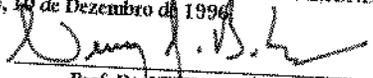


Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, defendida pela psicóloga **MARIA YOLANDA J. M. DE BAHAMONDES** em Campinas, 10 de Dezembro de 1996.

  
Prof. Dr. NEURY JOSÉ BOTEGA  
Orientador

**MARIA YOLANDA MAKUCH BAHAMONDES**

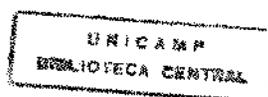
**ALGUMAS VIVÊNCIAS DE MULHERES COM ESTERILIDADE PRIMÁRIA POR OBSTRUÇÃO TUBÁRIA E INFORMAÇÕES RECEBIDAS SOBRE O RISCO DAS INFECÇÕES DO TRATO REPRODUTIVO**

*Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.*

**ORIENTADOR: Professor Doutor Neury José Botega**

CAMPINAS

1996



100 2007/96

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	B147a
V.	
TOMBO BC/	30301
PROC.	281/97
C	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>
X	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	21/05/97
N.º CPDCA	00037575-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

B147a Bahamondes, Maria Yolanda Makuch  
Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato reprodutivo / Maria Yolanda Makuch Bahamondes. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador : Neury José Botega  
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Comunicação . 2 Entrevistas em psicologia . 3. Promoção da saúde . 4. Mulheres - saúde mental. I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**MARIA YOLANDA MAKUCH BAHAMONDES**

**ALGUMAS VIVÊNCIAS DE MULHERES COM ESTERILIDADE PRIMÁRIA POR  
OBSTRUÇÃO TUBÁRIA E INFORMAÇÕES RECEBIDAS SOBRE O RISCO DAS  
INFECÇÕES DO TRATO REPRODUTIVO**

**CAMPINAS**

**1996**

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

**Orientador: PROFESSOR DOUTOR NEURY JOSÉ BOTEGA**

**Membros:**

1.



2.



3.



**Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data:** 20/12/96

## DEDICATÓRIA

A Luis, Gabriela, Valeria e Emiliano

A meus pais

À memória de minha avô

## AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pela dedicação e ajuda que possibilitaram a realização deste trabalho
- Ao Programa Especial de Reprodução Humana da Organização Mundial da Saúde, pelo apoio financeiro parcial para esta pesquisa
- Aos meus amigos, por conviver com as minhas ausências
- A Margarita Barreto pela sua colaboração
- Aos colegas de trabalho, cujo apoio no dia-a-dia foi muito importante e, especialmente, a Ellen Hardy, Margarita Díaz e Eliana Hebling
- A todo o pessoal do CEMICAMP, pelo constante apoio e ajuda recebida e, especialmente, a Neusa de Oliveira Bonfante
- Ao pessoal do Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, pelo inestimável apoio para a realização das entrevistas
- Às mulheres que participaram deste estudo.

# SUMÁRIO

## RESUMO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
1.1.	Saúde sexual e reprodutiva	01
1.2.	Aspectos médicos	03
1.3.	Aspectos psicológicos	10
1.4.	A comunicação médico e paciente	23
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>28</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>33</b>
4.1.	Desenho do estudo	33
4.2.	Seleção de sujeitos	33
4.2.1.	Mulheres	33
4.2.2.	Médicos	36
4.3.	Conceitos	38
4.4.	Instrumentos de registro	41
4.4.1.	Roteiro para as entrevistas com as mulheres	41
4.4.2.	Entrevistas com os médicos	43
<b>5.</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>47</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS E COMENTÁRIOS</b>	<b>48</b>
7.1.	Análise das entrevistas com as mulheres	48
7.1.1.	Características sócio-demográficas	50
7.1.2.	Vivências das mulheres	53
7.1.3.	Informação que as mulheres lembravam ter recebido quando consultaram por ITRs	83

7.2. Análise das entrevistas com os médicos . . . . .	87
7.2.1. Diagnósticos mais comuns nas consultas . . . . .	88
7.2.2. Preocupações das mulheres que consultam por ITRs segundo os médicos . . . . .	90
7.2.3. Orientações que os médicos referiram dar às mulheres que consultam por ITRs . . . . .	92
8. COMENTÁRIOS FINAIS . . . . .	102
9. CONCLUSÕES . . . . .	107
10. SUMMARY . . . . .	109
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	112
12. ANEXOS . . . . .	122

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Dados demográficos das mulheres entrevistadas . . . 51

**Tabela 2.** Dados demográficos dos médicos entrevistados . . . 88

## RESUMO

A esterilidade por obstrução tubária decorrente de infecções do trato reprodutivo (ITRs) é um problema mundial, sendo mais grave nos países em desenvolvimento. Entre as mulheres atendidas no Ambulatório de Reprodução Humana da Universidade Estadual de Campinas por esterilidade primária, durante os últimos dez anos, o fator causal de 42% delas foi obstrução tubária, decorrente provavelmente de uma infecção do trato reprodutivo.

Um dos objetivos deste estudo foi descrever as vivências de mulheres estéreis e conhecer as informações que elas lembravam ter recebido dos médicos por ocasião de consultar por ITRs. As mulheres entrevistadas foram selecionadas entre as pacientes do Ambulatório seguindo os critérios de uma amostra proposital. Foi realizada uma entrevista em profundidade com 16 mulheres com esterilidade primária por fator tubário. O outro objetivo foi o de descrever a informação que os médicos referem que dão às mulheres que consultam por ITRs. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com 15 médicos que trabalhavam em 15 postos da rede pública de Campinas, escolhidos por sorteio.

A análise das entrevistas mostrou que as principais vivências das mulheres foram a surpresa, o sentir-se diferentes, a tristeza e a dor, a culpa, a perda e o luto e que isso afetou as relações com o parceiro e a família. A análise dos relatos das mulheres a respeito das consultas por ITRs mostrou que elas não lembravam ter

recebido nenhuma informação sobre a forma de prevenção das mesmas. Também, elas não relacionavam os sintomas pelos quais tinham consultado com um diagnóstico de ITR, assim como, desconheciam os riscos das ITRs para o seu futuro reprodutivo. Quinze das 16 mulheres entrevistadas, não mencionaram que este risco fosse colocado quando consultaram por episódios de ITRs.

Ao analisar as entrevistas com os médicos, encontrou-se que a informação que referiam dar às mulheres que consultam por ITRs parecem insuficientes, incompletas ou pouco claras. Em geral, referem-se aos tratamentos, aos cuidados de higiene e, em alguns casos, ao uso do condom ou à abstinência sexual, durante um espaço de tempo. Entretanto, a informação relativa à forma de transmissão e ao risco destas infecções para o futuro reprodutivo das mulheres é pouco mencionada e isto é feito de uma maneira pouco clara ou incompleta.

As informações que as mulheres lembram ter recebido e as que os médicos referem dar por ocasião de ITRs não diferem substancialmente. Desta forma, como estas mulheres não tinham uma informação adequada ou completa, isso levou provavelmente a que não fosse possível implementar medidas de prevenção, com o objetivo de que talvez as ITRs não fossem repetitivas e de, eventualmente, diminuir a possibilidade de uma esterilidade tubária e das vivências decorrentes dela.

# 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1. Saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva é definida pela Organização Mundial da Saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças em relação à sexualidade e ao processo reprodutivo e suas funções, em todas as etapas da vida. Saúde sexual e reprodutiva significa portanto, que as pessoas podem vir a ter uma vida sexual responsável, satisfatória e segura, ter a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir, se assim o desejam, quando e com que frequência (WHO, 1994).

Dentro desta última condição, está o direito de homens e mulheres a serem informados e terem acesso, seguro, efetivo e de custo apropriado, à escolha de métodos aceitáveis de regulação da fertilidade, assim como o direito ao acesso a serviços apropriados

de saúde, que proporcionem, às mulheres, a possibilidade de uma gravidez e parto seguros e aos casais, as melhores possibilidades de terem uma criança sadia (WHO, 1994).

Os elementos básicos da saúde reprodutiva no contexto da saúde primária são: informação, educação e orientação sobre sexualidade, saúde reprodutiva e paternidade responsável; orientação, informação e serviços de planejamento familiar amplamente disponíveis; cuidados pré-natais, maternidade segura, cuidados pós-natais e orientação sobre amamentação; prevenção e controle efetivo das infecções do trato reprodutivo, incluindo as doenças de transmissão sexual; prevenção, diagnóstico e tratamento da esterilidade; acesso ao tratamento das complicações do aborto ou ao aborto em condições seguras, nos países em que este é legal; e prevenção e tratamento das doenças malignas dos órgãos reprodutivos (Family Care International, 1994).

Conforme estas recomendações, as metas em saúde reprodutiva não devem só se centrar nos aspectos curativos, mas considerar também a informação e a orientação adequadas como parte essencial do atendimento em saúde reprodutiva.

Isto para assegurar que as pessoas possam estabelecer relações saudáveis e responsáveis, gozando de um desenvolvimento sexual sadio e com prazer, que lhes permita cumprir suas metas reprodutivas, evitar doenças, ferimentos ou incapacidades relacionadas à sexualidade e reprodução. Esta recomendação também inclui a oferta de orientação e tratamentos adequados às doenças relacionados com a sexualidade e à reprodução (WHO, 1994).

## **1.2. Aspectos médicos**

Denomina-se esterilidade conjugal à 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; Eschenbach, 1992).

Geralmente, é aceito que entre 10 e 15% da população tem algum problema de esterilidade. Se aceitarmos estas cifras para o Brasil, e pensarmos que as mulheres em idade fértil (15-49 anos) constituem aproximadamente 37 milhões, é possível imaginar a dimensão deste problema (United Nations Population Fund, 1991).

O problema da esterilidade conjugal, em termos de números, é difícil de ser avaliado, já que geralmente os cálculos da prevalência são feitos através do número de casais que consultam. Entretanto, um número maior de homens e mulheres apresentam problemas de fertilidade sem que cheguem a consultar.

Durante os últimos anos, o número de casais que procuraram orientação ou tratamento de esterilidade tem crescido tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

Isto talvez esteja relacionado ao fato de que a medicina tem oferecido, a partir da década de 60, novos diagnósticos e tratamentos, os quais não somente têm sido colocados ao alcance da população mas também têm tido muita divulgação na imprensa leiga, o que estimularia os casais a consultar.

Este fenômeno também tem sido observado em nosso meio. No Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, na década dos 80, o número de consultas de primeira vez estava em torno de 200 por ano, tendo passado para mais de 700 consultas de primeira vez anuais no período de 1990 a 1993 (Cunha e Silva, 1983; Dos Santos Fernandes & Bahamondes, 1996).

A esterilidade por obstrução tubária é mais frequente nos países em desenvolvimento que nos países desenvolvidos e, dentro dos países em desenvolvimento, é mais comum na África que em América Latina, devido à alta prevalência de infecções do trato reprodutivo (Rowe & Vikhlyeva, 1988).

Este tipo de esterilidade também é comum em nosso meio. Um trabalho desenvolvido no Setor de Esterilidade da UNICAMP mostrou que 37% das mulheres que consultaram pela primeira vez no período de 1978 a 1982 apresentaram obstrução tubária (Cunha e Silva, 1983). Um novo estudo realizado em 1993 mostrou que estas cifras têm se mantido sem modificação.

Quando a análise foi discriminada considerando a esterilidade primária e secundária, pode-se observar que, no grupo de mulheres com esterilidade primária, 42% apresentaram obstrução tubária. Mais de um 75% deste número corresponde a obstruções causadas por infecções do trato reprodutivo (dos Santos Fernandes & Bahamondes, 1996).

A esterilidade primária por obstrução tubária pode ser provocada por diversas causas, mas a principal etiologia é decorrente de infecções do trato reprodutivo (ITRs) (Eschenbach, 1992). Devemos levar em consideração, que para que as ITRs terminem em obstrução tubária, quase sempre é preciso que a mulher tenha tido mais de um episódio de infecção e que este tenha sido grave. Estima-se que, depois de um episódio de ITR, 11% das mulheres virão a apresentar obstrução tubária, 23% depois de dois episódios, e 54% depois de três episódios de infecções.

Muitas destas mulheres serão as que logo destas infecções virão consultar por esterilidade conjugal. Isto significa que a maioria das mulheres estéreis com obstrução tubária devido a infecções, devem ter apresentado mais de um evento, talvez alguns deles assintomáticos ou silenciosos. Entretanto, outras ITRs devem ter sido sintomáticas e, provavelmente, muitas mulheres tenham consultado e requerido tratamento (Westrom & Mardh, 1990). As infecções do trato reprodutivo são um problema de saúde que afeta a muitas mulheres no mundo e que tem profundas consequências sociais.

Nos países em desenvolvimento são um aspecto da saúde da mulher frequentemente negligenciado no setor público e, às vezes, também no setor privado. Em parte, isto é devido a que existe a crença, errônea, de que as ITRs não são fatais e de que o custo para o diagnóstico e tratamento é muito elevado (Dixon-Mueller & Wasserheith, 1991).

Isto suma-se a outra crença; a de que estas infecções apenas afetam a uma pequena proporção das mulheres sexualmente ativas, tais como trabalhadoras do sexo ou mulheres com múltiplos parceiros sexuais. Isto faz com que a maior preocupação, assim como a informação, não sejam dirigidas à população em geral, sendo apenas focalizadas nos grupos considerados de risco ou em pacientes de clínicas de doenças sexualmente transmissíveis (Dixon-Mueller & Wasserheith, 1991).

Embora o fato de ter na história pregressa muitos parceiros sexuais seja um fator conhecido de risco para esterilidade por obstrução tubária, isto não está presente na história de todas as mulheres estéreis com obstrução tubária. Muitas destas mulheres, referem ter tido apenas um companheiro sexual. Isto mostra que a infecção pode ter sido transmitida pelo companheiro, quem seguramente a adquiriu em outro contato sexual (Hinting, Bandaso & Rowe, 1993).

Por outro lado, em muitas sociedades existe a idéia de que as ITRs são um problema das mulheres quando, na realidade, este é um problema de homens e mulheres. Porém, biologicamente são as mulheres as que têm uma maior probabilidade de risco de infecção em um contato sexual com um parceiro infectado. Por motivos culturais e de educação, pouco ou nada se fala sobre os riscos das infecções para as mulheres, e a maioria das vezes elas se sentem "culpadas" e "envergonhadas" pelo que está acontecendo (Antrobus, Germain & Nowrojee, 1994).

No Brasil, as mulheres geralmente não têm o poder de controlar quando e em que condições terão relações sexuais com seus parceiros. A incapacidade da mulher para impor o uso do condom, tanto para fins de anticoncepção quanto para se proteger das infecções, é um exemplo disto (Pitanguy, 1993).

Dentre as causas de esterilidade feminina, a de mais difícil resolução é a provocada por obstrução tubária, já que requer diagnósticos e tratamentos complexos, demorados e onerosos. Isto inclui diagnósticos laparoscópicos e tratamentos cirúrgicos.

Sua resolução em termos de uma gravidez futura é de pouco sucesso e, em muitos casos, é sinônimo de esterilidade permanente (Behrman & Kistner, 1968). Mesmo após a introdução da fertilização *in vitro* (FIV), técnica com a que surge uma nova esperança para estes casos, os resultados em termos de gravidez não são muito alentadores já que oscilam entre 15 e 20% (American Fertility Society, 1993). Por outro lado, estas técnicas são muito custosas e excepcionalmente estão disponíveis no setor público (WHO, 1992).

Entretanto, além do resultado pobre em termos de gravidez, esta técnica é complexa, afetando valores sociais, culturais e religiosos nos casais candidatos à mesma. Mesmo para quem está decidido a começar este tipo de tratamento, são necessários disposição e tempo para se submeter a controles quase diários, gerando uma grande expectativa de sucesso que, infelizmente, não sempre é alcançado. Por isso, a fertilização *in vitro* é considerada uma das opções terapêuticas mais difíceis para o casal estéril, em termos emocionais (Kopitzke et al., 1991).

A causa mais comum de esterilidade no mundo em desenvolvimento, tanto para homens quanto para mulheres, é a causada por infecções do trato reprodutivo (Rowe & Vikhlyaeva, 1988). Mas também deveríamos considerar que este tipo de esterilidade é a única que é possível de se prevenir.

Esta prevenção deve dar-se principalmente em dois níveis. O primeiro deve contemplar a necessidade de evitar o aparecimento deste tipo de doenças infecciosas, através de informação e educação da população. O segundo nível de prevenção deve dar-se após o aparecimento de uma infecção do trato reprodutivo; infecção esta que deve ser identificada precocemente e tratada de maneira adequada e prontamente. Além disso, a prevenção deve incluir necessariamente, uma orientação clara e precisa sobre os riscos para o futuro da fertilidade, os riscos de adquirir uma nova infecção e a notificação dos parceiros. Estas medidas visam evitar uma das consequências futuras que, no caso das mulheres, é a esterilidade por obstrução tubária (Hinting, Bandaso & Rowe, 1993).

Isto leva a pensar que a informação tanto sobre o tipo e características da ITR que apresenta, quanto sobre as possíveis consequências desta, a obstrução tubária e a esterilidade futura é fundamental para a mulher. A falta ou a inadequação desta informação levará provavelmente a que muitas mulheres não adotem medidas e cuidados necessários para a prevenção deste tipo de infecções e, assim, coloquem em risco sua fertilidade.

Se a infecção ocorre de forma repetida, podemos pensar que uma das causas é que a informação que as mulheres recebem é inadequada, insuficiente ou -o que é mais grave- não é passada nenhuma informação sobre os riscos que as ITRs têm sobre o futuro reprodutivo.

### **1.3. Aspectos psicológicos**

A esterilidade tem sido descrita como uma experiência de dilaceração biográfica, colocando assim a ênfase no sofrimento e conflitos pessoais de homens e mulheres que passam por esta situação (Bury, 1982).

Também, como um acontecimento na vida das pessoas que pode ser interpretado a partir de diversas perspectivas: como uma crise de identidade e de valores; como uma interrupção do projeto de vida individual ou do casal e, como tal, uma alteração no desenvolvimento dos papéis esperados dentro da relação do casal para cada um dos integrantes; e como uma vivência de dor e tristeza (Burns, 1987).

Para os casais que têm o desejo de ter filhos e tomam a decisão de tê-los, o diagnóstico de esterilidade os leva a passar por um período de reavaliação e reorganização de seu projeto de vida em função desta incapacidade de ser pais.

Assim, a esterilidade se manifesta como uma crise não prevista na vida do casal, constituindo um problema de saúde com derivações psicológicas, físicas e sociais bem definidas. O casal estéril vive em um entorno fértil que constantemente os lembra do seu problema (Shapiro, 1993).

A importância do projeto parental é universal e tem se mantido assim por séculos. Estima-se que apenas 5% da população mundial casada ou unida escolhe voluntariamente não ter filhos. Assim, podemos imaginar que o desenvolvimento do papel parental continua sendo um objetivo importante para muitos homens e 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).

O papel parental é visto como necessário para o desenvolvimento pessoal, para a aquisição de um status pleno de adulto e de uma identidade sexual. Embora o problema da esterilidade seja aparentemente individual, ele tem derivações mais amplas, transcendendo para o social.

Comumente, quando um casal que imagina ser fértil decide ter um filho, se envolve em um processo de planejamento, centrado em um projeto pessoal de formar família.

Começam a pensar em si mesmos como "pais" e em seus pais como "avós", estabelecendo uma mudança na estrutura familiar. Mudança usualmente esperada e desejada (Shapiro, 1988). Ter filhos, dar netos aos seus próprios pais, descendentes às próprias famílias é considerado como parte da maturidade de uma pessoa e é esperado dessa pessoa enquanto adulta. Os avós, por sua vez, têm expectativas particulares em relação aos netos e esperam que seus filhos tenham filhos (Burns, 1993).

Este mandato social de ter filhos desenvolve-se em nossa sociedade dentro de determinadas normas que levam à mulher a enfrentar situações cotidianas de múltiplas exigências. Frequentemente ela fica confundida pelas normas que recebeu de seus pais, e a confrontação destas com a realidade gera contradições e temores (Videla, 1973).

Este projeto parental, em caso de não se concretizar, significa um rompimento dos afetos colocados nesse filho desejado. Mas a perda da fertilidade ou de uma criança que ainda não foi concebida não é um evento socialmente reconhecido. Não existem rituais que legitime a dor da mulher estéril pela criança que nunca concebeu. Assim, a esterilidade transforma-se em uma perda silenciosa e não reconhecida socialmente.

O processo de luto pelo filho que ainda não foi concebido, é difícil, dando frequentemente uma sensação de irrealidade a este processo. Por outro lado, este luto é difícil de ser partilhado socialmente, justamente pelo mesmo motivo (Burns, 1987; Shapiro, 1988).

As relações no mundo cotidiano da mulher, vêm-se alteradas desde o momento do diagnóstico de esterilidade. As relações com o companheiro, os pais, a família do cônjuge, os vizinhos, os amigos ou com os colegas de trabalho vêm-se afetadas, já que é difícil para a maioria destas pessoas compreender as dificuldades emocionais da mulher que deseja ter um filho e não pode (Shapiro, 1988).

Quando não ocorre a gravidez, a maioria dos casais reage com **surpresa** no início já que não é um evento esperado (Mahlstead, 1985). A possibilidade de ter problemas para ter um filho quando ele é desejado geralmente não entra dentro das previsões do casal, e é uma surpresa para a maioria das pessoas, sendo seu primeiro contato com a esterilidade (Andrews, 1991). Para muitos, este pode ser, em suas vidas, o primeiro evento importante que não podem controlar, aparecendo a sensação de que a decisão de ter filhos ou não e em que momento fica fora do seu domínio (Menning, 1980; Mahlstead, 1985).

São poucos os casais que estão preparados para uma eventual esterilidade, mesmo que transitória, numa sociedade predominantemente fértil. A esterilidade exige uma adaptação complexa e dolorosa, a qual começa com a percepção de que a gravidez não ocorre e continua, a través do processo de diagnóstico e tratamento (Shapiro, 1988).

A primeira reação frente à confirmação da esterilidade é a surpresa, geralmente seguida da negação. "Isto não pode estar acontecendo comigo". A dificuldade inicial em aceitar o diagnóstico é mais marcada quando este indica um problema que tem um tratamento muito complexo, ou uma forma muito difícil de resolução.

Logo aparecem a frustração pelo fato de não ter controle sobre o projeto de vida, o isolamento das mulheres por não se sentirem compreendidas pelas pessoas que as rodeiam e que são parte de um mundo predominantemente fértil. A culpa aparece frequentemente e leva a mulher a rever sua história, procurando saber por que está sendo castigada (Meanning, 1980).

Nas últimas décadas as mulheres têm adquirido conhecimentos que lhes permitem tomar decisões conscientes em relação a sua fertilidade.

Isto não é devido somente ao uso cada vez mais difundido de métodos anticoncepcionais, mas a mudanças de atitudes que vêm acontecendo, tanto nas mulheres quanto na sociedade, em relação ao seu papel. Está cada vez mais presente a idéia de que as mulheres podem decidir se querem e quando querem ter os filhos. Por isso, a esterilidade é vivenciada como uma surpresa e até uma agressão pela incapacidade de exercer o controle sobre esta situação (Stewart, 1989).

Outra vivência presente a partir da confirmação do diagnóstico é a de **frustração e raiva** por ser castigada por algo que não consegue identificar. As mulheres que optaram pelo uso de métodos anticoncepcionais para adiar a decisão de engravidar, como parte de seu projeto de vida, podem apresentar arrependimento. Nas mulheres em que uma gravidez prévia foi interrompida, é frequente a culpa.

Algumas se sentem castigadas pelo aborto, colocando neste evento a causa da esterilidade que apresentam (Platt, 1973; Elstein, 1975; Bell, 1981; Steward, 1989).

A partir da percepção da incapacidade de engravidar surge a primeira decisão importante que é a de consultar por seu problema, o que leva implícito o **temor**, primeiro ao diagnóstico de esterilidade, mas também ao tratamento que será proposto. A partir do diagnóstico, toda a atenção da mulher se centra no desejo de uma gravidez e em tudo o que tem que ser feito para obtê-la, descuidando assim outros objetivos de sua vida.

Na maioria dos casos este envolvimento com o problema leva a uma **perda da auto-estima** e com frequência aparecem a insegurança, a falta de esperança e a sensação de perda. Esta sensação é muito intensa e significa muitas perdas, sendo a principal a perda de ter um filho biológico, mas também a impossibilidade de vivenciar uma gravidez, um parto e o aleitamento, com todo o significado pessoal e social desta experiência (Mahlstead, 1985; Forrest, 1992).

Dentro deste contexto amplo e multifacetado, muitos autores consideraram que a mulher passa por uma **crise**. Entendendo como crise um período de desequilíbrio e a necessidade de reorganização emocional frente a uma nova realidade.

Geralmente, a esterilidade não é prevista, e o diagnóstico desencadeia esta situação de crise, sem que a maioria das mulheres possa desenvolver mecanismos adequados para lidar com a perda temporária ou permanente da possibilidade de ser mãe (Menning, 1980; Kraft et al., 1980; Seibel & Taymor, 1982; Shapiro, 1988).

A maternidade, considerada como fase de desenvolvimento, permite concretizar ideais presentes na identificação desde a primeira infância em relação à própria figura materna como fonte. Para muitas mulheres, o desenvolvimento deste papel está estreitamente relacionado com a feminilidade e a auto-estima (Langer, 1964). Muitas das mulheres que não conseguem engravidar se vêem cada vez menos parecidas com seu ideal de mulher que inclui a maternidade (Platt, 1973).

Este ideal da maternidade é um componente da **auto-imagem**. É importante compreender a auto-imagem como uma estrutura psíquica afetada. Esta começa a se estruturar bem precocemente no desenvolvimento, por volta dos três anos de idade. O núcleo em torno do qual a auto-imagem se estrutura é a imagem corporal (Mahler, 1977).

A imagem corporal é a imagem que cada um tem de si mesmo. Esta reflete as sensações físicas e as fantasias em relação a nosso corpo, suas funções e possibilidades.

As experiências de doença, trauma físico e modificações corporais enquanto ao seu aspecto funcional afetam a estabilidade desta imagem corporal e significam uma ferida narcisista, que passa a ser fonte de ansiedades, incluindo a angústia de castração. Para o adulto que sofreu qualquer uma dessas experiências é fundamental uma reorganização que lhe permita lidar com o ideal perdido.

No caso da esterilidade, o ideal perdido é a possibilidade de uma maternidade biológica. Isto é difícil de ser aceito por muitas mulheres. A confrontação com esta realidade significa a angústia frente a possibilidade da perda definitiva de uma experiência de vida esperada. A mulher sente que seu corpo está "com defeito", que está danificado (Kraft et al, 1980; Mahlstead, 1985).

A maioria das mulheres, em geral, nunca suspeita que não poderia engravidar quando desejar. Quando isto acontece, aparece uma sensação de impotência por ter perdido controle sobre o próprio projeto de vida e a sensação de que é incapaz de realizar esse desejo, perdendo assim confiança em si mesma. Também está presente a sensação de não poder planejar o seu próprio futuro. Estas sensações são reafirmadas mensalmente frente a cada menstruação (Mahlstead, 1985).

A depressão tem sido descrita frequentemente como consequência da esterilidade. Este sentimento está presente na vida diária das mulheres a partir do momento do diagnóstico e através de todo o doloroso período de tratamento (Mahlstead, 1985; Daniluk, 1988; Dommar et al., 1992).

Um relatório da American National Task Force on Women and Depression, concluiu que este tema é tratado por quase todos os pesquisadores que têm abordado o tema da esterilidade e seus aspectos psicológicos. A depressão está ligada às sensações de perda, de culpa e de ser "defeituosa-incompleta". Este relatório também assinala que a maioria dos estudos são experiências clínicas e relatos de casos (Mc Grath et al., 1990).

As relações da mulher com seu parceiro passam por inúmeras mudanças. Podem temer a perda deste ou do relacionamento devido a sua "inabilidade" de cumprir com o que é esperado dela. Por outro lado, como as pessoas reagem de maneiras diferentes frente à perda e à dor que esta causa, o casal passa por um período de reavaliação da relação (Mahlstead, 1985; Ulbrich, Tremaglio Coyle & Llabré, 1990).

A relação do casal passa a ser muito importante, já que pode significar um verdadeiro apoio para enfrentar a insensibilidade do "mundo fértil", mas também pode ser fonte de angústia quando os cônjuges não se entendem e confrontam mutuamente (Shapiro, 1993).

Também quando algum deles culpa o outro pela esterilidade, sem compreender, às vezes, que independentemente de que o fator causal da esterilidade seja feminino ou masculino, a esterilidade é do casal.

Um dos aspectos afetados é a relação sexual do casal. Esta deixa de ser íntima, passa a ser exposta públicamente e de alguma maneira avaliada medicamente. Alguns casais ficam com a sensação de que estão fazendo alguma coisa errada, não da maneira adequada para que a gravidez aconteça (Seibel & Taymor, 1982).

Muitos casais acreditam que a frequência sexual tem influência e assim passam por períodos de abstinência 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 as possibilidades de obter uma gravidez. Estas crenças levam a que casais com uma vida sexual adequada antes do diagnóstico de esterilidade, passem por períodos nos quais se manifestam diversas disfunções, tais como falta de desejo sexual, impotência e anorgasmia (Elstein, 1975; Bell, 1981; Andrews, Abbey & Halman, 1991).

Os estudos psicológicos realizados nos últimos 50 anos abordaram a temática da esterilidade desde perspectivas diferentes, mas sempre na procura de compreender as vivências subjacentes.

Há 40 anos se considerava que entre 40% e 50% da esterilidade feminina era provocada por causas psicológicas. Por isso, os estudos focalizavam a procura das possíveis causas da esterilidade psicológica e centravam seus esforços em descrever as características destas mulheres. Assim, o perfil das mulheres estéreis as descrevia como mais neuróticas, dependentes e ansiosas que as mulheres férteis, e com conflitos em relação ao processo de reprodução.

Seguindo esta mesma linha de pensamento, psicanalistas que trabalhavam ligados a serviços de saúde da mulher recomendavam aos ginecologistas que, se não encontrassem uma razão orgânica que justificasse a esterilidade, deviam pensar que esta podia ser determinada por fatores psicológicos (Cárcamo & Langer, 1944). O fato de que muitas mulheres engravidaram após tratamentos psicológicos vinha a reforçar esta abordagem.

Foi grande o esforço dedicado ao estudo e compreensão dos aspectos psicológicos das mulheres estéreis procurando neles a causalidade da infertilidade. Mas com o avanço do conhecimento da fisiologia da reprodução, a melhoria dos métodos de diagnóstico, a descoberta de novas drogas e a introdução com sucesso de novas técnicas de tratamento, as taxas de gravidez têm melhorado, possibilitando que um maior número de casais resolvam seu problema.

Paralelamente a este avanço da ciência médica e à abordagem proposta nos trabalhos de Menning, na década de 70, começa a se desenvolver uma perspectiva diferente.

As vivências relatadas pelas mulheres estéreis durante o período de diagnóstico e de propedêutica passaram a ser consideradas como uma consequência da incapacidade de engravidar e não necessariamente como a causa da esterilidade.

Isto não significa que não continuem os estudos das possíveis causas psicológicas, mas atualmente uma parte importante das pesquisas dedica-se a compreender as vivências a partir do momento que aparece a suspeita de esterilidade, ao longo do período de diagnóstico e tratamento. O objetivo é compreender o problema com seus significados pessoais, sociais e psicológicos.

Este conhecimento visa permitir aos profissionais que trabalham na área de reprodução humana, uma melhor compreensão das vivências das mulheres estéreis e oferecer subsídios para um atendimento mais abrangente e mais integrado, durante este período tão difícil da vida e que exige inúmeras e difíceis adaptações.

#### 1.4. A comunicação entre médico e paciente

Entre as relações interpessoais, a comunicação médico-paciente é uma das mais complexas, já que significa uma interação entre pessoas que não ocupam posições iguais ou equivalentes e que, entretanto, devem tratar assuntos de vital importância.

A comunicação é definida por Bleger como um processo pelo qual os seres humanos condicionam reciprocamente sua conduta na relação interpessoal. Este conceito de comunicação é amplo e abrangente. Inclui todos os processos mediante os quais a conduta de uma pessoa, consciente ou inconsciente, atua como estímulo, intencional ou não, em relação à conduta de outra ou outras pessoas. Por sua vez, a conduta emergente desta relação constitui-se em estímulo e modifica a primeira conducta (Bleger, 1966).

A comunicação inclui uma troca de mensagens, uma transmissão de significados entre pessoas ou grupos. Pode sofrer alterações por distorções ou por ser incompleta, o que pode ocasionar mal-entendidos e conflitos (Bleger, 1966).

A comunicação interpessoal é a ferramenta primária através da qual o médico e o paciente trocam informações e tomam decisões em relação ao diagnóstico e tratamento.

Na realidade, o paciente que vai ao médico leva para a consulta o problema explícito e, junto com ele, um sem número de sentimentos que direta ou indiretamente estão ligados ao problema, tais como medo, ansiedade e ignorância. Imagina que o profissional, com algumas palavras, medicamentos ou tratamentos, irá resolver o seu problema, que não há necessidade de muita conversa e que o que ele traz é óbvio e claramente interpretável (Martins, 1981).

Um objetivo central desta comunicação médico-paciente é promover uma troca de informações que consiste em dar e procurar informação. O médico procura informação, importante para poder estabelecer o diagnóstico adequado e, por sua vez, o paciente precisa da informação para poder saber e compreender o que está acontecendo com ele (Ong et al., 1995).

Ong e colaboradores (1995) fizeram uma revisão da literatura sobre a comunicação entre médicos e pacientes e as diferentes modalidades que esta tem adquirido ao longo dos últimos anos. Tradicionalmente, era o médico quem tomava decisões em relação aos tratamentos, mas nas duas últimas décadas esta abordagem vem sendo substituída por uma outra, onde a tomada de decisões é conjunta entre o médico e o paciente. É a partir desta abordagem que a relação entre as decisões do médico e as necessidades de informação do paciente têm recebido maior atenção.

Ao longo dos últimos 25 anos, estudos mostraram que os pacientes frequentemente estão insatisfeitos com a informação que recebem dos profissionais da saúde, por considerar que esta não é suficiente para permitir uma compreensão da situação na qual eles se encontram ou do tratamento proposto (Mathews, 1983). Têm estudos que mostraram que os pacientes, com frequência, não lembram ou não entendem a informação que os médicos passam para eles, e isto inclui a informação em relação ao prognóstico da doença e ao tratamento (Ong et al., 1995).

Tem sido sugerido que esta situação não se resolve apenas dando muita informação aos pacientes, mas que se devem procurar os caminhos adequados para uma comunicação eficaz, permitindo ao paciente colocar as dúvidas e perguntar o que quer saber, verificando o que compreendeu e o que ainda gostaria de esclarecer. É responsabilidade dos profissionais da saúde apresentar a informação de uma maneira clara, para que possa ser compreendida pelas pessoas que os consultam (Weiman, 1987).

A comunicação não é só um estímulo unidirecional, é um processo que constitui um circuito completo com um retorno ou "feedback", no qual o receptor passa a ser emissor. Este processo dinâmico permite a modificação do comportamento ou da relação estabelecida, e possibilita as trocas e as mudanças de comportamento a partir da recepção da mensagem, tanto da verbal quanto da não verbal (Bleger, 1963).

Quando a informação a ser transmitida é relacionada com a sexualidade, atitudes e valores presentes em todos os níveis sociais, em relação à sexualidade, fazem com que aspectos relativos a esta sejam de difícil abordagem. Dentro deste contexto, as ITRs se convertem em um tema tabu, em um tema sobre o qual se fala pouco e às vezes nem se fala. Alguns autores denominam isto uma "*cultura do silêncio*" (Dixon-Mueller & Wasserheit, 1991).

Com frequência, a inadequação da educação sexual em diferentes contextos sociais impede uma franca e aberta discussão sobre as ITRs, sobre a sua forma de transmissão e os cuidados necessários para sua prevenção e tratamento eficaz. Estariam presentes tabus culturais, que dificultam uma aberta discussão sobre a sexualidade e as infecções, diminuindo a comunicação em relação à identificação, prevenção e tratamento das ITRs (Dixon-Mueller & Wasserheit, 1991).

As normas sociais, valores, crenças e as instituições transmitem mensagens poderosas, embora frequentemente contraditórias, em relação a gênero e sexualidade. Através do processo de socialização dentro da família e além desta, as pessoas introjetam estas mensagens e aprendem qual é o comportamento aceitável para mulheres e homens. Estas mensagens levam implícitas crenças que subordinam a mulher na relação com o parceiro e nas relações sexuais, contribuindo fortemente a manter esta "*cultura do silêncio*" em relação à sexualidade e as infecções.

Estes fatores constituem a origem do comportamento das mulheres de não questionar a relação com o parceiro ou, pelo menos, de não questionar abertamente e com frequência aceitar as imposições. Isto leva a que muitas mulheres não se protejam ou a que não procurem tratamento (Antrobus, Germain & Nowrojee, 1994).

Muitas mulheres não abordam estes temas com os médicos devido a suas próprias inibições, acham que não é o momento adequado para falar sobre a sexualidade e repetem assim um comportamento aprendido. Por outro lado, os médicos abordam com pouca frequência os temas relacionados à sexualidade e as infecções do trato reprodutivo, por serem temas sobre os quais resulta difícil falar, repetindo novamente um comportamento que reforça esta "cultura do silêncio" (Antrobus, Germain & Nowrojee, 1994).

## 2. JUSTIFICATIVA

---

Habitualmente os profissionais de saúde centram sua atuação em curar as pessoas que adoeçam, exercendo assim uma medicina fundamentalmente assistencial. Isto, na prática diária, significa que esperam que as pessoas adoeçam para tratá-las, sendo feito pouco em relação a evitar as doenças e promover um melhor conhecimento em relação aos cuidados que podem melhorar o nível de saúde.

Dentro deste contexto, Bleger, no ano 1966, definia como um dos objetivos principais do trabalho do psicólogo clínico a intervenção ativa em todos os problemas relacionados com a profilaxia ou prevenção e não só a centralização de sua intervenção nos "doentes". Esta intervenção seria recomendável em todas as áreas da saúde para prevenir a aparição de problemas que poderiam significar dificuldades sérias para o indivíduo (Bleger, 1966).

Desta maneira o psicólogo, como profissional, passaria da atividade terapêutica, que significa desenvolver um trabalho de "curar" a quem tem um problema ou uma doença, a uma atividade de psico-higiene e a desenvolver um trabalho com a população. A atividade profissional dentro desta visão centra-se na promoção da saúde (Bleger, 1966).

A necessidade de integrar profissionais da área da saúde mental para trabalhar com os problemas decorrentes da esterilidade foi um dos temas que começaram a ser discutidos em 1984, na reunião da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (American Society of Reproductive Medicine- ASRM). Formou-se assim o Grupo de Profissionais de Saúde Mental (Mental Health Professional Group) que, ao longo destes anos de atividades, tem promovido a pesquisa e a compreensão dos aspectos psicológicos da esterilidade (Covington, 1995).

Os profissionais da saúde mental têm trabalhado na orientação dos pacientes, de outros profissionais da área médica e do público em geral, em relação às sequelas psicológicas da esterilidade e como lidar com elas. Estes profissionais têm brindado assistência especializada, contribuindo assim a uma melhoria na qualidade de atenção dos serviços de esterilidade (Covington, 1995).

Provavelmente, a grande diferença da esterilidade primária por obstrução tubária como consequência de infecções do trato reprodutivo com os outros tipos de esterilidade, está em que muitas mulheres que a apresentam poderiam não ter chegado a desenvolvê-la se tivessem se prevenido para não ter uma ITR ou para não repeti-la uma ou mais vezes.

A prevenção destas infecções passa pela informação que todas as mulheres deveriam receber dos serviços de saúde sobre como evitar as ITRs. A prevenção também passa pela informação clara e precisa que as mulheres deveriam receber quando consultam por causa destas infecções, já que junto com a indicação do tratamento, deve ser passada a orientação em relação aos cuidados necessários para não repetir a infecção e sobre as consequências que elas têm para o futuro reprodutivo.

Para que esta informação tenha impacto, tenha algum poder de promover mudanças, deve ser oportuna, clara e adequada e deve fazer sentido no contexto da vida das mulheres. Para que a informação seja operativa é necessário conhecer a quem va dirigida, seus conhecimentos, suas preocupações e temores assim como suas crenças e necessidades.

Por outro lado, quando pensamos nesta comunicação que deve acontecer entre pacientes e profissionais em encontros que têm a ver com a saúde -neste caso com a saúde sexual e reprodutiva-, precisamos considerar as possibilidades e dificuldades destes profissionais para lidar com o tema.

A realização desta pesquisa foi decidida em função do pouco conhecimento existente na literatura sobre as informações que as mulheres estéreis com obstrução tubária por infecção referem ter recebido dos médicos por ocasião das consultas por ITRs.

Na medida em que estas informações são fundamentais para a prevenção da esterilidade por obstrução tubária, decidiu-se entrevistar mulheres com esta patologia e ouvir o que elas tinham a relatar, tanto suas vivências quanto as informações que se lembravam ter recebido por ocasião das consultas por ITRs. Da mesma forma, decidiu-se pesquisar quais eram as informações que os médicos referiam ter passado às mulheres quando consultam por ITRs e suas recomendações para prevenir este tipo de doenças.

### 3. OBJETIVOS

---

- Identificar e descrever algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária como consequência de infecções do trato reprodutivo (ITRs), que consultavam no Ambulatório de Esterilidade do CAISM/UNICAMP.
- Conhecer as informações que essas mulheres lembravam ter recebido dos médicos, por ocasião de alguma infecção do trato reprodutivo.
- Conhecer a informação que médicos da rede de atenção primária de Campinas referiram dar às mulheres quando consultam por ITRs.

## 4. METODOLOGIA

---

### 4.1. Desenho do estudo

Este foi um estudo descritivo do tipo qualitativo, baseado em entrevistas com mulheres e médicos.

### 4.2. Seleção de sujeitos

#### 4.2.1. Mulheres

Foram entrevistadas mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária entre as que consultaram no Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) entre 1 de novembro de 1994 e 15 de setembro de 1995.

Em se tratando de um estudo qualitativo, foi utilizada uma amostra proposital (Purposeful sampling). A lógica subjacente a este tipo de amostragem está na seleção de casos ricos em informação para um estudo em profundidade.

Conforme a definição de Patton "os casos ricos em informação são aqueles dos que é possível aprender muito em relação às questões de importância central para o propósito da pesquisa, por isso utiliza-se o termo de amostra proposital" (Patton, 1991).

A estratégia utilizada foi a de intensidade (Intensity sampling). Esta estratégia consiste em escolher "casos que manifestem o fenômeno de interesse intensamente" mas não de uma maneira extrema ou inusual, já que estes casos extremos podem distorcer a realidade. Procuraram-se casos ricos em informação em relação ao propósito do estudo mas não inusuais (Patton, 1991).

O tamanho da amostra foi estabelecido conforme a noção de saturação da informação. A saturação da informação é definida como a "adequação dos dados" aos objetivos propostos e operativamente se traduz na continuação da colheita de dados até que a informação começa a se repetir (Denzin & Lincoln, 1994).

Para a seleção das mulheres a serem entrevistadas, conforme os objetivos propostos neste estudo, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres com esterilidade primária involuntária por pelo menos 12 meses.
- Mulheres com evidência laparoscópica e/ou radiológica (histerossalpingografia) de bloqueio uni ou bilateral das trompas.

E estabeleceram-se os seguintes critérios de exclusão, para permitir uma aproximação da possibilidade de que as mulheres participantes apresentassem antecedentes de ITRs:

- Mulheres com obstrução tubária e diagnóstico de endometriose estabelecido durante a laparoscopia.
- Mulheres com obstrução tubária e com antecedentes de cirurgia sobre as trompas, ovários, útero, apendicectomia ou cirurgia intestinal.

As mulheres entrevistadas foram escolhidas seguindo a lógica da amostragem e conforme os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Em todos os casos o diagnóstico de esterilidade primária por obstrução tubária foi estabelecido pelos médicos assistentes e residentes do Setor de Esterilidade e supervisionado pelo docente responsável do Ambulatório de Reprodução Humana.

Após a avaliação destes critérios, as mulheres selecionadas foram convidadas a participar do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas durante as consultas rotineiras no Ambulatório de Reprodução Humana.

Todas as mulheres compreenderam que a entrevista era realizada como parte de uma pesquisa. Nenhuma das mulheres que foi convidada a participar da pesquisa recusou-se.

Este procedimento para a seleção das mulheres a serem entrevistadas foi realizado dois dias por semana, durante o período de tempo compreendido entre o 1 de novembro de 1994 e 15 de setembro de 1995. O critério de dois dias por semana foi estabelecido de acordo com a disponibilidade da pesquisadora. Tinha dias em que nenhuma das mulheres que consultavam cumpriam com os critérios de inclusão. Durante os meses de dezembro de 1994 e janeiro e julho de 1995 não se realizaram entrevistas.

#### **4.2.2. Médicos**

Assumindo que possivelmente as pacientes incluídas no estudo tiveram sido atendidas nos postos de Saúde da Prefeitura de Campinas ou postos das prefeituras da região, escolheram-se médicos da rede primária da Prefeitura para as entrevistas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas forneceu uma listagem dos 43 Postos de Saúde existentes a novembro de 1994. A partir desta lista foi elaborada outra que, somente incluía os 36 postos que ofereciam atenção ginecológica (Anexo I).

Os postos desta lista foram numerados e realizou-se um sorteio para estabelecer em quais deles se entrevistaria o ginecologista, sendo sorteados 15 deles.

Todos os postos sorteados foram contactados telefonicamente para conhecer o horário de atendimento dos médicos. A ordem em que foram realizadas as entrevistas foi a mesma em que foram sorteados os postos que tinham ginecologista. No total foram entrevistados 15 médicos dos postos de saúde da Prefeitura de Campinas, um em cada posto sorteado. Todos aceitaram participar voluntariamente do estudo.

Todos os médicos e as mulheres que participaram do estudo foram entrevistados pela pesquisadora autora deste trabalho.

#### 4.3. Conceitos

##### **Esterilidade por obstrução tubária:**

A causa deste tipo de esterilidade é uma obstrução nas trompas. A obstrução é definida como a não passagem de meio de contraste para a cavidade abdominal durante a radiografia (histerossalpingografia) ou de azul de metileno durante a laparoscopia (Behrman & Kistner, 1968).

##### **Vivências:**

A psicologia compreensiva trata de fenômenos intrapsíquicos como experiência, percepção, aprendizagem, memória, fantasia, imaginação. Dentro desta 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).

Desde uma ótica fenomenológica poderíamos dizer que a vivência é a essência da experiência psíquica (Madalena, 1980).

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 um determinado aspecto dela têm para o indivíduo. A vivência individual é um entrelaçamento de muitos fenômenos separáveis só mediante a análise (Jaspers, 1966). A vivência é o que está vinculado às experiências mais primitivas do processo evolutivo (Mira y López, 1952).

No caso deste estudo o interesse foi centrado naquilo que as mulheres entrevistadas vivenciaram frente ao diagnóstico de esterilidade, frente à impossibilidade de engravidar, de ter um filho. Consideraram-se seus desejos, valores, angústias, medos, sentimentos, reações frente a si mesmas e aos demais.

#### **Informação:**

Tradicionalmente define-se a informação como uma comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou público, comunicação de dados acerca de alguém ou algo.

Esta comunicação ocorre cada vez que um organismo pode afetar um outro organismo modificando-o ou modificando a sua ação/conduta a partir da transmissão de uma informação. Este processo de comunicação pode-se esquematizar da seguinte maneira: EMISSOR - MENSAGEM - RECEPTOR.

É importante acrescentar a este esquema o conceito de "feedback" com o qual se dinamiza a comunicação, estabelecendo-se assim a ida e volta da informação, permitindo um verdadeiro processo de troca (Amado & Guittet, 1978).

Este processo de troca entre o emissor e o receptor significa que as modificações acontecem nos dois sujeitos que estão envolvidos, mudando-os constantemente.

É importante não operar além das possibilidades do objeto a que va dirigida a informação, assim como não exigir mais do que o emissor pode dar (Bleger, 1972).

As informações novas trazem para o receptor uma necessidade de modificação, que o leva a modificar-se, assim como a modificar sua realidade. Esta adaptação ativa à realidade e o processo de aprendizagem estão interligados. Na medida em que o receptor se modifica estabelece uma relação diferente com o emissor, que frente a esta nova realidade também se modifica. Estabelecida a rede de comunicação em função de constantes reajustes, é possível estabelecer o diálogo com o outro iniciando assim um processo de verdadeiro aprendizado e mudanças nas ações e condutas (Pichón-Rivière, 1970).

#### 4.4. Instrumentos de registro

##### 4.4.1. Roteiro para as entrevistas com as mulheres:

Foi elaborado e pré-testado um roteiro para orientar as entrevistas e garantir que as questões abordadas com todas as mulheres respondessem aos objetivos. Desta maneira, o roteiro constituiu-se em um instrumento facilitador a partir do qual foi possível o aprofundamento das vivências das mulheres conforme estas eram colocadas em cada entrevista, mas ao mesmo tempo garantindo que a totalidade da informação fosse abordada (Anexo II).

Neste roteiro incluíram-se perguntas que permitiram a colocação das vivências das mulheres ao tomar conhecimento de sua dificuldade ou impossibilidade de engravidar; assim como o significado deste diagnóstico para a vida delas, para a relação com o parceiro e com a família, e as vivências que a partir da suspeita ou do diagnóstico de esterilidade passaram a formar parte de seu dia-a-dia e de suas relações com o parceiro e com a família. Aprofundou-se o significado e a importância de ter um filho para elas.

Foram incluídas no roteiro algumas perguntas sobre episódios de corrimento, ardor ou coceira, permitindo que as mulheres identificaram estes episódios e o tratamento que receberam por ocasião destes.

O roteiro também incluiu perguntas relacionadas com a informação que as mulheres lembravam ter recebido dos médicos em relação aos cuidados e às consequências destas infecções para o futuro reprodutivo.

Procurou-se identificar se elas tinham conhecimento de que alguns dos episódios de corrimento previamente relatados podiam ter alguma relação com as dificuldades presentes para engravidar, se estabeleciam algum tipo de relação entre as infecções do trato reprodutivo e o significado que estas poderiam ter para o futuro reprodutivo. Também para obter dados em relação ao conhecimento das mulheres sobre o diagnóstico e tratamento da esterilidade.

Todas as entrevistas foram registradas com um gravador a fim de manter a fidelidade das expressões verbais e as respostas das pacientes. Quando necessário ou relevante, a entrevistadora tomava notas relacionadas com as expressões não verbais, as quais em algumas entrevistas adquiriram uma força de expressão tal que complementavam e esclareciam as colocações verbais.

As informações sócio-demográficas e as que certificavam que as mulheres entrevistadas cumpriam com os critérios de inclusão foram registradas em uma ficha elaborada para este estudo (Anexo III). Todas as entrevistas foram digitadas na sua íntegra e para isso se utilizaram as anotações e as gravações.

#### 4.4.2. Entrevistas com os médicos:

Para entrevistar os médicos foi utilizado um questionário semiestruturado. O principal objetivo deste foi conhecer algumas práticas, atitudes e informações que estes médicos brindavam às mulheres que consultavam por infecções do trato reprodutivo.

As perguntas fechadas referiam-se a idade, sexo, dados sobre a formação profissional do entrevistado -ano e faculdade de formatura, se fez residência médica e onde-, tempo de trabalho na rede pública e número e tipo de atendimentos ginecológicos.

As perguntas abertas referiam-se às queixas ou motivos mais frequentes de consulta na sua prática clínica no posto; assim como, às atitudes e práticas por ocasião das consultas de mulheres com infecções do trato reprodutivo (Anexo IV).

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

---

Para a análise das entrevistas das mulheres utilizou-se a análise de conteúdo. A técnica escolhida para a análise destes dados foi a análise temática a qual "*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado*" (Minayo de Souza, 1993).

A análise temática significa agrupar os temas ou unidades de significado como definitórias do discurso e, a partir da presença destes temas significativos, identificar os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (Minayo de Souza, 1993). Para tanto, as entrevistas foram lidas várias vezes e as respostas agrupadas em grandes temas. Em primeiro lugar, foram agrupados os relatos das mulheres em torno do que colocaram sobre as principais vivências relativas à esterilidade; assim como as vivências na relação com o parceiro e com a família a partir desta impossibilidade de engravidar.

O segundo grande núcleo temático em torno do qual foram agrupados os relatos foi o relacionado com tudo o que estas mulheres lembravam dos episódios de infecções do trato reprodutivo, assim como a informação que lembravam ter recebido por ocasião das consultas relacionadas com estes episódios. Procurou-se nos relatos se existia ou não, para elas, uma relação entre os episódios que relatavam e a esterilidade presente.

Para poder avaliar se a informação estava se repetindo o procedimento de organização dos dados foi se realizando à medida que as mulheres eram entrevistadas e que as entrevistas eram transcritas. A colheita de dados e o início da análise de dados foram acontecendo quasi simultaneamente, o que permitiu ter uma clara idéia dos dados que eram coletados, de como estes se agrupavam em unidades de sentido e quando começaram a se repetir as informações.

Para a compreensão das vivências das mulheres entrevistadas descritas na análise de dados utilizou-se um referencial psicodinâmico.

Para a análise das respostas às perguntas abertas das entrevistas com os médicos também utilizou-se a técnica de análise temática.

As respostas foram transcritas textualmente à medida que eram realizadas as entrevistas. Logo foram agrupadas conforme a similitude dos conteúdos em torno de três núcleos temáticos. Estes núcleos foram: as respostas relativas aos diagnósticos mais frequentes conforme o apontado pelos médicos; as informações que, segundo os médicos, as mulheres solicitam quando consultam; e as informações que os médicos afirmaram pôr a disposição das mulheres durante as consultas.

As análises foram realizadas pela pesquisadora com a supervisão do orientador.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

---

Todas as mulheres e os médicos entrevistados aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local fechado e sem a presença de outra pessoa. Os questionários e fitas gravadas foram identificados apenas com um número para manter o anonimato das mulheres e dos médicos, registrando-se em um livro os nomes para eventual nova entrevista.

Todas as mulheres assinaram uma carta de consentimento informado, a qual foi lida previamente à sua participação na pesquisa (Anexo V).

## 7. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

---

### 7.1. Análise das entrevistas com as mulheres

Foram entrevistadas 21 mulheres que consultavam por esterilidade primária conforme os critérios de inclusão estabelecidos. Completada a transcrição das entrevistas, foi revisado novamente cada caso para conferir se, com a informação que agora se tinha de cada uma das mulheres, conforme as colocações delas durante a entrevista, ainda continuavam dentro dos critérios de inclusão. Só 16 cumpriram totalmente com estes critérios.

Cinco foram excluídas devido a que o relatado por elas durante as entrevistas revelou dados que não constavam na história clínica e que impediam sua inclusão no estudo: 2 mulheres referiram antecedentes de cirurgia sobre os ovários, 2 tinham endometriose e uma relatou um aborto provocado.

Foi interessante e por isso é destacada a entrevista com uma mulher que refiriu um aborto provocado realizado há muitos anos. Esse aborto era um segredo, algo sobre o qual ela não falava, algo não compartilhado com seu parceiro atual nem com ninguém do Ambulatório. No transcurso da entrevista ela relatou o aborto e a necessidade de falar sobre este, já que ela percebia a importância de transmitir esta informação para os profissionais do Ambulatório:

*... preciso falar sobre o aborto. Eu acho que pode ser importante para eles saber o que aconteceu comigo. Até agora eu nunca tive coragem de falar com ninguém ....*

O que chamou a atenção foi o fato da mulher relatar que em todo o tempo que levava tentando engravidar e fazendo tratamento com tal finalidade (o que significa que temas relativos à sua sexualidade e a sua história reprodutiva necessariamente devem ter sido abordados), ela nunca sentiu que podia falar sobre o aborto e as circunstâncias em que este tinha acontecido. No momento da entrevista, esta mulher estava em tratamento por esterilidade havia seis anos e meio e em tratamento no Ambulatório, 27 meses.

Todas as mulheres que participaram do estudo o fizeram voluntariamente, nenhuma se recusou a ser entrevistada. Durante a entrevista se mostraram à vontade para falar, nenhuma demonstrou presa ou impaciência. Ao compreender o objetivo do estudo, as mulheres brindaram as informações com muita generosidade.

A entrevistadora não sentiu em momento algum que não estivessem dando toda a informação solicitada ou que estivessem guardando informação; ao contrário, a sensação foi de que estavam gostando da oportunidade de falar sobre seus problemas, de falar sobre as vivências e dificuldades pelas que estavam passando.

Alguns dos comentários finais não foram registrados pelo gravador porque foram feitos já de saída, alguns até no corredor. Nove das mulheres, após terminada a entrevista e já desligado o gravador, pediram informações ou esclarecimentos em relação ao tratamento ou ao funcionamento do Ambulatório.

#### **7.1.1. Características sócio-demográficas**

A média de idade das mulheres que participaram do estudo foi de 27 anos, a mediana de 26 anos com uma variação de 19 a 35 anos, sendo que 12 delas tinham entre 20 e 30 anos.

Em relação à escolaridade, 4 mulheres referiram ter completado até a 4ª série, 11 completaram entre a 5ª e a 8ª séries, e uma referiu ser estudante universitária.

Doze mulheres referiram ser casadas e quatro, amasiadas. Todas tinham uma relação estável de pelo menos dois anos.

Quando se faz referência ao tempo de esterilidade, considera-se o tempo transcorrido desde que começaram a tentar engravidar até o momento da entrevista. A média de tempo de esterilidade foi de 5 anos e meio, sendo que a mediana foi de 5 anos e a variação de 1 a 12 anos. Estes dados mostram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Dados demográficos das mulheres entrevistadas

Caso	Idade	Cor	Estado civil	Escolaridade	Tempo de esterilidade (anos)
1	25	branca	amasiada	7a série	10
2	30	branca	casada	8a série	9
3	31	branca	amasiada	4a série	1
4	23	branca	casada	5a série	8
5	19	branca	casada	5a série	2
6	20	branca	amasiada	5a série	5
7	23	mulata	casada	7a série	2
8	35	branca	casada	6a série	4
9	28	branca	casada	7a série	7
10	30	branca	casada	4a série	2
11	25	branca	casada	3a série	6
12	27	branca	casada	8a série	4
13	25	branca	casada	8a série	6
14	34	branca	casada	universitaria	3
15	25	branca	amasiada	4a série	8
16	32	preta	casada	5a série	12

O tempo de acompanhamento no ambulatório, desde a primeira consulta até o momento da entrevista, foi em média de 9,4 meses, com uma mediana de 4 meses e uma variação de 1 a 50 meses. Treze das 16 mulheres foram entrevistadas antes de completar um ano de tratamento no Ambulatório.

Todas as mulheres que participaram do estudo no momento da entrevista sabiam qual era o seu diagnóstico. A maioria -11 das entrevistadas- recebeu o diagnóstico de obstrução tubária no Ambulatório de Reprodução Humana da UNICAMP.

As outras cinco mulheres já chegaram ao Ambulatório com o diagnóstico de esterilidade, o qual foi realizado em outros serviços, e foram encaminhadas para confirmá-lo ou porque esses serviços não tinham a capacidade para realizar a propedêutica e o tratamento.

A maioria referiu que consultava na UNICAMP porque considerava que o Ambulatório oferecia bom atendimento e adequado as suas necessidades de tratamento. Várias referiram que não tinham recursos para um tratamento em um serviço particular. A maioria dos encaminhamentos foram feitos pelos médicos dos postos de saúde e alguns por médicos particulares ou de convênio.

### 7.1.2. Vivências das mulheres

Para a análise temática foram selecionadas algumas das vivências relatadas pelas mulheres; escolheram-se as que estiveram presentes em todas as entrevistas. Estas vivências foram: o desejo de ter um filho, a surpresa, a vivência de ser diferente, a tristeza e a dor, a culpa, a perda e luto, a relação com o parceiro e a família, e o medo em relação a seu futuro reprodutivo.

#### Desejo de ter um filho

Todas as mulheres entrevistadas relataram o desejo de ter um filho. Isto poderia parecer óbvio já que consultavam em um ambulatório de esterilidade. Entretanto, poderia se especular que consultavam por desejo de seu companheiro ou por pressão familiar, mas que elas não vivenciaram esta necessidade de engravidar como própria.

Embora o desejo de um filho também fosse o do companheiro, e muitas sentiram a pressão familiar -conforme foi referido pelas mulheres durante as entrevistas-, o desejo de engravidar, de ter um filho apareceu com muita clareza como próprio e como uma parte importante do projeto de vida delas. Este projeto de vida estava organizado em torno da gravidez, de ter filhos, de estabelecer uma família:

Ah, eu acho bom ter um filho para a gente ficar cuidando, para a gente ficar conversando com ele, para a gente fazer um monte de coisas.

Porque eu gosto, eu adoro crianças, eu quero um filho, eu gosto muito de seres vivos em geral. Eu crio sempre muitos seres vivos, sempre eu tenho muitos seres vivos comigo. Eu trabalhei com crianças, eu criei crianças de outras pessoas. Agora eu tenho um companheiro legal e quero um filho. É isso, queremos ter um filho e ver crescer e ver com ele como foi a nossa vida de quando a gente não lembra.

Seria uma coisa boa, porque eu acho que toda mulher que casa quer ser mãe

Para todas as mulheres entrevistadas, engravidar, ter um filho era algo normal e esperado, algo que acontece na vida de todas as mulheres, que é parte da vida de uma mulher. Este desejo de ser mãe tinha motivações próprias para cada uma delas. Não foi a finalidade deste estudo desvendar estas motivações nem a abordagem metodológica utilizada o permitiria.

Mas seria importante compreender o significado deste desejo de ter um filho ou de ser mãe para as mulheres, para compreender melhor as vivências que serão abordadas e descritas neste estudo e que se manifestam a partir de uma impossibilidade de concretizar este desejo.

A função maternal assim como o desejo de ter um filho foram estudados por muitos autores e desde óticas diferentes. Desde a perspectiva da psicologia social, a função maternal seria produto do desenvolvimento de papéis e de identificações que têm a ver com este papel. As meninas aprendem a ser mães com suas mães, desde crianças são educadas para serem mães. Desde pequenas brincam com bonecas e adotam atitudes que têm a ver com a função maternal. Imitam estas atitudes desde as próprias experiências de serem amadas e cuidadas por suas próprias mães ou substitutas da figura materna. Quando são mulheres querem ser mães iguais à elas, iguais às outras mulheres (Chodorow, 1984).

Dentro de um contexto psicodinâmico, esta vivência que poderíamos chamar de "desejo de ter um filho" ou de "necessidade de engravidar", se desenvolve em cada mulher a partir de instâncias mais profundas e primárias. É a partir de sua relação com a própria mãe e a partir das gratificações, contradições e conflitos próprios intrínsecos a esta relação, que se desenvolve este desejo (Langer, 1964; Chodorow, 1984).

## Surpresa

Para 15 das 16 mulheres entrevistadas, o diagnóstico de esterilidade significou uma **surpresa**, uma mudança importante, inesperada e dolorosa do projeto de vida. A surpresa está presente nos relatos destas mulheres.

Só uma das 16 mulheres que participou do estudo sabia que tinha tido um episódio de infecção nas trompas e sabia que podia vir a ter um problema de esterilidade. No momento da entrevista ela tinha 25 anos e este diagnóstico tinha sido realizado quando ela estava com 14 anos, ocasião em que foi dada a informação para a irmã mais velha que a levou no médico. A infecção foi tratada com antibióticos e o médico informou que poderia vir a ter problemas, no futuro, para engravidar. Esta informação foi claramente compreendida, mas também foram simplificadas a importância da infecção e as possíveis consequências da mesma:

*Quando eu tinha 14 anos, o médico descobriu que eu tinha uma pequena infecção nas trompas. Era uma coisinha simples que tratado com remédio e tal era simples. Ele falou que mais tarde podia dar consequências, como eu não poder engravidar.*

As outras 15 mulheres entrevistadas só começaram a suspeitar que poderiam ter problemas para engravidar quando tentaram por um tempo e não conseguiram. Até receber o diagnóstico de esterilidade, 13 delas referiram que nunca tinham pensado em que poderiam ter problemas para engravidar, "nunca passou pela cabeça", "não", "nunca pensei", "nunca imaginei".

Para elas, planejar ter um filho e uma família, antes do diagnóstico, era parte do desenvolvimento, era mais uma etapa de suas vidas, era seguir uma ordem natural de acontecimentos. A surpresa de não poder engravidar evidencia-se, mais uma vez, no relato de várias mulheres quando elas falam sobre o uso de métodos anticoncepcionais. Isto indica que em nenhum momento suspeitaram que poderiam vir a ter problemas para engravidar:

*Ah, eu pensei assim, que tanto meu sonho é ser mãe. No começo eu não estava preparada. Depois dos 33 anos que eu me fui preparando, porque antes eu não estava preparada. Me falavam de criança e eu chorava como uma criança, sabe. Que eu não estava preparada eu sentia assim, sei lá eu, não estava preparada para ser mãe, mas agora eu já estou.*

Não, nunca achei que poderia ter problemas. Porque como falei, eu sou saudável, bem forte, sem problemas de saúde. Eu tinha certeza que logo de casar eu ia engravidar. Eu tinha tanta certeza disso que até tomei anticoncepcional logo depois de casar. Minha mãe teve nove filhos sem problemas e precisou operar para não ter mais. Minhas irmãs têm filhos sem problemas.

Estas mulheres, ao igual que muitas mulheres, estavam se sintindo com o controle de seu futuro reprodutivo e estavam utilizando os recursos existentes hoje em dia para exercer esse controle e decididr em que momento queriam ter filhos.

Para elas, a gravidez fazia parte do projeto de vida, tinham utilizado a anticoncepção só com a finalidade de adiá-la até o momento que considerassem adequado. Achavam que tinham controle sobre o seu projeto de vida e sobre a sua fertilidade até o momento do diagnóstico de esterilidade, a partir do qual começou a perder sentido o planejado (Stewart, 1989).

Referiram que deveria dar-se a sequência, que parece até "natural", de que depois de um tempo de relacionamento, se a mulher não está doente ou com algum problema de saúde, espera-se que aconteça a gravidez:

Não. Não. Nunca, nunca. Porque eu tenho uma irmã gêmea comigo, ela logo ficou grávida. E como nos duas é gêmeas, então o que ela não tem eu também não tenho. Então eu pensava assim: não, logo eu vou ter. Só que passava e passava, né? Então tinha medo assim de eu me sentir enjoada, aí eu pensava eu estou grávida. Pode descartar qualquer coisa ... é neném. Eu falava assim, só que passavam os dias e não era nada daquilo. Mas problemas eu nunca pensei que eu tinha.

Não, nunca pensei que teria problemas para engravidar. Eu achava que estava demorando, que era normal... Minha mãe engravidava fácil, né? Minha irmã também não tem problemas. É só nós duas de filhas, os outros são meninos, ela nunca teve problemas, então eu nunca imaginava que eu teria. Não têm assim casos na família. Nem passava pela cabeça que eu pudesse ter alguma coisa. Por isso, no começo foi muito difícil de encarar.

Conforme o relatado pelas mulheres, a esterilidade também significou uma surpresa para os homens, algo inesperado na vida deles. Alguns não faziam nenhum comentário; várias mulheres colocaram "não fala nada", outras disseram que eles demoraram para se acostumar com a ideia da esterilidade de suas companheiras:

No começo? Ah, ele achou assim, bom acho que ele queria tanto ter um filho que ele não aceitava de eu ter assim esse problema, né? Mas foi tantos médicos que foi falar com ele que ele começou a aceitar.

A surpresa tem sido descrita como a primeira vivência e a mais comum frente ao diagnóstico de esterilidade. Não se espera que a gravidez não aconteça quando é desejada, quando é parte do projeto de vida, parte do que é esperado (Menning, 1980; Shapiro, 1988).

### **Ser diferente**

Para várias das mulheres entrevistadas foi difícil compreender por que não engravidavam se tanto desejavam um filho. Se perguntavam por que eram estéreis, o que tinham de diferente de outras mulheres que conseguiam engravidar. Para elas algo não estava bem, era diferente do esperado porque elas, que tanto desejavam engravidar, não conseguiam e outras, que nem desejavam um filho, engravidavam:

... é que às vezes eu fico pensando, todo mundo tem, às vezes tem muitas pessoas que estão grávidas de três, quatro meses e faz tudo para perder, que nem a minha amiga, mesmo ela ficou grávida e de quatro meses ela abortou. E às vezes eu fico pensando, tantas pessoas que eu acho que não quer, e Deus dá, e a gente que quer tanto.

*Olha, eu fiquei revoltada porque eu imaginava tudo. Poxa, eu sou casada, né?. Acho que todo mundo tem direito a ter um filho, né? Por que justo eu?*

Algumas das mulheres entrevistadas relataram o quanto era importante para elas ter um filho para desenvolver este papel desejado por elas e sentir-se igual às outras mulheres:

*Porque na minha família todas têm (refere-se a filhos), a única na família dos dois lados sou eu.*

*Eu adoro criança, sempre gostei desde pequena. Eu adoro cuidar de nenê, então ... quero ter como todos.*

*Porque eu quero uma criança, todas minhas cunhadas têm, só eu que não.*

*Chorei bastante porque, nossa, eu pensei, todo mundo têm bastante filho, minha irmã têm oito, eu não tenho nenhum.*

**Não engravidar significa ser diferente** deste modelo de identificação. A partir do diagnóstico começam a sentir-se diferentes das outras mulheres, a sentir-se mulheres inférteis em um mundo predominantemente fértil, que em todo momento e na maioria das relações as lembra disso (Shapiro, 1988).

## Tristeza e dor

A tristeza e a dor estavam presentes nos relatos e aparecem com uma clareza e intensidade próprias frente a esta realidade irreversível, na qual a perda "da gravidez desejada" torna-se concreta e real:

... Mas ele chegar a falar que eu não, ah, é muito duro, porque a gente quer tanto um filho. Mas aí é duro para caramba, daí a gente sofre ...

Ah, senti um pouco de tristeza, porque a gente vai com toda aquela ansiedade, com aquela esperança e, de repente, a gente recebe essa notícia do problema, então é que fica meio balançada.

Olha, eu fiquei muito triste. Nossa, foi a coisa mais horrorosa da minha vida. Mas eu chorei, não dormia, não comia de maneira nenhuma. Só chorava. Aí eu peguei e cheguei, a primeira vez que eu fiquei sabendo, cheguei em casa fui no banheiro e dava cada murro, mas murro mesmo na minha barriga de tanta raiva que eu tinha, de tanto ódio que eu tinha.

O afeto pelo filho desejado, a tristeza e a dor pela perda deste filho "fantaseado" e "querido", são vivências que se entrelaçam. Muitos acham que o afeto só pode ter uma dimensão real quando é colocado em uma "pessoa real", mas para a mulher que decide engravidar o diagnóstico de esterilidade significa a perda de uma "possibilidade" (Menning, 1980).

O projeto de uma gravidez leva a mulher a estabelecer um vínculo com o filho desejado, a antecipar as mudanças que irão acontecer na sua vida a partir desta relação, assim como a fantasiar com "seu bebê".

O diagnóstico de esterilidade interrompe este processo de vivências em relação ao filho desejado e desencadeia um processo de luto que não está legitimado no entorno da mulher; família, amigos e relações de trabalho (Shapiro, 1988).

Estas vivências estão presentes a partir do primeiro momento do diagnóstico e ao longo do período de tratamento, e conforme o prognóstico, podem se prolongar durante muito tempo e, inclusive para algumas mulheres, durante a vida toda (Menning, 1980; Shapiro, 1993).

## Culpa

Outra vivência relatada pelas mulheres entrevistadas foi a de se sentir culpada por esta incapacidade de engravidar:

*Às vezes, eu fico pensando por que que eu não consigo engravidar, né? O que que eu fiz?*

Esta vivência de se sentir culpadas por algo que, na realidade, elas nem sabiam o que era, por algo que não se concretizava em nenhum evento passado e, com frequência aparece como uma vivência difusa e, a partir da qual, se estabelece uma necessidade de procurar uma sequência causa-efeito em uma tentativa de compreender (Menning, 1980).

Esta vivência de serem responsáveis, de se sentirem como se fossem de alguma maneira culpáveis pelo que está acontecendo, também se expressava em relação aos seus companheiros:

*Ah, eu me achava uma mulher inútil. Falava assim: casei, meu marido adora crianças, por ele a gente tinha arrumado filho logo que casou. Ele parece que ainda quer mais do que eu. Um dia até eu propus separação para ele. Eu falei: se você quiser separar a gente separa, você arruma outra pessoa, você vai ter a tua família.*

As mulheres relataram que sentiam que não estavam cumprindo com o papel que delas se esperava; embora elas não achassem uma explicação para o que estava acontecendo, assumiam a "culpa". Este sentir-se culpadas por não cumprir com o que os parceiros esperavam delas se traduz em um temor, às vezes não verbalizado, de serem castigadas e perder esta relação com o parceiro (Mahlstead, 1985).

As vivências de perda, de luto são muito intensas e passam por diversos estágios e com diferentes manifestações, adquirindo as particularidades de cada pessoa e configurando-se a partir da história de cada uma. A pessoa que está vivenciando um processo de luto passa por alguns ou por todos os estágios deste processo que foram descritos por Kubler-Ross: negação, ira ou raiva, barganha, depressão, aceitação e esperança (Kubler-Ross, 1977).

#### Relação com o marido

Embora todas as mulheres expressaram o desejo de engravidar como próprio, este também estava referido ao desejo do marido de ser pai, frente ao qual a mulher se sente com a responsabilidade, a obrigação de lhe "dar" um filho. Frente ao diagnóstico de esterilidade a mulher se sente "responsável" pela impossibilidade de concretização do projeto parental do parceiro, por não cumprir com o que se esperava dela.

Esta vivência das mulheres está fortemente arraigada na nossa sociedade, o papel da mulher e a sua obrigação é dar um filho para seu parceiro; é o que ela espera, é o que o seu parceiro espera, é o que a família espera.

Todas as mulheres tinham conversado com seus parceiros sobre o diagnóstico e o tratamento. A maioria dos homens se colocava, segundo a percepção das mulheres em relação a esta problemática, em um papel de observadores, dando apoio e incentivando-as para que fizessem os estudos e o tratamento para engravidar. Isto, talvez, esteja vinculado, em alguns homens, ao desejo de que as mulheres engravidem e possam concretizar seu projeto de ser pais:

*Conversei. Inclusive ele está dando a maior força, ele está me ajudando muito. Ele também quer muito um filho. Por ele que eu estou batalhando.*

*Ah, ele fala para chegar lá no médico e perguntar se você vai conseguir um dia. Como é? vai conseguir ficar grávida? e se não, você pára com o tratamento e tal.*

Entretanto, algumas mulheres vivenciaram este apoio como ligado a uma cobrança. A expectativa de alguns parceiros uma vez descartado o fator masculino, conforme a percepção das mulheres, era de que a mulher engravidasse:

... Agora ele está ansioso para eu engravidar, claro, agora que ele sabe que ele não tem problemas, está contente, quer ser pai logo. Não quer filho adotivo, quer um filho gerado por mim e por ele. Quer que eu opere logo e que engravide. Ele acha que tem que dar tudo certo. Ele quer um filho logo.

Várias mulheres relataram que os maridos cobravam delas o problema da esterilidade, de estar com problemas e não poder ter um filho. Isto reforçava nelas a vivência de não estar completas, de estar com defeito e se sentirem responsáveis por não engravidar:

Quando fica nervoso ele fala que se eu não tivesse com problema a gente estava com neném. Falava, só que não fala mais. Só que falava direito. Cada um quer ter seu filho.

Às vezes ele se conforma. Mas uma hora e outra ele fica jogando na cara. Falando que eu não sirvo para ser mãe, para dar um filho para ele. Coisas que ele fala.

Outras falaram da compreensão do parceiro, do apoio dele para as decisões que elas tomassem em relação ao tratamento, tanto para continuar com este como para parar. Mas percebe-se a insegurança delas e, até em algumas, a necessidade da gravidez para reafirmar a relação:

*Ele fala que não liga. Ele fala que não liga, mas eu não sei. Ah, eu não sei, acho que sei lá, acho que liga, sei lá. Acho que fala assim por falar. Acho que ele fala que não liga para não sei, para não deixar eu triste, mas eu acho que ele fica pensando alguma coisa.*

Três das mulheres colocaram que, embora tivessem problemas para engravidar, a relação com o parceiro, a relação do casal continuava a se manter satisfatória:

*A gente não tem problemas. Não, de maneira nenhuma. A gente sai, passeia. Ele é uma pessoa que não me deixa ficar sozinha dentro de casa, não sai sem mim. Até para ir no açougue a gente vai junto. Tudo quanto é lugar. Nossa, tem muito vizinho lá perto, nossa, eles ficam bobos de ver o jeito da gente. Problemas a gente não tem, graças a Deus!*

#### **Relações com a família**

Ao se referirem às relações com a família, quinze mulheres disseram que a família, tanto delas quanto do marido sabia de seu problema para engravidar. Uma relatou que a família não tinha conhecimento de sua esterilidade e isto era devido a que moravam muito longe e ela quase não tinha contato com eles.

Algumas relataram que as famílias não opinam em relação à esterilidade embora manifestem interesse no tratamento e dêem apoio para que a mulher continue a fazê-lo:

*Sabem, eles sabem dos tratamentos. Quando eu chego lá que eu venho para cá, quando eu chego, vão lá em casa para perguntar como que foi, o que eu fiz. Dão a maior força.*

*Minha mãe, minhas cunhadas, eu comento com elas, e elas falam para continuar o tratamento, né? Para fazer o possível, todos dão a maior força para a gente.*

Outras relataram que a família não se interessa muito pelo tratamento porque acha que a gravidez irá acontecer independentemente dela e lhes diz que irá acontecer "quando for a hora" ou "quando Deus quiser".

Quando perguntadas sobre as relações com a família do marido, relataram que são difíceis e sentem que eles colocam a responsabilidade da gravidez nelas:

*Ah, ficam falando por que que eu ainda não dei um filho, tipo assim, a mãe fala por que eu não dei um filho ainda para o filho dela. Quando tem assim uma conversa falam: só falta você ter um filho.*

Eles (a família do marido) acham que eu estou muito ansiosa, que todo mundo tem filho menos eu, ficam falando.

A possibilidade de não poder ter um filho eu vejo muito chato, muito triste porque as pessoas cobram da gente.

Têm pessoas que cobram. Principalmente sobrinho. Falam: a tia não vai ser mãe? Não vai dar um sobrinho? Não vai dar um primo para a gente? Fica aquilo na cabeça. E a sogra que quer um neto.

As vivências das mulheres entrevistadas em relação ao que acontecia com as pessoas do entorno delas foi que não tinham, em muitos casos, com quem partilhar o que estava acontecendo com elas, deixando-as sem possibilidades de falar sobre suas preocupações e angústias. Algumas relataram que a família não falava sobre a gravidez que não acontecia, não comentavam sobre o tema como se não existisse. Poderia-se especular que isto talvez fosse devido a que não sabiam lidar com uma situação que sai do habitual e do cotidiano deles.

Outras relataram que as famílias falavam que já iria acontecer a gravidez ou, "se Deus quiser" elas iriam ficar grávidas. Nenhuma falou sobre uma verdadeira possibilidade de se sentir compreendida nem de poder falar francamente sobre suas vivências e partilhar esta sensação de perda.

Também foi colocado por algumas mulheres, que as famílias relacionam o fato de não engravidar com o que elas denominaram de "ansiedade" ou "nervosismo" das mulheres, falaram que é "da cabeça". Novamente está presente esta vinculação da esterilidade com alguma característica das mulheres, como se de alguma maneira fossem culpadas pelo que está acontecendo.

Outras relataram que a esterilidade é vivenciada pelas famílias como algo vinculado a eventos "naturais" ou "sobrenaturais", sem relação com fatos ocorridos previamente na vida das mulheres ou de seus parceiros:

*Eles falam que é para esperar. Eles falam que é para esperar, parar com os tratamentos, que é da cabeça também. Eu já acho que não.*

Planteado assim, pareceria que a esterilidade é um problema quase sem possibilidade de intervenção para a sua resolução. Estas crenças não facilitam o diálogo, deixando as mulheres sem possibilidades de falar sobre as suas preocupações e angústias.

Na maioria dos relatos, tanto os relacionados com a família das mulheres entrevistadas quanto os relacionados com a família do marido, citam-se as figuras femininas. Fala-se das mães, das sogras, das irmãs e das cunhadas.

Quando se fala em saúde reprodutiva parece ser que este é um tema sobre mulheres e sobre o qual opinam somente as mulheres, reforçando a idéia de que a responsabilidade da gravidez recai somente nas mulheres, como se fosse competência delas ou responsabilidade delas.

#### Conhecimento sobre o diagnóstico

Todas as mulheres entrevistadas sabiam qual era o problema ou a causa pela qual não conseguiam engravidar. Falaram sobre o diagnóstico, utilizando expressões como: "trompas entupidas", "problema nas trompas", "trompas fechadas".

Só uma não identificou o problema no início da entrevista. Mas no decorrer da mesma falou do diagnóstico e que esse mesmo dia, pouco antes da entrevista, tinha sabido qual era. Ainda estava um pouco confusa com a informação que tinha recebido, a possibilidade de falar sobre o diagnóstico ajudou-a a esclarecer a informação que tinha recebido.

Entretanto, a maioria não relacionava nenhum fato de suas vidas com o diagnóstico ou problema da obstrução tubária, ou seja, não sabiam como isto poderia ter acontecido. Algumas das mulheres tinham a sua própria interpretação em relação à causa da obstrução das trompas. Uma das entrevistadas relatou:

.. Na hora que ela falou, aquela vez, a primeira, quando falou eu pensei uma coisa. Ah, não sei nunca contei para ninguém. (Fica nervosa, olha para baixo, esfrega as mãos, fica muito aflita e, com vacilação, começa a falar).

Eu tinha bastante coceira, lá embaixo, isso foi quando começou a vir para mim, aí eu ficava nervosa. Até que um dia fui no banheiro e soltei bastante água aí no lugar, nesse lugar, né? Nesse lugar, no clitóris e para dentro. Foi gostoso e fui fazendo sempre, por isso não tive relação com ninguém antes do meu marido. Sempre ficava satisfeita e não precisava mais. Depois que eu casei ele sempre tem que fazer carinho aí para eu ficar satisfeita. Depois de um tempo passei a usar o motorzinho. Aquele motorzinho que eu passo e fico satisfeita. Será que de tanto vibrar pode tampar a trompa? Será que vibra por dentro e elas grudam?

Esta relação estabelecida pela mulher entre a masturbação utilizando o vibrador, como possível causa da esterilidade tubária, gerou angústia e sentimentos de culpa, impedindo-a de vivenciar a sua sexualidade livremente. Se pensarmos que no nosso meio a masturbação é um tema sobre o qual se fala pouco ou nada, é reprimida e considerada como algo sujo sobre tudo nas meninas na infância, não é difícil imaginar a sensação de culpa que esta mulher sentia. A relação que ela estabelecia entre culpa e "castigo" ficava bastante clara.

Por outro lado, neste relato, a dificuldade de falar com a equipe do Ambulatório e colocar estas dúvidas e temores em relação a sua vida sexual e à possível relação com a esterilidade, fica manifesta. Esta mulher no momento da entrevista, havia 15 meses estava em tratamento e não tinha falado sobre a sua preocupação com ninguém, até o momento da nossa entrevista.

Da mesma forma que, quando se perguntou sobre se alguma vez pensaram que teriam problemas para engravidar, quando foram perguntadas em relação a se alguém fez algum comentário em relação a que poderiam ter problemas para engravidar, surgiu o conceito de que a esterilidade está relacionada com outros problemas de saúde. Nesses relatos apareceu novamente a idéia de que, se a mulher é saudável, não terá problemas para engravidar e, ao contrário, uma mulher com problemas de saúde terá dificuldades ou problemas para engravidar. Estes problemas de saúde referem-se a qualquer tipo de doença ou de acidente que tenha sido de risco para a saúde em geral. Novamente não houve comentários sobre as possíveis causas da esterilidade por obstrução tubária, principalmente em relação a episódios prévios de infecções do trato reprodutivo:

*A minha mãe achava, sempre achou que eu não ia poder ser mãe pelo fato de eu ser muito doente, desde criança eu tenho problemas de saúde, então ela sempre falou pra mim: Olha você não vai ser mãe, você é muito fraca, você é muito doente.*

De criança eu tive quanto é doença que existe, acho que eu tive. Até meningite eu já tive, certo? Então eu fui uma criança fraca, eu nasci eu acho que eu não tinha nem meio metro, eu era pequeninha, eu era super fraca, né? Então o meu irmão (refere-se a um irmão gêmeo) morreu com 22 dias, depois disso ela sempre sofreu comigo, sabe? Eu tive muito problema.

#### **Algumas crenças em relação ao ciclo reprodutivo**

As comunidades constroem sistemas de **crenças** em relação ao ciclo reprodutivo. Um conceito popular bastante difundido é que as mulheres sadias não deveriam ter problemas para engravidar. Nas histórias relatadas pelas mulheres entrevistadas, o projeto da gravidez estava fortemente relacionado com este conceito, que uma mulher que sempre foi saudável e sem nenhum problema de saúde, não tem por que ter problemas para engravidar. Por outro lado, as mulheres acreditam que se nunca existiram esses problemas na família, não tem por que acontecer com elas.

Para os homens, o diagnóstico de esterilidade e a dificuldade às vezes de estabelecer uma vinculação deste problema com a vida pregressa deles ou de suas companheiras -conforme relataram as mulheres- os levou a procurar diversas explicações para esta situação, algumas das quais baseiam-se nestas crenças populares:

Às vezes ele fala que pelo fato do sangue dele ser igual ao meu, ele fala que a gente não tem possibilidades de ter um filho.... Tem gente que conversa com ele e eles falam que o sangue igual assim dá criança com problema.

Ah, ele acha que é psicológico. Ele acha que eu fico pensando muito no problema que eu tenho e por isso que eu não fico grávida.

Outra crença bastante arraigada, de que o homem que já teve filhos deve considerar-se fértil, foi também manifestada nas entrevistas:

... ele já foi casado, ele tem dois filhos e tal, então o problema não é dele. O problema é meu e não dele. Ele falou que ele já é pai, então ele acha que o problema é meu, então falou que me dá o apoio para mim vir para fazer meu tratamento. Só que ele falou que não vem por que ele não tem problema, ele constatou.

Em alguns relatos apareceu a idéia de que algumas mulheres são diferentes do resto, que têm algo diferente, e por isso não engravidam. Isto está vinculado com diversas crenças sobre por que as mulheres não engravidam.

Algumas destas crenças estão relacionadas a explicações "naturais", sem ter nada a ver com episódios passados da vida da mulher ou com a intervenção do serviço de saúde na possibilidade de resolver o problema:

*... falou que eu não ia ter filhos, que eu não ia ter nunca porque eu nasci, é um ditado assim bem do interior mesmo que*

*têm, com a ponta do fígado branco, parece. Se os dois nascem assim parece que nunca vai ter filho.*

Como já foi mencionado, só uma das mulheres entrevistadas referiu-se a um diagnóstico prévio de infecção do trato reprodutivo, a uma infecção nas trompas e a advertência feita pelo médico em relação a que, no futuro, poderia ter problemas para engravidar.

As outras mulheres que participaram do estudo não sabiam ou nunca se detiveram a pensar, se algum acontecimento passado poderia ter alguma relação com a problemática atual. A esterilidade foi percebida como algo que não tinha relação com outros eventos na vida, evidenciando desconhecimento da relação que existe entre os episódios passados de infecção do trato reprodutivo e a dificuldade para engravidar.

Algumas mulheres procuraram explicações para a sua impossibilidade de engravidar em acontecimentos do passado, mas sem relacionar episódios de ITRs com a esterilidade presente por obstrução tubária. Estas explicações obedeciam simplesmente ao que elas imaginavam que poderia ter sido a causa, e não se baseiam em um conhecimento real ou em informações que poderiam ter recebido:

*Ah, eu acho que eu já nasci assim com esse problema. Então não é depois, não tem nada a ver, eu já nasci com isso aí.*

*Eu tenho duas coisas no meu pensamento, sei lá. Quando eu penso, eu tinha uns 8 ou 9 anos, eu saí com um irmãozinho, eu ia sentar na praia, então eu já não soltava a mão dele. Ele desceu assim, e ele pegou e caiu então, eu cai de perna aberta no asfalto. Então eu era muito criança e começou a sangrar demais, começou a sair pelotas de sangue. Então na minha mente eu acho que afetou alguma coisa ou que desligou alguma coisa lá dentro.*

A necessidade de compreender as possíveis causas do que está acontecendo, levou a que algumas mulheres procuraram interpretar acontecimentos passados como responsáveis pela esterilidade presente. Então apareceram idéias de que elas são diferentes ou que a responsabilidade da esterilidade é da "natureza".

Nestas interpretações apareceram sentimentos de culpa, sentimentos de não ser "completa", de que o problema "é de dentro":

... eu acho, porque o problema da gente é da gente mesmo, vem de dentro. Então não culpo ninguém, não. Por enquanto não parei para pensar nisso não. Acho que se existe algum culpado, esse culpado sou eu. Por que o corpo é meu, a possibilidade, o útero... Isso é uma coisa que eu não sei explicar. (Voz muito emocionada, parece que vai chorar.) Mas a sensação está aqui comigo. (Coloca a mão no peito.).

A culpada é a minha natureza mesmo.

Sei lá, só se foi o motorzinho (refere-se ao vibrador). Foi a primeira coisa que pensei quando a enfermeira falou.

Algumas mulheres procuram uma explicação a partir do religioso para compreender o que está acontecendo, colocando em uma instância superior o que para elas é incompreensível:

Se Deus quiser, eu ainda consigo.

Se Deus quiser, tudo vai dar certo, eu também vou ter o meu filho.

## Expectativas em relação ao futuro reprodutivo

O diagnóstico de esterilidade gerou numerosas dificuldades na vida diária das mulheres entrevistadas. Foi necessária uma disponibilidade econômica diferente para poder enfrentar as exigências do tratamento, apesar deste ser em um serviço público e sem custo. Também foi colocado que a disponibilidade de tempo necessário para acompanhar as exigências, tanto do diagnóstico quanto do tratamento, são grandes. Isto levou a uma reorganização de numerosos aspectos práticos da vida diária para poderse adequar a estas necessidades. Uma das mulheres relatou que deixou de trabalhar para poder fazer os estudos necessários para o diagnóstico e tratamento:

*Paralizou toda minha vida. Eu sempre fui trabalhadeira de solteira. Depois que eu casei, quando descobri, saí do serviço, fui atrás de médico. Na fábrica onde eu trabalhava não aceitavam atestado assim, de mulher que quer filho porque vai muito no médico. E parei, sempre com vontade de fazer outra coisa, mas parou a minha vida.*

A maioria das mulheres entrevistadas sabia que o tratamento para a obstrução tubária era uma cirurgia para desobstruir as trompas, e tinham consciência de que as possibilidades de engravidar não estavam garantidas depois da cirurgia.

As quatro mulheres que não sabiam ou não se referiam claramente ao tratamento eram as que ainda não tinham discutido sobre este assunto com a equipe do ambulatório.

Para várias mulheres o tratamento oferecido, a cirurgia, gerou sentimentos contraditórios. Por um lado, sentiam esperança, sentiam que tinham uma possibilidade de resolver o problema e, por outro lado, medo de enfrentar uma cirurgia que para elas era uma situação desconhecida. Entretanto, a maioria expressou que estava decidida a continuar com o tratamento até o fim, apesar do difícil que resultava em muitas oportunidades. Isto reforça a decisão destas mulheres de obter uma gravidez, mesmo tendo que se submeter a uma cirurgia:

*Estou mais conformada. Agora eu vou até o fim, antes no começo, eu estava mais desanimada.*

As mulheres relataram com muita clareza o que lembravam que a equipe médica explicara por ocasião de discutir o tratamento e suas possibilidades futuras em termos de gravidez. Nestes relatos não se encontraram diferenças em relação à informação que as mulheres lembravam ter recebido sobre o tratamento, a pesar do baixo nível de escolaridade das entrevistadas; apenas uma das mulheres tinha educação universitária e todas as demais tinham curso primário incompleto ou completo.

Esta igualdade de compreensão, esteve relacionada provavelmente com a clareza e precisão com que a informação foi transmitida durante as consultas, ocorridas no ambulatório de esterilidade. Algumas mulheres explicaram claramente todo o procedimento terapêutico necessário para desobstruir as trompas:

... Porque então aí abre a trompa, aí passa o espermatozóide e junta com o óvulo e pronto. (Esta mulher fez o desenho do ovário, da trompa e mostrou como passa o óvulo pela trompa).

Ah, isso eles falaram. Fazer a cirurgia, a laparoscopia porque isso desentope. Não é seguro que vou engravidar. Não é assim, fez a cirurgia e engravidou, mas é uma chance.

Entretanto, aquelas que passaram por vários tratamentos e diagnósticos prévios, pouco precisos, mostravam-se confusas perante as perguntas em relação ao tratamento e suas possibilidades de engravidar:

Eu perguntava. Mas ele nunca dava certeza de nada. Eu queria saber assim, se realmente eu iria engravidar. Se era certo mesmo. Ah, ele falava não sei, tudo ele ... parecia que ele tinha mais dúvidas do que eu. (A mulher ri).

Outra vivência que apareceu com frequência nos relatos foi o **medo** em relação ao futuro reprodutivo, perante a possibilidade de que a gravidez não ocorresse após os tratamentos propostos, ou em relação a outras consequências para a saúde, decorrentes dos tratamentos que poderiam vir a ser realizados:

*Medo de não poder ser, por um acaso que às vezes tem muitas e muitas mulheres que já constatou que têm as trompas entupidas, têm que tirar tudo fora porque não adianta, não resolve problema nenhum. Então fiquei com medo sim, de isso daí não dar certo para mim.*

*Ah, mas eu tenho medo, medo de não conseguir, de não dar certo.*

#### **7.1.3. Informação que as mulheres lembravam ter recebido quando consultaram por episódios de ITRs**

Todas as mulheres entrevistadas referiram episódios progressivos de coceira, ardor vulvar e corrimento. A análise retrospectiva destes episódios, desde o ponto de vista médico, permitiu inferir que estas mulheres tiveram infecções do trato reprodutivo baixo.

Isto se viu reforçado quando se analisaram os tratamentos que as mulheres referiram ter feito por ocasião destas consultas. Porém, as mulheres em geral não relacionavam estes sintomas com um diagnóstico sindrômico de infecção do trato reprodutivo.

Seis das mulheres entrevistadas relataram que tiveram infecções do trato reprodutivo, sendo que três delas referiram que estes foram recorrentes, e uma delas referiu ter tido uma doença sexualmente transmissível. As outras 10, quando perguntadas sobre se alguma vez tiveram uma infecção do trato reprodutivo, disseram que não tiveram, mas todas falaram em coceira, ardor e corrimento.

Relataram os sintomas e os tratamentos; algumas inclusive comentaram com detalhes as consultas realizadas nessa ocasião e qual foi a orientação dos médicos em relação ao tratamento. Falaram da recorrência dos sintomas ou da remissão destes. Todas lembravam as consultas e os tratamentos -em alguns casos relatados com detalhe-, mas somente uma das mulheres disse ter sido informada pelo médico de que poderia vir a ter "*problemas para engravidar, já que estava com infecção nas trompas*".

Outra das mulheres entrevistadas relatou que, na época em que teve uma infecção do trato reprodutivo, ela era estudante universitária e trabalhava em um hospital.

Tempo depois do tratamento consultou novamente, porque embora tendo relações sem uso de anticoncepcionais, não engravidava e ela desconfiava que pudesse ter algum problema. Naquele momento o médico achou que ela poderia ter algum problema de pélvis porque tinha uma perna um pouco mais curta que a outra; mediu a pélvis e lhe disse que, provavelmente, teria problemas para engravidar "porque o eixo da pélvis estava afetado".

A maioria, quando perguntadas sobre quais foram as explicações sobre a causa das infecções ou dos outros sintomas -tais como coceira, ardor e corrimento-, que receberam por ocasião das consultas e dos tratamentos referidos, tinham dificuldades para responder. Umas, porque não tinham recebido informação, e outras porque estas foram pouco claras e, pelo que elas lembravam, sem muitos detalhes:

*O médico falou que era normal, que era problema... ele falou assim para mim: que a gente tem uns bichinhos na vagina por ser úmida e quente, né? E tem uns que atacam e outros que defendem, daí por problemas de hormônio ou nervoso ou qualquer coisa, daí os que defendem diminui um pouco, daí os outros atacam, ele falou que isso era bem normal.*

*Eu só perguntei por que é causado, né? Eles dizem (os médicos) que isso daí vem de uma quentura do útero, isso que eles falaram para mim. Vem de uma quentura no útero, então dá isso daí.*

Foram poucas as mulheres que referiram ter recebido nessas consultas a explicação de que as infecções do trato reprodutivo são transmitidas por via sexual. Também, disseram que estas explicações eram confusas, superficiais ou pouco claras, e de que, nelas, a sexualidade era abordada casualmente ou de forma duvidosa:

*Ele (o médico) falou que tal vez eu poderia ter pegado a bactéria, que eu estava com infecção, de uma peça íntima de alguém, que tal vez eu poderia ter usado ou alguém usou a minha. Ou então poderia ter pegado do meu marido, que tal vez poderia ter tido um relacionamento antes de mim com outra pessoa, que tal vez poderia ter pegado de outra mulher e passou para mim.*

Todas as mulheres entrevistadas relataram que não sabiam se seus companheiros tinham tido alguma infecção que se pega na relação.

## 7.2. Análise das entrevistas com os médicos

Foram entrevistados 15 médicos dos Postos de Saúde da Prefeitura de Campinas. Dez deles eram do sexo masculino. A idade média dos profissionais entrevistados foi de 32,9 anos, a mediana de 34 anos com uma variação de 27 a 47 anos.

O número de anos desde a formatura até a entrevista mostrou uma média de 9 anos, uma mediana de 6 anos e uma variação de 4 a 21 anos. O tempo de serviço destes médicos no setor público no momento da entrevista variou de 1 mês a 17 anos.

Do total de médicos entrevistados, treze haviam recebido treinamento formal em Ginecologia e Obstetrícia, ou seja, tinham passado por uma Residência Médica completa, e dois tinham recebido seu treinamento através de estágios na especialidade, mas no momento das entrevistas estavam trabalhando como ginecologistas. Os dados demográficos mostram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Dados demográficos dos médicos entrevistados

Médico	Idade	Sexo	Ano de formatura	Residência médica	Tempo no Setor público
1	28	M	1990	Sim	10 meses
2	47	F	1974	Sim	17 anos
3	34	M	1989	Não	4 anos
4	30	M	1990	Sim	2 anos
5	35	M	1985	Sim	1 mês
6	29	F	1990	Sim	2 anos
7	37	M	1980	Não	7 anos
8	31	M	1989	Sim	3 anos
9	35	M	1985	Sim	5 anos
10	27	F	1991	Sim	2 anos
11	35	F	1984	Sim	8 anos
12	38	M	1981	Sim	4 anos
13	32	M	1990	Sim	3 anos
14	37	M	1983	Sim	7 anos
15	29	F	1989	Sim	2 anos

#### 7.2.1. Diagnósticos mais comuns nas consultas

Quando os médicos foram entrevistados em relação a qual ou quais eram os diagnósticos mais frequentes de consulta ginecológica nos postos, todos responderam que era leucorréia (corrimento), dor pélvica ou dor no baixo ventre e alterações menstruais.

Quando foram indagados sobre os motivos de consulta mais freqüentes no mês anterior à entrevista, todos os médicos responderam que foram leucorréia (corrimento) e dor pélvica.

Perguntados especificamente em relação a se lembravam ter atendido no último mês mulheres com ITRs, todos, com exceção de um, responderam afirmativamente. O número de consultas por ITRs foi muito variável, chegando a um máximo de noventa referidas por um médico, e oscilando em torno de 25 consultas entre os outros profissionais. Entretanto, o que chamou a atenção foi que um dos médicos referiu não ter atendido nenhuma mulher com ITRs, e outros três disseram ter atendido apenas dois, três e oito no mês, apesar de ter contestado previamente que o motivo de consulta principal no último mês tinha sido o corrimento. Um médico referiu ter atendido três mulheres com doença inflamatória pélvica no último mês.

Existe uma aparente contradição entre o referido pelos médicos -de que o maior número de consultas ou motivos de consulta das mulheres por razões ginecológicas foi a leucorréia e a dor no baixo ventre-, e o escasso número de atendimentos referidos por alguns profissionais, quando perguntados especificamente sobre o número de consultas por ITRs. Talvez o conceito amplo de ITR não esteja totalmente incorporado na prática diária, já que a leucorréia e a dor no baixo ventre podem ser consideradas um dos primeiros sintomas de uma ITR, enquanto que a doença inflamatória pélvica é a expressão alta ou de um estágio mais avançado de uma ITR (Berger & Westrom, 1992).

### 7.2.2. Preocupações das mulheres que consultam por ITRs segundo os médicos

Quando os médicos foram perguntados sobre as preocupações que referem suas pacientes quando consultam por qualquer forma de infecção do trato reprodutivo, estes profissionais expressaram que a primeira preocupação das mulheres é obter o alívio da sintomatologia. A maioria também expressou que as mulheres se preocupam se a infecção foi adquirida através de contato sexual ou se tem a ver com o parceiro. Referiram que as mulheres estão preocupadas com a saúde: se é grave, se poderão continuar trabalhando ou cuidando dos filhos. Também que as pacientes perguntam se este tipo de doença tem alguma relação com o câncer de útero, enquanto que, segundo os médicos, poucas mulheres estão preocupadas com o fato de se estas doenças podem afetar a possibilidade de engravidar ou o futuro reprodutivo:

*Também não estão muito preocupadas com a forma de transmissão. A única coisa que querem saber é se pegaram do parceiro e se ele anda com outra mulher. Eu acho elas pouco interessadas e até um pouco alienadas. Também é verdade que elas não receberam orientação nenhuma.*

*A principal preocupação é o medo de ficar doente, medo da gravidade, não poder trabalhar, não poder cuidar dos filhos. Esta preocupação com a saúde é maior do que com a transmissão. A palavra infecção é muito carregada, preocupa muito.*

A preocupação é como pegaram essa infecção. Se é uma doença que o marido passou, se é uma doença venérea.

Nunca ligarão, agora quando falo do diagnóstico ficam ansiosas. É por infantilidade, as pacientes não retornam e com isso dão muito trabalho, às vezes não dá para fazer nem um simples exame especular.

A principal preocupação mesmo da paciente é saber se ela pegou do marido, se foi contraída no ato sexual. Não perguntam pelo compromisso da fertilidade. O que querem saber é se foi do marido, se pegaram na relação.

A partir destes comentários podemos ver que existe uma clara preocupação por parte das mulheres sobre a forma de transmissão das ITRs, sobre se adquiriram dos maridos, e uma preocupação sobre se estas patologias são graves para sua saúde. Se perguntam se a ITR pode afetar sua saúde e se é grave é obvio que existe uma preocupação por parte das mulheres.

Também foi colocado que a palavra infecção é muito carregada para as mulheres e isto pode ser porque elas têm o conceito de que as infecções em geral podem ser graves para a saúde, embora não se tenha referência específica sobre as ITRs (Cates, Rolfs, Aral, 1990).

### 7.2.3. Orientação que os médicos referiram dar às mulheres que consultam por ITRs

Em relação às orientações que os profissionais referiram dar às mulheres quando consultam por corrimento e dor pélvica, todos disseram oferecer tratamento à mulher, às vezes também ao parceiro e a maioria falou que, em geral, orientam para o uso do condom. Um dos médicos referiu orientar as mulheres a usarem o condom durante seis meses quando a infecção vaginal é por Gardnerella. Quase todos disseram orientar as mulheres para manter abstinência sexual durante o tempo que dura o tratamento das ITRs e durante as menstruações. Alguns referiram preferir orientar a manter abstinência sexual e não ao uso do condom, já que os parceiros se recusam a usá-lo:

*Eu dou tratamento para ela e o parceiro, para o casal.*

*Falo que tem que ter abstinência sexual durante o tratamento e indico que usem condom.*

*O tratamento e as orientações em relação ao asseio corporal, diminuir ao mínimo o número de parceiros, e uso do preservativo.*

*Suspender a atividade sexual durante o tratamento. Se for solteira orientamos sobre o uso do preservativo.*

*Tratar a paciente. Orientá-la para que o quadro não se torne tão exuberante. Muitas são promíscuas, não adianta muito falar.*

A orientação de abstinência sexual durante o tratamento chamou a atenção, já que embora adequada, pareceria, conforme o referido por alguns médicos, que é mais fácil para as mulheres negociar com seus parceiros a abstinência sexual que o uso do condom (Population Reports, 1993).

Alguns médicos referiram que as mulheres devem diminuir o número de parceiros ao mínimo, mas a pergunta que poderíamos nos fazer é: qual é o mínimo de parceiros para que as mulheres estejam isentas de risco e quantos parceiros são necessários para adquirir uma ITR.

Ao mesmo tempo, referiram que muitas mulheres são promíscuas, mas os médicos entrevistados não fizeram nenhum comentário sobre a promiscuidade dos homens. Se existe esta idéia de promiscuidade, talvez a orientação deveria ser o uso do condom em todas as relações sexuais, para evitar que ocorra uma ITR (Population Reports, 1989).

Um dos médicos referiu indicar o uso do condom para as mulheres solteiras. Existe a crença de que mulheres solteiras e adolescentes são mais propensas a adquirir ITRs, devido a que trocam de parceiro sexual mais frequentemente; assim como a crença de que as mulheres casadas têm um risco menor de adquirir ITR porque têm ou um único parceiro ou uma possibilidade menor de trocar de parceiro sexual (Wasserheit, 1993).

O estado civil das mulheres não tem relação com a aquisição ou não de uma ITR, já que a origem das mesmas tem a ver com as relações sexuais e não com o estado civil de homens e mulheres.

Os médicos entrevistados disseram dar orientação em relação ao tratamento, mas que isto nem sempre é cumprido. Às vezes, pela não colaboração do parceiro, às vezes de ambos e outras vezes devido à dificuldade de adquirir os medicamentos, os quais nem sempre estão à disposição na rede pública:

*Se orienta em relação à medicação para os dois, pela situação econômica às vezes nem se tratam. A mulher é a que recebe a orientação já que os homens raramente vêm.*

*Oriento a respeito do uso da camisinha, só que não usam. Oriento para observar o companheiro, aí é onde elas não ligam muito, não fazem o tratamento, o parceiro fica por*

fora. Depois voltam com o mesmo sintoma. Já dá para perceber quando a gente orienta que muitas delas não ligam muito. Também os parceiros não se interessam, eles não vêm nunca no posto.

Eu oriento também em relação ao marido. Falo como se adquiere, falo que a maior chance é por relação sexual. Explico como evitar, falo da AIDS, que pode vir com essas doenças. Que usem o condom se não conhecem os parceiros.

Em geral, a orientação é dirigida somente às mulheres, já que a maioria referiu que os homens não as acompanham nas consultas. Esta orientação, somente dirigida às mulheres, coloca nelas a responsabilidade pela adesão ao tratamento, tanto dela quanto de seu parceiro, assim como a negociação da abstinência sexual ou o uso do condom.

O fato dos homens não frequentarem o posto não é necessariamente sinónimo de que eles não se interessem, poderia apenas significar que não vão porque o posto atende no horário em que eles estão trabalhando, e a perda de um dia de trabalho pode ser significativa no orçamento familiar. Outro motivo que poderia se especular seria que os homens não encontram um espaço para eles e suas inquietudes.

A maioria dos profissionais entrevistados não falaram sobre se explicam detalhadamente que as infecções do trato reprodutivo, em uma grande maioria, são transmitidas sexualmente. Porém, alguns foram muito claros em disserem às mulheres que a origem da maioria das ITRs é por transmissão sexual:

*Eu não especifico que foi do marido ou do parceiro, só falo que é uma doença sexualmente transmissível que se pega na relação e se querem mais dados eu não respondo. A maioria delas não tem outro parceiro, só o marido.*

*Logo falo a verdade sobre a infecção. Claro, os motivos são múltiplos e em caso das venéreas é delicado quando a paciente pergunta como pode ter pego o que ela tem. Mesmo assim tem que falar que pega na relação, que tem que se cuidar.*

*A primeira orientação é em relação ao diagnóstico mais provável. Por exemplo, a monilíase. Falo que é um fungo, que é de transmissão sexual. Pode ser sexual ou pela roupa, pela libido aumentada, que fica mais úmida e facilita o desenvolvimento.*

Apenas um dos entrevistados falou sobre as orientações que dá sobre o uso do condom em mulheres que praticam o coito anal antes do vaginal:

*Não ter relação durante a menstruação, cuidado com o coito anal seguido do vaginal.*

As respostas dadas pelos médicos mostram sua dificuldade em falar com as mulheres abertamente sobre a transmissão sexual das ITRs, proporcionando todas as informações que precisam, numa discussão clara e aberta sobre a sexualidade e cuidados necessários para se prevenir das infecções. Um exemplo disto pode ser observado na resposta de um dos médicos entrevistados, quando relata que somente explica que a infecção é adquirida por transmissão sexual, mas se a mulher deseja mais informação, ele não dá.

Isto não é privativo do nosso meio, já que mensagens a serem passadas a população são difíceis de serem transmitidas ou frequentemente "são esquecidas de serem passadas". Em um estudo realizado nos Estados Unidos com pacientes portadores de doenças de transmissão sexual (DST), a quarta parte deles não recebeu qualquer informação sobre como prevenir uma nova DST (Merrill, Laux, Thornby, 1990; Roter et al., 1990).

Outro médico referiu que uma das causas para adquirir uma ITR é pela libido aumentada -pois os genitais ficam mais úmidos e favorecem estas patologias-, dando, desta forma, uma etiologia pouco científica para as ITRs. Com esta explicação coloca a "culpa" da ITR na mulher por vivenciar a sua sexualidade.

Alguns médicos referiram que a informação sobre a origem das ITRs constitui um verdadeiro problema "social", devido a que as mulheres desejam saber sobre outras parceiras de seu companheiro. Em outros casos, os médicos explicaram que as mulheres referem espontaneamente, durante a orientação, que seus companheiros tem outras parceiras:

*Aí entramos no social, na relação deles, mesmo assim tem que falar que pega na relação, que tem que se cuidar para não repetir.*

*A promiscuidade é muito grande, acho que mais nos homens. Quando a gente conversa, elas se abrem e falam que eles têm outra mulher, que quando ficam bravos vão para casa da outra mulher, algumas até falam que ele não pode ficar bravo porque vai embora. É muito difícil orientar.*

Os médicos entrevistados reconheceram que algumas mulheres sabem ou desconfiam que seus maridos têm outras parceiras sexuais, mas frente a este reconhecimento, não observamos na maioria das nossas entrevistas uma orientação adequada sobre a forma de transmissão e de prevenção destas doenças.

A indicação de abstinência sexual não serve de nada se somente é observada pela mulher, já que o marido poderia continuar mantendo relações sexuais com outras mulheres e isso favoreceria a instalação do ciclo da reinfecção. Frequentemente, sem que a mulher nem seu parceiro sejam conscientes do que está acontecendo. Enquanto não se fale e explicita claramente como estas doenças se adquirem, continua-se contribuindo para sua disseminação (Merrill, Laux, Thornby, 1990; Roter et al., 1990).

A maioria dos médicos não falaram das orientações que dão às mulheres em relação aos riscos das ITRs sobre o futuro reprodutivo. Só dois deixaram claro que isto deve ser dito, inclusive foram explícitos em relação à recomendação para evitar a repetição da infecção:

*Alerto conforme o diagnóstico sobre o risco reprodutivo, em aquelas infecções mais sérias. Oriento sobre os riscos sobre as trompas.*

*Oriento para que não repitam a infecção e alerta sobre o risco de uma obstrução tubária.*

Por outro lado, seis dos entrevistados referiram que as mulheres atendidas nos postos não têm boas condições de higiene, revelando uma grande preocupação com este tema. Disseram orientar sistematicamente às mulheres quanto a medidas higiênicas dos genitais e sobre o inconveniente de realizar duchas vaginais:

Aquelas que eu falei, as sujinhas, eu oriento sobre higiene, as noções básicas de higiene, de como lavar os genitais.

Oriento quanto à higiene, duchas vaginais não são convenientes, a roupa não deve ser apertada e que é melhor usar a roupa mais solta.

Estas respostas mostraram um interesse legítimo e benéfico sobre os cuidados higiênicos, assim como o inconveniente do uso de duchas vaginais, o que realmente não traz nenhum benefício para as mulheres e sim, potencialmente, algum risco de infecção. Os comentários referidos ao uso de algum tipo de roupa não tem nenhuma sustentação científica tanto para a prevenção quanto para a transmissão das ITRs, e levam, por outra parte, a colocar de alguma forma a responsabilidade destas doenças nas mulheres, por não serem "limpas" ou porque não se vestem adequadamente.

A forma conhecida de prevenção destas doenças é a monogamia mútua, a abstinência sexual ou o uso do condom quando se tem relações fora do relacionamento estável de um casal. Por outro lado, o uso do condom ou a abstinência mútua são excelentes adjuvantes durante o tratamento destas doenças (Population Reports, 1993).

Segundo os entrevistados, é muito difícil explicar as formas de prevenção, talvez pela dificuldade de abordar as questões relacionadas com a sexualidade.

A análise das entrevistas dos médicos mostrou uma dicotomia entre as preocupações que os médicos assinalaram nas mulheres quando estas consultam por ITRs, e as orientações que eles dão a suas pacientes por ocasião destas consultas. A maioria apontou que as mulheres não estão muito preocupadas, apenas desejam resolver os sintomas. Entretanto, eles mesmos referem que as preocupações das mulheres sobre as ITRs dizem respeito a se elas são graves, a como são adquiridas, a se são doenças venéreas, ao fato de se é ou não infecção pelo vírus da AIDS. Estas respostas mostraram a preocupação das mulheres com este tipo de doenças, não só desde o ponto de vista social, ou seja, como foi adquirida a doença, mas quanto à gravidade e à relação com outras doenças.

Outro achado das nossas entrevistas foi que a orientação que os médicos oferecem a estas mulheres com ITRs nem sempre responde ao que eles mesmos apontam como principais preocupações das mulheres. Assinala-se que as mulheres têm medo da gravidade da doença e estão preocupadas mais com a saúde do que com a transmissão, e que a palavra infecção é muito carregada e preocupa muito. Se as mulheres estão preocupadas com sua saúde, e se a palavra infecção preocupa ou é muito carregada, significa que elas têm alguma consciência de que estas doenças podem ser graves para sua saúde. Se existem estas preocupações e não existe a preocupação sobre o futuro reprodutivo poderíamos especular que as mulheres não estabelecem uma relação entre a ITR e o futuro reprodutivo, talvez porque não sabem desta relação.

## *B. COMENTÁRIOS FINAIS*

---

Consideramos que os objetivos deste trabalho de entrevistar mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária decorrente de infecções do trato reprodutivo, para poder conhecer e descrever as vivências delas em relação a sua esterilidade, assim como a informação que elas lembram ter recebido sobre o risco destas infecções para o seu futuro reprodutivo foram alcançados.

Da análise dos relatos das mulheres destacam-se, em primeiro lugar, as vivências decorrentes da impossibilidade de engravidar por uma obstrução tubária, que em muitos casos é sinônimo de esterilidade permanente (WHO, 1992).

Como muitas das mulheres, no momento da entrevista, ainda estavam ou na fase da propedêutica ou no período prévio à cirurgia tubária -em que ainda tinham esperanças de que este tratamento teria sucesso e conseqüentemente viriam a engravidar-, isto pode constituir uma das limitações para generalizar conclusões a partir do nosso trabalho.

Pode-se pensar que as vivências das mulheres que já sabem que sua esterilidade é sinônimo de esterilidade permanente devem ser diferentes das vivências das mulheres que ainda têm esperanças de que o tratamento pode vir a ter sucesso, e uma gravidez ocorrer no futuro.

De qualquer forma, a dificuldade em lidar com esta situação e o sofrimento estavam presentes, o que se mostrou através dos relatos das mulheres quanto a suas vivências frente a esta realidade, a sua relação com os maridos ou companheiros, a sua relação com suas famílias e com as famílias dos maridos.

Deve-se ressaltar que, ao analisar os relatos das mulheres assim como as entrevistas realizadas com os médicos, o discurso foi muito similar quanto à informação que elas lembravam ter recebido dos médicos por ocasião de consultar por ITRs, e à informação que os médicos referiram fornecer às mulheres quando consultam por estes problemas.

As mulheres disseram que a informação recebida é vaga e pouco clara, e percebe-se que elas não conseguem estabelecer uma relação entre as ITRs -que provavelmente tiveram- e a obstrução tubária actual. Nenhuma lembrava dos cuidados que deveria ter para evitar que estas infecções sejam repetitivas e terminem em uma esterilidade por obstrução tubária.

As entrevistas com os médicos em relação à informação que davam às mulheres quando consultavam por estes problemas, em geral, mostraram em suas respostas que eles não aludiam às medidas básicas de prevenção destas doenças ou, quando o faziam, eram pouco claros. Se isto fosse diferente, talvez possibilitaria ou que as infecções não ocorressem ou que não fossem repetitivas.

A prevenção neste tipo de doenças é muito importante. Esta prevenção obrigatoriamente deve se basear em uma informação adequada quanto à forma de transmissão, e os riscos que elas apresentam para o futuro reprodutivo. O propósito desta prevenção não é só evitar as infecções do trato reprodutivo, mas também a obstrução tubária e a esterilidade.

Entretanto, não se pode afirmar que a informação dada pelos médicos seja insuficiente ou inadequada, já que não se assistiu a consultas deles para observar o tipo de informação e como esta é passada para as pacientes. Mas se as mulheres referem que não se lembram de ter recebido informação adequada quanto à forma de transmissão, assim como quanto à forma de prevenção e os riscos futuros das ITRs, e, por outro lado os relatos dos médicos não são muito diferentes em relação a este tema, pode-se pensar que a comunicação entre médicos e pacientes quanto às ITRs deveria ser melhorada.

Então, poderia-se perguntar por que a comunicação falha. Pode-se especular que a maioria dos médicos tenham sido treinados principalmente para exercer uma medicina curativa, dentro da qual são aptos para dar uma receita para um sintoma ou uma doença específica, nestes casos as ITRs. Poderia-se especular também que foram pouco treinados em medicina preventiva, na qual é necessária uma abordagem diferente; é preciso conversar com o paciente, explicar detalhadamente o que está acontecendo e o que pode acontecer no futuro. Ter disposição para ouvir e conferir se a mensagem foi compreendida.

Outro aspecto a considerar é que as ITRs são transmitidas sexualmente, e a sexualidade é um tema ainda pouco abordado na nossa sociedade. A sexualidade e todo o relacionado com ela é de difícil abordagem para quem não está preparado ou treinado adequadamente, já que afeta não só os valores sociais e culturais ao seu redor, mas também os próprios (Roter et al., 1990).

Para poder fornecer uma orientação adequada, os médicos deveriam ser compreensivos, objetivos e respeitosos da idiossincracia das pacientes. Por outro lado também necessitam de tempo para poder passar esta orientação, tempo que nem sempre está disponível nas consultas rotineiras em um posto de saúde. Por este motivo muitos programas de prevenção têm capacitado pessoal especificamente treinado, para falar com as pacientes após a consulta médica.

Também existem formas de ajuda para que as pacientes cumpram com os tratamentos, tais como: falar sobre tentativas anteriores frustradas de prevenção, ajudar mulheres e homens a falar com seus parceiros sobre DSTs e práticas sexuais, repetir as mensagens de orientação e solicitar as pacientes que repitam as instruções (Population Reports, 1993).

Entretanto, estas atitudes presentes nos relatos dos profissionais leva a que as ITRs continuem a se alastrar, ocasionando sofrimento às mulheres que não podem engravidar por episódios passados de infecção. Esta é a chamada "*cultura do silêncio*" (Dixon-Mueller & Wasserheit, 1991).

As derivações desta cultura ou prática significam o aumento, no mundo - e especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil-, das doenças de transmissão sexual. Isto, sem dúvida, leva a uma das múltiplas consequências graves, a esterilidade por obstrução tubária com seus custos emocionais, sociais e econômicos.

Mas, além dos números, está o que as mulheres sentem e vivem ao receber o diagnóstico de esterilidade. Nossa pesquisa revelou que as mulheres estão desinformadas, que algumas delas tiveram provavelmente mais de um episódio de ITR, que muitos médicos ou não estão preparados para falar com as mulheres e/ou não falam de uma maneira clara e precisa sobre o que as mulheres precisam saber para poder se prevenir.

## 9. CONCLUSÕES

---

A descrição das vivências das mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária foi ilustrativa, embora não exaustiva. Esta descrição aportou dados suficientes para compreender e ressaltar a importância da prevenção deste tipo de esterilidade, através da informação.

As vivências das mulheres entrevistadas não diferiram maiormente das relatadas na literatura em relação a mulheres com esterilidade por outros fatores. A impossibilidade de engravidar gera numerosas vivências tais como surpresa, o fato de se sentir diferente, tristeza e dor, culpa, perda e luto, medo, e provoca mudanças nas relações familiares.

Nossa pesquisa mostrou que, em geral, as mulheres estão desinformadas ou não se lembram de ter recebido informação quanto à forma de prevenção das ITRs assim como à repercussão destas doenças no futuro reprodutivo.

Quanto à informação que os médicos ofereciam às mulheres quando consultavam por ITRs, em geral, nas suas respostas, não se aludiam às medidas básicas de prevenção destas doenças ou, quando o faziam, foram pouco claros. Se isto fosse diferente, possibilitaria ou que este tipo de infecções não ocorressem ou que elas não fossem repetitivas.

Nosso estudo mostrou que as informações que as mulheres recordavam e as que os médicos referiram oferecer às mulheres não são muito diferentes. Poderia-se na base dos relatos de ambos os grupos, inferir que a informação é insuficiente, inadequada ou pouco clara para a prevenção das ITRs.

## 10. SUMMARY

---

Infertility due to tubal obstruction, as a consequence of reproductive tract infections (RTIs) is a worldwide problem, particularly in developing countries. Among the women consulting because of primary infertility at the Human Reproduction Unit of the Universidade Estadual de Campinas, during the last ten years tubal obstruction was the main etiological factor identified (42%), probably after a RTI.

Two objectives of this study were to describe infertile women's grasp of their life experience resulting from infertility and to learn about the information they remembered having received from the physician, when they consulted because of a RTI. The women interviewed were selected from among clients of the Unit, following purposeful sampling criteria. In-depth interviews were conducted with 16 women presenting with primary tubal infertility.

A third objective was to describe the information physicians provide to women consulting for RTIs. A semi-structured interview was carried-out with 15 physicians working in 15 clinics of the public health network, in the city of Campinas, selected at random.

The analysis of the women's interviews showed that their main experience had been surprise, a feeling of being different, sadness and pain, and loss and mourning. This affected their relationship with their partner and family. The women's statements, related to previous medical consultations because of RTIs, showed that they did not remember receiving any information on preventive measures. In addition, they did not establish a link between the symptoms for which they sought care and a diagnosis of RTI, nor between their symptoms and RTI's impact on their reproductive future. Fifteen out of the 16 women in the study did not remember that this risk being mentioned when they consulted for RTIs.

The analysis of the interviews with physicians showed that the information they declared giving to women that consulted for a RTI was insufficient, incomplete and/or unclear. In general, they talked about treatment, personal hygiene care and in some cases about the use of condom and/or sexual abstinence for a time. Nevertheless, the information provided on the transmission and the risk of these infections for the women's reproductive future was not clearly mentioned and the information was not complete.

The information women remembered receiving and that physicians referred giving at the time of assisting a patient with an RTI were similar. Because of the fact that these women did not have adequate or complete information, prevention strategies, aimed at avoiding repeated RTIs, and ultimately minimizing risk of tubal infertility and adverse vivencias associated with this type of infertility, were probably not possible to implement.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

---

- AMADO, G & GUITTET, A. Comunicação e teoria da informação. In: A dinâmica da comunicação nos grupos. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.
- AMERICAN FERTILITY SOCIETY - Assisted reproductive technology in the United States and Canada, 1991. *Fertil. Steril.*, 57:956-62, 1993.
- 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.
- ANTROBUS, P.; GERMAIN, A.; NOWROJEE, S. - Challenging the Culture of Silence. Building alliances to end reproductive tract infections. International Women's Health Coalition, New York, 1994.
- BELL, S. - Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *J. Psychos. R.*, 25:1-3, 1981.

BEHRMAN, S. & KISTNER, R. - Progress in Infertility. Little, Brown and Company, Boston, 1968.

BERGER, G. & WESTROM, L. - Pelvic Inflammatory Disease. Raven Press, New York, 1992.

BLEGER, J. - Psicología de la Conducta. Eudeba, Buenos Aires, 1963.

BLEGER, J. - Psicohigiene y Psicología Institucional. Paidós, Buenos Aires, 1966.

BLEGER, J. - Temas de Psicología (Entrevistas y grupos). Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.

BURNS, L.H. - Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective. *Fam. Proc.*, 26:359-72, 1987.

BURNS, L.H. - An overview of the psychology of infertility: Comprehensive psychosocial history of infertility. In: Infertility and Reproductive Medicine. Greenfeld D. eds. Clinics of North America, July 1993.

BURY, M. - Chronic illness as a biographic disruption. *Soc. Health Illn.*, 4:167-82, 1982.

- CÁRCANO, E. & LANGER, M. - Psicoanálisis de la Esterilidad Femenina. *Revista de Psicoanálisis*, 2:9, 1944.
- CATES, W.; ROLFS, R.T.; ARAL, S.O. - Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease and infertility; an epidemiologic update. *Epidemiol. Rev.*, 12:199-220, 1990.
- CHODOROW, N. - The reproduction of mothering. *Psychoanalysis and the sociology of gender*. University of California Press, California, 1984.
- COVINGTON, S. - The role of the mental health professional in reproductive medicine. *Fertil. Steril.*, 64:895-7, 1995.
- CUNHA E SILVA, M. - Análise descritivo dos fatores de esterilidade na UNICAMP. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1983.
- 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.
- DENZING, N. & LINCOLN, Y. - *Handbook of Qualitative Research*. Sage, California, 1994.

DIXON-MUELLER, R. & WASSERHEIT, J. - The culture of silence.

Reproductive Tract Infections Among Women in the Third World.  
International Women's Health Coalition, New York, 1991.

DOMMAR, A.; BROOME, A.; ZUTTERMEISTER, P.; 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.

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

ESCHENBACH, D. - Earth, motherhood, and the intrauterine device.  
*Fertil. Steril.*,57:1177-9, 1992.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. - Acción Para el Siglo XXI. Salud y  
derechos reproductivos para todos. Conferencia Internacional  
sobre Población y Desarrollo, 1994.

FORREST, L. & GILBERT, M. - Infertility: an unanticipated and  
prolonged life crisis. *J. Mental Health Couns.*,14:42, 1992.

- GILLES, A. & GUILLET, A. - Comunicação e Teoría da Informação.  
In: A dinâmica da Comunicação nos grupos. Zahar, Ríó de Janeiro, 1978.
- HINTING, A.; BANDASO, R.; ROWE, P. - The Impact of Infection on Reproductive Health. Mediproc Ltd. Surabaya, Indonesia, 1993.
- JASPERS, K. - Psicopatologia General, 3 ed. Beta, Buenos Aires, 1966.
- KRAFT, A.; PALOMBO, J.; MITCHELL, D. & cols. - The psychological dimensions of infertility. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 50:618, 1980.
- 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.
- KUBLER-ROSS, E. - Sobre a morte e o morrer. EDART, São Paulo, 1977
- LANGER, M. - Maternidad y Sexo. Paidós, Buenos Aires, 1964.
- MADALENA, C. - Da Fenomenología a Psiquiatria. *Revista de Psiquiatria, Supl. espec. 2*, 1980.

- MCGRATH, E.; KEYTA, G.; STRICKLAND, B.; RUSSO, N. - Women and depression. American Psychological Association, Washington, 1990.
- MAHLSTEDT, P. - The psychological component of infertility. *Fertil. Steril.*,43:335-46, 1985.
- MAHLER, M.; PINE, F.; BERGMAN, A. - O nascimento psicologico da criança. Zahar, Rio de Janeiro, 1977.
- MARTINS, C. - Perspectivas da Relação Médico-Paciente. Artes Médicas, Porto Alegre, 1981.
- MATTHEWS, J.J. - The communication process in clinical settings. *Soc. Sci. Med.*,17:1371, 1983.
- MENNING, B. - The emotional needs of infertile couples. *Fertil. Steril.*,34:313-19, 1980.
- MERRILL, J.M.; LAUX L.F.; THORNBLY, J.I. - Why doctors have difficulty with sex histories. *South. M. Journal*,83:613-17, 1990.
- MIRA Y LÓPEZ, E. - Psiquiatria Tomo I. Ateneo, Buenos Aires, 1952.

- MINAYO DE SOUZA, M. - O desafio do conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2 ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1993.
- MORA, J. - Dicionário de Filosofia. Lisboa, Dom Quixote, 1977.
- ONG, L.; DE HAES, J.; HOOS, A.; LAMMES, F. - Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature. *Soc. Sci. Med. Biol.*, 40:903-18, 1995.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. - Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- PITANGUY, J. - Sexualidad y Salud. *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas*, 2:55-61, 1993.
- PLATT, J.; FICHER, I.; SILVER, M. - Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies. *Fertil. Steril.*, 24: 972, 1973.
- POPULATION REPORTS. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Vol 17, 1989.
- POPULATION REPORTS. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Vol 21, 1993.

- QUINN PATTON, M. - Qualitative Evaluation and Research Methods.  
Second Edition, Sage, California, 1991.
- ROTER, D.L.; KNOWLES, N.; SOMERFIELD, M.; BALDWIN, J. - Routine communication in sexually transmitted disease clinics: An observational study. *Am. J. Public. Health.*,80:605-6, 1990.
- ROWE, P.J. & VIKHLYAEVA, E.M. - Diagnosis and treatment of infertility, World Health Organization, Hans Huber, Germany, 1988.
- SEIBEL, M. & TAYMOR, M. - Emotional aspects of infertility. *Fertil. Steril.*,37:137-45, 1982.
- 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.
- STEWART, D. & Robinson, E. - Infertility by choice or by nature. *Can. J. Psychiatry*,34:866, 1989.
- ULBRICH, P.; Tremaglio Coyle, A.; LLABRÉ, M. - Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J. Sex Marit. Ther.*,16:147, 1990.

UNITED NATIONS POPULATION FUND - Brazil, Programme Review and Strategy Development Report, 1991.

VIDELA, M. - Maternidad Realidad y Mitos. Peña Lillo, Buenos Aires, 1973.

WASSERHEIT, J. - Lower genital tract infection in the third world: the crossroads of reproductive health and HIV prevention. In: The Impact of Infection on Reproductive Health. Hinting, A.; Bandaso, R.; Rowe, P. Eds. Mediproc Ltd., Surabaya, Indonesia, 1993.

WEINMAN, J. - An outline of psychology as applied to medicine. Wriqth, Bristol, 1987.

WESTROM, L. & MARDH, P. - Acute pelvic inflammatory disease (PID) In: Holmes, K.K.; Mardh, P.A.; Sparling, P.F. et al, eds. Sexually transmitted diseases, second edition, McGraw- Hill, New York, 1990.

WHITEFORD, L. & GONZALEZ, L. - Stigma: The hidden burden of infertility. *Soc. Sci. Med.*, 40:27-36, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Scientific group on the epidemiology of infertility. WHO Tech. Rep. Ser., 582, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Recent Advances in Medically Assisted Conception. Report of a WHO Scientific Group. Geneva, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, SPECIAL PROGRAMME IN HUMAN REPRODUCTION. Annual Technical Report. Geneva, 1994.

\* As referências bibliográficas estão apresentadas segundo:  
HERNANI, M.L.G.- Normas para apresentação de dissertações e teses.  
BIREME, São Paulo, 1990. 45 p.

ANEXO I

LISTAGEM DOS POSTOS DE SAÚDE DA PREFEITURA DE CAMPINAS COM  
GINECOLOGISTA E ORDEM OBTIDO NO SORTEIO

NOME DO POSTO	ORDEM NO SORTEIO
-Centro de Saúde Barão Geraldo	14
-Centro de Saúde Jd. Aurélia	
-Centro de Saúde São José	5
-Centro de Saúde Paranapanema	8
-Centro de Saúde Vila Rica	11
-Centro de Saúde Padre Anchieta	1
-Policlínica III	
-Centro de Saúde Jd. Florence	
-Centro de Saúde Santa Luzia	
-Centro de Saúde Floresta	
-Centro de Saúde Joaquim Egídio	
-Centro de Saúde Marina Costa	
-Centro de Saúde Jd. Aeroporto	
-Centro de Saúde Pedro Agápio	
-Centro de Saúde Jd. Integração	10
-Centro de Saúde Jd. Esmeraldina	6
-Centro de Saúde Vila Ipê	
-Centro de Saúde Campos Elíseos	
-Centro de Saúde São Marcos	13
-Policlínica I	9
-Centro de Saúde Parque Valença	

-Centro de Saúde DIC I	
-Centro de Saúde Santa Bárbara	
-Centro de Saúde Boavista	
-Centro de Saúde Conceição	
-Centro de Saúde Jd. Santa Odila	7
-Centro de Saúde Taquaral	3
-Centro de Saúde Souza	4
-Centro de Saúde Jd. Eulina	
-Centro de Saúde Jd. Santa Mônica	2
-Centro de Saúde Vila Orozimbo Maia	
-Centro de Saúde Vila Costa e Silva	12
-Centro de Saúde Vila Perceu	
-Centro de Saúde Parque São Quirino	15
-Centro de Saúde Parque Figueira	
-Centro de Saúde DIC III	

## ROTEIRO UTILIZADO PARA AS ENTREVISTAS COM MULHERES

Voce está consultando aqui no ambulatório porque tem problemas para engravidar.

1. Você sabe por que não engravida?
2. Quando você soube que tinha problemas para engravidar?
3. Como soube?/ Quem falou?
4. O que falaram? Falaram sobre por que isto aconteceu?
5. Você sabe qual é o tratamento para seu caso?
6. Você sabe quais são as chances de engravidar após esse tratamento?
7. Você conversou com seu parceiro sobre isto?
8. O que ele acha do seu problema?
9. O que fala?
10. Quem mais da sua família sabe sobre seu problema para engravidar?
11. Alguma vez você pensou que teria problemas para engravidar?
12. Por que sim?/ Por que não?
13. Alguma vez alguém falou que você poderia ter problemas para engravidar?
14. Quem falou?/ O que falou?
15. Você acha que seu problema tem a ver com alguma coisa que aconteceu na sua vida?

16. Você se lembra de ter tido alguma infecção por baixo?
17. Qual?/ Que tipo?
18. Qual foi o tratamento?
19. Deram remédio para o seu parceiro ou não?
20. O que o médico falou naquela vez sobre por que você teve essa infecção?
21. Você lembra de ter tido corrimento, coceira, ardor por baixo?
22. Quando?
23. Quantas vezes?
24. Precisou de tratamento? Deram remédio para o seu parceiro?
25. O que falou o médico naquela oportunidade?
26. Você teve alguma vez alguma doença que se pega na relação sexual?
27. Qual?
28. E o seu marido?
29. Qual?
30. Se teve, o que deram você?
31. O que falou o médico?
32. Nessa ocasião, o médico falou que você poderia ter algum problema como consequência dessa infecção/DST?
33. Nessa ocasião, o médico falou sobre os cuidados para não pegar mais infecção ou DST? O que falou? (Aprofundar)
34. Se sim - O que falou? (Aprofundar)
35. Quando você soube que não podia engravidar porque tinha as trompas entupidadas, o que sentiu?
36. O que você pensou?

37. E o seu parceiro/marido, como reagiu?
38. Isto afetou ou não a sua vida?/ E a relação entre você e o seu marido?
39. Como você se sente hoje?
40. Você acha que alguma coisa ou alguém é culpado pelo que acontece com você ou não?
41. Quem?
42. O que você pensa hoje em relação ao seu problema?

ANEXO III

A. Número da entrevista	_ _ _ _
B. Número no Ambulatório	_ _ _ _
C. Cor: (1) branca (2) negra (3) mulata (4) amarela	_
D. Resultado da Histerossalpingografia (0) NORMAL (1) OBSTRUÇÃO	_
E. Resultado da Laparoscopia (0) NORMAL (1) OBSTRUÇÃO	_
F. Tempo de esterilidade (anos)	_ _
G. Tempo desde a primeira consulta até a entrevista (em meses)	_ _
H. Data da entrevista	_ _ _ _ _

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1 Quantos anos completou em seu último aniversário?

|\_|\_|\_| ANOS (anos completos).

2 Qual a última série que a Sra. completou na escola (grau)?

Textual . . . . .

3 Em que a Sra. trabalha?

Textual . . . . .  
. . . . .

4 Onde a Sra. mora atualmente?

Textual . . . . .  
. . . . .

5 Atualmente a Sra. é solteira, casada, amasiada, separada ou viúva?

Textual . . . . .  
. . . . .

ANEXO IV

Questionário para médicos

PESQUISA: Aspectos psicológicos de mulheres com esterilidade tubária

A. Número da entrevista				
B. Data da entrevista				
C. Sexo	(1) MASCULINO	(2) FEMININO		
D. Idade				
E. Ano de Formatura				
F. Faculdade de Formatura	.....			
G. Fez Residência?	(1) SIM	(2) NÃO		
H. Onde?	.....			

1. Há quanto tempo que o(a) Sr.(a) trabalha no setor público?  
|\_|\_| ANOS      |\_|\_| MESES

2. Quantas pacientes atende em média por dia?      |\_|\_|

3. Em geral, na sua prática clínica no posto, quais são as queixas ou motivos mais freqüentes de consulta?  
Textual.....  
.....  
.....  
.....

4. No último mês, quais foram os 3 principais motivos de consulta?  
Textual.....  
.....  
.....  
.....

5. No último mês, o Sr.(a) se lembra de ter atendido pacientes com ITR?

(0) NÃO

(1) SIM

|\_|

6. Quantas mulheres atendeu com ITR no último mês?

|\_|\_|

7. Fale-me sobre esses atendimentos:

Textual.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Fale-me sobre quais são as principais preocupações das pacientes que consultam por ITR.

Textual.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. O(A) Sr.(a) poderia me falar sobre quais são as orientações que dá a essas pacientes?

Textual.....  
.....  
.....  
.....  
.....