionais que a gente estava usando. Na época, eu estava usando camisinha, porque a pílula estava me dando displasia mamária. Aí comecei a tentar sem nenhum método, e nada de engravidar”. (Entrevista M017, 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Quatro das mulheres entrevistadas tinham realizado uma laqueadura tubária. Embora com histórias de vida diferentes, elas tinham em comum a decisão de terem optado por este método definitivo muito jovens, antes dos 25 anos. Tinham entre dois e três filhos quando decidiram fazer a cirurgia e, no momento da decisão, achavam que não queriam ter mais filhos, uma vez que já tinham completado a família. Relataram que, considerando retrospectivamente a decisão de realizar a ligadura tubária, achavam que, na época, não tinham plena consciência do significado definitivo da cirurgia.

Pouco tempo depois de realizá-las, uma das entrevistadas ficou viúva, duas se separaram dos maridos e uma continuava com o mesmo marido, com quem tinha tomado a decisão da ligadura. As mulheres que tinham iniciado um novo relacionamento relataram que haviam exposto claramente para os novos companheiros que não poderiam ter mais filhos e que isto foi aceito por eles,

porém o desejo de tê-los foi se incorporando na vida delas e de seus maridos, após um tempo de relacionamento.

*“Depois que eu arrumei um novo parceiro. Porque ele é preocupado porque ele não tem nenhum filho, né? E ele gosta muito de criança ... aí ... é onde que veio o arrependimento. Ele sabia, porque eu quis jogar bem aberto com ele, né? Inclusive eu falei para ele assim, que se ele achava que não dava certo, melhor a gente não levar à frente porque eu não podia dar um filho pra ele. Mas ele aceitou. Só que depois foi passando o tempo. Agora ele não cobra, mas a gente sente, percebe que ele tem vontade sim de ter um filho.”* (Entrevista M010; 29 anos, ligadura tubária, C2-FIV)

Com respeito às mulheres que tinham um diagnóstico de infertilidade devido à endometriose, de maneira geral manifestaram preocupação tanto em relação com a dificuldade de engravidar quanto com o significado da doença em suas vidas. Algumas até chegaram a verbalizar que a preocupação com a doença era maior que com a infertilidade.

*“Eu me preocupei mais com a endometriose do que com o fato de eu não poder ter filhos, tá? Foi o que mais me incomodou na hora. O fato dela [silêncio] dela (a endometriose) ser uma coisa assim ... sem, sem ... é imprevisível, sabe? Que ele (o médico) explicou que o tratamento varia de mulher pra mulher. Os resultados variam muito. Às vezes, o mesmo tratamento dá certo pra uma, não dá certo pra outra. Então, toda esta insegurança de você não saber o que vai acontecer, né? Então, me incomodou muito mais do que*

*não poder ter um filho.” (Entrevista M008; 33 anos, esterilidade primária, C3-FIV)*

Relataram que alguns dos maridos também estavam preocupados com a endometriose, bem como com o significado da doença na vida da mulher e do casal. Curar a endometriose passou a ser um objetivo tão importante quanto a gravidez em si, não só para as mulheres como também para seus companheiros. Eles consideravam que a gravidez era uma possibilidade de melhorar os sintomas da doença.

*“... E ele (o marido) gostou muito porque ... foi um, é tipo assim, se não tinha uma outra maneira ... e, mas em primeiro lugar a preocupação dele, antes disso de eu engravidar, era cuidar da minha saúde. Ele estava, pelo menos é o que aparentava nas conversas que a gente tinha, preocupação com o principal que era a minha doença ....” (Entrevista M011; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

- **Homens**

Observou-se que, para a maioria dos homens entrevistados, a primeira vivência, ao saber sobre o diagnóstico de infertilidade, ao mesmo tempo que para as mulheres, foi a surpresa. Nunca tinham pensado que não poderiam ter filhos quando assim o desejassem, para eles, fazia parte do esperado de uma relação de casal.

*“Não, nunca, nunca, nunca, porque na realidade, quando a gente era jovem, fazendo faculdade, nós tínhamos o relacionamento nosso, normal. Eu achava que ela tomava pílula, normal para não engravidar.” (Entrevista H002; 35 anos, esterilidade primária, C2-FIV)*

A partir das falas dos homens, foi observado que o desejo de ter um filho foi manifesto pela maioria dos entrevistados. Tanto aqueles que não tinham filhos como aqueles que já tinham filhos de um outro relacionamento relataram que sempre fez parte do projeto de vida deles ter filhos. Este desejo foi se construindo a partir da relação de casal e foi aumentando com o tempo.

*“Eu também tenho vontade, sim. Eu tenho vontade sim de ter um filho. Eu acho bonito. Eu acho que faz parte do casamento, da relação, né? Eu tenho vontade sim.” (Entrevista H008; 24 anos, esterilidade primária, C2-FIV)*

*“Olha eu acho que foi, é ... depois, assim mais ou menos, de um ano ou dois, mais ou menos, que a gente começou a ter necessidade do filho. Porque por mim, eu ... eu sempre gostei de criança, né? Então eu sempre tive planos de ... de ter assim quatro, cinco filhos. Então, no primeiro casamento, eu tive dois. Então, eu quero complementar, né, mais pra uns três, quatro.” (Entrevista H009; 44 anos, esterilidade secundária por ligadura tubária, tem um filho por FIV, C1-FIV)*

Com relação a como foram lidando com a realidade depois de terem recebido o diagnóstico de infertilidade, alguns dos entrevistados relataram que,

após a surpresa inicial, a sensação foi de alívio, pois tinham uma explicação que permitia entender o porquê a gravidez não tinha acontecido. Também disseram que era preferível saber qual era a realidade para começar a agir, tomando as providências necessárias. Procuraram informações com relação às causas da impossibilidade de engravidar para compreender toda a situação, poder-se posicionar frente a esta nova realidade e começar a procurar soluções.

*“Olha eu, particularmente, gosto de desafios, né? Eu encarei isso como mais um desafio, mais uma etapa de vida, né? Não como ‘ah, oh, céus, oh vida’. Não fiquei pensando nisso, né? Comecei a pesquisar, comecei a ler sobre isso, né? Comecei a conversar com amigos que trabalham com hospitais e com a minha ... [silêncio] ... Eu tenho poucos amigos que são médicos. Para falar a verdade, são dois ou três, mas conversei com eles, que me encaminharam a outros colegas pra falar sobre a doença, né? Daí eu comecei a pesquisar e comecei realmente ... cada vez mais eu lia, pesquisava sobre o assunto e comecei a ser mais otimista. Vi que realmente tinha saída.” (Entrevista H007; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

*“... Então era isso que a gente conversava bastante, né? ‘Olha, melhor agora que sabe o que tem, né, do que não saber ainda, né?’ É... agora eu acredito, né? Refleti tanto sobre isso.” (Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Entretanto, deve-se destacar que também disseram que, perante o diagnóstico de infertilidade e as dificuldades que ficavam evidentes a partir

deste para concretizar o desejo de serem pais, sentiam-se decepcionados e frustrados.

*“É. A gente ficou um pouco frustrado, porque geralmente a gente tem aquela emoção, quer ter, principalmente ela. A gente vive ... como toda mulher tem sonho, né? O meu sonho era o mesmo que eu já tinha, né? A gente tem que ser realista, né? Mas como a gente quer muito, pelo menos eu quero também, né? É o normal da emoção.”* (Entrevista H006; 44 anos, esterilidade primária feminina, ele tem dois filhos, C1-FIV)

De um modo geral, os homens não aprofundaram o tema ao falarem sobre a anticoncepção. Alguns deles disseram que a utilização de métodos anticoncepcionais tinha significado a possibilidade tanto de planejar como de organizar a vida deles como a das parceiras, bem como o projeto que tinham como casal. Este planejamento contemplava a realização de cada um dos integrantes, tanto com relação ao trabalho, como ao estudo e aspectos de ordem financeira, como por exemplo terminar de construir uma casa e estabelecer condições de vida consideradas adequadas pelo casal para ter filhos.

*“Não, ela tomava pílula que nós ... é ... gostaríamos assim de planejar uma gravidez, né? Então assim reformar a casa, essas coisas todas, então ...”* (Entrevista H010; 29 anos, esterilidade primária, C1-FIV) “

Também deve-se apontar que alguns homens explicitamente falaram que não tinham utilizado métodos anticoncepcionais porque desejavam ter filhos logo.

*“Desde o começo que nós casamos, né? ... Desde o começo do casamento porque nós casamos e ... e ela nunca tomou anticoncepcional, né? Ela nunca, ela não tomou porque a gente tinha a intenção de deixar à vontade, partindo para o lado religioso: a hora que Deus quisesse, a gente teria...”* (Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Com relação ao significado da mudança no projeto de vida que a esterilidade significou na vida dos homens, alguns disseram que, após o diagnóstico, conseguiram reorganizar as suas expectativas com relação a ter um filho e a serem pais. Eles acreditavam que ter um filho era algo importante e desejado na vida deles, mas que, se não acontecia, poderiam reorganizar o seu projeto de vida em torno de outras alternativas.

*“Mas, eu, em relação a filho, eu vou falar a verdade. Eu acredito muito em um dia após o outro. Agora, se ... tem a medicina, eu acredito que vá fazer o que possa fazer. Se tiver, ótimo. Sou louco por ... Sou uma pessoa que adora crianças, me dou bem com crianças, entendeu? E estou esperando agora falar o que eu senti quanto a não ter filhos. Não posso falar para a senhora que eu sou uma pessoa que fica assim: ah! se não tiver vai acabar o mundo, não. O dia que tiver terminada minha casa, se eu achar que tiver cabeça, e também estrutura, adoto um. Se eu achar que não tiver cabeça, não adoto um e ajudo de outro modo. Por mim,*

*adoro, veja bem eu sou sensacional para ter filho. Adoro! Queria ter um filho, é um sonho nosso, mas não é uma coisa obcecada. Eu acredito que tem uma mão divina, um supremo que determina.”* (Entrevista H002; 32 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Também cabe assinalar que alguns entrevistados relataram que nunca tinham pensado nem fantasiado muito a possibilidade de terem filhos, embora ter um filho fosse esperado que acontecesse em algum momento de suas vidas. Diante do diagnóstico de infertilidade e das dificuldades que os tratamentos apresentavam, eles deixaram de considerar a possibilidade de ter um filho como parte de seu projeto de vida e conseguiram reorganizá-lo sem maiores dificuldades.

*“Eu nunca fantasiei muito ter filhos, assim, né? Quando é ... e, quando me dei conta que a coisa ia ser complicada, eu meio tirei a, a minha ... qualquer expectativa que eu tivesse na cabeça. Eu acho um pouco, né? Eu, eu não ... não acredito que fosse uma enorme perda pra mim jamais vir a ter um filho, sabe? Então, é por isso que eu falo que eu estou falando pouco de mim, porque eu não sinto que fosse uma coisa crucial pra mim, tá? É de novo, né, como... como pai, hoje, eu estou imensamente feliz, com a situação como esta, né? Vou ficar imensamente feliz se a gente tiver filhos nossos, etc. Sabe, o tanto que eu estou curtindo ter um filho ... eu acho que podia até ter mais, ter dois, três ....”* (Entrevista H004; 36 anos, esterilidade primária, um filho adotivo, C1-FIV)

Por outro lado, com relação ao desejo de ter um filho, alguns homens falaram durante as entrevistas que o desejo deles de ter um filho era maior que o desejo das parceiras deles.

*“É, a vontade é minha, é, mais eu que queria.”* (Entrevista H005; 32 anos, ligadura tubária, pai de um filho, C2-FIV)

Os dois homens casados com mulheres que tinham realizado uma ligadura tubária, anterior ao início do relacionamento com eles, relataram que o desejo de ter um filho deles foi se constituindo a partir da convivência e na medida que o relacionamento se consolidava. Achavam a relação com suas parceiras boa e satisfatória, mas estavam sentindo falta de completá-la com um filho.

*“É, a gente sentiu a necessidade muito grande de ter filhos, né? Porque a gente sempre viveu assim extremadamente bem e ... emocionalmente bem, né? Um relacionamento muito bonito que a gente teve desde o início e aí a gente ... estava faltando filho. Como ela era, ela tinha laqueadura e estava impossibilitada de ter filhos pelas vias normais, né? A gente procurou um hospital lá no Rio, que fazia plástica da laqueadura, uma, um, religamento.”* (Entrevista H009; 44 anos, laqueadura, ele tem duas filhas, ela tem dois filhos, o casal tem uma filha por FIV, C1-FIV2)

A tendência dos homens foi de um modo geral a sentirem preocupação pelo que as mulheres estavam sentindo, pois consideravam que elas estavam passando por uma etapa difícil da vida. Independentemente das próprias

vivências com relação à infertilidade, eles sentiam que o papel deles era dar apoio e compreensão às mulheres. Alguns expressaram que, para isso, foi necessário não deixar transparecer as suas vivências com relação ao desejo de ter um filho e a impossibilidade de concretizá-lo.

*“Não sei, é muito complicado, né? É a minha preocupação. Eu sempre tive uma preocupação muito grande com qual seria a reação da X, porque essa questão da esterilidade afeta a mulher muito mais forte que afeta a mim, né? Então eu acho que a minha maior preocupação sempre foi digamos, a saúde mental da X, mais do que um problema de eu me preocupar muito de eu estar bem, do que estava acontecendo comigo.”* (Entrevista H004; 36 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Eu esqueci ... me esqueci que eu tinha problema e procurei dar apoio à ela. Não deixar ela sentir o que eu sentia. Dela se sentir culpada por alguma coisa, dela carregar ... achar que ela tem problema. Não, quem tem problema ‘são’ nos dois.”* (Entrevista H003; 33 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Deve-se apontar que os homens falaram, na sua maioria, que achavam que para eles era mais fácil, que para as mulheres, lidar com o diagnóstico de infertilidade. Conforme disseram, consideravam que as mulheres sentiam-se mais afetadas pelo diagnóstico. Para elas, era mais difícil lidar com a perda da possibilidade de uma gravidez biológica, e o impacto desta realidade era maior na vida delas.

*“E, naquele momento o médico já ... [silêncio] a ... a ... o médico deixou claro que a possibilidade de gravidez seria pequena, principalmente devido a ... ao estágio da doença, né? Tinha que fazer uma série, uma bateria de exames, né? Particularmente, eu acho que, sendo homem, consegui suportar um pouco mais isso. Ela como sendo mulher, é mais emotiva, sentiu mais ...”*  
(Entrevista 007; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Só um dos entrevistados afirmou explicitamente que ele adotava uma atitude mais distante, de não ficar entusiasmado com cada proposta de tratamento e não colocar muita esperança nos procedimentos, para se proteger da decepção e do sofrimento. Ele esclareceu que não significava que ele não tivesse expectativas, mas que esta atitude era uma tentativa de ser racional e realista com relação aos resultados dos procedimentos propostos.

Quanto à adoção, alguns dos homens entrevistados, semelhantemente às mulheres, fizeram referência a este assunto ao falarem sobre o significado do desejo de ser pai. Eles disseram que tinham pensado e considerado a possibilidade de adotar um filho ao longo dos sucessivos tratamentos e fracassos dos mesmos. Entretanto, após terem refletido sobre esta possibilidade, achavam que era melhor primeiro esgotar todas as possibilidades, para ter um filho biológico e, só se não fosse possível, voltar a considerar a adoção como uma alternativa

*“É, a gente até queria adotar uma criança, né? Mais aí a gente viu ... não tem como o filho da gente, né? É diferente, né? Então, a*

*gente está tentando aqui na UNICAMP.” (Entrevista H020; 37 anos, esterilidade primária por fator masculino; C2-FIV)*

Um dos entrevistados que apresentava um diagnóstico de infertilidade por causa masculina relatou que este diagnóstico tinha sido realizado após quatro anos de tentativas do casal de engravidar. Conforme ele disse durante a entrevista, ele não sabia lidar com a situação e, para ele, era difícil falar sobre o tema. Além disso, achava que era pouco comum um homem ter este tipo de problema, e isto fazia com que se sentisse nervoso, preocupado, triste e magoado pela dificuldade de gerar um filho.

*“Ah! um pouco nervoso, né? ... A gente fica um pouco nervoso né? ... um pouco assim. Desentendimento, um pouquinho houve, né? ... um pouco de trauma de não ter a criança ... fica um pouco.”*  
(Entrevista H020; 37 anos, esterilidade primária, C1- FIV)

#### **4.3.2. Relação do Casal**

Esta categoria de análise diz respeito a como as mulheres e os homens que participaram das entrevistas percebiam a sua relação de casal, incluindo a relação sexual. Ainda que este estudo não tenha tido como objetivo estudar as relações dos casais participantes da FIV, procurou-se conhecer como as mulheres e os homens percebiam o seu relacionamento de casal e se isso era relevante para compreender as suas vivências no início de um ciclo de FIV.

- **Mulheres**

De maneira geral, as mulheres relataram que seu relacionamento com o parceiro era satisfatório afetivamente, e a maioria delas disseram que achavam que era 'ótimo', 'muito bom' ou 'bom'.

Observou-se que a maioria das mulheres que se referiam a sua relação de casal como ótima ou muito boa consideravam o diálogo e a possibilidade de conversar como fatores importantes na construção desta relação. Disseram que conseguiam resolver as crises que se apresentavam na convivência, conversando e tentando entender um ao outro. Uma delas referiu-se às crises pelas quais passou com o marido devido ao ciúme dela e como estas foram superadas através do diálogo que possibilitou ao casal conhecer-se e entender-se melhor. Outra das participantes relatou que, apesar de passar como marido períodos longos muito bem, também tinham brigas, que, conforme disse na entrevista, eram "muito explosivas" e, às vezes, aconteciam devido à falta de comunicação entre eles, mas continuava a considerar sua relação com o marido muito boa porque sempre conseguiam conversar e buscavam entendimento.

Algumas entrevistadas também disseram que consideravam a convivência do casal "gostosa", baseada no respeito e na confiança mútua. Uma delas destacou que era muito agitada e que o marido era muito tranquilo, mas que tinham respeito um pelo outro, enfatizando que devido a isso e à

confiança que existia no relacionamento, não obstante as diferenças, a relação era boa.

*“Muito bom. [riso] Muito bom mesmo. A gente se dá muito bem. O nosso relacionamento é a base assim ... é muito diálogo: a gente conversa muito, né, sobre a gente mesmo, sobre sentimento, sobre tudo o que está acontecendo. A gente conversa muito. Eu acho isso muito importante no nosso relacionamento, porque acho que a gente só cresceu desde quando a gente casou, né? E ... ele cedeu, eu cedi. Então, ceder assim, no ... no sentido de temperamento mesmo, a gente também dá uma controladinha na, ... nas ações da gente, né? Às vezes, você age de uma forma e, depois que machuca a pessoa, então dá uma pensadinha antes de dar aquela e agir, né? Então a gente, a gente conversa muito e assim tem muito respeito no nosso relacionamento, muito respeito, muita confiança. A gente é bem aberto ... é muito bom.”* (Entrevista M013; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Pode-se observar que as mulheres que disseram considerar a sua relação de casal boa, como as participantes que a consideraram ótima ou muito boa, relataram que, quando tinham algum problema, conversavam com o marido sobre o assunto, procurando uma solução ou estabelecendo acordos. Além disso, relataram que nunca tiveram problemas sérios, que dificilmente discutiam ou brigavam com o marido e tentavam resolver os problemas que se apresentavam na vida do casal através do diálogo.

*“Ah, é engraçado, a gente briga de bobeira assim às vezes, né?  
Mas a gente nunca teve uma discussão séria, nada, ele, como eu*

*te falei, ele é muito paciente e eu sou muito agitada. Então, quando ele vê que eu estou agitada demais, por algum problema, ele fica quieto, ele deixa eu extravasar sozinha. Muitas vezes, ele faz assim pra mim 'Acabou?, Tá mais calma? Agora a gente pode conversar?'" Então, quer dizer, é um relacionamento bom."* (Entrevista M033; 35 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

De uma maneira geral, observa-se que, as mulheres que disseram que a sua relação de casal era boa, relacionavam este fato com atitudes e comportamentos dos maridos. Destacaram que os parceiros procuravam dar apoio para tudo, eram pacientes, carinhosos, as ouviam e entendiam, eram companheiros e ajudavam nas tarefas da casa. O amor que sentiam um pelo outro também foi apontado como um fator muito importante na relação. Algumas mulheres também atribuíram à boa convivência o fato de conhecerem muito bem os maridos, por conviverem há muito tempo juntos.

*"Ah! Nosso relacionamento é bom! Ele é uma pessoa muito boa. Apesar dele trabalhar à noite, né?, chega do trabalho, estuda. Chega de noite, mas a gente, realmente, a gente se dá muito bem, tem um relacionamento muito bom. Não tem o que, o que falar. É bom mesmo."* (Entrevista M006; 35 anos, ligadura tubária, C2-FIV)

*" ... Ele me ajuda em tudo, principalmente porque eu tenho, eu tenho tendinite por causa da digitação. Ele me ajuda em casa, quando ele está em casa, ele põe roupa no varal, lava louça, lava as folhas de verdura, né, que eu não posso ficar lavando, que dói muito o braço, corta carne. Nossa! Ele me ajuda em muitas coisas*

*e ele é uma pessoa maravilhosa. Eu não tenho o que reclamar dele.”* (Entrevista M39; 30 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

Entretanto, independentemente de como tinham definido a sua relação e se era o primeiro ciclo de FIV ou já tinham realizado algum previamente, a maioria das entrevistadas relataram que, quando estavam participando dos procedimentos da FIV, ficavam tensas, nervosas, preocupadas e mais voltadas para o tratamento que para a relação de casal. Consideravam que mudavam em sua forma de se relacionar com os outros e que a compreensão dos maridos tinha significado ou estava significando um apoio importante. Explicitamente, falaram que esta atitude dos maridos tinha contribuído para uma melhor relação do casal nesta etapa.

*“Eu vou falar uma coisa ... eu, eu ... como eu comecei a semana passada e eu tive sangramento e eu estou com dor também, então a gente tem evitado ... entendeu? Evitado, assim, lógico que não, quando acontece, normal, tudo bem. Mas, por exemplo, esta semana a gente teve vida sexual normal. Agora já a que vem, eu ... eu já não vou conseguir ter, porque ele sabe que fica muito dolorido, fico com muita barriga. Então, ele é uma pessoa que entende muito isso, entendeu?”* (Entrevista M007; 39 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

*“Não a gente fica mais tenso, mais ... mais nervoso. Mais nada assim que, que mude, uma, uma mudança brusca, muda um pouco.”* (Entrevista M002; 35 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Foi assinalado, por algumas mulheres, como um fator importante na relação com os maridos, não ter sentido nunca cobrança por parte deles porque não podiam ter filhos. O fato de não sentirem cobrança lhes dava mais segurança, tanto para si mesmas como para a relação com os maridos. Uma das entrevistadas relatou que o marido gostava dela acima da vontade de ter filhos. Não queria que ela corresse riscos com tratamentos de esterilidade e valorizava muito o esforço dela ao participar dos procedimentos da FIV para tentar engravidar.

*“ ... Ele está muito animado e, as dores que eu estava sentindo, parece que era com ele também. Ele corre, à noite desesperado, faz chá, então eu me sinto bem, nem sinto se ... agora eu estou me sentindo mais segura. Eu já era segura com meu casamento, depois que eu ... mas depois desse tratamento, de todas as ... essas expectativas, eu não vejo cobrança nenhuma. Então, eu me sinto mais segura com relação a isso.”* (Entrevista H011; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

É interessante observar que as três mulheres que consideravam que seu relacionamento não era bom relataram que a causa disso estava ligada direta ou indiretamente com os problemas de infertilidade do casal. Uma delas falou que brigava muito com o marido, sendo a causa da discussão a mãe dele, que não gostava dela e reclamava muito porque ela não engravidava. Outra relatou que discutia muito com o marido porque ele era muito nervoso, mas também falou que achava que era normal que isso acontecesse, devido ao diagnóstico de esterilidade por fator masculino.

*“A gente tem muito problema assim, eu e ele. Briga muito, mas ... mas por causa da família. A gente mora no fundo da casa da mãe dele. Eu não gosto dela, e ela não gosta de mim. Então ela fica assim vendo a gente brigar o tempo todo por causa dela. Eu acho que isso atrapalha mais. Assim, quando eu vejo alguém com criança, alguma coisa que ... ele fala que é coisa da minha cabeça. Daí ela fala ‘aí você nunca vai ter filho, aí não sei o que’ ....”*  
(Entrevista M030; 22 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Ao se referir a sua vida sexual, a maioria das mulheres deste estudo declararam que era excelente, muito boa ou boa. Disseram que tinham desejo e prazer na relação sexual e que os maridos eram carinhosos, atenciosos e que sabiam agradar.

*“Ah, porque a gente se entende muito, principalmente nessa parte. A gente se entende muito um com o outro. E a gente, é, tem uma relação muito prazerosa, sabe? Nesse lado é muito bom.”*  
(Entrevista M006; 36 anos, ligadura tubária, C2-FIV)

Entretanto, algumas entrevistadas disseram que a frequência sexual tinha diminuído, mas explicaram que isso decorria do aumento de atividades e obrigações no dia-a-dia, e não a problemas do casal, reiterando que continuavam considerando sua vida sexual muito boa. Disseram, de maneira geral, ao se referir à diminuição da frequência nas relações sexuais, que a consideravam transitória.

*“É muito boa, não é ótima, mas é muito boa. Acho que não é ótima porque, por causa da correria nossa no dia-a-dia, né? Eu trabalho muito, e ele trabalha e estuda. Então ele chega em casa muito tarde, exausto, tal, então durante a semana é muito difícil a gente ter relação sexual, né? Então ... [acabou a fita] ... a gente, a gente se... acho que a gente se realiza mesmo, se completa um ao outro. As fantasias que ele tem, eu procuro realizar e vice-versa, entendeu? Entre nós, ali mesmo, né? Entre quatro paredes, ele fala 'não, aqui somos nos dois, né?’ Depois, quando tiver lá fora, acabou. Aí a gente nem conversa sobre o que a gente conversa na cama, é outra coisa mesmo. Parece que é outra vida, né? Mas é muito bom.”* (Entrevista M003; 30 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

*“Depois do nenê, boa. [rindo] Antes, ótima. Porque não dá tempo, também, mas ... diminuimos a nossa regularidade. É isso.”* (Entrevista M014; 33 anos, filho por FIV, C2-FIV2.)

Cabe destacar que a maioria das mulheres, independentemente do diagnóstico ou do número de ciclo de FIV em que estavam participando, relataram ter observado modificações na sua vida sexual durante os procedimentos da FIV. Disseram que, quando estavam participando de um ciclo de FIV, diminuíam a frequência ou não tinham relações sexuais, pois não conseguiam relaxar e estavam tensas a maior parte do tempo. Além disso, a preocupação principal era com a possibilidade de engravidar. Nesse período, as mulheres sentiam-se mais voltadas para o tratamento, e não tinham vontade de ter relações sexuais.

*“Não porque a gente fica ansiosa. É agora. É né? Eu fico ‘ai meu Deus: que dia que vai chegar, começar’. Então a gente afasta um pouquinho dele. Fico pensando mais em mim, né?” (Entrevista M035; 32 anos, esterilidade secundária, C2-FIV)*

*“É sempre. [refere-se a que tem prazer] Às vezes, acontece de não ter, né? Ultimamente, então agora desde quando eu comecei a participar do FIV é ... eu tenho sentido menos vontade. Eu tenho assim, eu não sei, eu acho que a minha cabeça está muito ligada a isso, né? Então, eu não estou assim pensando eu, não ... eu futura mãe, é assim desse lado, está... mais assim devagar, vamos dizer, né?” (Entrevista M0013; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Também, algumas mulheres acrescentaram aos motivos citados acima, para terem diminuído a frequência sexual durante os procedimentos da FIV, o fato de sentirem medo que o ato sexual pudesse interferir com os procedimentos. Uma das mulheres referiu que seu temor era que a relação sexual pudesse afetar os óvulos, interferindo com o resultado do procedimento e afetando o seu possível êxito.

*“Não. A única mudança é que eu tenho ... às vezes eu tenho medo de ter relações e estourar os ovinhos lá dentro. [riso nervoso] Eu nem comentei isso com o médico, mas eu tenho medo disso, né? Então, às vezes, ele me procura e eu falo ‘ah, eu não vou não, porque eu tenho medo de estourar os ovinhos lá dentro’ [silêncio] ... Mas eu acho que mudou um pouco só nisso daí, né? Ele compreende também. Que ele fale, “não”, tudo bem. Se você acha que é assim... normal. E, durante os 18 dias também que eu ... que*

*eu tive que ficar na espera, né? A transferência... durante esses 18 dias, não mantive relações também. Porque eu acho ... eu tenho medo de, né, de chegar assim de acontecer eu menstruar e saber assim... não, foi porque eu tive relação. Então eu prefiro ... é ... aguardar sem ter relações.”* (Entrevista M010; 29 anos, ligadura tubária, C3-FIV)

Conforme o relato das mulheres, foi observado que alguns casais procuravam adequar-se às mudanças que tinham acontecido a partir do início dos procedimentos da FIV na vida sexual. Incorporaram estas mudanças sem que fossem causa de desentendimentos e de, uma maneira geral, também foi observado, a partir dos relatos das mulheres, que os maridos entendiam que elas estivessem com menos vontade de ter relações sexuais.

*“Não, a gente não teve relação mesmo. Minto, ontem a gente teve porque eu falei assim pra ele ‘vamos ...’. Ele falou assim ‘ah, eu estou com uma saudade de você’. Ele falou assim ‘pena que você não está muito bem’. Aí eu falei assim ‘se a gente fizer com cuidado, amanhã eu tenho exame pra fazer’. Parecia que fazia tanto tempo, um século, parecíamos namorados ... Ele falou assim que até que era bom a gente ficar um tempinho assim.”* [riso] (Entrevista M011; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Uma das entrevistadas relatou que sua vida sexual tinha sido satisfatória até o diagnóstico de infertilidade, a partir do qual começou a questionar-se sobre o sentido das relações sexuais na sua vida se não podia

engravadar e ser mãe. Além disso, após o diagnóstico, começou a sentir menos vontade de ter relações sexuais.

*“Então, da parte dele, não mudou, mas eu acho que da minha parte mudou um pouco na relação sexual. Eu senti que eu fiquei assim ... eu não sei, é um sentimento estranho, às vezes eu pensava assim: mas se eu não sirvo para ser mãe, que eu vou fazer?. Az vezes aconteceu isso, muitas vezes aconteceu isso, então eu achava para que eu vou pra cama, porque, que eu vou fazer? Só pra agradar? Aí no mesmo momento eu pensava: não, mais espera aí, se eu nunca puder ter um filho, então eu nunca mais vou ...? Aí foi ... acho que foi um ano também, cerca de um ano eu mudei um pouco nesse lado e voltei a ... a ser como eu era né? Não igual eu era quando eu ..., antes de fazer o tratamento, mas mudou um pouco, na parte sexual, mudou um pouco.”*  
(Entrevista M033; 35 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Cabe destacar que em relação à diminuição da vontade de ter relações sexuais, as mulheres que tinham endometriose atribuíram a esta doença as dificuldades na vida sexual e não achavam que o fato de estarem participando da FIV tinha significado alguma mudança. Atribuíram a diminuição da frequência das relações sexuais aos medicamentos, ao sangramento e à dor que sentiam.

*“Às vezes, eu ainda sinto dor, entendeu? Então eu já fico ... Às vezes ele quer, mas ele entende ... por exemplo, foi na semana passada. Fazia muito tempo que a gente não mantinha relação por causa do sangramento, né? E eu sentia dor, talvez que por isso no domingo eu fiquei com medo. Então, ele sente, ele fica*

*preocupado. Então, está atrapalhando bastante.”* (Entrevista M034; 35 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

- **Homens**

De uma maneira geral, foi observado que a maioria dos homens entrevistados declararam que a relação de casal era boa e apresentaram diversas razões para considerá-la assim. Achavam o relacionamento de casal bom, porque conseguiam conversar bastante, tinham diálogo com as esposas e tentavam resolver os problemas que surgiam conversando, e sem brigar. Enfatizaram que tinham construído um relacionamento harmonioso e estável, procurando mantê-lo. Acrescentaram, ainda, que consideravam seus relacionamentos com as esposas “normais”, como acreditavam que devem ser os bons relacionamentos, com altos e baixos. Também destacaram que eram unidos, que gostavam muito um do outro e que faziam coisas gostosas juntos.

*“Ah! A gente é muito, muito unido. A gente... um se preocupa muito com o outro. Eu trabalho, ela trabalha, mas a gente procura sempre dividir as tarefas, as tarefas de casa, eu sempre que eu tenho tempo eu procuro ajudar pra a gente sempre estar assim, em harmonia mesmo, né? E ela também da mesma maneira ...”*  
(Entrevista H012; 26 anos, esterilidade primária, C1- FIV)

*“Ah! ... Nós temos até que um bom relacionamento, porque evitamos briga, né? Eu acho que a gente, pra partir para uma briga, não tem. É ... temos altos, como todo casal com os altos,*

*com os baixos, né...?” (Entrevista H007; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

*“Boa, é bem agradável. Nós somos bem amigos é ... a gente se gosta muito mais, a gente conversa bastante, nos trançamos muito diálogo. É... somos bem abertos, falamos tudo o que queremos no caso, conversamos muito e, é gostoso, a gente passeia bastante ...”. (Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV).*

Por outro lado, alguns dos homens que consideravam seu relacionamento com as esposas bom fizeram referência a dificuldades que tinham se apresentado na vida do casal e, conforme disseram, estas dificuldades estavam relacionadas principalmente com o ciúme das parceiras. Observou-se, a partir das falas deles, que consideravam que, conversando, iam resolvendo estas situações e o diálogo estabelecido na relação tinha sido importante para a resolução das dificuldades apontadas.

Deve-se destacar que a maioria dos homens relataram que não sentiram, da parte deles, mudança no relacionamento de casal após o diagnóstico de infertilidade. Consideravam que as mudanças estavam relacionadas com questões práticas que, a partir do diagnóstico, passaram a fazer parte de seu cotidiano, como as decisões em relação a possíveis tratamentos médicos que foram incorporadas na vida do casal. Expressaram que tinham se envolvido em um processo de planejamento tanto das atividades relacionadas com o tratamento proposto como dos aspectos financeiros para poder incorporá-los ao projeto de vida do casal. Tudo, conforme disseram, foi discutido entre eles e as

esposas, salientando que um dos aspectos fundamentais considerados na tomada das decisões foi que estas não prejudicaram a relação do casal.

*“Não, não mudou (o relacionamento) porque ... a ... a mulher, quando foi, quando a gente “ficamos” sabendo que ela tinha problema, a gente procurou é resolver o problema, né? Aí, foi quando a gente “procuramos” a médica.” (Entrevista H025; esterilidade secundária, C2-FIV)*

Um dos entrevistados fez referência específica ao que ele considerava sobre seu relacionamento de casal, caso a gravidez não acontecesse, após os tratamentos: se continuaria da mesma forma!? Ele achava que a impossibilidade de ter um filho não constituiria um problema no relacionamento do casal.

*“Sem problema. A gente vai fazer o que, né? Se não consegue, a gente não pode fazer nada, então é ... vai permanecer normal. Vai ficar aquele negócio na cabeça de que a gente ... pelo menos a gente tentou, né? Se não conseguiu, é que nem aquele negócio “o que importa é competir”, ‘não importa que... né?’ Normal.” (Entrevista H025; esterilidade secundária, C2-FIV)*

Entretanto, outro entrevistado que também considerava que seu relacionamento com a esposa era bom, que existia diálogo entre eles e que tinham uma vida estável, disse que achava que a vida do casal tinha ficado mais triste após o diagnóstico de infertilidade.

*“Bom. O relacionamento entre eu e ela é, é bom sim ... à ... às vezes há uma, um relacionamento ... um pouco triste, né? É por não ter filho, né? Mas ... eu e ela? Muito bom, está ótimo, não está ruim.” (Entrevista H008; 24 anos, esterilidade primária, C2-FIV)*

Por outro lado, em geral, os participantes do presente estudo referiram-se a mudanças que tinham percebido no relacionamento do casal a partir do início dos procedimentos de FIV. Foi observado, a partir da fala de alguns dos homens, que eles tinham percebido uma aproximação entre eles e as esposas após terem iniciado os procedimentos de FIV. Entretanto, outros afirmaram que tinham percebido o contrário – que, durante os procedimentos de FIV, o relacionamento com as esposas ficara mais distante.

Acrescentaram, ainda, que, em algumas oportunidades, eles sentiam-se tensos e ficavam nervosos e que não queriam passar estas vivências para as parceiras. Imaginavam que as esposas esperavam que eles as compreendessem e fossem um apoio para elas durante a realização dos procedimentos. Também disseram acreditar que o papel esperado dos homens nessa situação era que estivessem tranquilos, que controlassem seus sentimentos, que não demonstrassem que se sentiam inseguros ou preocupados e que tomassem conta da situação, resolvendo as questões práticas.

*“... E a mulher sente isso. Quer que o homem esteja ali, que em ela ... uma mulher espera que o homem ... compreenda muito dos sentimentos dela, e o homem não consegue. Não é que não*

*consegue, até compreende, mas procura não passar, não é não passar, ele se fecha porque ele é ... não pode abrir. Eu coloco que não pode ser emotivo. Alguém tem que segurar numa hora dessa.”*  
(Entrevista H003; 33 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Um dos participantes informou que achava que seu relacionamento de casal tinha mudado desde que tinha iniciado os procedimentos de FIV. Ele sentia-se mais carinhoso com a esposa e também sentia que ela estava mais carinhosa com ele.

*“Tem, mudou mais, mudou ... Eu acho que ela está mais carinhosa comigo, tanto eu com ela, mais carinhoso com ela.”* (Entrevista H023, esterilidade primária, 32 anos, C1-FIV)

Os homens que consideravam seus relacionamentos muito bom e ótimo informaram que se sentiam satisfeitos na relação e que não tinham sentido a necessidade de procurar fora deste relacionamento novas alternativas. Relataram que o relacionamento era bonito, sólido e estável, não era monótono. Também falaram que não discutiam nem brigavam, que tinham uma visão parecida em relação ao projeto de vida e que conversavam sobre tudo o que incomodava, bem como sobre as decisões que tomavam. Acrescentaram ainda que se sentiam apaixonados pelas esposas.

*“Com a S? Ah, é ótimo, Olha, sinceramente, eu, eu estou ... mais ou menos, praticamente há dez anos com a S. e nunca senti necessidade de ter uma vida dupla. Nunca! Realmente nós, até agora, quer dizer, nosso relacionamento ainda não caiu na*

*monotonia, né? E até agora realmente é sempre um relacionamento muito bom, muito bonito, né? Até parece que ... é ... parece que é assim, que é desde o início, né? Parece que a mesma coisa do início está sendo agora ... muito estável, relacionamento realmente muito alicerçado.” (Entrevista H009; 44 anos, ligadura tubária, os dois têm filhos de outra relação e uma filha gerada por FIV, C1-FIV2)*

Com relação à vida sexual, a maioria dos homens entrevistados declararam que consideravam sua vida sexual boa. Referiram-se à frequência das relações sexuais como um aspecto importante. Alguns homens se declararam satisfeitos com a frequência das relações sexuais.

*“Boa porque é ... eu não sou desses assim é ... falando no, no lado é ... somente sexual, só de, só de frequência de, de, é, é ... porque a gente não, não faz ... não faz amor assim muitas vezes, com excesso, não é aquela loucura. Não é também, não é por exagero. É só quando tem é ... vontade e às vezes, às vezes, necessidade, e, às vezes as duas coisas é. Eu percebo também que é ... é assim. É quando os dois querem assim e os dois querem assim e os dois querem é com essa mesma ... com ... desse jeito, sabe? Nem falta pra ela nem falta pra mim ...”. (Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

*[riso] “ ... Por que eu acho normal? Ah! Tem a quantidade de relações necessárias, eu me sinto bem nas relações, eu faço com a pessoa o que eu gosto ...” (Entrevista H021; 31 anos, esterilidade secundária, C1- FIV)*

Entretanto, conforme disseram na entrevista, alguns sentiam que tinha diminuído a frequência das relações sexuais. Atribuíaam esta diminuição da frequência ao ritmo de vida que estavam levando, referindo-se às múltiplas atividades e obrigações que tinham no seu dia-a-dia. Apesar de menos freqüentes, as relações sexuais continuavam sendo consideradas por eles boas e satisfatórias.

Os homens que estavam casados com mulheres que tinham endometriose informaram que a vida sexual era boa, mas que a frequência das relações dependia principalmente da dor que as mulheres sentiam. Estes casais, conforme relataram os homens, não tinham relações sexuais quando as mulheres estavam com dor, e isso, na opinião deles, limitava a vida sexual aos períodos em que este sintoma, decorrente da doença, melhorava. Entretanto, eles não pareciam incomodados com esta dificuldade.

*“É boa. Apesar de que às vezes tem que ... ser ... cauteloso pra transar com ela, por causa da doença dela.”* (Entrevista H024; 39 anos. esterilidade primária, C1-FIV)

Alguns homens, independentemente do ciclo em que estavam participando ou do diagnóstico de esterilidade do casal, informaram que achavam que a vida sexual do casal mudava durante procedimentos de FIV. Fizeram referência ao fato das relações sexuais diminuírem ou serem suspensas em alguns períodos do ciclo de FIV, devido à existência do desconforto, tanto físico como emocional das mulheres. Principalmente,

referiam-se à etapa da estimulação da ovulação, etapa em que freqüentemente as mulheres sentem dor e desconforto. Para eles, de maneira geral, não foi difícil lidar com esta situação, porque tinham incorporado não ter relações sexuais nesse período como algo que já faz parte dos procedimentos da FIV.

*"Não. Só muda um pouco quando ela começa o processo de dores, aí mudou um pouco, né? Ai ... aí a gente respeita que ela fala 'oi bem, que hoje estou com dor'. Dor assim quando começa, quando ela vai ... tá chegando perto pra menstruar. Essas coisas, que ela ... aí, é meio duro pra ela, fica barra. Mas, tirando isso, normal".*  
(Entrevista H002; 32 anos, esterilidade primária, C2- FIV)

Dois dos homens que participaram deste estudo, ao se referir a sua vida sexual, disseram que a consideravam ótima, pois tanto eles como suas parceiras sentiam-se satisfeitos sexualmente. Conheciam a sensibilidade um do outro e tinham muito carinho na relação do casal.

*"Porque a gente fica sempre. Sempre foi a vontade de um para o outro. Nunca teve aquele, aquele obstáculo 'ah, hoje não, amanhã não, por isso não'. Mesmo a gente tendo alguma discussão, como todo casal tem, mas nunca atrapalha. Sempre tivemos entendimento nisso." (Entrevista H006; 44 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

### 4.3.3. Conhecimento e Percepção Prévios sobre a FIV

Questões referentes às primeiras informações sobre a FIV e a percepção dos participantes sobre este procedimento antes que lhes fosse proposto como uma alternativa para solucionar seu problema de infertilidade foram obtidas dos depoimentos nesta categoria de análise.

- **Mulheres**

De uma maneira geral, as mulheres entrevistadas contaram que ficaram sabendo sobre a FIV através da mídia. Disseram que a televisão foi a mídia mais freqüente através da qual receberam as primeiras informações sobre este procedimento. Também fizeram referência às reportagens publicadas em jornais e revistas como fonte de informação.

*“Praticamente nada, né? Sabia o .... o que dava no jornal, que num sei quem conseguiu ... através da fertilização ...”* (Entrevista M002; 35 idade, esterilidade primária, C2-FIV)

As informações que receberam através da mídia com relação aos resultados deste procedimento foram associadas, por algumas participantes deste estudo, a algo que elas consideravam “mágico”, a algo inexplicável que “dava um filho” e resolvia o que para muitos casais até esse momento não era possível - engravidar e ter um filho. Duas mulheres fizeram referência explícita a uma interpretação através do religioso, quando disseram que Deus, como

instância superior, possibilitava a existência da FIV e dava sabedoria aos médicos para que realizassem este tipo de procedimento.

*“Ah! Eu acho uma coisa maravilhosa, né? Eu acho um ... sei lá, eu acho que é ... é o poder que o homem tem, né? É a inteligência que Deus, Deus deu pro homem de poder trabalhar isso. Nossa! Eu acho um, é uma maravilha, não é? Poder melhorar a vida das pessoas, poder realizar ... como se o homem tivesse o poder de realizar um sonho de um casal, né? E, se bem que agora, eu acho que ainda, ainda tem que ter a mão de Deus, né? Porque senão, não vai acontecer nada. Eu sei disso também. Mas eu, ah, eu achei muito lindo, viu?”* (Entrevista M0037; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Por outro lado, outras mulheres informaram nas entrevistas que quando acompanhavam as notícias pela mídia achavam que era um procedimento impossível de se pensar e que era como algo do “outro mundo”, “um absurdo”, “um horror”, “estar mexendo com Deus”, “querer fazer mais do que Deus”. Consideravam a FIV algo incompreensível, acrescentando algumas que, naquela época, em que ficaram sabendo, sentiram receio, por acharem impossível uma mulher engravidar num laboratório.

*“Ah! Eu achava uma coisa tão impossível [rindo] ... tão difícil, né? Uma coisa do outro mundo.”* (Entrevista M009; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Ah, achava que ... não tinha nada a ver, que não dava certo ... que eu acho que imagina que mulher vai engravidar assim num*

*laboratório, que era mentira”. (Entrevista M030; 22anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Na fala de outras participantes, pôde-se observar que, mesmo elas sabendo que existiam os procedimentos de FIV, não tinham refletido sobre o significado deste procedimento. A informação não tinha um significado especial, da mesma forma que naquela época não fazia parte da realidade delas, e só procuraram se informar mais a respeito deste procedimento quando passaram a considerá-lo uma alternativa.

*“Ah! ... Ah! Para ser bem sincera, eu era neutra. Não criticava, mas também não ... sabe quando você não, quando aquilo não atingir você? Você ouve, passa e pronto, né? Aí depois que eu vi que eu ia ter que pensar sobre isso, aí eu já procurei pesquisar, saber, ler, né? (Entrevista M020; 33 anos, esterilidade primária, C3-FIV)*

Entretanto, de uma maneira geral, as entrevistadas disseram que pensavam ser tão lógico que as pessoas que não podiam engravidar naturalmente e ter um filho alimentassem uma esperança que os procedimentos de fertilização assistida oferecem. Também relataram que, na época, quando começaram a acompanhar as notícias sobre o procedimento pela mídia, estavam em outra etapa da vida. Ainda não sabiam que teriam dificuldades para engravidar, nem pensavam, nem imaginavam que no futuro iriam precisar deste procedimento.

*“Ah! Eu pensava uma coisa muito distante de mim, uma coisa assim ... Engraçado que eu também estava pensando, né? Quando o primeiro bebê de proveta ... eu acho que eu era criança, eu não sei quanto tempo faz, mas a gente ficou horrorizada, né? Nossa como é que pode? ... Quem assim consegue, fazer mais do que Deus, qualquer coisa assim? Então aquilo ali ... hoje em dia, é lógico que um filho ... a luz mesmo, a esperança de alguém que não pode ter um filho naturalmente, né?”* (Entrevista M013; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Só uma das mulheres deste estudo relatou que, quando ficou sabendo sobre a FIV, não achava que fosse um procedimento certo, porque, para ela, não era claro o que acontecia com os embriões que não eram transferidos. Ela manifestava que considerava que os embriões tinham vida e que portanto mereciam ser tratados com cuidado e preocupação se alguns fossem descartados.

- **Homens**

A partir da análise das entrevistas dos homens, pôde-se observar que, a maioria deles, semelhantemente às mulheres, também informaram que ficaram sabendo dos procedimentos de FIV através dos meios de comunicação. Alguns deles, disseram que a informação que tinham sobre a FIV era pouco superficial e, na época, não tinham refletido sobre o significado do procedimento.

*“É ... revista, televisão, mas muito superficial. Bebê de proveta, aquelas coisas ... É, eu nunca cheguei a refletir muito sobre o*

assunto, tá?” (Entrevista H010; 29 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Entretanto, alguns dos homens informaram que só vieram a ter uma informação sobre o procedimento que para eles era significativo através dos médicos, quando tiveram consulta devida à infertilidade e quando esta terapêutica foi proposta como uma das alternativas possíveis.

“Como ficamos sabendo? ... Olha, com o médico particular. Começou assim: talvez ia fazer processo, ia trazer aqui na UNICAMP. Se o processo que ele ia fazer .... que ia ter vários processos ... ia ter ... como fala? É ... estimulação, se eu não me engano, né? Estimulação era tomar um remédio ou uma injeção que nós íamos fazer relação ... e depois ia partir, provavelmente, para fertilização *in vitro*. E a gente também um pouco por ler, por ver na TV, mas o começo foi isso mesmo.” (Entrevista H002; 32 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Em geral, os entrevistados falaram que, ao saber pela mídia sobre a FIV, acharam que este procedimento era uma solução para aqueles casais que não tinham possibilidades de engravidar naturalmente. Consideravam que este procedimento ajudaria muitos casais e não apontaram problemas para a utilização deste recurso terapêutico quando necessário.

“Ah! Eu diria que como uma, uma saída para ... para aqueles casais que não tinham filhos, eu enxergava como uma esperança, uma coisa nova que vinha aí: boa, positiva né? Que aí não só a ... a questão da vida. Mas eu diria a questão comportamental, né? Os

casais que não têm filhos, geralmente eu percebo isso no meu casamento: nos primeiros 3, 4, 5 anos, tudo bem; depois começa num estágio, que começa o relacionamento, começa a não ficar muito bem, né?" (Entrevista H007; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Alguns dos participantes acrescentaram, ao falar sobre os procedimentos da FIV, que para eles a diferença entre uma gravidez natural e uma que acontece após a utilização desta terapêutica estava dada pelo processo de fertilização, já que, uma vez colocado o embrião no útero, a gravidez desenvolvia-se da mesma forma.

Um dos participantes informou que, quando ficou sabendo sobre os procedimentos de FIV na escola, ele tinha 15 anos e achou uma loucura que fosse possível gerar um bebê num laboratório.

#### **4.3.4. A Decisão de Participar dos Procedimentos de FIV**

Esta categoria de análise refere-se a quando e como as mulheres e os homens entrevistados nesta pesquisa tomaram a decisão de participar dos procedimentos da fertilização.

- **Mulheres**

A partir das falas das mulheres entrevistadas, pôde-se perceber que elas começaram a pensar que este procedimento seria uma possibilidade para

concretizar o desejo de ter um filho biológico na medida que realizavam outros tratamentos e cirurgias, quando estes não preenchiam suas expectativas quanto aos resultados esperados. De maneira geral, consideraram a decisão de participar da FIV como parte de um processo “natural”, como uma seqüência lógica após os tratamentos realizados, que foi-se perfilando como a última possibilidade de continuar tentando engravidar e ter um filho biológico.

*“É, pra mim, foi uma coisa assim natural, entende? Não, não é uma coisa que choca, nem que me preocupa, nem ... sabe, acho lógico. Tem todo o incômodo de você ficar tomando injeção, de fazer acompanhamento, tudo ... Mas não foi assim um problema. Não foi uma coisa que me assustou, sabe? Eu acho que até veio meio natural, assim.”* (Entrevista M008; 33 anos, esterilidade primária, C3-FIV)

*“Foi, foi tão natural o processo, porque a gente já estava vindo de outras tentativas né? Então, quando surgiu essa oportunidade, foi natural assim, vamos participar ... e ... e quando começou o problema dele, era um objetivo nosso participar, que a gente pudesse participar do FIV, né? Porque, de repente, para nós era a única esperança, a única saída. Então, quando falou-se da possibilidade da gente entrar no grupo, foi um alívio! ... Aí foi ... é ... preocupação pra arrumar o dinheiro, pra comprar o medicamento, que era muito caro, aí teve ajuda da minha mãe. E nossa! A gente arrumou aqui e apertou ali, e tal, e acabou conseguindo. Mas foi bem natural o processo”* [começa a chorar] (Entrevista M003; 30 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Ainda que considerassem que participar dos procedimentos da FIV fosse a seqüência lógica quanto a alternativas terapêuticas, algumas mulheres relataram que, no começo, sentiram-se assustadas com os procedimentos da FIV. Também disseram que, ao mesmo tempo que sentiam temor, o desejo de ter um filho era intenso, e foi a convicção que esta terapêutica constituía a única possibilidade de engravidar que as ajudou a tomar a decisão, embora para algumas, os receios e temores persistissem.

*“Ah! Daí eu fiquei feliz! Na hora deu um medão assim, mas, depois, eu ... ah! De vir tudo, deu medo de tudo, né? Você vai sabendo aos poucos, né? Eu sempre quis ter filho, mas sempre tive medo da hora do parto. Eu tenho medo dessa parte aí, eu sempre fui muito medrosa, então, eu tenho medo dessa parte aí da ... do parto da ... né? ... de fazer essa transferência, eu tenho medo, mas ao mesmo tempo fico feliz.” (Entrevista M037; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

No relato das mulheres que previamente realizaram inseminação artificial, observou-se que possuíam uma percepção sobre o significado dos procedimentos do início do ciclo, tanto físico quanto emocional como sobre a probabilidade de fracasso mais real que as demais mulheres, após a própria vivência do fracasso.

*“Aí, na primeira foi ... foi uma sensação. Eu saí daqui achando que eu estava grávida, eu me sentia, né? Eu me sentia grávida na primeira. Aí eu fiquei dois meses em casa. Eu me sentia mesmo ... mas aí não deu certo, aí eu... eu não sei, eu não*

*senti é ... eu não tive sentimento de que eu estava perdendo alguma coisa, eu queria fazer a outra ... já na quarta inseminação, eu já estava mais ... assim, sem expectativa ...”*  
(Entrevista M022; 35 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Com respeito às mulheres com diagnóstico de endometriose, para a maioria, a decisão de participar do Programa de Fertilização *In Vitro* estava relacionada com dois fatores que foram identificados nas falas delas como prioritários: a possibilidade de engravidar e a de obter uma melhoria dos sintomas que apresentavam. Para elas, era uma possibilidade para “*parar o avanço da endometriose*” e “*evitar tomar remédios*”, pelo menos por um tempo, e, com isso, evitar os efeitos colaterais indesejáveis pela utilização destes medicamentos.

Pôde-se observar, a partir das entrevistas, que para essas mulheres estava claro que a endometriose não se cura e que, engravidando, poderiam melhorar os sintomas. A remissão de sintomas da endometriose perfilou-se como uma das preocupações principais junto com a necessidade de “*controlar*” a doença para estas mulheres na decisão de participar da FIV. Desta forma, um dos objetivos prioritários era a necessidade de um tratamento para melhorar a endometriose juntamente com o desejo de ter um filho. Para elas, a FIV era, no momento da entrevista, a única alternativa possível para ter um filho e “*controlar*” a endometriose.

*“Eu me preocupei mais com a endometriose do que com o fato de eu não poder ter filhos, tá? Foi o que mais me incomodou na hora ... Dentro do que ele me colocou do tratamento da endometriose, ele disse que a gravidez seria o tratamento natural. Então, como também eu sempre tive vontade de ter um filho, eu gosto muito de criança, então eu faria as duas coisas, né? Não que para mim não seja importante ter filho, mas eu faria as duas coisas de maneira natural, sem ficar tomando ... porque ele me passou que poderia tomar outros tipos de remédio, como ladogal ... e ... tem dimetrose, tem alguns outros remédios, né? Mas que tem toda uma série de efeitos colaterais e não resolvem o meu problema. Que como eu ... já destruiu as minhas trompas, mesmo que eu faça o tratamento, o máximo que eu posso conseguir é curar a endometriose, mas não vou ter chance de ficar grávida. Não tenho nenhuma, né? Por que só me sobrou a trompa esquerda e ela é nula. Então ser ... ele me colocou isso: que seria uma maneira mais natural e que eu atingiria as duas coisas, né? Então, aí a gente começou a pensar nisso, em ... em fazer.”*  
(Entrevista M008; 33 anos, esterilidade primária, C3-FIV)

Observou-se, com as entrevistas das mulheres que tinham realizado uma ligadura tubária, que a decisão de participar do Programa tinha sido tomada a partir do desejo de ter mais filhos, que foi se constituindo a partir de novas realidades. A decisão foi tomada por elas, como pelas demais mulheres, por ser esta terapêutica a única possibilidade de engravidar.

*“Ah! Foi como se tivesse uma luz no final do túnel, né? Mesmo que ainda não se concretizou, né? Assim, a gente ainda não*

*conseguiu, mas é como se houvesse uma luz no final do túnel”.*

Entrevista M006, 35 anos, 2 filhos, ligadura tubária, C2-FIV)

Duas das participantes deste estudo que já tinham filhos gerados por FIV disseram que, quando quiseram ter mais um filho, a decisão de participar do Programa nem foi tomada explicitamente, pois estava implícita na decisão de ter mais outro filho.

*“Nós já tínhamos decidido ter mais dois filhos, né? Não importa, não importasse como. Se a gente tem mais uma chance, vamos tentar essa também, mesmo que seja penosa. A importância é a gente ter um filho. Há três anos, a gente já tinha decidido ter dois filhos.”*  
(Entrevista M014; 37 anos, um filho de uma gravidez por FIV, C2-FIV2)

Foram poucas as mulheres que relataram que, entre os aspectos considerados para tomar a decisão, tinham ponderado sobre uma gravidez múltipla como resultante dos procedimentos.

*“Nós pensamos na, nos procedimentos, né? O, a reação que ele poderia dar no organismo, na gravidez de gêmeos, de trigêmeos, quadrigêmeos [risos], e o quanto a gente queria de verdade. E chegamos à conclusão de que nós queremos passar por tudo que tem pela frente, independentemente de que, do que vai acontecer.”*  
(Entrevista M019; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

As mulheres informaram que, quando estavam tomando a decisão de participar na FIV, tinham conversado com os maridos e que essa foi uma

decisão do casal. Para a maioria, não foi necessário discutir muito, porque parecia que foi se dando de uma maneira “natural” e que foi se constituindo parte das tentativas para engravidar. Passar de um tratamento a outro, tinha significado avaliar e decidir cada uma das possibilidades, e a FIV era a última expectativa.

*“Foi, foi tão natural, porque a gente já estava vindo de outras tentativas, né? Então, quando surgiu essa oportunidade, foi natural. Assim: vamos participar.”* (Entrevista M003; 30 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Outro aspecto considerado e discutido com os maridos, para tomar a decisão de participar da FIV, foi o fator econômico. Ainda que a possibilidade de acesso a um programa em um serviço público tenha facilitado a decisão em termos econômicos, também significou, para a maioria dos casais, a necessidade de planejar e organizar-se financeiramente para enfrentar gastos com medicamentos e demais despesas. Para isso, conforme observou-se a partir das falas das mulheres, em geral, os casais precisaram reorganizar o projeto de vida e redefinir as suas prioridades. Significou *‘trabalhar mais’*, *“aceitar bicos”*, *“vender um carro”* e *“recorrer a família”*.

*“Então, a gente, a gente teve que trabalhar dois anos já para ir juntando, assim, um ... algum dinheiro para chegar à conclusão de fazer, né?”* (Entrevista M031; 37anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Cabe destacar que duas mulheres manifestaram explicitamente que a decisão de participar da FIV inicialmente tinha sido mais delas que dos maridos e, uma vez tomada esta decisão, eles as acompanharam e as apoiaram. A percepção delas era que os maridos aprovaram a decisão por entenderem a importância que para elas tinha ser mãe, mas que as prioridades deles eram diferentes: um estava preocupado com melhorar a situação econômica e o outro considerava que era muito esforço para engravidar e que a adoção poderia ser uma alternativa mais fácil.

De maneira geral, as mulheres que estavam participando do segundo ou do terceiro ciclo disseram que a decisão de continuar no Programa tentando todos, decorreu da possibilidade de tratamento e, conseqüentemente, de engravidar. Uma tentativa frustrada não significava para elas deixar de acreditar que a próxima tentativa poderia terminar em uma gravidez.

*“Justamente porque o primeiro não deu certo. Bem, até dar certo. Então é uma coisa que, que você quer. Tanto quer que você, que nem eu falei, ‘você não trabalha com a possibilidade de não dar certo, então até dar certo você vai’ ...”* (Entrevista M002; 35 anos esterilidade primária, C2-FIV)

- **Homens**

Em geral, pôde-se verificar que para a maioria dos homens a decisão de participar dos procedimentos de FIV passava pelo desejo de ter um filho e que esta terapêutica era considerada pela maioria dos entrevistados como a última

possibilidade de ter um filho biológico nesse relacionamento. Entretanto, um dos participantes relatou que a mulher estava mais decidida que ele de participar dos procedimentos da FIV. Depois de conversar entre eles, tomaram a decisão em função da necessidade dela de ter um filho.

*“Eu também tenho vontade, sim. Eu tenho vontade sim de ter um filho, eu acho bonito, eu acho que faz parte do, do casamento, da relação, né? Eu tenho vontade sim.”* (Entrevista H008; 24 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Ao serem entrevistados, alguns homens disseram que tinham procurado informação sobre os procedimentos da FIV, tentando esclarecer as dificuldades, os possíveis riscos bem como a probabilidade de conseguir uma gravidez. Eles conversaram com as esposas, analisando e avaliando as possibilidades na medida que outros tratamentos eram realizados. Ao não acontecer a gravidez nessas tentativas, a FIV perfilava-se como o único caminho possível. Portanto, a decisão, na percepção deles, foi um processo ao longo dos tratamentos de infertilidade realizados.

*“É ... é, seria o caminho normal das coisas pra gente. Nós pensamos como esse recurso é ... é a consequência. Seria o começo, seria o que nós fizemos, nós ajustamos certinho no nosso cronograma, nós estamos certinhos. Nós começamos com a indução ... aí houve, aqui no caso em Campinas, também um pouquinho de indução, aí depois, como não deu certo aí partiram pra ... pra inseminação, foi feito, e nós partimos pra fertilização.”*

Para a maioria dos homens casados com mulheres com endometriose, a decisão de participar da FIV estava relacionada a dois objetivos identificados a partir das falas deles: um estava relacionado à procura de um tratamento para melhorar os sintomas da doença e o outro ao desejo de ter um filho.

*“Pesquisando, pesquisando que eu falo, literatura, médicos e amigos, eu descobri que a gravidez é um ... como um processo de combate natural à doença dela, a endometriose, né? Então eu diria que, pra gente, a prioridade era estar pensando não na gravidez em si, por causa do filho assim, mas como uma forma de combater a doença, né? É lógico que a vontade de ter filhos tinha, mas nós sabíamos, estávamos certos que ... que a possibilidade era pequena”* (Entrevista H007; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Em relação à decisão de continuar participando dos procedimentos da FIV, alguns dos homens entrevistados informaram que, quando perceberam que o primeiro ciclo não deu certo, após conversarem e avaliarem com suas esposas o significado do procedimento na vida do casal, e particularmente delas, decidiram que deveriam continuar. Alguns ainda acrescentaram que foi importante para esta decisão a convicção de que deviam tentar todas as possibilidades.

*“Não, a gente já tinha definido que iria fazer de novo, tá? Sendo chamado, a gente iria fazer de novo e de alguma maneira pra resolver o problema econômico a gente ... iria dar. Então, a gente resolveu desde o primeiro ciclo, quando terminou, que a gente iria*

*fazer de novo, que tem que se tentar. A XX tem ... tem esta ambição e eu junto com ela. Não tanto quanto ela, né? ..."*  
(Entrevista H003; 33 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

O fator econômico foi um dos aspectos analisados pelos homens na sua decisão de participar dos procedimentos da FIV. Estar participando de um programa implementado em um serviço público foi apontado como o fator que garantiu a participação destes casais dos procedimentos de FIV.

*"Porque foi, é o único meio que a gente tinha de, hoje de ... de poder ter um filho, né? E as condições financeiras que também foi ... porque hoje a gente fazer tratamento fora não teria condições, mas a UNICAMP nos oferece e foi a porta assim com que a gente se deparou ..."* (Entrevista H012; 26 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

#### **4.3.5. Vivências no Início de um Ciclo de FIV**

Para a análise desta categoria, as vivências de mulheres e homens no início de um ciclo de FIV foram retiradas dos depoimentos considerando situações específicas, quais sejam: quando foram convocados a participar de um ciclo de FIV, quando iniciaram os procedimentos do ciclo e a indução da ovulação.

- **Mulheres**

De uma maneira geral, as mulheres entrevistadas referiram que o tempo de espera entre a aceitação para participar do Programa e a chamada para iniciarem os procedimentos, independentemente de quanto foi o tempo real de espera, significou incertezas em relação a quando seriam convocadas para iniciarem os procedimentos. Uma vez agendada a data para iniciarem os procedimentos, sentiram-se afortunadas e felizes por estarem começando. A maioria das entrevistadas, independentemente do ciclo que estavam iniciando, relataram que sentiam esperança porque era mais uma possibilidade de engravidar e esta expectativa era o estímulo que ajudava a enfrentar as exigências dos procedimentos.

*“Eu sinto a ... alegria, né? Eu me senti muito bem, porque, como eu falei, como é para mim, essa é uma chance que eu tenho, né? Então essa chance eu estou levando assim com todas as minhas forças. Estou com muita coragem. Acho que é assim a dor, né, quando a gente vai, vamos a tomar medicamentos e a punção, né? Vai doer. Vai ... mas, para mim, eu estou pronta pra passar por isso porque eu estou assim muito feliz mesmo de estar no grupo.”*  
(Entrevista M013; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Para mim, foi muito bom. [rindo] Com toda a esperança que eu tenho, né? Uma esperança muito grande que eu tenho que dê certo.”* (Entrevista M009; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Foi observado, a partir dos depoimentos das mulheres que estavam iniciando o segundo ou terceiro ciclo de FIV, que o fracasso do ciclo anterior

tornava a visão delas mais realista em relação aos resultados dos procedimentos. A possibilidade de não acontecer a gravidez estava presente no relato destas mulheres. Algumas entrevistadas ainda acrescentaram que continuavam participando, apesar de saber que a porcentagem de êxito era baixa, pois sentiam que deviam esgotar todas as possibilidades de tratamento.

*“Então, o outro ciclo eu tinha bastante esperança, né? Assim, é mais ilusório. Eu acho que eu .... eu tinha muita certeza de que ia dar certo, né? Agora eu tenho medo de não dar certo, né? Eu sei que isso pode acontecer de novo. Então, eu tenho medo de não dar certo, mas eu fico tentando conter porque tem jeito, né? Eu sei que pode não dar certo, mas eu fico tentando me conter, assim não é ... não ficar tão é ... com tanta ilusão quanto a antiga ... quanto no ciclo anterior. Mas com pensamento positivo pelo menos, né, de que pode dar certo. Então, assim, tô rezando muito, sabe? Eu sempre fui muito de ...”* (Entrevista M003; 30 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Também consideraram que, no ciclo que estavam iniciando, suas expectativas eram mais realistas que no anterior, pois tinham uma percepção mais clara das possibilidades de fracasso em cada uma das etapas dos procedimentos. Conseqüentemente, o medo de não engravidar estava mais presente no relato das mulheres que estavam iniciando o segundo ou terceiro ciclo de FIV. Ao mesmo tempo que sentiam medo, a possibilidade de mais uma tentativa renovava a esperança de engravidar.

*“Porque aí eu queria ir para o segundo, para ver se eu teria mais uma chance, né? ... Então eu falei assim ‘não segurou, mas o segundo eu vou conseguir’. E parti para a segunda vez. A segunda vez, eu estava mais preparada. Não afetou a vontade de ter um filho, tanto que estou na terceira vez.”* (Entrevista M010; 29 anos, laqueadura tubária, C3-FIV)

As entrevistadas, na sua maioria, não se alongaram muito ao falarem sobre suas expectativas antes de iniciarem um ciclo em relação a como seriam os procedimentos da FIV. A expectativa principal estava relacionada com o que significariam em termos físicos deste procedimento. As mulheres que estavam começando o segundo ou terceiro ciclo declararam ter conhecimentos com base em sua experiência anterior, a partir da qual podiam avaliar o significado dos procedimentos na vida delas, concluindo que era mais tranquilo iniciar os procedimentos conhecendo o seu significado.

*“É, é o que eu falei. Eu acho que agora eu estou mais preparada sabe? Não sei se eu estou mais sabendo como que é, eu estou mais experiente na ... na coisa. Não sei se é bom ou é ruim ... né? Tem o lado bom que a gente tá mais madura, você passa a administrar melhor tudo o que você está fazendo ...”* (Entrevista M004; 33 anos, esterilidade secundária, C2-FIV)

A partir da análise das entrevistas das mulheres que estavam iniciando o primeiro ciclo de FIV, ficou evidente que a maioria estava otimistas em relação ao resultado. Apesar de terem recebido as informações sobre as chances de sucesso deste procedimento e, portanto saber que as probabilidades de

engravidar eram poucas, a esperança que iriam engravidar no final dos procedimentos do primeiro ciclo foi uma vivência intensa. Ao estarem iniciando o primeiro ciclo, não pensavam na possibilidade de que pudesse não dar certo, de que poderiam ter que parar em qualquer momento do ciclo ou até terminar os procedimentos do ciclo e não engravidar.

*“Eu estou otimista. Estou muito otimista e, se Deus quiser, tenho muita fé em Deus que dê tudo certo.”* (Entrevista M039; 30 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

*“Minha expectativa? ... Minha é me ver barriguda nos próximos meses.”* (Entrevista M032; 29 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

É interessante observar que três mulheres que estavam participando do primeiro ciclo de FIV faziam planos para os próximos meses, incluindo uma gravidez como parte do seu futuro imediato. Planejavam modificar algumas atividades na sua vida em função da gravidez esperada no final desse ciclo. Este projeto de mudanças estava construído com base na suposição que engravidariam no final do ciclo.

*“Aí, ótimas. [risos] Só alegria, né? Ah! Eu ... eu acho assim que ...se dando tudo certo, né, a gravidez é ... nossa, nós vamos estar assim realizados mesmo, né? E ... os próximos meses é ... é planejar, né, planejar a nova etapa da nossa vida. Por exemplo, eu trabalhando no Fórum, aqui, eu pretendo ir pra mais perto da minha cidade, né? Já deixei até meu nome nos Fóruns, ver se eu*

*consigo uma permuta. Então, meu, minha, meu planejamento vai ser esse: tentar ir mais perto da minha casa pra eu ter uma gravidez mais tranqüila, né? E ... é isso aí, uma vida mais tranqüila, mais perto da minha casa. Mas a expectativa é muito boa.”* (Entrevista M013; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Em relação à indução da ovulação, para aquelas mulheres que estavam participando do primeiro ciclo de FIV, o que mais preocupava era a quantidade de injeções e a possibilidade de esquecer alguma, ou de errar no esquema de colocação.

*“Eu acho que não, que não chega, que não vai ser difícil, né? Mas vai mudar um pouco acho que a rotina da gente porque tem medicamento, né? Você já fica preocupada porque você não pode esquecer de tomar ... Eu acho que vai haver uma preocupação maior nesse período para não esquecer a medicação. Têm os dias certinhos para tomar tudo, né? Eu acho que é só esse período que vai ser meio, meio difícil, porque a gente vai ter que ter bastante atenção, né?”* (Entrevista M032; 29 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

Uma vez começada a explicação das injeções, as mulheres relataram que o medo e a dor que tinham sentido antes de iniciar esta etapa, para a maioria, deixou de ser relevante após a aplicação. Também referiram ser cansativo ter que aplicá-las todos os dias e prestar atenção ao esquema estabelecido, pois não queriam cometer erros. Algumas das entrevistadas disseram que foram percebendo que, na medida que começaram a aplicação das injeções e que a

medicação foi incorporada ao cotidiano, foi diminuindo o temor inicial. Algumas mulheres preferiam elas mesmas aplicá-las e outras preferiam os maridos.

*“Ah! Acho que é muito engraçado. É, eu sempre é ... é desde sempre tive fobia de injeção. Não é só assim. É horror, pavor, não, é fobia mesmo. Acho que no sentido psicológico do termo. [risos] E basicamente isso sumiu, né? Então nesse sentido tem sido muito positivo, porque isso sempre foi uma coisa que me preocupou, que eu precisava ultrapassar mesmo, e eu tomo a injeção de manhã, eu, eu mesma me dou, que eu achava que seria impossível de acontecer e, à tarde, é, tem sido meu marido ...”* (Entrevista M005; 36 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Para mim está bem. Eu pensei até que ia ter medo, ia ficar nervosa em ter que aplicar, né? Eu prefiro mais eu aplicar. Mas ... estou bem. Não estou sentindo medo. Estou tranquila.”* (Entrevista M009; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Ainda em relação à aplicação das injeções, várias entrevistadas disseram que não se incomodaram com isso e nem com o esquema a ser seguido. Disseram que o mais importante para elas era cumprir com o proposto, pensando que as injeções tinham um objetivo.

*“Ah! Doutora! Foi um prazer, porque eu sabia que era através desse tratamento que eu teria um resultado. Então, eu me entreguei completamente ao tratamento. Eu falei ‘o que tiver de ser feito por minha parte, eu vou fazer tudo direitinho’. Fiz tudo direitinho. Obedeci os horários, tudo, tudo, como eu estou fazendo agora, no início desse. Eu fiz no primeiro, sabe? Então, eu me*

*entreguei mesmo e não tive problemas.”* (Entrevista M001; 35 anos, ligadura tubária, 1 filha FIV, C2-FIV2)

Ficou evidente que nessa etapa, ao estarem iniciando os procedimentos de FIV, a maioria das mulheres, participantes do primeiro ciclo de procedimentos, tinham dificuldade de lidar com a possibilidade de fracasso.

*“É a única coisa que me preocupa: é ... eu estar nessa empolgação que está indo tudo bem, que os óvulos estão correspondendo às mil, como diz o médico, estar tudo correspondendo muito bem e, na hora, num ... não vingar. Aí sim, isso me preocupa. Mas eu penso, eu ... procuro não ficar pensando nisso pra num ... não entrar num, nuns parafusos.”*  
(Entrevista M039; 30 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A maioria das mulheres deste estudo manifestaram preocupação com a resposta do organismo ao estímulo da medicação (se estavam produzindo óvulos e se a quantidade e qualidade deles seriam adequadas). Desejavam iniciar o seguimento ecográfico para confirmar como estava reagindo o seu organismo à estimulação e poderem sentir-se mais confiantes, se este exame mostrava que estavam conseguindo sucesso com a indução da ovulação. A expectativa de todas estava centrada em completar a seqüência de injeções e confirmar o resultado da indução para saberem se poderiam continuar com os procedimentos do ciclo. O sentido deste procedimento, conforme disseram, era preparar o organismo para que uma gravidez pudesse acontecer.

*“Para mim, tem sido tranqüila. Eu não tenho sentido nada. Eu tenho uma colega que fala que sente muito calor. Eu não tenho sentido nada. Só de uns dias para cá que eu tenho sentido um ‘poquinho’ de dor na barriga, né? Os seios ‘muito doído’, mas, em termos de sentir alguma coisa, só mesmo a expectativa de chegar a hora, aquela coisa assim de chegar o momento pra saber ‘vai dar, não vai, como é que vai ser ...?’” (Entrevista M017; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

- **Homens**

Foram poucos os homens que comentaram sobre as vivências durante o período compreendido entre os comunicados que estavam aceitos para participar do Programa e as chamadas. Porém, vários participantes informaram que, para eles, foi um período tranqüilo e que foi um tempo dedicado ao planejamento, tanto econômico quanto de suas atividades laborais, a fim de estabelecer as condições para participar do Programa. Na medida que se preparavam para o Programa, tentavam não pensar nas dificuldades que poderiam se apresentar. Vários também disseram que as esposas ficavam atentas a quando seriam chamados a participar do Programa.

*“Na realidade, para mim, como homem, a gente ... eu nunca tive assim acompanhando muito de perto, né? É que eu sempre deixei para ela isso, né? Ela ficava mais atenta e mais eufórica esperando e tal, né? Para mim, era norma. Era mais normal assim, né? Nunca fiquei muito em cima.” (Entrevista H011; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

*“A gente procurava não pensar, né? Mas você sempre fica ‘quando vai ser ...’ Tem o problema da idade dela, que a gente estava morrendo de medo de não ‘chamarem ela’, né? Que se não chamassem esse ano, não chamariam mais.”* (Entrevista H021; 31 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

Em geral, os entrevistados disseram que, apesar de considerar que é o casal que participa nos procedimentos da FIV e sentirem-se envolvidos no processo, durante o período da indução da ovulação acreditavam que as responsabilidades e exigências desta etapa recaíam mais sobre as mulheres. Entretanto, também informaram que, na etapa, procuraram acompanhá-las, ajudando-as a controlar os horários da medicação, e vários aplicando as injeções.

*“Tem sido assim ... a gente tem ... se dedicado ao máximo, né? Tem tomado os medicamentos em horário, todo dia no mesmo horário. O que precisa pra medicação está ocorrendo normal. Então, a gente está, tem assim ... grande esperança mesmo ...”* (Entrevista H012; 26 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Os entrevistados também disseram, em relação ao apoio que davam a suas esposas, que sentiam que este era o papel que deviam cumprir. Mas, alguns informaram que se sentiam sobrecarregados, pois relataram que dar este apoio estava significando dificuldades na rotina deles como acompanhar a medicação e ter atividades relacionadas com a indução da ovulação, que

significou incluir em uma rotina, com horários ocupados pelas atividades laborais, mais uma atividade - a de acompanhar as esposas nesta etapa.

*“É ... a gente tem sofrido bastante, e aí com certeza têm causas amarradas aí, né? A gente está sofrendo com é ... a minha esposa é muito nervosa, né? Então, pôxa, às vezes chegar em casa é barra. Aí trabalha aqui, aí pega ônibus, aí volta, aí chega em casa carregado e ... Aí têm medicações todos os dias de manhã, né? A gente vai lá e aplica e tal, e aí eu fico muito junto dela, né? Não tenho, não faço outras atividades assim. É trabalho e já pego, e tem pouco tempo que a gente fica junto, né? ... Estamos vivendo assim uma expectativa no momento. É isso, né? ...” (Entrevista H010; 29 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

*“Eu até agora só ... só me senti como acompanhante, né, porque não, não tem ... a gente não faz nada. No caso como marido, a gente só dá o famoso apoio psicológico.” (Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Foi possível identificar, em algumas entrevistas, que os homens referiram-se com muitos detalhes ao que estavam sentindo as suas esposas durante esta primeira etapa dos procedimentos.

*“ ... é lógico, umas dores te incomodado bastante esses dias, né? E ela, Sexta-feira à noite, não dormiu legal; sábado à noite, não dormiu legal; e, domingo à noite, não dormiu legal. Esta noite, ela tomou novos medicamentos que a M passou via telefone, que*

*ajudaram um pouco a relaxar e a dormir.” (Entrevista H007; 32 anos esterilidade primária, C1-FIV)*

Ficou evidente, na fala de alguns homens, que se sentiam tranquilos, pois confiavam no Serviço e nos profissionais do Programa com os quais tinham tido contato. Estar em um Centro “bem estruturado” e de “alto nível”, conforme definiram o Ambulatório de Reprodução Humana e o Programa, lhes davam a tranquilidade de que estavam realizando o que era possível e que tinham escolhido uma instituição competente para isso.

*“Tranquilo, na verdade a gente confia muito no Hospital. A gente gosta muito deste Hospital aqui, né? Porque nós fomos bem recebidos. Os médicos, eles conversam muito entre si antes, né? Eles foram uma junta muito boa e nos dão atenção. A verdade é que é muito difícil se ver um Hospital tão bem equipado, tão bem estruturado.” (Entrevista H024; 39 anos, esterilidade primária, C1-FIV)*

Um dos participantes afirmou explicitamente que achava emocionante estar iniciando a indução da ovulação, pois, conforme ele expressou, este procedimento significava potencialmente a possibilidade de que poderia ter um filho.

*“É, a gente fica pensando: ‘mas como é que pode, né? Tirar isso da gente gerar, colocar lá ... é uma nova experiência que a gente*

*fica pensando ...”* (Entrevista H006; 44 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A partir da análise das entrevistas, tanto dos homens que estavam participando do primeiro ciclo como dos que estavam repetindo algum ciclo, foi observado que, no primeiro ciclo, a maioria dos homens tinham a expectativa que, ao completá-lo, as esposas estariam grávidas. Mesmo expressando claramente que tinham recebido informação em relação às baixas possibilidades de sucesso, eles acreditavam que o ciclo poderia terminar em gravidez. Nas falas dos homens que estavam repetindo ciclos de FIV, foi possível identificar uma maior ansiedade que nas dos homens que estavam participando do primeiro, pois o temor ao fracasso estava mais presente.

*“No primeiro, não, porque no primeiro ... sabe a gente tá pra fazer. Então, vai tudo certo. Eu estava contando que ia correr tudo bem. Então, estava sossegado. E daí não deu, né?”* (Entrevista H005; 32 anos, ligadura tubária, ela tem 3 filhos, ele tem 1 filha, C1-FIV)

Os entrevistados que estavam realizando o segundo ciclo de FIV afirmaram que a diferença entre a primeira experiência e a seguinte era que, após terem participado em um ciclo, compreendiam melhor o significado da indução da ovulação e que consideravam que essa etapa era difícil para as mulheres, principalmente devido à aplicação das injeções. Também acharam a etapa desgastante, porque exige constante atenção e criar a expectativa “se as

injeções estão produzindo o efeito esperado quanto à qualidade e quantidade dos óvulos”.

#### **4.3.6. Vivências em Relação às Próximas Etapas de FIV**

Esta categoria de análise diz respeito à percepção que as mulheres e homens que estavam começando um ciclo de FIV tinham sobre as próximas etapas dos procedimentos.

- **Mulheres**

Ficou evidente que as mulheres entrevistadas sentiam-se mais confiantes e com uma maior esperança em relação ao sucesso da FIV na medida que cada etapa estava sendo cumprida com êxito e que passavam para a seguinte. Porém, junto ao otimismo inicial e à confiança para vencer a próxima etapa também, foram identificadas a preocupação e a ansiedade em relação ao resultado dela.

*“É a única coisa que me preocupa, é ... eu estar nessa empolgação de que está indo tudo bem, que os óvulos estão correspondendo às mil ... como diz o médico, está tudo correspondendo muito bem, e na hora num ... não vingar. Aí sim, isso me preocupa. Mas eu penso ... eu procuro não ficar pensando nisso para num ... não entrar num parafuso.”*  
(Entrevista M039; 30 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

*“Ah! O que me preocupa mais é que não dê certo.”* (Entrevista M012; 26 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A partir das falas das mulheres que estavam participando do seu primeiro ciclo de procedimentos, observou-se que, embora tivessem conhecimento sobre as próximas etapas a serem seguidas, não estava claro para elas o significado do procedimento no cotidiano, mas imaginavam que a ansiedade seria cada vez maior. Manifestaram que estavam sentindo expectativa em relação ao seguimento ecográfico para saberem se os folículos tinham se desenvolvido, se eram “bons” e quantos eram. Também achavam que as próximas etapas seriam mais dolorosas, expressando claramente que sentiam medo da etapa da punção para a recuperação dos óvulos e preocupação em relação à anestesia.

Pôde-se observar ainda que algumas mulheres não conseguiam construir uma imagem de como seria a punção e a retirada dos óvulos, mas, por outro lado, demonstraram preocupação com a manipulação do corpo, realizada durante o procedimento. Para outras, a retirada dos óvulos e a fertilização realizada fora do corpo parecia um procedimento claro. Além disso, pôde-se observar que era uma etapa da FIV a que as mulheres se referiam com emoção.

*“Porque quando eu fiz a videolaparoscopia, eu tive um probleminha, de respiração, mas depois, lendo, eu vi uma reportagem na TV também dizendo que o diafragma prende, né? Eles têm que parar o diafragma pra depois fazer exame, e depois volta a funcionar. E o meu teve dificuldades em voltar, mas aí eu só falo pra ele. E, então, também não sei se é a mesma, o mesmo tipo*

*de anestesia, mas isso eu vou falar com ele, acabou a preocupação. A única preocupação ... fora isso, é ter três, quatro, cinco, seis.”* [riso] (Entrevista M019, 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV0)

*“Ah! Eu não consigo, eu não sei como é que é. [riso] Eu não imagino ainda, né? Tirarem uma coisa ali de dentro da gente, né? E deixar separadinho uns dias, né? E depois pensar que aquilo lá vai voltar de novo dentro da gente, né? É uma expectativa, né? É uma emoção, porque a gente vê, né? É daí ... Ah! Eu acho que vai ser muito ... saber que um pedacinho meu ali, que tirou, depois vai voltar e vai tá ali dentro de mim de novo, né?”* [voz emocionada] (Entrevista M032; 29 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

Assim, de maneira geral, as participantes do primeiro ciclo acharam que a etapa mais difícil, e na qual ficariam mais ansiosas, seria depois da transferência do embrião, pois consideravam que, após terem completado todos os procedimentos, esta espera para ver se estavam grávidas seria a mais inquietante.

*“Acredito que depois de colocar ... né? O tempo da espera, de ... aguardar, né? Eu acredito que é o mais difícil.”* (Entrevista M009; 37 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Entretanto, algumas não queriam pensar muito no que poderia acontecer nas outras etapas e informaram que preferiam pensar só na etapa do procedimento em que estavam.

*“Eu não quero ficar me prendendo muito às coisas que ainda vão acontecer. Eu quero viver ali o momento.”* (Entrevista M017; 31 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A maioria das entrevistadas que estavam repetindo ciclo declararam estar mais preparadas e com menos ansiedade que quando participaram do primeiro ciclo. A diferença, conforme disseram, estava em que a ansiedade e os temores gerados pelo desconhecido tinham diminuído. Também informaram que suas expectativas em relação aos resultados eram mais realistas que no primeiro ciclo.

*“O primeiro procedimento pra mim foi uma coisa assim muito curiosa, porque eu, na realidade, nunca tinha participado. Então eu levei ... é ... estava muito tensa. Eu acho que agora, a segunda experiência, hoje, eu estou mais tranqüila, né? Estou mais confiante e, segundo os pesquisadores dizem, a gente nunca deve tentar ... Nunca deve de se decepcionar pela primeira, né? A gente deve tentar uma segunda, uma terceira. Então eu acho que, que o primeiro pra mim foi, assim, uma experiência muito ... é ... difícil.”* (Entrevista M007; 39 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Em relação ao seguimento do crescimento folicular através das ecografias, as mulheres relataram que, prestando atenção à informação sobre as medidas dos folículos e a informação em relação a quantos tinham desenvolvido, podiam ter uma previsão em relação a se teriam ou não possibilidades de passarem a realizar a punção. Ter a experiência de como era a resposta do organismo a esses procedimentos também permitiu tornar as

expectativas mais realistas, dando-lhes maior segurança e diminuindo as ansiedades, sobretudo na primeira etapa de indução da ovulação.

*“Ah! Muito, uma porque eu já tinha experiência, e não era muito longa: foi muito próxima uma da outra. Segundo que a ansiedade ... já não era tão grande, porque eu sabia que podia ... a primeira era sempre assim: ‘Ah! Vai dar certo’. Na segunda não, eu já tinha o pé no chão e falava assim: não, tudo bem, mais provavelmente que não dê certo. Outra coisa que eu acho que foi super importante é que aqueles medos, aqueles receios ... que eu acho que quase todas as mulheres passam, da transferência, da primeira, o pessoal que ficava, que acompanhou um pouco mais: ‘não, fica deitada, não se mexa, que não tem nada a ver’. E, mesmo sendo da área da saúde, a gente fica com um pouco ... e não deu certo. E, na segunda, eu não fiz absolutamente nada disso. Não fiz repouso, não fiz nada e engravidei. Então a ansiedade foi menor. As etapas seguidas foram mais fáceis de passar, porque a gente já sabia ... eu já tinha passado por uma ...” (Entrevista M014, 37 anos, esterilidade primária, 1 filha FIV, C1-FIV2)*

A partir das falas das mulheres que já tinham realizado a punção dos folículos, ficou evidente que, após a aspiração dos óvulos, quando não acontecia a fertilização, procuravam uma justificativa. Tinham passado por todas as etapas de preparação. Os óvulos tinham sido retirados, os maridos tinham obtido o sêmen, tinham se submetido aos procedimentos. O ciclo tinha terminado inesperadamente com um resultado não desejado. Mais uma vez em

1

suas histórias de mulheres inférteis, viam-se enfrentando uma situação de perda e um luto não legitimado socialmente.

*“Ah! Foi horrível! Credo, porque eu liguei, ela deu, um, um ... uma data para mim ligar. Eu liguei. Aí num tinha ... eu acho que eu não sei como funciona, mas o óvulo ali ... eu acho que eles nem tinham morrido, mas também nem estavam progredindo. Eu não sei como que é. Aí ela não deu resposta aquele dia. Mandou retornar outro dia. Foi triste! É bem triste. Acho que é a pior arte quando você espera essas respostas ...”* (Entrevista M004; 33 anos, ligadura tubária, C1-FIV)

Neste estudo, notou-se que a etapa da fertilização teve um significado especial para as mulheres, posto que era realizada num laboratório sem a participação delas. Relataram que deixar os óvulos e o sêmen no laboratório e voltar para suas casas constituiu uma situação diferente e para a qual não se sentiam preparadas. Além disso, disseram que gerou muita ansiedade.

*“Não ... o que me deixou mais tensa foi a divisão das células, que a expectativa essa era muito grande ... foi ... Foi porque eu achava que era mais fácil, sabe? Eu achava assim: por exemplo, eu tomava todos os hormônios, porque os óvulos são superestimulados. Então, você tirava os óvulos, então, eu achava assim: colocando o espermatozóide com o óvulo, ele fecundava na hora e acabou. Você está entendendo? Mas não foi me passado assim, se houver a divisão de células, então aquilo ... eu já saí do Centro Cirúrgico ... eu fiquei o final de semana assim ... É, realmente muito tensa, e eu acho que isso deixa a gente mais*

*tensa. É essa parte, entendeu? É essa parte que deixa você mais tensa, porque você fica em casa, né, e os seus exames, né, o seu procedimento fica praticamente aqui. O espermatozóide, o óvulo ficam aqui no laboratório. Então, aquilo vai te deixando, né, muito tensa ...”* (Entrevista M007; 36 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

A espera para saber se tinha acontecido a fertilização e se o embrião estava se desenvolvendo foi definida pelas mulheres que participaram dela como uma das etapas mais difíceis, fazendo também referência sobre gerar muita ansiedade. Soma-se a isso que consideravam não poder fazer nada, e só esperar o resultado as colocava em uma situação de não ter controle sobre o que estava acontecendo neste momento tão importante da vida delas.

*“Ah! Foi super desgastante, né? Você, ele ficou comigo aqui, a minha irmã mora aqui. Então, a gente ficava ligando: ‘olha você conseguiu tirar tantos, tirou quatro, foi feita a fertilização’. Você liga no dia seguinte pra saber se as células se multiplicaram. Você liga depois pra saber se elas continuam se multiplicando. Liga depois para saber quando é que vai fazer. É muito desesperador. Nossa! Isso aí foi um processo que, que ... acabou com a gente mesmo. Esgotou todas as nossas energias. Isso realmente é um processo terrível que a gente passa.”* (Entrevista M021; 36 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

Foram poucas as mulheres participantes deste estudo que tinham passado pela experiência de realizar a transferência de embriões. Elas informaram que, após a transferência, o tempo de espera para saberem se tinha

acontecido a gravidez foi para elas o mais difícil, pois, conforme relataram, foi um tempo em que não podiam fazer nada. Só esperar.

*“A enfermeira falou: ‘olha não vá fazer nada até 18 dias ... que não sei o que ...’ Imagina! Isso pra mulher fazendo fertilização, envolvida até o pescoço, não dá’. Então, logicamente, eu fui, um pouco antes, fui na farmácia, e comprei [rindo] o kit. O kit pra fazer, lógico. Quando deu positivo ... engoli seco e falei: ‘não, agora vai’. E um dia antes de fazer o teste de gravidez aqui, caía numa sexta-feira, não foi possível, porque não tinha acho que kit aberto. Eu não lembro o que foi. Eu fui fazer fora. Imagina que eu ia esperar até segunda feira. E deu positivo no dia seguinte. Aí foi a festa! Gente, a gravidez foi querida tanto quanto é o neném agora.” (Entrevista M001, 35 anos, ligadura tubária, 1 filha FIV, C1-FIV2)*

Foi interessante verificar, através dos relatos das mulheres que estavam repetindo ciclo, que consideravam a indução da ovulação igual à punção e, a aspiração dos óvulos, como parte do processo que se realiza no corpo delas. Apesar do desconforto, elas sentiam que tinham controle sobre a situação, pois podiam perceber o que estava acontecendo. Uma vez que os óvulos foram retirados do corpo delas e ficaram no laboratório, começaram a sentir que estavam se separando do que com tanto cuidado, dor e esforço haviam preparado. Sentiam que era deixar por conta de outros para que fizessem o que elas não podiam fazer conseguir: uma gravidez.

Por outro lado, disseram que a indução da ovulação e as ecografias para controle do crescimento folicular foram as etapas que consideravam mais fáceis. Entretanto, a punção e a transferência foram consideradas etapas mais difíceis, porque sentiam que, durante essas, se dava uma maior manipulação do seu corpo por parte da equipe médica e, como consequência, elas tinham menos controle.

Via-de-regra, foi observado, nas falas das mulheres, que os homens sentiam-se satisfeitos por estarem realizando a sua parte nos procedimentos. Por outro lado, para alguns, segundo elas, no começo foi difícil obter o sêmen, pois isso constituía uma situação nova, a qual não lhes era habitual. Além disso, achavam que o lugar onde tinham que obter sêmen não era adequado: era pequeno, sem comodidade e faltava privacidade, já que tinham muitos homens esperando para fazer o exame. Alguns homens, conforme a perspectiva das mulheres, ficavam nervosos e precisaram tentar bastante tempo até conseguir obter o sêmen.

*“Ah! Porque eu acho que deve ser constrangedor, eu não sei, né? No meu ver, né? Mas, ao mesmo tempo que acho que é constrangedor, acho que é ... bom porque ele está, está me ajudando, né?”* (Entrevista M032; 34 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

*“Ah! Porque eu acho que ficou nervoso na hora, né? Ir lá, não sei. Foi difícil pra tirar ... daí conseguiu. Deu tudo certo. Ele queria tanto, né? Acho que ... bateu o nervoso, né, porque ele não*

*conseguia ... Ficamos quase o dia inteiro aqui. Mas tudo foi bem.”*  
(Entrevista M035; 32 anos, esterilidade secundária, C2-FIV)

Outras entrevistadas, porém, acharam que não tinha sido complicado para os maridos. Aquelas que tinham realizado inseminação artificial afirmaram que os maridos tinham feito vários espermogramas e, devido aos estudos e aos tratamentos pelos quais tinham passado estavam mais habituados a este procedimento.

*“Pelo que conheço dele, eu acho que ele encara isso tudo normal, assim, bem natural ... Não tem assim constrangimento. Nunca ele teve em fazer algum exame. Ele tem bem menos que eu, né? Ele encara bem normal.”* (Entrevista M012; 33 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

- **Homens**

Observou-se, a partir da análise das entrevistas, dos participantes do estudo que estavam repetindo o ciclo, que começaram a primeira FIV, apesar de terem se informado e participado da reunião que se realiza com os casais antes do início dos procedimentos, sem compreender totalmente o significado deles. Também informaram que iniciaram o ciclo anterior sentindo esperanças e expectativas maiores que no começo do subsequente, em relação aos resultados da FIV. Um deles disse que a esperança era tanta no ciclo anterior que não tinha considerado a possibilidade de que este poderia não terminar em uma gravidez.

Além disso, os participantes assinalaram que a esperança se renovava na medida em que terminavam uma etapa e passavam para a seguinte. Acrescentaram ainda, alguns participantes, que, cada vez que um profissional do Programa falava que o processo estava se desenvolvendo bem, aumentava a esperança no sucesso do procedimento.

*“... é ... que acontece, cada hora que um médico, uma enfermeira fala que está sendo positivo, você cria uma expectativa enorme. Por mais que você ... seja uma pessoa fria, por mais que você queira ... dosar, você fica na expectativa ...”* (Entrevista H002; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Todos os homens que estavam repetindo o ciclo de FIV acharam boa a experiência de terem participado antes, não obstante suas esposas não terem engravidado. Mencionaram que foi importante, pois lhes deu uma vivência em relação a todas as etapas, bem como uma visão mais realista em relação à FIV, acreditando que isso era positivo para eles no ciclo que estavam começando.

Quanto à indução da ovulação, acharam que foi uma experiência “desgastante”, sobretudo para as esposas, revelando o esforço que significou para elas a quantidade de injeções aplicadas e a quantidade de hormônios que tomaram nesta etapa. Também informaram que tentaram fazer o possível para acompanhá-las, ajudá-las e dar-lhes apoio.

*“Eu sentia um pouco de, de ... pena dela passar por tudo, por aquilo, né, naquele momento, porque também não era fácil. É*

*bastante injeção, é bastante hormônio que está sendo aplicado, né? Fomos encarando normal, né?” (Entrevista 008; 24 anos, esterilidade primária, C2-FIV)*

*“Ela ... eu senti uma coisa como se ela, ela foi meio dolorida (a estimulação folicular). Ela é ... ela é desgastante. Eu não sei se a K não deixou transparecer nada, mas ela é desgastante. É todo dia você tendo que vir aqui. Ela é desgastante, mas, ao mesmo tempo, ela ... ela deixava de ser ... O desgaste, a gente foi sentir no fim, na hora que não deu certo, porque você está envolvido, você está vivendo aquilo ...” (Entrevista H033, 33 anos, esterilidade primária, C2-FIV)*

Ao se referir ao seguimento ecográfico, os homens destacaram que tinham ficado ansiosos quando era realizado este procedimento, pois, conforme o resultado, era definida a próxima etapa do ciclo. Já, aqueles que participaram no ciclo anterior, da etapa de transferência de embriões, sentiram que era um momento emocionante. Também disseram que o tempo de espera após a transferência foi difícil, devido à ansiedade de ter que aguardar para saber se a gravidez tinha acontecido. Relataram, porém, que ficaram tristes quando as esposas menstruaram. Alguns disseram explicitamente que esta era a etapa que mais os preocupava em relação ao ciclo que estavam iniciando.

*“Olha na hora é ruim, viu? Nessa hora, é dureza, porque você fica ali pensando ‘Nossa Senhora! Nossa, mas foi legal. Eu achei legal. Colhi a amostra. Levei lá, deu certo, né? Foi bom’”. (Entrevista H025; 40 anos, esterilidade secundária, C2-FIV)*

*“Quando colocar ... isso me preocupa mais. Que é tenso, e eu acredito que vai ser tenso. Tenso pra mim, imagina pra ela. Porque em todo esse processo ... a mulher é a que sofre mais.”* (Entrevista H002; 32 anos, esterilidade primária, C2-FIV)

No caso de um dos homens entrevistados, que tinha uma filha gerada por meio de procedimentos realizados no Programa, observou-se que, para ele, o esforço foi minimizado e cobrou um outro sentido a partir da gravidez da esposa. Cabe ainda assinalar que a explicação que ele deu sobre a obtenção do sêmen estava relacionada com a fertilização e em gerar uma criança.

*“Eu acho, eu acho que ... é, é ... a gente sente assim um pouquinho assim de diferença, mas eu acho normal. No fim ... no fim, eu acho que é uma coisa normal, né? Ali estava, quer dizer, estava o fruto daquilo que eu queria, né? Os espermatozoides que iriam realmente fa ... gerar a criança. Então, foi extremadamente normal, foi até gratificante, né? Eu conceituo assim: foi gratificante poder ... saber que ... é meu, né? ... Que está sendo inoculado ali naquela hora. Para mim, foi realmente uma coisa muito boa, eu gostei.”* (Entrevista H009; 44 anos, esposa com ligadura tubária, 2 filhos de relacionamento prévio, tem 1 filha por FIV, C1-FIV2)

Os homens que estavam iniciando o primeiro ciclo de procedimentos manifestaram que a principal preocupação deles era o resultado final do ciclo. Sobre os procedimentos, expressaram uma grande confiança na equipe médica e, portanto, não sentiam-se preocupados com o manejo técnico e o cuidado que

receberiam em cada etapa. Vários disseram que não tinham pensado na próxima etapa, que queriam acompanhar cada uma sem antecipar expectativas.

*“Olha, eu acho que ... se for... se tem que ser assim ... se tem que ser assim, então será, né? Eu acho normal, sabe? Eu acho que eu tenho uma confiança muito grande nos médicos, eu acho que médico é uma coisa muito ... da mão de Deus, né? Se eles acham que tem que ser assim pra dar certo, vamos fazer assim.”*  
(Entrevista H023; 32 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

No início do ciclo, na etapa em que as esposas estavam recebendo a medicação para a indução da ovulação, a maioria sentia que o papel dos esposos era estar acompanhando-as e dando-lhes apoio. Também disseram que consideravam função deles tentar resolver as questões práticas, uma vez que as mulheres estavam totalmente envolvidas com o tratamento.

*“Ah! Eu até agora só, só me senti como acompanhante, né? Porque não tenho ... não tem ... a gente não faz nada. No caso, como marido, a gente só dá o ... o famoso apoio psicológico, né? E você dirige o carro até aqui [riso] ... a gente é, dá um apoio psicológico e tudo, acompanha e só. Porque, fora isso, não tem.”*  
(Entrevista H013; 42 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

A partir das falas dos entrevistados, foi verificado que consideravam o seguimento ecográfico uma confirmação do resultado da etapa anterior, acrescentando ainda, alguns, que confiavam neste resultado porque tinham realizado com cuidado tudo em relação à indução da ovulação.

*“Tem sido assim ... a gente tem se dedicado ao máximo, né? Tem tomado os medicamentos no horário, todo dia no mesmo horário. O que precisa pra medicação está correndo tudo normal. Então, a gente está assim, tem assim ... grande esperança mesmo, sabe?”*

(Entrevista H012; 26 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Os homens achavam, pela informação recebida na reunião com a equipe do Programa, que a etapa mais difícil seria a referente à espera, após a transferência do embrião. Por outro lado, vários homens relataram que eles consideravam a aspiração dos óvulos, a fertilização e a transferência “etapas técnicas” e que a responsabilidade era da equipe do Programa.

*“É ... Eu só consigo pensar nelas como técnica e, o resultado que acontecer no final, eu atribuo a Deus. É assim que eu penso, né? ...”* (Entrevista H010; 29 anos, esterilidade primária, C1-FIV)

Ao se referirem à obtenção do sêmen, a maioria dos homens informaram que não tiveram problemas na hora da coleta. Alguns fizeram referência à demora, o que os deixou nervosos, e outros acharam que o lugar onde era realizada a coleta não era adequado, porque o ambiente não era confortável e, às vezes, não tinha suficiente privacidade, no sentido de que tinha outros homens aguardando para realizar o exame. Cumpre destacar ainda que alguns homens manifestaram-se preocupados com a qualidade do sêmen, pois acreditavam que o estresse era um fator que afetava tanto a qualidade como a quantidade.

*“Eu só estou preocupado por ... o estresse, porque eu sei que o estresse é um fator que derruba tudo, tanto que o último que eu fiz ... Eu estava com 17 milhões dos quais 5 milhões capacitados. Aí ela (a técnica) falou ‘Não, está ótimo, 5 milhões dá. A gente precisa de dois’. Então ... a gente já tem todas as preocupações normais de uma vida ... é de casal, mais essa, então a cabeça está a mil. É a minha única preocupação.”* (Entrevista H026; esterilidade secundária, C1-FIV)

Poucos participantes do presente estudo, independentemente se estavam participando do primeiro ou repetindo ciclo, demonstraram preocupação com a possibilidade de uma gravidez múltipla. Entretanto, deve-se enfatizar que esta preocupação estava mais ligada aos aspectos econômicos.

*É, tirando o custo, daria para resolver meu problema. Eu tenho tantas pessoas que eu quero levar como padrinho, resolver meu problema no que diz respeito a padrinhos. [riso] E, pra mim, vai ser maravilhoso, entendeu? Tirando o problema financeiro, vai ser maravilhoso. Pode ter certeza.”* (Entrevista H027; 37 anos, esterilidade secundária, C1-FIV)

#### **4.3.7. Comentários**

Os resultados apresentados permitem observar que o diagnóstico de infertilidade desencadeou, para mulheres e para homens, uma série de vivências inter-relacionadas, conforme a história de cada um. A partir da nova realidade com que se confrontaram ao receberem o diagnóstico, iniciaram uma etapa da vida descrita por RAFHAEL-LEFF (1991) como traumática, tanto para o

indivíduo como para o casal. Caracterizou-se por apresentar vivências relacionadas com a perda da fertilidade e a reorganização do projeto de vida, tratando-se de um acontecimento na vida das pessoas que implica em sofrimento, conflitos e uma alteração no desenvolvimento dos papéis esperados individualmente e dentro da relação do casal (BURNS, 1987).

A partir da análise dos depoimentos das mulheres e dos homens, constatou-se que, a exceção das mulheres que tinham realizado uma ligadura tubária e de seus parceiros, para os demais participantes deste estudo a surpresa foi a primeira vivência diante do diagnóstico da infertilidade. Alguns chegaram a suspeitar que algo estava sucedendo e, devido a isso, a gravidez estava demorando. Mas, não poder engravidar quando assim o desejassem, não era contemplada como uma possibilidade no projeto de vida deles. A infertilidade significou um evento imprevisto e uma surpresa na vida dos entrevistados.

Em um mundo predominantemente fértil, não se espera que a gravidez não aconteça quando desejada, quando parte do projeto de vida e quando parte do esperado socialmente como uma seqüência lógica dos acontecimentos (MENNING, 1980; SHAPIRO, 1988; MAKUCH BAHAMONDES, 1996).

O esperado, na nossa sociedade, é que as mulheres engravidem e que os casais tenham filhos. A ordem estabelecida através dos valores vigentes ainda mantém a expectativa de que as pessoas se casem, tenham filhos constituem uma família, como aconteceu com suas famílias, reproduzindo, desta

forma, de uma geração para outra, os significantes constitutivos do feminino e do masculino, que formam parte não só dos valores de uma sociedade, mas também da subjetividade das mulheres e dos homens (FERNÁNDEZ, 1994).

As crenças e os anseios coletivos organizam o valor social que a maternidade tem em um determinado momento. Estes valores tornam-se individuais na medida em que se estabelecem os parâmetros de uma significação individual que se inscreve na história particular de cada mulher com relação à maternidade. Por sua vez, esses significantes são constitutivos da identificação da mulher com o papel de mãe e estabelecem os parâmetros relevantes ao desenvolvimento deste papel. No contexto da sua história, cada mulher estabelece um "estilo pessoal", uma forma própria de ser mãe (FERNÁNDEZ, 1994).

Quando um homem cria um vínculo de convivência com uma mulher, o esperado é que esse casal constitua uma família e que o homem torne-se pai. Tradicionalmente, o significado da paternidade tem sido comparado ao da maternidade, pois, partindo do caráter biológico como elemento predominante, supunha-se que a mãe seria sempre uma referência imutável. Entretanto, na sociedade contemporânea, estas relações também vêm se modificando, seja pela instauração de uma nova ordem na organização familiar, seja pelas novas alternativas vinculadas à reprodução (STRATHERN, 1995).

No contexto tradicional de família, os significantes que sustentam a constituição de “paterfamilias”, mantido por muito tempo como referencial, definem a paternidade a partir do direito do homem sobre as crianças geradas com seu sêmen. Esta autoridade “onipotente” foi lentamente se transformando no que nos dias de hoje é nomeado como o “novo pai”, que se caracteriza por compartilhar a autoridade parental com a mãe e pela aproximação afetuosa com o seu filho (NOLASCO, 1993).

Entretanto, o desejo de ter um filho prossegue como um projeto importante na vida de mulheres e de homens. O projeto parental é universal e tem se mantido assim através dos séculos. Atualmente, com as mudanças nos papéis de mulheres e de homens, bem como da estrutura familiar, calcula-se que apenas cerca de 5% da população mundial escolhem voluntariamente não ter filhos (DANILUK, 1988).

O desejo de ter um filho apresenta diferentes significados para as mulheres e os homens e estas diferenças também foram identificadas nos depoimentos dos participantes deste estudo. Para as mulheres, este desejo, tanto para as que não tinham filhos quanto para as que já tinham, era, para a maioria, a confirmação de ser mulher, da feminilidade, do esperado para elas enquanto mulheres, elas mesmas, pelos parceiros e o entorno familiar e social. Por outro lado, para os homens, o desejo de ter um filho era parte de seu projeto dentro do contexto da relação de casal e não parecia ter o significado de uma

experiência confirmatória de masculinidade em si (NOLASCO, 1993; BEAUREPAIRE et al., 1994).

Vivências semelhantes foram observadas por NEWTON & YUSPE (1992), que identificou entre casais que, em breve, iniciariam os procedimentos de um ciclo de FIV, que as mulheres, de maneira geral, sentiam que tinham que cumprir o papel esperado por elas (e pelo entorno) de ter um filho. Entretanto, os homens consideravam a paternidade e a maternidade importantes também para se manter a relação de casal.

Geralmente, os participantes deste estudo manifestaram que não estavam preparados para receber o diagnóstico e tinham pouco conhecimento prévio sobre o significado que a infertilidade poderia ter nas suas vidas. Durante os primeiros meses, viram-se envolvidos em diversas situações médicas, como exames, cirurgias e tratamentos.

Quando não é possível concretizar o desejo de ter um filho, mulheres e homens passam por um período difícil e complexo, no qual o sofrimento e vivências de perda estão presentes (MENNING, 1980; DANIELS, 1992; MAKUCH BAHAMONDES, 1996), identificando-se, além dessas vivências, uma profunda desesperança em casais que têm procurado ajuda para lidar com o sofrimento ocasionado pela infertilidade (BERGER, 1980). As vivências decorrentes da perda da fertilidade e do filho que fazia parte do desejo são comparadas em intensidade às perdas mais importantes da vida e devem ser

compreendidas como um luto a ser elaborado (SYME, 1997; HUNT & MONACH, 1997).

São numerosas as perdas com as quais o casal infértil tem que lidar após o diagnóstico da infertilidade, sendo as principais: a perda da experiência de uma gravidez, a perda de uma relação – mãe/filho e pai/filho com uma criança, a perda da possibilidade de desenvolver o papel parental, a perda de todos os momentos de prazer com um filho que o casal tem fantasiado e construído uma expectativa, a perda da imagem corporal que, a partir do diagnóstico de infertilidade, passa a ser considerada danificada ou não completa, afetando a imagem deles mesmos (das mulheres e dos homens), a perda do valor simbólico que significa tornarem-se pais e adultos na nossa sociedade e o temor de perderem o relacionamento de casal (MAHLSTEAD, 1985; MONACH, 1993).

Em um estudo recente, realizado em três países europeus – Bélgica, Holanda e França, quando comparadas as vivências de mulheres que receberam um diagnóstico de infertilidade e as vivências de mulheres da população geral, foi observada uma prevalência de sentimentos negativos maior entre as inférteis que entre as demais (ODDENS, DEN TONKELAAR, NIEUWEHUYSE, 1999).

O tempo que as pessoas precisam para assumir e aceitar seu papel de inférteis em relação aos outros que são férteis e já desenvolveram o seu papel parental varia de acordo com o momento do diagnóstico. MATTHEWS &

MATTHEWS (1987) afirmaram que o diagnóstico precoce favorece o desenvolvimento de papéis diferentes do papel parental, pois afirmaram que, quanto menor o tempo de planejamento e investimento emocional neste projeto maior, a possibilidade de uma transição mais rápida ao desenvolvimento de outros papéis.

A infertilidade adquire diversas características com o decorrer do tempo. DANILUK (1988) encontrou uma tendência tanto nas mulheres como nos homens a apresentarem mais sintomas relacionados com o sofrimento e a dor no período próximo ao diagnóstico. O primeiro ano após este diagnóstico normalmente significa um tempo de procedimentos médicos para definir o diagnóstico e propor o tratamento a ser seguido. É um tempo que se evidencia por um aumento dos sintomas depressivos e do mal-estar emocional. Porém, as relações do casal apresentam uma tendência a manterem-se estáveis e satisfatórias, não sendo afetadas pelas pressões que o tratamento reflete na vida do casal. As relações sexuais neste período foram avaliadas como satisfatórias e sem modificações significativas (BERG & WILSON, 1991; BENAZON, WRIGHT, SABOURIN, 1992).

No transcurso do segundo ano de esterilidade, pode-se verificar que os fatores emocionais, quando avaliados através de instrumentos standardizados, mantêm-se dentro dos parâmetros considerados padrões, a relação de casal não apresenta diferenças significativas com o primeiro ano de esterilidade e,

tanto homens como mulheres, expressam um aumento do desejo, declarando, os homens, mais jogo amoroso.

Nesse período, o casal infértil, já tem tempo de lidar com o impacto do diagnóstico, incorporar o tratamento ao seu projeto de vida e ao cotidiano e, ainda, está esperançoso no resultado do tratamento (BERG & WILSON, 1991). Já quando não existe uma expectativa favorável em relação ao resultado dos tratamentos e passados os primeiros 12 meses e a gravidez não acontece, começam as queixas de insatisfação sexual e dificuldades na relação do casal (BENAZON, WRIGHT, SABOURIN, 1992).

O terceiro ano e os anos posteriores tornam-se mais difíceis no emocional: há aumento de sintomas depressivos, estresse, presença de idéias paranóides, aumento de hostilidade e de ansiedade. A estabilidade do casal se altera e a vida sexual torna-se menos satisfatória (BERG & WILSON, 1991).

Vale observar que, o diagnóstico para as mulheres e os homens que declararam usar métodos anticoncepcionais, os confrontou com a perda do controle de seu futuro reprodutivo. A anticoncepção moderna incorporou-se à vida das mulheres nas últimas décadas e tem adquirido o significado de controle do tempo para concretizar o desejo de um filho, tempo que é necessário quando não existe certeza sobre o desejo de uma gravidez ou quando não é o momento adequado para concretizá-lo. O filho “espera” o tempo adequado para poder ser (CHATEL, 1993).

Esse significado se inscreve na mudança da anticoncepção, que passou de “pouco segura” e com participação do homem a “segura” e feminina, dando o “controle” às mulheres, controle que, quando deixa em suspenso o desejo de um filho, também deixa a relação “infértil” pela decisão dos participantes e coloca a maternidade no domínio de uma decisão voluntária. Nesta decisão, a significação não verbalizada da responsabilidade é da mulher pela maternidade e, conseqüentemente, também pela paternidade. É ela quem assume o uso da anticoncepção a decisão do momento de postergar o desejo, de “esperar o momento adequado” ou “de realizar outros projetos primeiramente...” (CHATEL, 1993). Assim, a anticoncepção traz um deslocamento no significado da causa do nascimento de uma criança. O filho passa a ser planejado voluntariamente ser objeto do querer consciente de uma mulher e de um homem (STEWART & ROBINSON, 1989; CHATEL, 1993).

Em um meio onde as mulheres podem decidir se querem ou não ter um filho e quando tê-lo, após a decisão de adiar uma gravidez, quando esta não acontece, procuram na medicina da reprodução uma tecnologia para auxiliá-las na procriação. Elas encontram diversos procedimentos que as auxiliam na procura de um filho e têm à sua disposição procedimentos que incluem medicação para a estimulação da ovulação, cirurgia tubária reparadora, inseminação artificial e os diversos procedimentos de fecundação, como a FIV, por exemplo. (CHATEL, 1993).

Ao longo do tempo de esterilidade, vários fatores têm sido apontados para a interrupção dos tratamentos, tais como econômico, prognóstico pouco favorável em termos de resultados, estresse emocional devido às exigências do tratamento ou falta de tempo para realizá-los. É difícil prever quais fatores levam um casal à descontinuidade do tratamento. Aumento de ansiedade e depressão têm sido apontados como motivo de abandono de FIV após a primeira tentativa (MAO & WOOD, 1984). Outros estudos assinalam dificuldades emocionais como causa de interrupção de tratamento (MAHLSTEAD, MAC DUFFY, BERNSTEIN, 1987). Por outro lado, CALLAN & HENNESSEY (1988) encontrou que aqueles casais com uma boa relação foram os que menos descontinuavam e repetiam ciclos de tratamento.

O relacionamento, para alguns casais, pode constituir-se numa fonte de preocupação e angústia quando o casal não se entende e se confronta mutuamente pela esterilidade, sem compreender que, independentemente de que o fator causal seja feminino ou masculino, a esterilidade é do casal e passa assim que o diagnóstico faça parte da realidade dele (MAHLSTEAD, 1985; ULBRICH, COYLE, LLABRÉ, 1990; SHAPIRO, 1993).

Os resultados da presente pesquisa indicam que as mulheres e os homens consideravam seus relacionamentos de casal eram satisfatórios e significavam uma fonte importante de apoio nos procedimentos de FIV, acrescentando ainda que também a relação tinha sido importante durante todos os procedimentos realizados anteriormente e no processo de tomada de decisão

para participar da FIV. Atualmente, existe evidência para considerar que, em geral, os casais que iniciam os procedimentos de um ciclo de FIV integram relacionamentos estáveis e considerados por eles satisfatórios (KRAFT et al., 1980; LAFFONT & EDELMAN, 1994; EDELMAN, 1990; EDELMANN, CONNOLLY, BARTLETT, 1994; HJELMSTEDT, 1999).

A relação sexual foi considerada, pela maioria das mulheres e dos homens, boa ou muito boa na presente pesquisa. Contudo, cabe ressaltar que manifestaram mudanças no relacionamento sexual durante os procedimentos de FIV e que as consideravam como uma alteração decorrente do tratamento. Por outro lado, mudanças quanto ao desejo e à frequência das relações sexuais tinham se apresentado no transcurso de outros procedimentos. Em alguns estudos informaram os participantes de procedimentos de FIV que consideravam sua vida satisfatória, embora relatassem mudanças a partir do diagnóstico de infertilidade ou durante o tratamento (MORSE & DENNERSTEIN, 1985; FREEMAN et al., 1985; LEIBLUM, KEMMANN, LANE, 1987b).

A decisão de realizar um tratamento que pode envolver procedimentos complexos, às vezes longos, incômodos, dolorosos e sem certeza de sucesso, é tomada no meio dos múltiplos significados que o desejo de ter um filho possui na vida de mulheres e de homens.

Não foi objetivo desta pesquisa investigar as vivências relacionadas com o diagnóstico e o início dos tratamentos de infertilidade, mas entendeu-se que,

sem delongas neste assunto, era necessário entender em qual contexto o casal tinha tomado a decisão de participar do Programa de Fertilização *In Vitro* do CAISM/UNICAMP.

Observou-se, com os depoimentos, que eles procuraram as alternativas de tratamento, bem como um programa acessível a eles. Tomaram uma atitude de procurar a solução ou de tentar todas as alternativas possíveis. Esta atitude também foi observada por EDELMAN, CONNOLLY, BARTLETT (1994) como a atitude mais comum assumida por casais participantes de um programa de FIV.

Todos os participantes desta pesquisa declararam que já tinham alguma informação sobre a FIV antes de considerar este procedimento uma alternativa para eles. Esta informação não diferia muito da informação que se esperaria encontrar na população geral, sem problemas de infertilidade. Mulheres e homens informaram que a decisão de participar foi se dando na medida em que realizavam outros procedimentos e que estes não apresentavam os resultados esperados em termos de gravidez.

A maioria das mulheres que estavam começando o ciclo de FIV expressaram otimismo em relação aos resultados e algumas fizeram referência explícita a expectativa de engravidar durante os procedimentos do ciclo iniciado. Além disso, expressaram que “tinham pensamentos positivos”, em consonância com um estudo realizado na Austrália, que referiu o mesmo fato de que as mulheres se preparam para iniciar um ciclo de FIV tendo pensamento positivo e

apresentando uma atitude muito otimista quanto ao resultado (HYNES et al., 1992). Há uma tendência dos casais a serem muito otimistas em relação à FIV valorizando demais as possibilidades de gravidez (COLLINS et al., 1992).

De acordo com os resultados, pôde-se assinalar que as mulheres referiram receber mais cuidado e atenção dos seus parceiros durante os procedimentos de FIV e que eles procuraram dar-lhes apoio, pois sentiam que era o papel esperado deles. Fizeram poucas referências, no entanto, às suas vivências no procedimento. Esta relação estabelecida pelo casal durante estes procedimentos de FIV pode estar relacionada à necessidade de um maior apoio das mulheres devido às exigências previstas no Programa de FIV (BEAUREPAIRE et al., 1994).

Relacionado com a recuperação dos ovócitos, as mulheres do primeiro ciclo de FIV achavam que esta etapa seria tensa e que significaria manipulação corporal. Se chegavam a participar dela, significava que tinham completado mais uma etapa. As mulheres que estavam repetindo ciclo, quando realizaram este procedimento, sentiram-se tensas, mas com muito otimismo e renovada esperança. BOIVIN & TAKEFMAN (1996) observaram que, durante o ciclo de FIV, no período de obtenção dos ovócitos, as mulheres procuraram isolar-se das famílias e amigos e apresentaram maior nível de estresse, otimismo e desconforto físico, quando comparado com o ciclo prévio à FIV.

Evidentemente a expectativa é maior em homens e em mulheres durante os dias que circundam a coleta de ovócitos, já que disso depende a obtenção de embriões viáveis para a transferência. Também a ansiedade aumenta nos dias de espera após a transferência dos embriões, quando existe uma grande expectativa de que o procedimento surta resultado.

BOIVIN et al. (1998) estudaram 40 casais utilizando uma folha de registro diário. Na análise, encontraram similitude quanto ao tipo de resposta que um componente de um mesmo casal apresentava nas diversas etapas dos procedimentos da FIV. Através da análise dos depoimentos da presente pesquisa, ainda que se observasse que as mulheres e os homens tiveram respostas semelhantes, os homens falaram menos de suas vivências em relação às diversas etapas do procedimento, mantendo-se mais na posição de dar apoio. Esta atitude, adotada pela maioria dos homens, poderia ligar-se à necessidade de cumprir o esperado deles socialmente, e isto fez com que muitos não tivessem presentes as vivências deles e se preocupassem em dar apoio à mulher.

A participação do homem nos procedimentos de FIV, através da obtenção de sêmen para a fertilização, foi considerada pelos participantes do presente estudo como uma etapa de tensão, pois os homens estavam preocupados com a qualidade do sêmen que obteriam. Alguns declararam, que, até aquele momento da entrevista, não tinham tido problemas com a obtenção do sêmen. Esta preocupação dos homens com a quantidade e qualidade de

sêmen está relacionada com a responsabilidade que eles sentem em relação ao procedimento (MAZURE & GREENFELD, 1989; BEAUREPAIRE et al., 1994).

Quando analisada a literatura, foi possível observar que as mulheres referiam que os procedimentos da FIV eram mais complicados para elas em termos laborais que para os homens, dado o maior envolvimento, quase diário, requerido delas no seguimento do desenvolvimento folicular e na captação dos ovócitos (LAFFONT & EDELMAN, 1994).

O período de espera para o desenvolvimento do embrião, semelhante a outras etapas de espera, foi descrito como um tempo de tensões. A transferência do embrião renova as esperanças de um resultado positivo do procedimento e mais uma vez as mulheres e os homens vêem-se confrontados com um tempo de espera, desta vez o mais longo para saber o resultado, para saber se a gravidez aconteceu (CONNOLLY et al., 1993; LAFFONT & EDELMANN, 1994).

Este estudo apresentou algumas restrições metodológicas, se bem foram esclarecidos os objetivos da pesquisa. A confidencialidade da informação obtida nas entrevistas, a não participação da equipe da pesquisadora e alguns depoimentos foram sentidos como “respostas corretas” para o Programa. Salientando esta impressão do trabalho de coleta de dados, também deve-se esclarecer que, na análise das entrevistas, não foi notado que isso tenha comprometido os resultados.

Uma dificuldade encontrada na comparação dos resultados da presente pesquisa com a literatura internacional apontou que os instrumentos utilizados para a coleta de dados têm sido diversos e nem sempre comparáveis entre si, e o momento em que foi realizada a coleta de dados tem variado muito de um estudo para outro.

Acredita-se que os resultados apresentados significaram uma contribuição para os profissionais que trabalham com programas de FIV, pois este estudo aportou conhecimentos sobre as vivências de mulheres e homens que estavam iniciando um ciclo de FIV no nosso meio. As estratégias de apoio e/ou atendimento terapêutico para as pessoas que participam destes procedimentos devem se basear no conhecimento das vivências das mulheres e dos homens a quem estão destinadas, uma vez que é fundamental o atendimento responder às necessidades deles, independentemente da abordagem terapêutica e do marco de referência utilizado.

## **Conclusões**

---

## **5. Conclusões**

---

Pode-se concluir que, conforme os escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) observados:

- As mulheres que participaram deste estudo não estavam deprimidas ao iniciarem os procedimentos de um ciclo de FIV.
- Os homens não estavam deprimidos ao iniciarem os procedimentos de um ciclo de FIV.
- As mulheres que estavam iniciando os procedimentos de um ciclo de FIV não estavam ansiosas.
- Os homens não estavam ansiosos no início de um ciclo de FIV.

Na análise das entrevistas, pôde-se concluir que as mulheres e os homens que participaram desta pesquisa tinham um relacionamento de casal bem estruturado e satisfatório e uma relação sexual satisfatória.

Para as mulheres, engravidar e ter um filho eram importantes para o desenvolvimento do seu projeto de vida, e não poder concretizá-lo as faziam sentirem-se diminuídas, incompletas ou até, para algumas, menos mulheres.

Para os homens ter um filho era importante para seu projeto de vida mas, para muitos, não era fundamental para o seu desenvolvimento.

As mulheres e os homens no início de um ciclo de FIV sentiam esperança de engravidar com o procedimento que estavam iniciando e não consideravam o fracasso como parte do ciclo.

## **Referências bibliográficas**

## 6. Referências bibliográficas

---

- ACKERMAN, S.B.; GRAFF, D.; van UEM, J.; SWANSON, R.; VEECK, L.;  
ACOSTA, AA.; GARCIA, J. -Immunologic infertility and in vitro fertilization.  
**Fertil. Steril.**, 42: 474-7, 1984.
- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE - Assisted reproductive  
technology in the United States: 1997 results generated from the American  
Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive  
Technology Registry. **Fertil. Steril.**, 74: 641-53, 2000.
- ANDREWS, F.; ABBEY A. & HALMAN L. - Stress from infertility, marriage factors,  
and subjective well-being of wives and husbands. **J. Health Soc. Behav.**,  
32:238-42, 1991.
- BAHAMONDES, L.; LAVIN, P.; OJEDA, G.; DIAZ, J. MARADIEGUE, E.  
MONTEIRO, I. Return of fertility after discontinuation of the once-a-month  
injectable contraceptive Cyclofem. **Contraception** 55:307-10, 1997.
- BARAM, D.; TOURTELOT, E.; MUECHLER, E.; HUANG, E.; HUANG, K. -  
Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. **J.**  
**Psychosomatic. Obstet. Gynecol.** 9:181-90, 1988.

- BEAUREPAIRE J.; JONES, M.; THIERING, P.; SAUNDERS, D.; TENNANT, C.- Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. **J. Psychosom. Res.**, **38**:229-40, 1994.
- BELL, S. - Psychological problems among patients attending an infertility clinic. **J. Psychosom. Res.**, **25**:1-3, 1981.
- BENAZON, N.; WRIGHT, J. & SABOURIN, S.- Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. **J. Sex Mar. Ther.**; **18**:273- 84, 1992.
- BERG, B.J. & WILSON, J.F. - Psychological functioning across stages of the infertility investigation. **J. Behav. Med.**, **14**:11-26, 1991.
- BERGER, DM. – Infertility: A psychiatrist' s perspective. **Can. J. Psychiat.** **25**:553- 9, 1980
- BERTARELLI FOUNDATION SCIENTIFIC BOARD. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. **Hum. Reprod.** **15**:330-4, 2000.

- BOIVIN, J. & TAKEFMAN, J. - Impact of the in vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. **Hum. Reprod.**, 11:903-7, 1996.
- BOIVIN, J., ANDERSSON L, SKOOG-SVANBERG A, HJELMSTEDT A, COLLINS A, BERGH T. - Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar responses pattern in husbands and wives. **Hum. Reprod.**, 13:3262-7, 1998.
- BOTEGA, N.; BIO, M.; ZOMIGNANI, M.; GARCIA, C.; PEREIRA, W. - Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública** 29:355-63, 1995.
- BOTEGA, N.; PEREIRA PONDE, M.; MEDEIROS, P.; GARCIA LIMA, M.; MANTOVANI GUERRERO, CA. - Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **J. Bras. Psiq.** 47:285-9, 1998.
- BRIGHENTI, F.; MARTINELLI, F.; ARDENTI, R.; LA SALA, GB. - Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. **Acta Obst. Gynecol. Scand.**, 76:431- 7, 1997.

- BURNS, L.H. - Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective. **Fam. Proc.**, **26**:359-72, 1987.
- BURRY, M. - Chronic illness as a biographic disruption. **Soc. Health Illn.**, **4**:167-82, 1982.
- CALLAN, V. & HENNESSEY, J. The psychological adjustment of women experiencieng infertility. **B. J. Med.Psychol.** **61**:137-40, 1988.
- CARMELI, Y. & CARMELI, D. - The predicament of masculinity: towards understanding the male's experiences of infertility treatments. **Sex. Roles**, **30**:663-77, 1994.
- CHATEL, M M. El malestar en la procreación. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- COLLINS, A; FREEMAN, EW.; BOXER, AS.; TURECK, R. - Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. **Fertil. Steril.**, **57**: 350-6, 1992.
- CONNOLLY, K.; EDELMAN, R.; COOKE, I.; ROBSON, J. - The impact of infertility on psychological functioning. **J. Psychosom. Res.**, **36**:459-68, 1992.

CONNOLLY, K.J.; EDELMAN, R.; BARTLETT, H.; COOKE, I.; LENTON, E.; PIKE, S. – An evaluation of counseling for couples undergoing treatment for in vitro fertilization. **Hum. Reprod.**; **8**:1332-8, 1993

CUNHA E SILVA, M. - **Análise descritiva dos fatores de esterilidade na UNICAMP**. Campinas, 1983.[Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]

DALGALLARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos Mentais**. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.

DANIELS, K. - Management of the psychosocial aspects of infertility. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, **32**:57-61, 1992.

DANILUK, J. - Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. **Fertil. Steril.**, **49**:982-90, 1988.

DEMYTTENAERE, K.; NIJS, P.; EVERS-KIEBOOMS, G.; KONINCKX, PR. - Coping style and psychoendocrinological stress response during in vitro fertilization. **J. Psychosom. Res.**, **35**:231-43, 1991.

DEMYTTENAERE, K.; BONTE, L.; GHELDOLF, M.; et al. Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. **Fertil. Steril.** **69**:1026-33, 1998.

- DENNERSTEIN, L. & MORSE, C. – Psychological issues in IVF. **Clinics Obstet. Gynecol.**, 12:835-46, 1985.
- DENZIN, N. & LINCOLN, Y. - **Handbook of Qualitative Research**. Sage, California, 1994.
- DOMAR, AD.; BROOME, A; ZUTTERMEISTER PC.; SEIBEL, M.; FRIEDMAN, R.  
- The prevalence and predictability of depression in infertile women. **Fertil. Steril.**, 58:1158-63, 1992.
- DOS SANTOS FERNANDES, A & BAHAMONDES, L. - Incidência dos fatores etiológicos de esterilidade conjugal nos hospitais universitários de Campinas. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.** 18:29-32, 1996.
- DOWNEY, J.; YINGLING, S.; MCKINNEY, M.; HUSAMI, N.; JEWELWICZ, R.; MAIDMAN, J. – Mood disorders, psychiatric symptoms and distress in women presenting for infertility. **Fertil. Steril.**, 52:425-32, 1989.
- EDELMAN, RJ.- Emotional aspects of in vitro fertilization procedures: Review. **J. Reprod. Inf. Psychol.**; 8:161- 73, 1990.
- EDELMAN, RJ.; CONNOLLY, KJ.; BARTLETT, H.- Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. **J. Psychosom. Res.**, 38:355-64, 1994.

ELSTEIN, M. - Effect of infertility on psychosexual function. **Br. Med. J.**, 3: 296-8, 1975.

FAUNDES, D. - **Relação custo-benefício de dois protocolos de estimulação ovárica para fertilização in vitro.** Campinas, 1994. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]

FERNANDEZ, AM.- **La mujer de la ilusión. Pactos y contratos ente hombres y mujeres.** Paidós, Buenos Aires, 1994.

FOUCAULT, H. **Historia de la sexualidad. La voluntad de saber, México, Siglo XXI,** 1979.

FRANKLIN, S. - **Embodied progress, a cultural account of assisted conception.** Routledge, London, 1997.

FREEMAN, E.; BOXER, A; RICKELS, K.; TURECK, R.; MASTROIANI, L. -  
Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. **Fertil. Steril.**, 43:48-53, 1985.

GASSBEEK, I. & LEERENTVELD, B. - **Weer niet in Verwachting: Als Je met Verminderde Vruchtbaarheid te Maken Krijgt**. Intro. Nijkerk, 1993.

GABIATTI, J. - **Avaliação do desenvolvimento do programa de Fertilização in vitro em uma instituição pública**. Campinas, 1997. [Tese - Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1997.

GREENFELD, D.; HASELTINE, F. - Candidate selection and psychosocial considerations of in-vitro fertilization procedures. **Cl. Obstet. Gynecol.** **29**: 119-26, 1986.

HASELTINE, F.P.; MAZURE, C.; De L'AUNE, W. - Psychological interviews in screening couples undergoing in vitro fertilization. **Ann. New York Acad. Science.**, **44**:504-22, 1985.

HEARN, MT.; YUSPE, AA.; BROWN, SE.; CASPER RF. - Psychological characteristics of in vitro fertilization participants. **Am. J. Obstetr. Gynecol.** **156**:269-74, 1987.

HEWETT, J.; COHEN, J.; KRISHNASWAMY, V.; FEHILLY, C.; STEPTOE, P.; WALTERS, E. - Treatment of idiopathic infertility, cervical mucus hostility and male infertility. Artificial insemination with husband's semen or in vitro fertilization? **Fertil. Steril.**, **44**:350-5, 1985.

- HERRMANN, C. - International experiences with the hospital anxiety and depression scale. A review of validation data and clinical results. *J. Psychosom. Res.* **42**:17-41, 1997.
- HJELMSTEDT, A; ANDERSSON, L.; SKOOG-SVANBERG, A; BERGH, T.; BOIVIN, J.; COLLINS, A – Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI- treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*; **78**:42- 8, 1999.
- HUNT, J.; & MONACH, JH. – Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum. Reprod. Natl.* **12**, (Suppl. 2):188- 94, 1997.
- HYNES, GJ.; CALLAN, VJ.; TERRY, DJ; ET AL. – The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br. J. Med. Psychol.*; **65**: 269- 78, 1992.
- JASPERS, K. - *Psicopatología general*, 3 Ed. Beta, Buenos Aires, 1966.
- JOHNSTON, WI.; OKE, K.; SPIERS, A; CLARKE, GA.; McBAIN, J.; BAYLY, C.; HUNT, J.; CLARKE, GN. - Patient selection for in vitro fertilization: physical and psychological aspects. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, **442**:490-503, 1985.

JONES JR, H. - What has happened? Where are we?. **Hum. Reprod.**, 11:  
Supplement 1:7-24, 1996.

KISH, L. – **Survey sampling**. New York, John Wiley & Sons, 1965. 634 pp.

KOPITZKE, E.; BERG, B.; WILSON, J.; OWENS, D. - Physical and emotional  
stress associated with components of the infertility investigation:  
perspectives of professionals and patients. **Fertil. Steril.**, 55:1137-43,  
1991.

KRAFT, A.; PALOMBO, J.; MITCHELL, D.; DEAN, C.; MEYERS, S.; SCHMIDT A.  
- The psychological dimensions of infertility. **Amer. J.  
Orthopsychiat.**, 50:618-22, 1980.

KVALE, S. - **Interviews. An introduction to qualitative research  
interviewing**. Sage publications, Thousand Oaks, CAL, 1996.

LAFFONT, I. & EDELMAN, R.J. - Psychological aspects of in vitro fertilization: a  
gender comparison. **J. Psychos. Obstet. Gynecol.**, 15:85-92, 1994.

LAFFONT, I. & EDELMAN, R.J. – Perceived support and counselling needs in  
relation to in vitro fertilization. **J. Psychosom. Obstet Gynecol.** 15:183-8,  
1994.

- LEIBLUM, S.; KEMMANN, E.; LANE, MK - Unsuccessful in vitro fertilization: a follow-up study. **J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.** 4:46-50, 1987a.
- LEIBLUM, S.; KEMMANN, E.; LANE, MK.- The psychological concomitants of in vitro fertilization. **J. Psychos. Obstet. Gynecol.**, 6:165-78, 1987b.
- LOPATA, A.; JOHNSTON, IH.; LEETON, J.; McBAIN JC. - **Use of in vitro fertilization in the infertile couple.** In: Pepperell, R.J.; Hudson, B & Wood C., ed. *The infertile couple.* Edinburgh, Churchill Livingstone, 1980. p 246-69.
- LOPEZ IBOR, J.J. - **Lecciones de Psicología Médica,** Paz Montalvo, Madrid, 1964.
- LUKSE, M. & VACC, N. - Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. **Obstet. Gynecol.**, 93:245-51, 1999.
- MADALENA, C. - **Da fenomenologia a psiquiatria.** Revista de Psiquiatria, Supl. Esp. 2, 1980.
- MAHAVEDAN, M.M.; TROUNSON, AO.; LEETON, J. - The relationship of tubal blockage, infertility of unknown cause, suspected male infertility and endometriosis to success of in-vitro fertilization and embryo transfer. **Fertil. Steril.**, 40:755-62, 1983.

- MAHLSTEDT, P. - The psychological component of infertility. **Fertil. Steril.**,  
**43:335-46**, 1985.
- MAHLSTEDT, P.; MAC DUFF, S.; BERNSTEIN, J. - Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. **J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.** **4:232-36**, 1987.
- MAKUCH BAHAMONDES, M Y. - **Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato reprodutivo**. Campinas, 1996.  
[Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP]
- MAO, K. & WOOD, C.- Barriers to treatment of infertility by in-vitro-fertilization and embryo transfer. **Med. J. Austr.**; **140:532-3**, 1984
- MATHEWS, R. & MATHEWS, AM. – Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. **J Marr. Fam.** **48:641- 9**, 1987
- MAZURE, C.; DE L'AUNE, W.; DECHERNEY, A – Two methodological issues in the psychological study of in vitro fertilization/embryo transfer participants. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.** **9:17-21**, 1988.

- MAZURE, C. & GREENFELD, D. – Psychological studies of in vitro fertilization/embryo transfer participants. **J of In Vitro Fertil Em. Trans.;** 6:242- 56, 1989.
- MENNING, B. - The emotional needs of infertile couples. **Fertil. Steril., 34:313-9,** 1980.
- MILNE, B. - Couples' experience with in vitro fertilization. **J.Obstet. Gynecol. Nurse,** September-October, 347-52, 1988.
- MINAYO DE SOUZA, M. - **O desafio do conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 2 ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1993.
- MIRA & LOPEZ, E. - **Psiquiatria . Tomo I.** Ateneo, Buenos Aires, 1952.
- MONACH, JH. – **Childless : no choice.** Routledge, London, 1993.
- MOOREY, S.; GREER, S.; WATSON, M.; ET. AL. - The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. **Br. J. Psychiatry, 158:255- 9,** 1991.
- MORSE, C. & DENNERSTEIN, L. – Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: a preliminary survey. **J. Psychos. Obstetr. Gynaecol.;** 4:207- 19, 1985.

MORA, J. - **Dicionário de Filosofia**. Lisboa, Dom Quixote, 1977.

MORGAN, D. - **Focus group as qualitative research**. Sage publications,  
Newbury Park, CAL, USA, 1988.

MURAYAMA, A; SAMPAIO NASCIMENTO, C.; BAHAMONDES, L.; HIDALGO,  
M.; MONTEIRO DANTAS, C. – Características dos casais do Programa de  
fertilização in vitro do CAISM/UNICAMP. **Reprodução & Climatério**,  
10:166-9, 1995.

NEWTON, C.R.; HEARN, M.T.; YUSPE, AA. - Psychological assessment and  
follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. **Fertil.  
Steril.**, 54:879-86, 1990.

NEWTON, C. & YUSPE AA. – Psychological monitoring of patients in assisted  
reproduction. **Assist. Reprod. Rev.**, 2:184-93, 1992.

NOLASCO, S.- **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1993.

ODDENS, BJ; den TONKELAAR & NIEUWENHUYSE – Psycosocial  
experiences in women facing fertility problems – a comparative survey.  
**Hum Reproduction**, 14:255-61, 1999.

PLATT, J.; FICHER, I.; SILVER, M. - Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies. **Fertil. Steril.**, 24:972-976, 1973.

QUINN PATTON, M. - **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Second Edition, Sage, California, 1991.

RAPHAEL-LEFF J. - **Psychological Processes of Childbearing**. Chapman & Hall, London UK, 1991

ROCK, J. & MENKIN, M.F. - In vitro fertilization and cleavage of human ovarian eggs. **Science**, 100:105, 1944.

ROSENTHAL, M. - Psychiatric aspects of infertility and assisted reproductive technologies. **Reprod. Clin. North Am.**; 4:471-82, 1993.

SEIBEL, M. & TAYMOR, M. - Emotional aspects of infertility. **Fertil. Steril.**, 37:137-45, 1982.

SEIBEL, M. & LEVIN, S. - A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF. **J. In Vitro Fertil. Embryo Transf.**, 4:135-40, 1987.

SHAPIRO, C. - **Infertility and pregnancy loss**. Jossey-Bass, San Francisco, 1988.

SHAPIRO, C. - **When part of the self is lost**. Jossey-Bass, San Francisco, 1993.

- SHAW, P.L.; JOHNSTON, M.; SHAW, R.- Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, 9:171-80, 1988.
- SLADE, P.; EMERY, J.; LIEBERMAN, BA. A prospective longitudinal study of emotions and relationships in in vitro fertilization treatment. **Hum. Reprod.**, 12:183-90, 1997.
- STEPTOE, P.C. & EDWARDS, R.G. - Birth after the reimplantation of a human embryo. **Lancet**, 2:366, 1978.
- STEWART, D & ROBINSON, E. Infertility by choice or by nature. **Can. J. Psychiatry** , 34:866-70, 1989.
- STRATHERN, M. – Necessidade de Pais, Necessidade de Mães. **Rev. Est. Feministas**; 3:303- 28, 1995.
- SYME, G. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. **Hum. Reprod.** 12: Suppl. 183- 7, 1997.
- THIERING, P.; BEAUREPAIRE, M.; JONES, M.; SAUNDERS, D.; TENNANT, C.- Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). **J. Psychos. Res.**, 37:481-91, 1993.

- TUBERT, S. – Maternidad, esterilidad y tecnología reproductiva. **Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat.**, 40:115-26, 1994
- ULBRICH, PM.; COYLE, AT. & LLABRE, MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. **J. Sex. Marital. Ther.** 16:147-58, 1990.
- VAN BALEN, F. & TRIMBOS-KEMPER, TC. Involuntay childless couples: their desire to have children and their motives. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.** 16:137- 44, 1995.
- VISSER, A; HAAN, G.; ZALMSTRA, H.; WOUTERS, I. - Psychosocial aspects of in vitro fertilization. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, 15:35-43, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The epidemiology of infertility: report of a WHO Scientific Group. **WHO Technical Report Series**, 582, 1975.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Recent Advances in Medically Assisted Conception. Report of a WHO Scientific Group. Geneva. **WHO Technical Report Series**, 820, 1992.
- YOVICH, J.L.; STANGER, JD.; YOVICH, JM.; TURNER, SR.; NEWMAN, BD. Treatment of male infertility by in-vitro fertilization. **Lancet**, 2:169-70, 1984.

ZIGMOND, AS. & SNAITH, P. – The hospital anxiety and depression scale.

**Acta Psychiatr. Scand.**, 67:61- 70, 1980.

## **Bibliografia e normatizações**

## **6. Bibliografia de normatizações**

---

1. HERANI, M.G.L. – Normas para apresentação de dissertações e teses.  
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.  
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Ed. SAD. Of.  
Cir/PFPG/06/95 – Normas ABNT. 1995. 8p.

# **Anexos**

---

## 8. Anexos

---

### Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa para conhecer as vivências de homens e mulheres que participam do Programa de Fertilização in vitro CAISM/UNICAMP.

Minha participação consistirá em aceitar ser entrevistado(a) e/ou participar de discussões de grupo e permitir que sejam gravadas.

Foi-me garantido que essas informações serão confidenciais e que o meu nome será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje, sem que isso prejudique ou interfira no meu atendimento nesses serviços.

Li ou me foi lida a informação acima e tive a oportunidade de fazer perguntas, e o que perguntei me foi respondido satisfatoriamente.

Por este motivo, aceito voluntariamente colaborar com informações, respondendo às perguntas que sejam feitas, tanto em entrevista individual como em reunião em grupo.

Campinas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199\_\_.

Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD)

d  
o  
b  
r  
a  
r

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD\*

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Não tanto quanto antes  
2 ( ) Só um pouco  
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
2 ( ) Sim, mas não tão forte  
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 ( ) Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Atualmente um pouco menos  
2 ( ) Atualmente bem menos  
3 ( ) Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 ( ) Nunca  
2 ( ) Poucas vezes  
1 ( ) Muitas vezes  
0 ( ) A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 ( ) Sim, quase sempre  
1 ( ) Muitas vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ( ) Quase sempre  
2 ( ) Muitas vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 ( ) Nunca  
1 ( ) De vez em quando  
2 ( ) Muitas vezes  
3 ( ) Quase sempre

- D    Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3    ( ) Completamente  
 2    ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria  
 1    ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0    ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- 
- A    Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 3    ( ) Sim, demais  
 2    ( ) Bastante  
 1    ( ) Um pouco  
 0    ( ) Não me sinto assim
- 
- D    Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  
 0    ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1    ( ) Um pouco menos do que antes  
 2    ( ) Bem menos do que antes  
 3    ( ) Quase nunca
- 
- A    De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 3    ( ) A quase todo momento  
 2    ( ) Várias vezes  
 1    ( ) De vez em quando  
 0    ( ) Não sinto isso
- 
- D    Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:  
 0    ( ) Quase sempre  
 1    ( ) Várias vezes  
 2    ( ) Poucas vezes  
 3    ( ) Quase nunca

A — D —

# VIVÊNCIAS DE CASAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* DO CAISM/UNICAMP

## ROTEIRO TEMÁTICO PARA A ENTREVISTA

### **Significado da esterilidade na vida de mulheres e homens**

- Por que começou a pensar/suspeitar que poderiam ter problemas para engravidar?
- Quando começou a suspeitar que poderia Ter algum problema para engravidar?
- Quanto tempo demorou em tomar a decisão de consultar?
- Como foi para você receber o diagnóstico de esterilidade?

### **Como ficaram sabendo sobre a Fertilização *In Vitro***

- Por que meio você ficou sabendo, pela primeira vez sobre a FIV?
- Naquela ocasião, o que você ficou sabendo?
- Que pensou/sentiu em relação a fertilização *in vitro* naquela ocasião?

### **Tomada de decisão para participar da Fertilização *in vitro***

- Quando foi proposta para você a fertilização *in vitro* como alternativa de tratamento?
- O que você pensou/sentiu quando foi proposto o procedimento?
- Como foi para você e sua/seu parceira/o tomar a decisão em relação a participar deste procedimento?
- Sobre que você conversou com seu/a parceiro/a para tomar a decisão?

- Com quem vocês falaram/discutiram sobre a possibilidade de participar de um Programa de Fertilização *In Vitro* ( médico e/ou outros profissionais de saúde, familiares, amigos, outros casais na mesma situação etc.)

### **Participantes do primeiro ciclo de FIV**

- Como foi para você o tempo que transcorreu entre a decisão de realizar o procedimento e o início do primeiro ciclo?
- Quais são os procedimentos que você tem realizado desde que iniciou o ciclo?
  - Indução da ovulação.
- Como você acha que vão a ser as próximas etapas?
  - Seguimento ecografico.
  - Aspiração dos óvulos.
  - Fertilização.
  - Implantação dos embriões.
  - Tempo de espera para saber o resultado.
- Quais são as suas preocupações em relação aos próximos procedimentos?
- Quais são as suas expectativas em relação ao ciclo que esta iniciando?

### **Participantes repetindo ciclo de FIV**

- Em quantos ciclos você tem participado?
- Quando você tomou a decisão de participar deste ciclo de FIV?
- O que você tomou em consideração para tomar a decisão?
- Foi uma decisão do casal ou um de vocês estava mais decidido e o outro acompanhou na decisão?
- Quais foram as suas expectativas em relação a este ciclo de FIV?
  
- Quais são os procedimentos que você tem realizado desde que iniciou o ciclo?
  - Indução da ovulação.
- O que você acha sobre as próximas etapas do ciclo que esta iniciando?

- Indução da ovulação.
- Seguimento ecografico.
- Aspiração dos óvulos.
- Fertilização.
- Implantação dos embriões.
- Tempo de espera para saber o resultado.
- O que mais preocupa em relação ao próximo procedimento?
- Quais são as suas expectativas em relação a este ciclo?

### **Relação de casal**

- Como é sua relação com a sua parceira/seu parceiro?
- Sempre foi assim ou não?
- Se mudou:
  - Quando começou a mudar?
  - Por que você acha que mudou?
  - Que mudou no seu relacionamento?
- Em relação a sua vida sexual, você diria que é ótima, boa, regular ou ruim?
- Sempre foi assim ou tem acontecido alguma mudança?
- Se sim:
  - Que tipo de mudanças?
  - A partir de que momento começaram a acontecer as mudanças?