

Christelle Faria da Cunha

“Vivências de um casal infértil”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciência da Saúde

Ponte de Lima, 2012

Christelle Faria da Cunha

“Vivências de um casal infértil”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciência da Saúde

Ponte de Lima, 2012

Christelle Faria da Cunha

“Vivências de um casal infértil”

Atesto a Originalidade:

Projecto de graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção de grau de licenciado
em Enfermagem

Sumário

A infertilidade é reconhecida pela WHO (1991) como um problema de extrema relevância em Saúde Pública, representando um fenómeno mundial que afeta entre 50 e 80 milhões de pessoas em idade reprodutiva.

Neste sentido, no âmbito do 4º ano da licenciatura de enfermagem, realizou-se este estudo que visa conhecer qual o impacto da infertilidade nas vivências de um casal infértil da vila de Ponte de Lima, tendo por base um estudo qualitativo descritivo do tipo estudo de caso.

Observou-se os seguintes resultados: o casal infértil refere sentimentos com conotação negativa, nomeadamente, do foro psicológico sendo estes, a ansiedade, tristeza/desânimo, e entre outros. No entanto, refere alívio aquando ao estabelecimento do diagnóstico, com sentimento de positivismo em relação ao tratamento médico. De facto, aquando ao contacto com os serviços de saúde o casal valoriza o papel do enfermeiro, destacando o apoio psicológico e a informação dada por parte deste profissional de saúde.

Abstract

Infertility is recognized by WHO (1991) as an issue of extreme relevant importance in Public Health, representing a worldwide phenomenon which affects 50 and 80 million people in reproductive age.

In this sense, in the ambit of the 4th year of nursing degree, took place this study to know what is the impact of infertility on the experiences of an infertile couple from Ponte de Lima's Town, based on a qualitative descriptive study from the type case study.

We observed the following results: the infertile couple referred feelings with negative connotation, namely, those of a psychological character, like anxiety, sadness / discouragement, and others. However, the couple refers relief when the diagnosis is

established, with a positivism feeling related to the medical treatment. In fact, when in contact with health services the couple appreciates the role of nurses, highlighting the psychological support and information provided by this health professional.

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

Agradecimentos

Aproveito este espaço para agradecer a todos aqueles que me apoiaram desde o início da minha vida académica até a realização do presente projeto de graduação.

Começo por agradecer a minha família, nomeadamente aos meus pais e irmão. Aos meus pais que a eles tudo devo já que sempre estiveram presentes para me apoiar nos maus e bons momentos, assim como me deram sempre tudo o que precisava ao longo deste meu percurso. Espero que se orgulhem de mim!

Ao meu irmão querido e mais velho, que sempre me apoiou na minha vida académica e pessoal, que me inculuiu os princípios e valores da vida. Apesar de por vezes ser demasiado rigoroso comigo, sem ele, nunca teria tido este percurso, muito obrigada.

Agradeço o apoio incondicional e imprescindível do meu namorado, que sempre me animou nos momentos mais difíceis e complicados desta minha caminhada e nunca deixou de valorizar as minhas queixas, sentimentos e medos.

A professora Teresa Guerreiro, que me acompanhou desde o primeiro ano da minha licenciatura até a orientação deste presente documento, agradeço-a por tudo sabendo que ela merece muito mais do que um simples agradecimento.

A enfermeira Ana Serra que me ajudou na elaboração do meu projeto, obrigada enfermeira.

Aos meus amigos e colegas de curso que me acompanharam ao longo deste meu crescimento enquanto pessoa e futura profissional de saúde.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a minha formação enquanto futura enfermeira.

Siglas e abreviaturas

APF- Associação Portuguesa Fertilidade

D/L- Decreto-lei

DGS- Direção Geral de Saúde

FIV- Fecundação In vitro

IA- Inseminação Artificial

ICMART- The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology

INE- Instituto Nacional de Estatísticas

ITS- Infecções de Transmissão Sexual

PMA- Procedimento Medicamente Assistido

WHO- World Health Organization

Índice	Pág.
0- Introdução	13
I. Fase conceptual	15
1.1 Definição e justificação do tema.....	15
1.2 Problema de investigação	16
1.3 Pergunta de partida/Questões de investigação.....	16
1.4 Objetivos de investigação	17
1.5 Enquadramento teórico	18
1.5.1 Definição de conceitos	18
1.5.2 Fatores de risco, diagnóstico e tratamento	19
1.5.3 Incidência	25
1.5.4 Prevenção da infertilidade.....	26
1.5.5 Prestação dos cuidados na infertilidade	27
1.5.6 As implicações multidimensionais da infertilidade	28
i. Implicações psicossociais.....	29
ii. Implicações conjugais	32
iii. Implicações do processo de diagnóstico e tratamento	33
II- Fase metodológica	35
2.1 Tipo de estudo.....	35
2.2 Amostra/seleção do caso.....	36
2.3 Método e Instrumento de colheita de dados	36
2.4 Considerações éticas	38
2.5 Tratamento dos dados	39
III - Fase Empírica	41
3.1 Apresentação do caso.....	41
3.2 Dados de identificação do casal.....	41
i. História do problema.....	42
ii. História de intervenções	42
3.3 Apresentação dos resultados/análise das entrevistas	43
3.3.1 Razões do desejo de parentalidade.....	45
3.3.2 Impacto do diagnóstico no casal infértil	47

3.3.3 Modificações ocorridas na vida do casal	48
3.3.4 Vivências do casal resultantes da infertilidade	50
3.5.6 Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes .	54
3.5.7 Perceção do casal acerca do papel do enfermeiro	56
3.3.8 Estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade	58
IV- Conclusão.....	60
V- Bibliografia	62
VI- Apêndices.....	67
Apêndice I - Consentimento informado	
Apêndice II - Entrevista	
Apêndice III - Cronograma	
VII-Anexo	
Anexo I -Decreto-lei nº 161/96	

Índice de quadros	Pág.
Quadro 1 – Análise de conteúdo referente à categoria “Razões do desejo de parentalidade”	45
Quadro 2 – Análise de conteúdo referente à categoria “Impacto do diagnóstico no casal infértil”	47
Quadro 3 – Análise de conteúdo referente à categoria “Modificações ocorridas na vida do casal”	48
Quadro 4 – Análise de conteúdo referente à categoria “Sentimentos e pensamentos que o casal vivencia com o resultado da infertilidade”	50
Quadro 5 – Análise de conteúdo referente à categoria “Sentimentos e pensamentos que o casal vivencia com o resultado do tratamento”	53
Quadro 6 – Análise de conteúdo referente à categoria “Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes”	54
Quadro 7 – Análise de conteúdo referente à categoria “Percepção do casal acerca do papel do enfermeiro”	56
Quadro 8 – Análise de conteúdo referente à categoria “Estratégias adotadas para lidar com a infertilidade”	58

0- Introdução

A infertilidade é reconhecida pela WHO (1991) como um problema de extrema relevância em Saúde Pública, representando um fenómeno mundial que afeta entre 50 e 80 milhões de pessoas em idade reprodutiva. Segundo as orientações de saúde reprodutiva/infertilidade da DGS (2008), embora não existam estatísticas específicas para Portugal, vários estudos referem que nos países ocidentais a infertilidade afeta um em cada sete casais em idade reprodutiva, o que corresponde a cerca de 14% da população. A WHO e ICMART (2009) definem infertilidade como a “ausência de gravidez após 1 ano de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”.

A investigação científica é de acordo com Fortin (2009, p. 17) “ (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (...)”.

Assim da necessidade e interesse em conhecer esta realidade, desenvolveu-se o presente estudo de caso, “vivências de um casal infértil”, inserido no âmbito do 4º ano da licenciatura de enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima.

Trata-se de um casal infértil que foi seguido pelo Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e posteriormente pelo centro de infertilidade que se localiza em Braga. Ambos os elementos foram submetidos a vários exames de diagnóstico/tratamento no intuito de conseguir a conceção. Optou-se por este tipo de estudo, já que se pretende interpretar, de forma absoluta e ampla as vivências do casal, observando, descrevendo e interpretando os dados. Os mesmos são colhidos através de uma entrevista semiestruturada e seguidamente é efetuada a respetiva análise de conteúdo à informação fornecida pelo casal.

Neste sentido e face ao exposto, este estudo de investigação sobre as vivências do casal face à infertilidade permite uma maior consciencialização do problema por parte dos profissionais de saúde, e mais especificamente dos enfermeiros.

De acordo com estes pressupostos emerge a seguinte pergunta de partida: Qual o impacto da infertilidade nas vivências de um casal infértil?

É objetivo geral deste estudo, conhecer qual o impacto da infertilidade nas vivências de um casal infértil.

Tendo por base a problemática e objetivos delineados, a metodologia deste estudo caracteriza-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizado a um casal infértil.

O presente estudo encontra-se estruturado em três partes distintas: a primeira aborda a fase conceptual, a segunda reúne o percurso metodológico adotado. A fase empírica integra a terceira parte do trabalho.

Os resultados colocaram em evidência que o casal infértil refere sentimentos com conotação negativa, nomeadamente, do foro psicológico sendo estes, a ansiedade, tristeza/desânimo, e entre outros. No entanto, refere alívio aquando ao estabelecimento do diagnóstico, com sentimento de positivismo em relação ao tratamento médico. De facto, aquando ao contacto com os serviços de saúde o casal valoriza o papel do enfermeiro, destacando o apoio psicológico e a informação dada por parte deste profissional de saúde.

I. Fase conceptual

A fase conceptual refere-se à fase em que o investigador pensa, revê ideias com conselheiros significativos e faz uma revisão literária. Após pesquisa bibliográfica sobre a temática, o investigador considera pertinente abordar um conjunto de conceitos, para que não surjam dúvidas em relação à sua significação. Segundo Fortin (2009, p. 49) “A fase conceptual é a fase em que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema”.

Assim, apresenta-se a definição e justificação do tema, o problema de investigação, pergunta de partida, questões de investigação, os objetivos do estudo, bem como um conjunto de teorias/conceitos de fontes literárias que constituem o marco teórico que sustenta a investigação.

1.1 Definição e justificação do tema

O conceito da reprodução humana nunca esteve tão presente como no início deste século “o aumento do número dos casos de infertilidade começa a suscitar o interesse da opinião pública, motivando a publicação de notícias na comunicação social, que divulgam alertas de peritos que preveem que esta duplique nos países europeus até 2015” (Delgado, 2007).

Cada vez maior número de casais enfrentam dificuldades para conseguir a conceção, “Esta percentagem tem vindo a subir nos últimos anos devido a causas tão diversas como o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infeções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição” (DGS, 2008).

Acresce, ainda o facto do papel dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros ser importante no que concerne à prevenção primária e educação sexual.

De acordo com Imeson e McMurray (1996) a compreensão do modo como os casais vivenciam a infertilidade pode contribuir para melhorar a intervenção junto destes, já que o casal infértil atravessa uma crise multidimensional, que salienta Faria (2001) “ (...) comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica e emocional, mas sem dúvida uma dimensão sociocultural”. A forma com estes casais lidam com esta crise complexa depende dos pressupostos sociais acerca do conceito de parentalidade, das reações sociais e das personalidades de cada indivíduo, “a situação de infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior o seu empenho na parentalidade”

(Martins 2004). Estas implicações multidimensionais da infertilidade fazem com que o casal tenha de ser orientado e ajudado na utilização de estratégias de *coping*.

Assim, face ao exposto e decorrente de um interesse pessoal pela área de infertilidade emergiu o tema em estudo – infertilidade.

1.2 Problema de investigação

A formulação de um problema de investigação não é fácil, pois deve ser algo que deve constituir uma situação problemática que necessita de esclarecimento ou pelo menos entendimento do fenómeno observado (Vilelas, 2009).

“ Definir um problema significa especificá-lo em detalhes precisos e exatos. Na formulação de um problema deve haver clareza, concisão e objetividade. A colocação clara do problema pode facilitar a construção da hipótese central” (Lakatos et al. 2001).

De acordo com o referido e sendo a infertilidade uma condição mundialmente prevalente, associada a uma serie de repercussões psicossociais negativas (WHO 2002), emergiu o problema de investigação: vivências de um casal infértil.

1.3 Pergunta de partida/Questões de investigação

A pergunta de partida é o fio condutor de um trabalho de investigação, sendo por isso necessário colocar o problema de investigação sob a forma de pergunta.

Para Quivy (1998), o autor deve procurar enunciar o projeto de investigação sobre a forma de uma pergunta ou questões, através das quais o investigador procura exprimir o mais exatamente possível o que procura saber.

Deste modo elaborou-se a seguinte pergunta de partida: Qual o impacto da infertilidade nas vivências de um casal infértil?

A pergunta de partida dá origem às questões de investigação, de acordo com Fortin (2009, p. 72) “ (...) é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equivoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população e sugere uma investigação empírica”.

Assim elaborou-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as razões do desejo de parentalidade?
- Qual o impacto do diagnóstico no casal infértil?
- Quais as modificações ocorridas na vida do casal?
- Quais as vivências do casal resultantes da infertilidade?
- Quais as dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes?
- Como percebe o casal o papel do enfermeiro?
- Quais as estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade?

Como as questões de investigação estão subjacentes aos objetivos de estudo, passa-se a descrever os mesmos já que orientam todo o processo de investigação.

1.4 Objetivos de investigação

Para Fortin (2009, p. 160), “ (...) as variáveis – chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo da ação que serve para orientar a investigação”.

Os objetivos da investigação são o porquê do estudo. Assim, considerando o tema em estudo e a questão de partida definiu-se os seguintes objetivos.

O objetivo geral é conhecer qual o impacto da infertilidade nas vivências de um casal infértil.

Os objetivos específicos:

- Identificar as razões do desejo de parentalidade;
- Conhecer o impacto do diagnóstico no casal infértil;
- Conhecer as modificações ocorridas na vida do casal;
- Identificar as vivências do casal resultantes da infertilidade;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes;
- Saber como o casal percebe o papel do enfermeiro;
- Identificar as estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade.

Para poder alcançar os objetivos supracitados, é necessário ter conhecimento dos conceitos chave do tema em estudo.

1.5 Enquadramento teórico

O enquadramento teórico desempenha um papel fulcral na estruturação de temas que servem de suporte à investigação, permitindo elucidar o investigador acerca dos conhecimentos existentes, estes diretamente relacionados com o tema em estudo, possibilitando o estabelecimento de um quadro de referência. Tendo em conta Fortin (2009, p. 122), "O quadro teórico é uma breve explicação das relações entre os conceitos-chave de um estudo. Esta explicação é baseada numa teoria existente ou numa porção de teoria suscetível de se aplicar ao problema de investigação. O quadro teórico define as condições nas quais um conceito pode ser associado a outro ou lhe dá origem".

Para conhecimento e melhor compreensão dos aspetos teóricos relacionados com a infertilidade, foram selecionados alguns assuntos, procurando dar uma sequência lógica.

1.5.1 Definição de conceitos

Vivência "designa o conjunto de acontecimentos inscritos no fluxo da existência, que são imediatamente compreendidos e integrados na consciência subjetiva" (Doron e Parot, *cit. in* Delgado, 2007). Parafrazeando a mesma autora "A carga afetiva da experiência vivenciada é (...) importante".

Para poder compreender o processo de infertilidade, é preciso entender o termo de fecundabilidade, fecundidade e fertilidade.

A fecundabilidade de acordo com Illions et al. (*cit. in* Soares 2008) e Zorn e Savale (2005) é a probabilidade de se conseguir uma gravidez num ciclo menstrual.

A fecundidade designa a capacidade para se conseguir um feto vivo e viável num ciclo menstrual. Uma mulher para ser considerada fecunda, precisa de ter dado origem a um nado vivo (Zorn e Savale 2005).

A fertilidade é definida " (...) como a aptidão para a reprodução, dependendo essencialmente da produção de espermatozoides pelos órgãos genitais masculinos e de óvulos pelos órgãos genitais femininos, isto é, reflete a capacidade para conceber e ter um nado-vivo" (Nguyen et al. 2005). A OMS e ICMART (2009) referem que a fertilidade resulta na penetração do óvulo pelo

espermatozoide e combinação do seu material genético, resultando na formação de um zigoto.

De acordo com Nguyen et al. (2005) a infertilidade é “ausência de concepção após 24 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas”.

A infertilidade pode ser classificada em três tipos, podendo deste modo orientar o profissional de saúde sobre a hipotética causa da infertilidade.

A infertilidade primária está associada aos casais que nunca conseguiram ter um filho. Segundo, Wents *cit. in* Serehi (2005) e a OMS (2009), a infertilidade primária implica o casal que nunca atingiu a concepção, mas que mantém relações sexuais regulares e desprotegidas.

Segundo os mesmos autores a infertilidade secundária refere-se ao casal que já conseguiu uma concepção, mas que posteriormente é incapaz, considerando que mantém relações sexuais regulares e desprotegidas durante um período de dois anos.

Seguy e Martin (1997) referem a infertilidade relativa, “ (...) a infertilidade relativa: quando, apesar de ter ocorrido a concepção não se consegue a evolução da gravidez”.

Um casal é diagnosticado infértil após um ano de relações sexuais desprotegidas contínua sem métodos contraceptivos (Sousa *cit. in* APF 2006 e Salgado et al. *cit. in* Frizzo et al. 2004).

Subjacente a estas definições poder-se-á entender melhor os fatores de risco, diagnósticos e tratamentos relativos a infertilidade.

1.5.2 Fatores de risco, diagnóstico e tratamento

O problema de infertilidade vai confluir no desejo de ter um filho. No entanto, esta ideia de querer ter um filho é qualquer coisa que apenas se coloca nos tempos de hoje, “ A massificação da contraceção permitiu às mulheres um controlo efetivo sobre a sua função reprodutora e sexualidade, permitindo-lhes responder à exigência de um percurso escolar extenso, numa perspetiva de carreira profissional eficaz, sendo a gravidez/maternidade um projeto cada vez mais tardiamente vivenciado, próximo do extremo da idade fértil: idade materna > 35 anos” (Remoaldo e Machado *cit. in* Eleurério et al. 2011).

Segundo, Zorn e Savale (2005), os dados epidemiológicos demonstraram que a fertilidade feminina atinge um máximo entre 20 e 30 anos, com uma fertilidade (nascimento) de 25% e em seguida, diminui gradualmente. Pelo contrário, o homem não é tão “afetado” pela diminuição da fertilidade. Já que segundo os mesmos autores, o homem nasce com células mãe nos testículos e só inicia a produção dos espermatozoides a partir da puberdade. Esta produção mantém-se toda a vida, apesar da concentração, morfologia normal e mobilidade dos espermatozoides tender a diminuir com a idade, geralmente já fora do período reprodutivo.

Além da idade, a fertilidade pode ser afetada por alguns fatores, tais como: tipo e frequência das relações sexuais; consumo de tabaco, de álcool ou drogas ilícitas; medicamentos utilizados; hábitos alimentares e estilos de vida; certos tipos de trabalho e/ou lazer e alterações significativas do peso (IMC <19 e > 29) (DGS, 2008).

A a DGS (2008) publicou orientações (saúde reprodutiva/infertilidade) com o principal objetivo de apoiar e orientar estes casais. Para alcançar este objetivo, existe o aconselhamento genético que a Associação Americana de Genética Humana (Kusick *cit. in* Pina-Neto 2008) em 1975 definiu como: processo de comunicação que cuida dos problemas humanos associados à ocorrência ou recorrência de uma doença genética numa família. Este processo envolve a tentativa feita por uma ou mais pessoas treinadas, no intuito de ajudar os indivíduos ou famílias, nomeadamente entender quais as opções que possuem perante o risco de recorrência, em relação à vida reprodutiva da família.

O diagnóstico de infertilidade assenta uma história clínica completa de ambos os elementos, assim como dos antecedentes familiares, seguido de um exame físico rigoroso e completo, bem como em exames auxiliares de diagnóstico e o exame físico. É de salientar que tal como refere a DGS nas orientações de saúde reprodutiva/infertilidade (2008), a referência dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade faz-se de acordo com a rede de referência materno-infantil já estabelecida: cuidados de saúde primários; cuidados hospitalares de 1.^a linha – tratamentos médicos e cirúrgicos através da consulta de infertilidade/ medicina da reprodução e cuidados hospitalares de 2.^a linha – com centros de procriação medicamente assistida.

Nesta fase ou seja durante o período de testes de diagnóstico, o enfermeiro assume um papel crucial no que concerne à informação do casal sobre a sequência das etapas, de acordo com Madureira e Pousa (*cit. in* Fernandes et al. 2010), “Durante o período dos testes de diagnóstico, o enfermeiro deve adotar uma postura calma, transmitindo apoio e confiança ao casal e fornecer informação acerca de futuros testes aumentando a tolerância e reduzindo a angústia do casal, proporcionando, assim, um clima favorável à expressão de dúvidas e sentimentos”.

Para os mesmos autores, “O papel do enfermeiro perante o acompanhamento do casal que enfrenta problemas de infertilidade baseia-se na realização de atividades como, a recolha de dados na anamnese detalhada de cada indivíduo do casal focando o histórico obstétrico, menstrual, sexual e contraceptivo” (Madureira e Pousa *cit. in* Fernandes et al. 2010).

É de salientar que as causas de infertilidade são múltiplas e podem, ou não, estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. A investigação deve desenvolver-se de forma faseada e abranger simultaneamente os dois elementos do casal, uma vez que em cerca de 30% dos casos, ambos contribuem para o problema (DGS, 2008).

Rebar (*cit. in* Serehi 2005) argumenta, “Fatores Masculinos (cerca de 40%): decréscimo na produção de espermatozoides, obstrução ductal, incapacidade de depositar o esperma na vagina, sémen anormal e fatores imunológicos; Fatores Femininos (cerca de 50%): patologia das trompas de Falópio, amenorréia e anovulação, distúrbios ovulatórios menores, fatores uterinos e cervicais, fatores vaginais, fatores imunológicos e fatores metabólicos e nutricionais; Idiopática ou desconhecida (menos de 10%)”.

Face ao exposto e para encontrar a causa da infertilidade o casal tem de ser submetido a exames de diagnóstico.

Conforme Oakley et al. (2008), foram apontadas cinco causas básicas de infertilidade feminina: fatores femininos como os cervicais (10%), uterinos (< 10%), tubários (40%), hormonais ou ovulatórios (20%) e peritoneais, e fatores masculinos (30-50%) .

Segundo Sousa (*cit. in* APF, 2006), a ecografia pélvica endovaginal vai permitir avaliar o útero, endométrio, as trompas e os ovários; no útero, observar, tumores benignos, pólipos, sinéquias (cicatrizes) e hiperplasia do endométrio; nas trompas este exame permite detetar, malformações anatómicas das trompas, aderências pélvicas, obstrução e hidrosalpinge (dilatação anormal, inflamatória e infecciosa das trompas); nos ovários

podem ser observadas: malformações anatômicas, tumores malignos, tumores benignos, quistos simples ou foliculares, quistos de endometriose ou ovário poliquístico.

Os problemas uterinos e tubários “a histerossalpingografia/HSG é o teste inicial para o formato intra-uterino e a permeabilidade tubaria” (Toy et al. 2004, p. 250).

Segundo o autor supracitado (p. 250), relativamente aos fatores hormonais e ovulatórios pode-se proceder a realização do estudo funcional que comporta a realização de diversos procedimentos: os doseamentos hormonais no sangue e na urina; determinação da curva de temperatura basal, para verificar a data da ovulação, para avaliar a duração da mesma (através da temperatura), avaliar a data da menstruação e/ou o seu atraso; análise do esfregaço; avaliação das características do muco cervical, a autoavaliação da quantidade e consistência ao longo do ciclo permite a deteção da ovulação.

Os fatores ovulatórios são responsáveis por aproximadamente 30-40% de todos os casos de infertilidade feminina (Toy et al. 2004, p. 249). Uma história de regularidade ou de irregularidade nas menstruações é relativamente provisória do ciclo ovulatório.

Em relação ao fator cervical, o teste pós-coital é o teste clássico na avaliação do fator cervical, geralmente realizado 1 a 2 dias antes do momento antecipado da ovulação. O muco é avaliado quanto a elasticidade, “o muco deve esticar-se 8 a 10 cm (...) ser transparente e aquoso. Em geral, mais do que 20 espermatozoides por campo de grande aumento é considerado normal” (Toy et al. 2004, p. 252).

As causas de infertilidade devem-se também aos fatores masculinos (cerca de 40%): “decréscimo na produção de espermatozoides, obstrução ductal, incapacidade de depositar o esperma na vagina, sémen anormal e fatores imunológicos” (Rebar *cit. in* Serehi 2005).

Segundo a DGS (2008), o espermograma permite a avaliação do volume (> 2ml), pH (> 7,2), concentração (> 20 milhões/ml), contagem total (> 40 milhões/ml), mobilidade progressiva (> 50%) e progressiva rápida aos 60 minutos após ejaculação (> 25%), vitalidade (> 75% vivos) e morfologia normal (> 15%).

Uma vez estabelecido o diagnóstico e de acordo com o fator responsável pela situação de infertilidade, são selecionados os recursos terapêuticos. Alguns casos podem ser

corrigidos através da introdução de medidas simples, incluindo por exemplo as alterações nos hábitos alimentares, de modo a produzir uma melhoria geral do estado de saúde.

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

Tal como refere Delgado (2007) pode-se recorrer a administração de fármacos para o tratamento de infeções, desequilíbrios hormonais que originam as alterações da ovulação, pela introdução da correção do fator causal ou pela administração de medicamentos específicos para induzir a ovulação. A indução da ovulação em situações de infertilidade, pode ser conseguida através da administração de princípios sintéticos ou gonadotrofinas humanas. Neste caso, é necessário proceder à vigilância da resposta do ovário, através da monitorização dos níveis de estrogénio e da monitorização ecográfica do desenvolvimento folicular e da espessura do endométrio. Esta terapêutica não é inócua e implica efeitos secundários, tais como: labilidade emocional, alterações do comportamento e mal-estar geral, sendo o seu maior risco, o síndrome de hiperestimulação induzindo uma gravidez múltipla, implicando riscos para o bem-estar materno e para o decorrer da gravidez. A indução da ovulação é geralmente combinada com a prática de relações sexuais programadas.

Segundo a mesma autora, a cirurgia é utilizada para corrigir defeitos anatómicos que possam impedir o encontro do espermatozoide com o ovócito ou anomalias uterinas que possam impedir a implantação e a recessão de adesões originadas por focos de endometriose.

O tratamento da infertilidade masculina passa pela introdução de correção nos fatores causais através de meios específicos, sendo também eles, médicos ou cirúrgicos.

O tratamento médico consiste no tratamento hormonal, utilizado para correção de desequilíbrios ou insuficiências hormonais detetadas, na introdução de medidas gerais para melhorar a qualidade dos espermatozoides, na administração de antibióticos quando diagnosticada uma infeção, ou ainda no tratamento da infertilidade de causa

imunológica (diminuição dos anticorpos anti-espermáticos, através da administração de corticoides) (Delgado 2007).

Segundo a mesma fonte, é também utilizada a abordagem cirúrgica, em caso de obstrução que comprometa a progressão dos espermatozoides, em qualquer nível do trato genital ou ainda, na correção de um varicocele.

Porém, um número importante de descobertas revolucionaram o tratamento da infertilidade. As técnicas de PMA, utilizadas nos últimos vinte e cinco anos, representam um progresso real na resolução dos problemas da infertilidade.

A IA, de acordo com Almeida e Almeida (*cit. in* Renaud et al. 2004) consiste na introdução artificial de espermatozoides através de cateter apropriado, quer no endocervix, no interior do útero ou na própria cavidade peritoneal. A IA pode ser estimulada com medicação hormonal, ou não estimulada.

A fecundação *in vitro* e transferência de embriões para o útero, é indicada em casos de infertilidade inexplicada, de fatores femininos, tais como obstrução tubárea, de fatores masculinos, como alterações severas na qualidade do espermatozoide, e ainda em casos de infertilidade de causa imunológica ou incompatibilidade entre o muco cervical e os espermatozoides (Faustino 2005).

De acordo com a mesma fonte, a Transferência Intra-Tubárea de Gâmetas está particularmente indicada na infertilidade de origem desconhecida ou em caso de endometriose. A execução da técnica segue os mesmos procedimentos da FIV, exceto no facto de os ovócitos e os espermatozoides serem colocados no interior das trompas de Falópio, por laparoscopia, de modo a que a fertilização ocorra *in vivo*.

Na injeção intra-citoplasmática introduz-se, através de uma micropipeta, um único espermatozoide no interior do próprio citoplasma ovocitário, as etapas iniciais são similares às que se realizam para a fecundação *in vitro* (Almeida e Almeida *cit. in* Renaud et al. 2004). De acordo com Delgado (2007), esta técnica é indicada nos casos de infertilidade grave, associada ao fator masculino, quando estão disponíveis poucos espermatozoides normais e/ou a sua capacidade de fertilização está dramaticamente reduzida.

Face ao exposto pode-se concluir que os tratamentos anteriormente descritos são selecionados de acordo com as causas de infertilidade, estas técnicas permitem a concepção mas podem resultar ou não. Além disso, os tratamentos são morosos e é preciso apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde para ajudar o casal a enfrentar esta etapa. Apesar da evolução dos PMA, cada vez são maiores os casais que passam a enfrentar dificuldades para conseguir a concepção.

1.5.3 Incidência

Devido a divergência entre a definição de infertilidade, surge a dificuldade para comparar diversos estudos epidemiológicos e de prevalências da infertilidade.

Segundo Boivin et al. (2007), “Numa revisão de estudos de prevalência publicados entre 1977 e 2005 foi demonstrado que nos países mais desenvolvidos a prevalência de infertilidade atual variou entre 3,5 e 16,7%: foi 16,7% aos 12 meses na Rússia, no Canadá 8,5% aos 12 e 7% aos 24 meses, nos EUA 7,4% aos 12 meses, na Holanda 10,7% aos 12 meses, na Austrália 3,5% aos 12 meses; e entre 6,9 e 9,3% nos países menos desenvolvidos: na China 9,3% aos 12 meses, na Tanzânia do Norte 6,9% aos 24 meses, na Gambia 9,2% aos 12 meses. A prevalência de infertilidade aos 12 meses ao longo da vida variou entre 6,6 e 26,4% nos países mais desenvolvidos: no Reino Unido foi 17,3%, na Austrália 18,4%, na França 12,2%, nos EUA 21,2%, na Europa foi 11,3%, na Noruega 6,6%, na Dinamarca foi 15,7%; e variou entre 5,0 e 25,7% nos países menos desenvolvidos: em Maláui 19,6%, no Chile 25,7%, em Gana 11,8%, e na Índia foi 15,1%”.

A DGS (2008) considera a infertilidade como um problema de saúde pública “Estima-se que a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil, com uma incidência crescente em função da idade dos casais”.

O fenómeno de infertilidade tem-se expandido devido ao atraso da maternidade, segundo o INE (*cit. in* Base de Dados Portugal Contemporâneo), a média de idade da mulher ao nascimento do primeiro filho em Portugal, era em 1969 de 25 anos, em 2010 de 28,9 anos.

É perante esta realidade que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm de atuar preventivamente no âmbito da saúde reprodutiva/planeamento familiar.

1.5.4 Prevenção da infertilidade

Primeiramente deve ser dada especial atenção aos adolescentes uma vez que são os futuros progenitores, tal como refere o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, “Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST”. A adolescência é caracterizada pela vontade de transgredir regras e correr riscos, estes comportamentos são a causa de muitas das gravidezes na adolescência, mas também do possível desenvolvimento de infeções de transmissão sexual que poderão comprometer o futuro ginecológico e obstétrico dos adolescentes (Eleutério et al. 2011).

Aqui, o enfermeiro possui um vasto campo de intervenção para poder atuar preventivamente junto dos adolescentes e adultos, nomeadamente na perspetiva do planeamento familiar e pré-concepcional, bem como no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, “acreditamos que a infertilidade pode ser prevenida através do esclarecimento/educação aos casais, mudança de estilos de vida, adoção de comportamentos saudáveis e interiorização da importância do autocuidado” (orientações de saúde reprodutiva/planeamento familiar da DGS, 2008).

Segundo as orientações da DGS (2008) supracitadas, “Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados (...) a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controle da fertilidade e à prevenção das infeções de transmissão sexual (ITS)”. De facto, segundo a mesma fonte, o enfermeiro deve prestar cuidados antecipatórios e preventivos inseridos no âmbito do planeamento familiar, em particular nos cuidados pré-concepcionais, sendo de salientar:

- Prevenção, diagnóstico e tratamento das infeções de transmissão sexual;
- Rastreio do cancro do colo do útero quando não realizado em programas específicos;
- Identificação dos fatores existentes que possam concorrer negativamente para obter uma gravidez;
- Identificação e referência das situações de risco reprodutivo (genético, doença crónica, por exemplo).

Ultrapassando o papel preventivo, o enfermeiro deve possuir conhecimento para poder prestar cuidados aos elementos/casais inférteis.

1.5.5 Prestação dos cuidados na infertilidade

Ao longo de todo o ciclo vital, o ser humano necessita de cuidados de modo a satisfazer necessidades básicas e indispensáveis à vida, podendo as mesmas serem fisiológicas, psicológicas ou espirituais (Saraiva, 2008 p. 16). É neste sentido, que os cuidados de enfermagem consideram-se como um cuidado indispensável, caracterizando-se pela componente técnico-científica e pela componente humana (Moniz, 2003 p. 26 e art.º 4º D/L nº161/96 em anexo). A associação destas componentes e segundo Morrison (2001, p. 121) permite-se afirmar que o enfermeiro procura prestar cuidados de qualidade baseado no modelo holístico, que tem em conta os aspetos holísticos, assim como os aspetos físicos, psicológicos e sociais que envolvem a pessoa.

Cuidar é, primeiro que tudo, o estabelecimento de uma relação humana em que devemos considerar o outro como diferente, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural, de forma a reconhecê-lo como um todo, Callan e Hennessey 1989 referem “Domínio cognitivo: Mudar a forma como a família percebe e encontra as soluções para os problemas de saúde; Domínio afetivo: reduzir ou aumentar as emoções que contribuam para a resolução do problema/acometimento; Domínio Comportamental: Facilitar a aquisição e mudança de comportamento”. O enfermeiro de saúde reprodutiva deve realizar ações que possibilitem o seu desenvolvimento, ajudando-o a adaptar-se às mudanças temporárias de saúde, orientando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do problema, não tomando decisões, nem substituindo os casais inférteis. É nesta perspetiva que o enfermeiro tem de atuar, tendo em mente que não pode tomar decisões pelo casal mas sim ajuda-los a enfrentar esta etapa da sua vida. Para isso, o enfermeiro precisa de ter um conhecimento sólido acerca dos conceitos associados a infertilidade.

De facto, com a procura de um tratamento de infertilidade surgem as necessidades médicas, passando o tratamento a determinar a rotina do casal. É nesta realidade, muitas vezes excessivamente técnica e rigorosa, que é necessário e pertinente levar em conta que por traz da questão orgânica existe um sujeito, ou um casal, único em seus sentimentos e que deve ser tratado de um modo integrado.

De acordo com Madureira e Pousa (*cit. in* Fernandes et al. 2010) “Deve informar/instruir sobre a anatomia da reprodução, etiologia da patologia, regime terapêutico”. Segundo os mesmos autores, o papel do enfermeiro deve basear-se em desenvolver competências no âmbito da sensibilidade, da atitude e capacidade de técnica e de cuidar, manutenção de técnica de entrevista motivacional, que constituem a base da estratégia de *coping* dos utentes. Assim como, com estratégias de educação para a saúde direcionadas para as necessidades do casal naquele momento para que o mesmo possa tomar decisões com plena consciência, tornando-se interventivos em relação ao seu estado de saúde.

Segundo a DGS (2008), no âmbito da saúde reprodutiva o enfermeiro deve prestar apoio e orientar os casais com infertilidade primária ou secundária:

- Reavaliar a situação clínica confirmando a não existência de fator contributivo; efetuar o estudo complementar básico adequado à abordagem do casal infértil;
- Facultar informação completa, isenta e científica sobre as etapas a percorrer para a resolução das situações de infertilidade;
- Referenciar as situações que necessitam de estudos ou tratamentos diferenciados.

Para que a intervenção do enfermeiro nesta área seja eficaz, este deve possuir conhecimento na área de infertilidade. Para poder detetar situações de risco de forma precoce, intervir atempadamente e encaminhar para outros técnicos se o casal ainda não se consciencializou do seu problema, “O enfermeiro deve, também, ter o discernimento de atuar de acordo com a capacidade e o nível de compreensão do casal, através da identificação dos défices de conhecimento e clarificação das informações” (Madureira e Pousa *cit. in* Fernandes et al. 2010).

1.5.6 As implicações multidimensionais da infertilidade

A questão de parentalidade consciente impõe aos indivíduos a necessidade de criação de um conjunto de recursos materiais, psicológicos e sociais disponíveis para se poderem tornar pais, logo o processo fisiológico e circunstancial da gravidez dá lugar a um planeamento bem gerido e complexo, revolucionando costumes, mentalidades e estilos de vida. Para Leal e Pereira (*cit. in* Eleutério et al. 2011) “o impacto emocional da infertilidade afeta os sujeitos ao nível intrapsíquico, interpessoal e psicosssexual”, o enfermeiro pode fornecer apoio ao casal.

i. Implicações psicossociais

O casal é submetido a numerosas pressões e a ideais construídos pela sociedade, tal como refere Delgado (2007) a motivação social, emerge como uma resposta ao que é socialmente esperado, em que ser pai e ser mãe são vistos como um papel central da vida. Segundo Faria (2001) ter filhos pode ser uma exigência da sociedade e uma forma de pertença a uma determinada comunidade, correspondendo assim, aos ideais e valores desta última. Além disso, Cedars (2005) refere que estudos têm evidenciado as dificuldades sentidas pelos indivíduos inférteis, sobretudo as mulheres, quando se deparam com uma grávida ou outro casal que exhibe a felicidade de ter filhos.

Aliado a estes ideais sociais, surge a motivação biológica tal como salienta Pinto (1998) e Edelman e Humphrey (1994) em que a parentalidade emerge num desejo de continuidade genética nas gerações subsequentes.

A parentalidade é geralmente considerada como o cerne vital da sociedade e do fortalecimento do vínculo conjugal, Delgado (2007) refere que a parentalidade promove um fortalecimento do vínculo conjugal e o aproximar de relações familiares. A procriação é tida como um dos objetivos superiores da vida conjugal, concretiza a transmissão da vida e simboliza a plenitude da união e do amor do casal (Correia *cit. in* Delgado 2007).

O casal deposita o seu esforço para concretizar o seu projeto de vida, visando a construção e perpetuação da família e conseqüentemente da sociedade, tal como refere Pinto (1998 p. 97) “ (...) sendo a paternidade a expressão de uma função biológica normal e de um relacionamento íntimo entre um homem e uma mulher, ela é vista como critério necessário à realização pessoal, aceitação social, aquisição de entidade sexual, de estatuto de indivíduo adulto (...)”.

Face ao exposto, sentir que a parentalidade é um projeto adiado equivale a mergulhar num tumulto de emoções, segundo Barros (2000) e Boivin et al. *cit. in* Soares 2008, ter um filho constitui um dos maiores desejos dos casais, logo a infertilidade tem um impacto negativo nestes, trazendo conseqüências nefastas que incluem sofrimento psicológico isto é, ansiedade, depressão, frustração, medo, culpa, divórcio e isolamento. Além do mais, os impactos psicológicos estão salientados em diversos estudos, “Diferentes estudos têm demonstrado que o impacto da infertilidade sobre o funcionamento psicológico é complexo e está influenciado por vários fatores. (...) A sua característica essencial é o desenvolvimento

de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a uma componente psicossocial identificável” (Avelar et al. 2000).

Tal como refere Pinto (1998), o casal questiona-se como pode ser privado de algo tão básico como ter filhos. Perante esta privação, surge também a falta de controlo sobre o seu corpo, surgindo a revolta, alimentada pelo senso de injustiça (Delgado 2007).

Parafraseando a mesma autora, a infertilidade produz ainda sentimentos persistentes de tristeza, sofrimento e desânimo, sendo frequentemente encarados como um castigo. Aliado a estes sentimentos, a identificação do problema pode causar alívio face à possibilidade de tratamento, ou pelo contrário, culpa, revolta e vergonha pela prova de que o problema realmente existe.

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

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

Callan e Hennessey (1989) fazem referência à utilização de diversos tipos de *coping* pelos indivíduos inférteis.

O *coping* vigilante inclui os indivíduos inférteis que tentam compreender e encontrar um sentido nesta crise. Algumas das estratégias apontadas nesta categoria são: estar mentalmente preparado; aceitar e redefinir; manter-se ocupado, evitar e negar.

O *coping* centrado no problema é utilizado pelo indivíduo ou casal infértil através da confrontação com a realidade e as suas consequências. Neste caso, as estratégias indicadas pelos mesmos autores são: procurar informação e suporte através do médico

ou outro técnico de saúde, outros casais e amigos, através da leitura de livros sobre infertilidade e gestão do stresse, rezar, meditar e participar em grupos de ajuda; tomar iniciativa para resolver o problema e procurar recompensas alternativas.

A utilização do *coping* centrado na emoção tem como objetivo manter o bem-estar psicológico, através do recurso a estratégias centradas nos esforços individuais para lidar com os sentimentos e as emoções desencadeadas pela crise, sendo estas: aceitação das emoções, em que os indivíduos adotam uma reação controlada à crise, em vez de descarregarem as suas emoções de forma explosiva; descarga emocional, inclui uma amplitude de respostas e reações emocionais não controladas, tais como a fúria, gritos e acessos de ira manifestados contra o parceiro, a família, os profissionais de saúde, e também a raiva contra o destino; aceitação resignada, em que os indivíduos procuram um sentido a partir de uma experiência negativa.

Porém, o casal infértil segue uma sequência de estágios emocionais, tal como refere Kubler-Ross (2008):

“1) Choque, topor ou negação num primeiro momento, os quais podem não ocorrer em alguns casos, principalmente quando o casal já apresentava alguma questão orgânica anterior ao relacionamento.

2) Angústia diante da situação. No decorrer de um período, a situação indesejada gera ainda sentimentos de ansiedade, impotência, raiva, barganha e protesto.

3) Tristeza e desesperança, principalmente quando não se tem informação ou acesso ao tratamento específico.

4) Gradual ajustamento e aceitação, quando o casal começa a pensar qual o caminho que irá percorrer.”

A infertilidade é sem dúvida um fardo emocional muito pesado a suportar, não apenas para um elemento, mas pelo casal. A reprodução humana não é propriamente um processo simples. O casal pode isolar-se socialmente na tentativa de evitar embaraços, sentimentos de piedade ou ainda a conselhos não solicitados, “ (...) perda de relacionamento emocional importante decorre do afastamento social, com a perda de relacionamento com os familiares e amigos” (Mahlstedt *cit. in* Pinto 1998).

O stresse como reação à infertilidade surge decorrente das reações emocionais e psicológicas que ocorrem nos indivíduos inférteis. Conforme é referido por Reed (2001

p. 1021), “os casais experimentam sentimentos de impotência, vulnerabilidade, isolamento e perda de controlo sobre as suas vidas pessoais”.

ii. Implicações conjugais

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

A vivência dos problemas relacionados com a infertilidade pode conduzir a uma maior intimidade emocional, tornando os elementos do casal mais próximos. Esta condição pode estar relacionada com o isolamento perante a sociedade, levando-os a apoiarem-se exclusivamente um ao outro (Delgado 2007).

No entanto, segundo a mesma autora, por vezes o casal tende a isolar-se e logo prejudicar o diálogo e a comunicação franca e honesta entre os elementos do casal, acentuando sentimentos de raiva, incompreensão, culpa e solidão.

Outra situação identificada como bastante comum e que causa constrangimentos ao nível da relação do casal ocorre quando os parceiros não se encontram no mesmo nível de comprometimento com o problema e o percurso, ou seja, que um está mais disposto a realizar os procedimentos relativos à investigação e tratamento da infertilidade que o outro, ou quando existem diferenças no peso que cada parceiro atribui aos custos/benefícios da continuação do tratamento e nas perceções acerca das alternativas à continuação de procurar ajuda médica (Cedars *cit. in* Delgado 2007).

Segundo Delgado (2007) torna-se imprescindível considerar a infertilidade como um problema do casal, independentemente do fator orgânico ser masculino ou feminino, estimulando a participação e o envolvimento de ambos, pois esta abordagem promove o alívio do sentimento de culpa e promove a união do casal. É de salientar que o homem tem tendência a assumir o papel de otimista durante a crise causada pela infertilidade, sobretudo durante os períodos difíceis em que as suas companheiras estão desencorajadas ou tristes, o que tem a ver com os fatores sociais e culturais sobre o que deve ser o papel masculino (Cedars, 2005).

Face ao exposto, cada casal infértil pode agir de forma diferente. Por um lado, casais que se uniram com o tratamento e outros que estão a passar por um momento de fragilidade. Este facto deve ser reconhecido e compreendido para que haja um suporte adequado.

Ainda assim, quando o casal o desejar e quando não aceitarem os PMA ou estes não resultarem, pode surgir a decisão de adotar. No entanto, esta solução vai lançar uma série de sentimentos e emoções, assumir esta resolução implica ansiedade e stresse, na medida em que, como pais adotivos, para além das preocupações habituais, partilhadas por pais adotivos e não adotivos, têm ainda de enfrentar a ansiedade inerente à adoção em si, como seja: a vivência da infertilidade, a transição para uma parentalidade adotiva, a ansiedade e incerteza da concretização do processo e a incerteza de como vai abordar o filho adotado (Ferreira et al. 2004).

iii. Implicações do processo de diagnóstico e tratamento

Associado ao processo diagnóstico e terapêutico, estão subjacentes aspetos psicológicos, tal como refere Avelar et al. (2000) “Os aspetos psicológicos envolvidos no tratamento da infertilidade têm como base a conjunção de uma série de circunstâncias, as quais os pacientes têm que enfrentar quando decidem por essa opção: aspetos emocionais, financeiros, demanda física do tratamento, processos legais, éticos e morais dentro da comunidade”.

Além do mais, é considerado o stresse financeiro, especialmente em indivíduos com menores recursos económicos, visto que os tratamentos para a infertilidade são dispendiosos. Este facto, segundo Callan e Hennessey (1989), torna-se ainda mais penoso na medida em que o casal só poderá conseguir o filho desejado se puder suportar os custos do tratamento. Toda a atividade de vida diária dos casais está alterada porque tem alguma consulta, tratamento, toda a vida deles está organizada em função do problema de infertilidade.

Face ao exposto, é importante escutar o casal, propiciar um espaço onde possam falar da sua vida, dos seus projetos, medos, fantasias e expectativas. De acordo com um estudo realizado por Delgado (2007) o apoio psicológico por partes dos profissionais é referido como muito importante, a partir da perceção de que seria um contributo para ajudar a lidar melhor com o problema e com o parceiro, emergindo também uma noção de continuidade deste apoio.

Parafrazeando a mesma autora, a intervenção dos profissionais como fonte de suporte/apoio parece ser mais valorizada pelas mulheres, esta constatação pode decorrer do facto do contacto ser estabelecido maioritariamente pelos elementos femininos do casal e por esta consulta estar vocacionada para o atendimento de casos de infertilidade feminina.

Vários estudos apontam para a necessidade dos profissionais desenvolverem competências comunicacionais no sentido de proporcionar ajuda aos indivíduos inférteis que utilizam os PMA (Boivin et al. 2001). Como recomendado por Cedars (2005) é importante formar os profissionais de saúde acerca dos diversos aspetos emocionais da infertilidade, pois estes pacientes necessitam de atenção especial, que consome tempo, mas que é imprescindível para determinar as necessidades, prestar apoio e transmitir segurança. No entanto, Pinto (1998, p. 100) refere “a incompreensão, inacessibilidade e indisponibilidade do médico em ouvir e lidar com os problemas emocionais do casal (...), são situações porque o casal passa quase inevitavelmente”.

II- Fase metodológica

Para a elaboração de um estudo de investigação, é necessário fazer um plano de como irá decorrer, de modo a que se definam logo à partida, quais as atividades que são imprescindíveis de se desenvolver.

Segundo Fortin (2009, p. 53) “A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação”.

2.1 Tipo de estudo

A abordagem a eleger numa investigação depende, quer do problema em estudo, quer dos objetivos delineados. Deste modo face ao tema, vivências de um casal infértil, optou-se por um estudo qualitativo de cariz descritivo do tipo estudo de caso, segundo Almeida e Freire (2007, p. 111) este estudo caracteriza-se pela compreensão dos fenómenos de acordo com a realidade, estudando-a sem a fragmentar e sem a descontextualizar. Para os mesmos autores (p. 126) optou-se por um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, já que “ (...) os estudos de caso visam geralmente a observação de fenómenos raros, mais ricos ou importantes do ponto de vista de informação contida para questionar uma dada teoria (...)”.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno no seu ambiente natural (Yin 1994).

Da mesma forma, Ponte *cit. in* Araújo 2008 considera:

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”

Tendo em conta Fortin (2009, p. 241), “entre as vantagens do estudo de caso, pode-se mencionar a informação detalhada que se obtém sobre um fenómeno novo, as ideias que ele permite destacar (...)”.

2.2 Amostra/seleção do caso

De acordo a metodologia inerente ao estudo de caso e na opinião de Bravo (*cit. in* Araújo et al. 2008) a escolha da amostra adquire um sentido muito particular, uma vez que constitui o âmago do trabalho. Segundo Stake (*cit. in* Araújo 2008 et al.) num estudo de caso, a amostra é extremamente importante e não é baseada em amostragem. Para o mesmo autor, existem seis tipos de amostras (intencionais ou teóricas) passíveis de serem utilizadas num estudo de caso: “Amostras: extremas (casos únicos); casos típicos ou especiais; variação máxima, adaptadas a diferentes condições; casos críticos; casos sensíveis ou politicamente importantes; de conveniência”.

Neste caso, optou-se por uma amostra de caso único, sendo este um casal.

Ao escolher o “caso” o investigador estabelece um fio condutor lógico e racional que guiará todo o processo de recolha de dados (Creswell *cit. in* Araújo 2008 et al.). Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o “caso”.

2.3 Método e Instrumento de colheita de dados

No processo de recolha de dados, o estudo de caso emprega vários métodos: entrevistas, observação participante e estudos de campo (Hamel *cit. in* Araújo 2008 et al.). Os métodos de recolha de informações são escolhidos de acordo com a tarefa a ser cumprida (Bell *cit. in* Araújo 2008 et al.).

Optou-se neste caso, pela entrevista já que adquire bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134).

Os diferentes tipos de entrevistas existentes têm sido classificados de formas diversas. Fontana e Frey (*cit. in* Araújo 2008 et al.) consideram a existência de três grandes tipos: estruturada, semiestruturada e não estruturada.

Neste trabalho, optou-se pela entrevista semiestruturada já que se pretende obter informações particulares sobre um tema preciso. De facto, tendo em conta Fortin (2009, p. 376), recorre-se a este tipo de entrevista quando o investigador quer compreender a

significação de um acontecimento ou de fenómenos vividos pelos participantes. Além disso, a entrevista semiestruturada além de valorizar a presença do entrevistador, permite também aos entrevistados a liberdade e espontaneidade necessária, o que contribui para enriquecer a investigação, já que segundo Yin (*cit. in* Meirinhos e Osório 2010) a entrevista é uma das fontes de informação mais importantes e essenciais, nos estudos de caso. No desenrolar da entrevista cria-se uma relação de interação gerando-se uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado. É claro, que previamente as colocações das questões da entrevista, o investigador e os entrevistados terão uma pequena conversa para criar um ambiente de empatia e confiança.

A entrevista foi previamente elaborada e é dividida em duas partes, a primeira parte consiste na recolha de dados sociodemográficos do casal com um quadro de identificação de cada elemento do casal e 8 perguntas de escolha múltipla. Na segunda parte, consta o guião da entrevista, composto por 11 perguntas abertas, previamente elaboradas de acordo com os objetivos específicos da investigação. O investigador optou por questões abertas, “ (...) já que permitem que os sujeitos respondam sem as limitações impostas pelo investigador” (Hulley et al. 2008, p. 271).

Após obtenção do consentimento informado e do dia/horário da entrevista ser definido pelo casal, a entrevista decorrerá no domicílio do mesmo, permitindo deste modo, que se sintam mais a vontade, já que permanecem no seu contexto de vida diária. A entrevista cuja duração será de aproximadamente 40 minutos, recorrerá-se a gravação áudio, colocando-se as questões de forma natural e permitindo espaço necessário para o casal responder de forma fluida e espontânea. Ao longo da entrevista, será adotado um papel de escuta ativa, limitando-se apenas a auxiliar na clarificação das perguntas e explicação de dúvidas inerentes às respostas. Atender-se-á aos princípios de privacidade/anonimato de cada um dos entrevistados. É claro, que ao longo da entrevista podem surgir emoções, já que as questões vão submeter o casal a repensar todos os sentimentos e pensamentos derivados ao diagnóstico de infertilidade, de facto tendo em conta Fortin (2009, p. 379), existe uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas.

2.4 Considerações éticas

Na realização de um estudo de investigação é necessário entender os procedimentos éticos, de modo a que o participante do estudo seja respeitado. Assim de acordo com Lo. (*cit. in* Hulley et al. 2008, p. 243,244) são três os princípios éticos a considerar numa investigação “princípio do respeito a pessoa, princípio da beneficência e princípio da justiça”.

Parafraseando o mesmo autor (p. 243, 244), o princípio do respeito pela pessoa, no qual o investigador obtém o consentimento informado, para deste modo manter a confidencialidade. É útil de lembrar que para respeitar este princípio, o investigador deverá manter a confidencialidade dos dados, segundo o mesmo autor (p. 249) deve-se adotar estratégias para proteger a confidencialidade nomeadamente proteger ou destruir dados que identifiquem os participantes. Deve-se informar o casal que a sua identificação nunca será relevada e que serão sempre dados nomes fictícios no decorrer da investigação, para que não haja desrespeito deste princípio.

No princípio da beneficência (Lo. *cit. in* Hulley et al. 2008, p. 243), o investigador deverá delinear cientificamente a pesquisa. De facto, os participantes devem ser informados do procedimento do estudo e do tempo que será exigido e com que frequência (p. 247), neste caso, informar o casal que se trata de um projeto de investigação para fins académicos e que este será contactado várias vezes sendo que a duração aproximada da entrevista será de 40 minutos. O mesmo autor (p. 247) refere que se tem de informar o participante dos riscos que podem ocorrer, nomeadamente, danos físicos e também, danos psicológico, tais como quebra da confidencialidade, estigmatização, e discriminação. Parafraseando o mesmo autor (p. 244) no princípio da justiça “ (...) requer que os benefícios e o bônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa”, face ao exposto o casal infértil em estudo foi devidamente informado, acerca do tipo de estudo, objetivos e carácter voluntário do mesmo. Devemos também informar do anonimato e confidencialidade dos dados, referindo que a banda de gravação usada na entrevista será destruída após a sua análise efetuada pelo entrevistador, já que parafraseando o mesmo autor (p. 255) “quando a pesquisa utilizar materiais biológicos ou dados coletados previamente, é importante dar especial atenção a confidencialidade”.

De acordo com o exposto, o estudo em todo o seu processo metodológico obedeceu e cumpriu os princípios éticos referidos, nomeadamente, o respeito pela dignidade do casal. Foi fornecida a informação relativa ao estudo, bem como a declaração de consentimento informado, tendo-se atendido ao princípio de anonimato e confidencialidade dos dados.

2.5 Tratamento dos dados

Após recolha do material para realização do estudo foi efetuado o seu tratamento e a análise com base na técnica de análise de conteúdo, pois possibilita o tratamento da informação recolhida.

A fase de análise e interpretação dos resultados é a etapa mais morosa de um trabalho de investigação, segundo Fortin (2009), exige uma reflexão minuciosa e uma análise profunda de todo o processo de investigação.

De facto, a entrevista foi gravada em registo magnético, com a finalidade de se obter a máxima de informação possível, efetuou-se de seguida a transcrição integral relativamente às 11 perguntas abertas da segunda parte da entrevista para o programa informático Microsoft Word, assegurando o rigor.

Tratando-se de um processo de trabalho intensivo a análise dos dados recolhidos através da entrevista só se tornou possível recorrendo à sua análise de conteúdo. Assim, sendo Bardin (2008, p. 42) “ (...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Segundo a mesma autora, a análise de conteúdo organiza-se em três fases, a pré-análise, a exploração de material recolhido e o tratamento de resultados, a inferência e a interpretação. Após a transcrição dos conteúdos da entrevista, começou-se por efetuar uma pré-análise da entrevista executada, tendo como objetivo a organização sistemática das ideias. Para tal, foi necessária uma leitura “flutuante” que segundo Bardin (2008, p. 122) “ (...) consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar (...) ”.

Seguidamente surge a fase de exploração do material, sendo o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registo.

Assim, foram encontradas as unidades de registo, sendo estas utilizadas como unidade base que corresponde ao segmento do conteúdo obtendo-se um significado dos diferentes constituintes do texto (Bardin, 2008, p. 127). Com o objetivo de codificar a unidade de registo emergiu a unidade de contexto que, de acordo com a mesma autora (p. 133), “ (...) corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”. Quanto ao score, este corresponde a frequência com que a unidade de contexto surge para o investigador.

A fase da categorização, no qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Já a última fase, do tratamento e inferência à interpretação, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em análises reflexivas da entrevista.

Em toda a fase de análise de conteúdo recorreu-se sempre as questões de investigação, com o objetivo de refletir nos temas essenciais que caracterizam o fenómeno a descrever.

III - Fase Empírica

Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente ocorra a discussão dos mesmos. Segundo Fortin (2009, p. 56) “A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à análise (...)”. Recorreu-se à análise de conteúdo segundo Bardin (2008), como já referido anteriormente.

Nesta parte do trabalho pretendeu-se proceder à apresentação dos dados obtidos através dos discursos produzidos pelos indivíduos que participaram neste estudo, tendo como finalidade à análise da entrevista realizada para alcançar os objetivos específicos da investigação.

É de salientar que ao longo deste trabalho, são utilizados nomes fictícios aos elementos desta família.

3.1 Apresentação do caso

Este estudo de caso trata de um casal com um filho que surgiu sem nenhum tipo de tratamento, após 18 meses a tentarem a conceção. Apesar de já ter um descendente sempre foi o desejo do casal ter um segundo filho. Após dois anos e meio na tentativa de ter um segundo filho, decidiram recorrer a clinica de infertilidade em Braga onde lhes foi diagnosticado o problema de infertilidade secundária, segundo Wents (*cit. in* Serehi 2005) e a OMS (2009) a infertilidade secundária refere-se ao casal que já conseguiu uma conceção, mas que posteriormente é incapaz, considerando que mantêm relações sexuais regulares e desprotegidas durante um período de dois anos.

3.2 Dados de identificação do casal

O casal em estudo vive num apartamento em Ponte de Lima e estão casados há cerca de 10 anos.

Laura é de raça caucasiana nasceu em Ponte de Lima, tendo atualmente 37 anos. Possui o 12 ano de escolaridade e é administrativa numa escola da região de Ponte de Lima. Laura é casada com Pedro também de raça caucasiana, nascido em Ponte de Lima, tendo 41 anos. Pedro é licenciado em engenharia civil e atualmente exerce esta

profissão no âmbito duma empresa de Ponte de Lima. Ambos tiveram conjuntamente dois filhos, o João de 7 anos de idade e o José com 2 anos. Quando casaram eram solteiros, sendo este o primeiro casamento de ambos.

i. História do problema

Na primeira gravidez, o casal tentou a conceção durante cerca de 18 meses sendo que a Laura fez tratamento (Dufine® comprimidos) durante 3 meses com uma toma por dia ao deitar. Realizou diversos exames, nomeadamente ecografias pélvicas endovaginais no hospital Santa Luzia em Viana do Castelo, não tendo sido na altura detetado qualquer problema. O Pedro também fez um espermograma cujo resultado foi normal. A gravidez surgiu ao fim de 4 meses após terem interrompido o tratamento.

Relativamente à segunda gravidez, o casal tentou a conceção durante quase 3 anos. Porém, após cerca de 2 anos e meio de tentativa sem sucesso, decidiram através da internet pesquisar clínicas de infertilidade e encontraram uma em Braga. Na primeira consulta foi explicado ao casal todos os exames que iriam ser feitos para poder estabelecer o diagnóstico.

Na segunda consulta, a Laura realizou ecografias pélvicas endovaginais, realizou também histerossalpingografia/HSG para verificar a permeabilidade das trompas, cujos resultados foram normais. O Pedro realizou um espermograma e desta vez o resultado foi totalmente diferente do primeiro (realizado aquando a tentativa da primeira conceção), só 3% dos espermatozoides eram normais, segundo a DGS (2008), “o espermograma permite a avaliação do volume (> 2ml), pH (> 7,2), concentração (> 20 milhões/ml), contagem total (> 40 milhões/ml), mobilidade progressiva (> 50%) e progressiva rápida aos 60 minutos após ejaculação (> 25%), vitalidade (> 75% vivos) e morfologia normal (> 15%)”, o casal ficou a saber que quem possuía os problemas de infertilidade era o Pedro.

ii. História de intervenções

Após o diagnóstico estabelecido, o casal foi informado que nestes casos o melhor tratamento era a IA. No entanto, não havia garantias de bons resultados e o casal para conseguir a conceção teria talvez de tentar várias vezes (quatro no máximo) e se este procedimento não resultasse teriam de optar por a FIV.

O casal aceitou este tratamento, já que o que tinham em mente era ter um segundo filho e iam tentar tudo para conseguir.

Em Janeiro de 2009, voltaram à terceira consulta no centro de infertilidade e começaram os preparativos para o PMA. O tratamento iniciou em final de fevereiro de 2009, Laura começou por tomar Dufine® comprimidos no quarto dia da menstruação, durante cinco dias com uma toma por dia ao deitar. Durante este tratamento, Laura realizou ecografias pélvicas endovaginais de 2 em 2 dias, no sentido de acompanhar o “desenvolvimento folicular e a espessura do endométrio” (Delgado, 2007) e deste modo poder projetar-se a data da ovulação. Assim, no dia 8 de fevereiro foi informada que IA iria ser efetuada dia 10 de fevereiro, nessa altura a Laura refere uma panóplia de emoções "Todo o sangue que tinha nas veias congelou, fiquei feliz, assustada, baralhada, muitas emoções juntas. Não me esqueço que passei o resto da tarde a chorar e a pensar se tudo iria correr bem”.

Deslocaram-se à clínica, à hora marcada, primeiro foi o Pedro e cerca de duas horas depois foi a Laura. Iniciaram todos os procedimentos relativos à IA, o Pedro fez colheita de esperma, duas horas após iniciou-se o processo com Laura pela médica e enfermeira, explicando todos os procedimentos, mostrando o ovulo através da ecografia pélvica e procederam a injeção no útero dos espermatozoides de Pedro.

Após isto, a Laura permaneceu numa maca em repouso, cerca de 30 minutos, refere ter tido o apoio incondicional da enfermeira, que lhe explicou todos os cuidados que devia ter após a IA, assim como apoio psicológico.

No dia 25 de fevereiro, a Laura realizou o teste de gravidez e veio a confirmar-se que o segundo filho estava a caminho, depois de uma única tentativa.

3.3 Apresentação dos resultados/análise das entrevistas

A presente parte deste trabalho tem como objetivo a apresentação dos dados obtidos a partir da informação recolhida através da aplicação do instrumento de colheita de dados, análise dos dados e consequentemente, a interpretação dos mesmos.

Neste estudo e tendo por base a pergunta de partida, construiu-se categorias correspondentes às questões de investigação (*a priori*), sendo que Vala (1986) refere que “a construção de um sistema de categorias pode ser feito *a priori* ou *a posteriori*, ou

ainda através da combinação destes dois processos”. No entanto, através de análise, exploração, interpretação e compreensão do discurso do casal, constatou-se que, algumas das categorias não eram as mais pertinentes, realizando-se, por esse motivo, um sistema de categorização *a posteriori*, que emergiu do discurso do casal em estudo.

Tendo em consideração os pressupostos da análise qualitativa, de acordo com os autores referenciados e perante a elaboração da análise de conteúdo inerente ao presente estudo emergiram 9 categorias: razões do desejo de parentalidade; impacto do diagnóstico no casal infértil; modificações ocorridas na vida do casal; sentimentos da vivência do casal na infertilidade; sentimentos da vivência do casal no tratamento; dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes; valorização do casal acerca do papel do enfermeiro e estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade.

As subcategorias, unidades de contexto e unidades de registo foram definidas *a posteriori* com base nas respostas fornecidas pelo casal as perguntas da entrevista, assim como com o apoio na revisão bibliográfica.

De forma a facilitar a leitura e interpretação dos resultados optou-se pela sua apresentação em quadros, nos quais constam: as categorias, as unidades de registo e as unidades de contexto. Para facilitar as consultas dos quadros optou-se pelos seguintes códigos: P-Pergunta, L-Linha, E₁- Entrevistado feminino, E₂- Entrevistado masculino e (...) - Excerto do texto que não é relevante para a análise.

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

3.3.1 Razões do desejo de parentalidade

Perante a análise de dados e com o objetivo de identificar quais as razões do desejo de parentalidade, foi identificada uma categoria sendo esta: as razões do desejo de parentalidade.

Quadro 1 – Análise de conteúdo referente à categoria “**Razões do desejo de parentalidade**”

Categoria: Razões do desejo de parentalidade			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Fortalecimento do vínculo	Conjugal	“Apesar de já termos um filho, faltava ali outro, para sermos completamente felizes” P ₁ L ₈ E ₁	2
Motivação	Biológica	“Seguimento da espécie” P ₁ L ₁ E ₂	2
	Psicológica	“Era importante para me sentir realizada” P ₁ L ₂ E ₁	2
	Social	“Ser pai é o mais importante na vida” P ₁ L ₃ E ₂	2

O quadro 1 possibilitou identificar à categoria “**Razões do desejo de parentalidade**” e duas subcategorias, fortalecimento do vínculo e motivação. Relativamente à subcategoria fortalecimento do vínculo identificou-se a unidade de registo: conjugal. Quanto à subcategoria motivação identificou-se as unidades de registo: biológica, psicológica e social.

Relativamente à subcategoria fortalecimento do vínculo, surge a unidade de registo **conjugal**, já que segundo Correia *cit. in* Delgado 2007 “a procriação é tida como um dos objetivos superiores da vida conjugal, concretiza a transmissão da vida e simboliza a plenitude da união e do amor do casal”. Delgado (2007) refere que a maternidade e a paternidade promovem um fortalecimento do vínculo conjugal e o aproximar de relações familiares.

Quanto à subcategoria motivação e cingindo-se à unidade de registo **biológica** como refere Pinto (1998) num desejo de continuidade genética nas gerações subsequentes.

Assim, no que diz respeito à unidade de registo **psicológica**, o autor supracitado menciona que o desejo de parentalidade surge como a “satisfação de valores eminentes, como a filiação e renovação da vida, a excitação e o imprevisto, a criatividade e responsabilidade, a possibilidade de exercer influência no desenvolvimento de outro ser humano”.

Refletindo sobre à unidade de registo **social** expressa pelo casal, Delgado (2007) refere que a motivação social emerge como uma resposta ao que é socialmente esperado, em que ser pai e ser mãe são vistos como um papel central da vida. Segundo Faria (2001) ter filhos pode ser uma exigência da sociedade e uma forma de pertença a uma determinada comunidade, correspondendo assim, aos ideais e valores desta última.

Face ao exposto, o modo como o casal vivencia esta crise complexa depende dos pressupostos sociais acerca do conceito de parentalidade, das reações sociais e das personalidades de cada indivíduo, “a situação de infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior o seu empenho na parentalidade” (Martins 2004). No entanto, o casal referiu que queriam saber o que se passava realmente “um dia decidimos ligar para a clinica de fertilidade em Braga, para poder perceber o que se passava” P₅ L₁ E₁.

3.3.2 Impacto do diagnóstico no casal infértil

Perante a análise de dados e com o objetivo de identificar qual o impacto do diagnóstico no casal infértil, foi identificada uma categoria que corresponde ao impacto do diagnóstico no casal infértil.

Quadro 2 – Análise de conteúdo referente à categoria “Impacto do diagnóstico no casal infértil”

Categoria: Impacto do diagnóstico no casal infértil			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Sentimento	Alívio	“Foi um alívio saber o que se passava, pelo menos sabíamos de onde vinha o problema e se havia tratamento” P ₂ L ₅₂ E ₂	2
	Aceitação/ Sensação de desafio	“Até levamos bem o diagnóstico, o Pedro disse-me, temos de ir para a frente se queremos este filho” P ₅ L ₁₁ E ₁	2

O quadro 2 possibilitou identificar à categoria “**Impacto do diagnóstico no casal infértil**” e uma subcategoria, sentimento. Relativamente à subcategoria sentimento identificou-se as unidades de registo: alívio e aceitação/sensação de desafio.

Na categoria sentimento, emerge a subcategoria de **alívio**, tal como refere Delgado (2007), a identificação do problema pode causar um sentimento de alívio face à possibilidade de tratamento, ou pelo contrário, culpa, revolta e vergonha pela prova de que o problema realmente existe. Neste caso, o casal sentiu alívio quer pelo facto de se ter estabelecido o diagnóstico médico, quer devido ao conhecimento do PMA inerente ao mesmo.

O casal refere ter lidado de uma forma positiva com este diagnóstico logo surge a subcategoria **aceitação/sensação de desafio**, tal como refere Kubler-Ross (2008) o estabelecimento do diagnóstico de infertilidade, provoca um sentimento de alívio (diante de uma causa precisa, principalmente depois de um longo período de incertezas), sensação de desafio e aceitação. Destaca-se também como refere Cedars (2005) que o homem tem tendência a assumir o papel de otimista durante a crise causada pela infertilidade, sobretudo durante os períodos difíceis em que as suas companheiras estão

desencorajadas ou tristes, o que tem a ver com os fatores sociais e culturais sobre o que deve ser o papel masculino.

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

3.3.3 Modificações ocorridas na vida do casal

Para identificar quais as modificações ocorridas na vida do casal, foi identificada uma categoria que corresponde as modificações ocorridas na vida do casal.

Quadro 3 – Análise de conteúdo referente à categoria “**Modificações ocorridas na vida do casal**”

Categoria: Modificações ocorridas na vida do casal			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Intimidade emocional	União	“O que queríamos era ter um filho e pouco importava de quem era a culpa” P ₅ L ₆ F problema poderia ser meu, também não me culpava” P ₁ L ₁₀ E ₁	2
	Aproximação	“(…)a infertilidade ainda nos aproximou mais” P ₅ L ₉ E ₁	2
	Partilha	“Partilhávamos sempre os nossos medos e angustias” P ₅ L ₄ E ₂	2

O quadro 3 possibilitou identificar à categoria “**Modificações ocorridas na vida do casal**” e uma subcategoria, intimidade emocional. Relativamente à subcategoria intimidade emocional identificou-se as unidades de registo: união, aproximação e partilha.

Em relação a subcategoria, intimidade emocional e no que se refere a unidade de registo **união, aproximação e partilha**, Delgado (2007) salienta que a vivência dos problemas relacionados com a infertilidade pode conduzir a uma maior intimidade emocional, tornando os elementos do casal mais próximos. Porém, outros casais tendem a isolar-se

como refere Barros (2000) “A infertilidade pode levar a uma crise de vida pois, o processo de nascimento é visto como básico para a sobrevivência dos seres humanos, por isso a não concepção pode levar a sentimentos de falha, depressão, isolamento, culpa e não realização do desejo de ter um filho”.

Pode-se concluir assim, que este casal refere que a sua relação conjugal tornou-se mais forte, sendo mais unidos e dando mais apoio um ao outro, já que consideraram o problema de infertilidade como sendo de ambos, sem culpabilizar nenhum dos elementos, este facto tendeu a aproximar os elementos do casal. Segundo Delgado (2007) torna-se imprescindível considerar a infertilidade como um problema do casal.

3.3.4 Vivências do casal resultantes da infertilidade

Perante a análise de dados e com o objetivo de identificar quais as vivências do casal resultantes da infertilidade, foram identificadas duas categorias que correspondem efetivamente, aos sentimentos da vivência do casal na infertilidade (Quadro n.º4) e aos sentimentos da vivência do casal no tratamento (Quadro n.º5).

Quadro 4 – Análise de conteúdo referente à categoria “Sentimentos da vivência do casal na infertilidade”

Categoria 1: Sentimentos da vivência do casal na infertilidade			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Estágios emocionais	Ansiedade	“É horrível quando nos apercebemos que tentamos ter um filho e não estávamos a ter resultados” P ₂ L ₃₅ E ₁	2
	Preocupação	“Na nossa família, não havia casos de infertilidade, não percebíamos o porquê de não conseguimos” P ₂ L ₃₈ E ₁	2
	Receio	“(…) Tinha receio do que pudesse estar a acontecer (…)” P ₂ L ₃₇ E ₁	1
	Revolta	“Porquê nós?” P ₂ L ₄₁ E ₁	2
	Injustiça	“Se existem tantas mães sem capacidade para o serem e outras que não o querem ser e eu que tanto o desejo não consigo” P ₂ L ₄₂ E ₁	1
	Desânimo/ Tristeza	“É muito mau olhar a volta de nós e ver que toda a gente consegue e nós não” P ₂ L ₄₃ E ₁	2
	Inferioridade	“Cheguei a sentir-me inferior a outras pessoas, porque achava que se não conseguisse ter um filho a minha vida nunca iria ser completada, iria faltar-lhe sempre algo muito importante que iria fazer-me sentir realizada” P ₁₁ L ₁ E ₁	1

O quadro 4 possibilitou identificar à categoria 1 “**Sentimentos da vivência do casal na infertilidade**” e uma subcategoria, estágios emocionais. Relativamente à subcategoria foro psicológico identificou-se as unidades de registo: ansiedade, preocupação, receio, revolta, injustiça, desânimo/tristeza e inferioridade.

Relativamente a subcategoria estágios emocionais, Kubler-Ross (2008) refere

“O casal infértil segue uma sequência de estágios emocionais: (...) Angústia diante da situação. No decorrer de um período, a situação indesejada gera ainda sentimentos de ansiedade, impotência, raiva, barganha e protesto; Tristeza e desesperança, principalmente quando não se tem informação ou acesso ao tratamento específico (...)”.

Em relação a unidade de registo **ansiedade**, Boivin et al. cit. in Soares 2008, “Ter um filho constitui um dos maiores desejos dos casais, a infertilidade pode ter um impacto negativo nestes, trazendo consequências nefastas que incluem sofrimento psicológico (...) isto é, ansiedade (...)”. A ansiedade é uma reação característica durante esta crise, que se mantém até a esperança de conceber se esgotar e frequentemente intensifica-se todos os meses com uma nova possibilidade em conceber (Harrison et al. 1984 e Kraft et al. 1980 cit. in por Cook 1987).

No que concerne as unidades de registo, **preocupação e receio**, as mesmas surgem antes do diagnóstico de infertilidade estabelecido, tal como refere Delgado (2007) os indivíduos inférteis manifestam o receio, apesar de todos os esforços, não realizarem o seu desejo de ter um filho. Segundo a mesma fonte, aliado ao receio de não conseguir a conceção, a **Preocupação** é referida face à possibilidade ou diagnóstico de um problema, e à impossibilidade da sua resolução.

Relativamente as unidades de registo, **revolta e injustiça**. Tal como refere Pinto (1998), o casal questiona-se como pode ser privado de algo tão básico como ter filhos. Efetivamente, o casal apercebe-se da falta de controlo sobre o seu corpo, prevendo o seu destino, surgindo a revolta, como uma resposta previsível e alimentada pelo senso de injustiça (Delgado 2007).

Cingindo-se a unidade de registo de **desânimo/tristeza**, por não conseguirem aquilo que tinham planeado desde há longos anos, de acordo com Delgado (2007) a infertilidade produz ainda sentimentos persistentes de sofrimento e desânimo, sendo

frequentemente encarados como um castigo. A tristeza está presente durante meses antes do casal procurar ajuda médica.

Cingindo-se a unidade de registo **inferioridade**, este sentimento pode decorrer da importância que a sociedade confere à parentalidade, na medida em que pode intensificar o sentimento de inferioridade, exclusão, ou mesmo estigmatizar os indivíduos inférteis (Bryan e Higginns, 2001). Este sentimento foi referido apenas pelo elemento feminino do casal.

Na verbalização dos indicadores: ansiedade, preocupação, receio, revolta, injustiça, desânimo/tristeza e inferioridade o casal teve um tom de voz baixo, com expressões faciais de tristeza ao recordar este momento.

Portanto conclui-se através da análise das diferentes unidades de registo que o casal passa por inúmeros sentimentos, segundo Barros (2000) e Boivin et al. *cit. in* Soares 2008, ter um filho constitui um dos maiores desejos dos casais, logo a infertilidade tem um impacto negativo nestes, trazendo consequências nefastas que incluem sofrimento psicológico isto é, ansiedade, depressão, frustração, medo, culpa, divórcio e isolamento. Segundo Avelar et al. 2000, os impactos psicológicos estão salientados em diversos estudos, “Diferentes estudos têm demonstrado que o impacto da infertilidade sobre o funcionamento psicológico é complexo e está influenciado por vários fatores. (...) A sua característica essencial é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a uma componente psicossocial identificável”.

Quadro 5 – Análise de conteúdo referente à categoria “**Sentimentos da vivência do casal no tratamento**”

Categoria 2: Sentimentos da vivência do casal no tratamento		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Repercussões emocionais	“A IA não nos custou porque a nossa prioridade era ter um filho, pouco importava se estávamos ali a expor a minha intimidade, o amor de ter um filho supera tudo” P ₂ L ₁₃ E ₁	2
Repercussões económicas	“A IA ficou a volta dos 1500 €” P ₂ L ₁₂ E ₁	2
Constrangimentos laborais	“No dia da IA, nem sequer nos encontramos e foi muito difícil não estar com o meu marido, mas tinha em mente que o meu marido não podia perder o trabalho” P ₂ L ₁₄ E ₁	1

O quadro 5 possibilitou identificar à categoria 2 “**Sentimentos da vivência do casal no tratamento**”. Relativamente à esta subcategoria identificou-se as unidades de registo: repercussões emocionais e económicas e constrangimentos laborais.

Assim no que diz respeito à unidade de registo, **repercussões emocionais**, tal como refere Avelar et al. (2000) “Os aspetos psicológicos envolvidos no tratamento da infertilidade têm como base a conjugação de uma série de circunstâncias, as quais os pacientes têm que enfrentar quando decidem por essa opção: aspetos emocionais, financeiros, demanda física do tratamento, processos legais, éticos e morais dentro da comunidade”. Ambos os elementos referiram que a esperança de ter um filho superava o facto de estarem a expor a sua intimidade. O elemento masculino do casal refere que a realização do espermograma teve repercussões emocionais “Custou-me expor a minha intimidade na realização do espermograma mas a minha prioridade era ter um filho” P₂ L₇ E₂. Como recomendado por Cedars (2005) é importante formar os profissionais de saúde acerca dos diversos aspetos emocionais da infertilidade, pois estes pacientes necessitam de atenção especial, que consome tempo, mas que é imprescindível para determinar as necessidades, prestar apoio e transmitir segurança.

No que se refere a unidade de registo **constrangimento ao nível económico**, Callan e Hennessey 1989 refere penoso o tratamento médico na medida em que o casal só poderá

conseguir o filho desejado se puder suportar os custos do tratamento. Nesta caso, o casal não apresentou dificuldades económicas para realizar os procedimentos, porém referem que teve um peso no orçamento da família.

Cingindo-se a unidade de registo, **constrangimentos laborais**, a vida dos casais está alterada porque tem alguma consulta, tratamento, toda a vida deles está organizada em função do problema de infertilidade (Delgado 2007).

3.5.6 Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes

Para consecução do objetivo dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes, foi identificada uma categoria: dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes.

Quadro 6 – Análise de conteúdo referente à categoria “**Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes**”

Categoria: Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Contacto esporádico	Grávidas/bebés	“Cheguei a ver lá na clínica algumas grávidas que só iam lá para mostrar a barriguinha à médica e lá no fundo tinha uma esperança de que comigo as coisas também iam correr bem” P ₂ L ₈₀ E ₁	1
	Casos de não sucesso	“Via na consulta de infertilidade casais que já tinham feito vários tratamento e nenhum resultava, será que o mesmo me ia acontecer?” P ₁₁ L ₄ E ₁	1
Preocupação	Não realização do desejo	“Não tínhamos fé que a IA, ia resultar a primeira por isso estávamos preparados para tentar mais vezes, e mesmo que a IA não resultasse íamos tentar a FIV” P ₆ L ₆₅ E ₁	2

O quadro 6 possibilitou identificar à categoria “**Dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes**” e duas subcategorias, contacto esporádico e preocupação. Relativamente à subcategoria, contacto esporádico identificou-se a unidade de registo: contacto com grávidas/bebés e contacto com casos de não sucesso. Na subcategoria preocupação emerge a seguinte unidade de registo: não realização do desejo.

Na subcategoria contacto esporádico e no que se refere a unidade de registo, **contacto com grávidas/bebés e casos de não sucesso**, de acordo com Cedars (2005) estudos têm evidenciado as dificuldades sentidas pelos indivíduos inférteis, sobretudo as mulheres, quando se deparam com uma grávida ou outro casal que exhibe a felicidade de ter filhos. É de salientar que neste estudo, apenas o elemento feminino revelou esta dificuldade.

Na subcategoria preocupação e cingindo-se a unidade de registo **não realização do desejo**, os casais inférteis expressam a preocupação, receio de que, apesar de todos os esforços, não conseguirem concretizar o seu desejo de ter um filho (Delgado 2007).

O stresse como reação à infertilidade surge decorrente das reações emocionais e psicológicas que ocorrem nos indivíduos inférteis. Conforme é referido por Reed (2001 p. 1021) “os casais experimentam sentimentos de (...) perda de controlo sobre as suas vidas pessoais”.

Para Leal e Pereira (cit. in Eleutério et al. 2011) “ o impacto emocional da infertilidade afeta os sujeitos ao nível intrapsíquico, interpessoal (...) ”, o enfermeiro pode fornecer apoio ao casal.

3.5.7 Perceção do casal acerca do papel do enfermeiro

Para alcançar o objetivo perceção do casal acerca do papel do enfermeiro, foi identificada uma categoria: Valorização do casal acerca do papel do enfermeiro.

De acordo com Madureira e Pousa *cit. in* Fernandes et al. 2010 “O enfermeiro deve, também, ter o discernimento de actuar de acordo com a capacidade e o nível de compreensão do casal, através da identificação dos défices de conhecimento e clarificação das informações”. Os enfermeiros foram identificados como uma fonte de informação e apoio bastante valorizada pelos casais inférteis, Delgado (2007).

Quadro 7 – Análise de conteúdo referente à categoria “**Valorização do casal acerca do papel do enfermeiro**”

Categoria: Valorização do casal acerca do papel do enfermeiro		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Apoio psicológico	“A enfermeira deu-nos muito apoio psicológico, foi o profissional que mais ajuda nos deu ao longo do processo de infertilidade, tentava perceber como nos sentíamos” P ₈ L ₅ E ₂	2
Fonte de informação	“A enfermeira foi a pessoa que mais informação me deu, com palavras simples e adequadas, sem pressa” P ₆ L ₁₅ E ₁	1

O quadro 7 possibilitou identificar à categoria “**Valorização do casal acerca do papel do enfermeiro**”, identificou-se as unidades de registo: apoio psicológico e fonte de informação.

No que se refere a unidade de registo **apoio psicológico**, segundo Delgado (2007) este apoio é referido como muito importante, a partir da perceção de que seria um contributo para ajudar a lidar melhor com o problema e com o parceiro. Segundo a mesma autora, o casal refere sentir a necessidade de obter este tipo de ajuda, durante o percurso diagnóstico e terapêutico, por parte de um profissional habilitado, referindo-se explicitamente a ajuda do enfermeiro, sendo ainda sugerida a pertinência de ter a formação específica para este problema.

Cingindo-se a unidade de registo, **fonte de informação**, Teixeira (2004) refere que os casais inférteis valorizam a comunicação afetiva como dimensão da comunicação entre

técnicos de saúde e utentes. Constata-se que esta unidade de registo foi apenas verbalizada pelo elemento feminino do casal, segundo Delgado (2007) “a intervenção dos profissionais como fonte de suporte/apoio parece ter sido maioritariamente sentida pelas mulheres (...) Esta constatação pode decorrer do facto do contacto ser estabelecido maioritariamente pelos elementos femininos do casal e por esta consulta estar vocacionada para o atendimento de casos de infertilidade feminina”.

É importante salientar que o casal refere a ausência de suporte/apoio por parte do médico, “o médico guarda mais, não dá toda a informação e o que queremos naquele momento é saber tudo ” P₆ L₁₂ E₁. Tal como refere Pinto (1998, p. 100), “a incompreensão, inacessibilidade e indisponibilidade do médico em ouvir e lidar com os problemas emocionais do casal (...), são situações porque o casal passa quase inevitavelmente”.

3.3.8 Estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade

Para conhecer as estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade, foi identificada uma categoria: estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade.

Quadro 8 – Análise de conteúdo referente à categoria “Estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade”

Estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
<i>Coping</i> centrado no problema	Procura de suporte /apoio	“(…) Sempre partilhamos os problemas os dois” P ₄ L ₁₂ E ₂ “Mesmo quando soube que o problema era do Pedro, disse aos meus amigos e familiares” P ₅ L ₇ E ₁	5
<i>Coping</i> centrado na emoção	Descarga emocional	“No dia que soube que ia realizar a ia nos 2 dias seguintes, todo o sangue que tinha nas veias congelou, fiquei feliz, assustada, baralhada, muitas emoções juntas... não me esqueço que passei o resto da tarde a chorar e a pensar se tudo iria correr bem” P ₂ L ₇₈ E ₁	1
<i>Coping</i> vigilante	Relativizar	“Levamos este diagnóstico na desportiva e na brincadeira” P ₂ L ₇₆ E ₂	2

O quadro 8 possibilitou identificar à categoria “Estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade” e três subcategorias, *coping* centrado no problema, *coping* centrado na emoção e *coping* vigilante. Relativamente à subcategoria, *coping* centrado no problema identificou-se a unidade de registo: procura de suporte/apoio. Na subcategoria *coping* centrado na emoção emergem as seguintes unidades de registo: descarga emocional. Por fim, na subcategoria, *coping* vigilante identificou-se a unidade de registo: relativizar.

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

Assim, emerge do discursos do casal, várias estratégias utilizadas para lidar com a difícil situação de infertilidade. A construção desta subcategoria baseou-se na terminologia dos autores supracitados.

Ramos (2004) apresenta diversas estratégias de *coping*: *coping* centrado no problema, que visa controlar o problema na origem do sofrimento; *Coping* centrado na emoção, que visa a regulação das tensões passivas e do sofrimento emocional originados pela situação; *Coping* evitante, que visa reduzir, através de estratégias passivas como a fuga, o evitamento, a negação e entre outras; *Coping* vigilante, que visa enfrentar a situação de modo a resolvê-la, através de estratégias de vigilância e ação, tais como suporte social, procura de informação e de meios.

Na subcategoria, *coping* centrado no problema e cingindo-se a unidade de registo **procura de suporte/apoio**, Callan e Hennessey (1989) referem “O *coping* centrado no problema, é utilizado pelo indivíduo ou casal infértil através da confrontação com a realidade e as suas consequências. Neste caso, as estratégias utilizadas, indicadas pelos mesmos autores são: *procurar informação e suporte*, em que os casais procuram informação útil e suporte para lidar com a crise, através do médico ou outro técnico de saúde, outros casais e amigos, (...)”. Este casal não se isolou, partilhou o seu problema sem preconceitos, ao contrário do que é referido por Mahlstedt, *cit. in* Pinto (1998) “ (...) perda de relacionamento emocional importante decorre do afastamento social, com a perda de relacionamento com os familiares e amigos”.

Na subcategoria de *coping* centrado na emoção, emerge a unidade de registo **descarga emocional**, de acordo com Callan e Hennessey (1989) “A utilização do *coping* centrado na emoção, tem como objetivo manter o bem-estar psicológico, através do recurso a estratégias centradas nos esforços individuais para lidar com os sentimentos e as emoções desencadeadas pela crise, sendo estas: (...) *descarga emocional*, inclui uma amplitude de respostas e reações emocionais não controladas, tais como a fúria, gritos e acessos de ira manifestados contra o parceiro, a família, os profissionais de saúde, e também a raiva contra o destino”.

Na subcategoria *coping* vigilante, referente a unidade de registo **relativizar**, de acordo com os autores supracitados “ (...) *aceitar e redefinir*, que passa pela necessidade de aceitar a situação, encontrando aspetos positivos, relativizar através da comparação com outras situações hipotéticas ou reais e pela consciência de que outros estão a passar por dificuldades semelhantes (...)”.

IV- Conclusão

A infertilidade é considerada pela WHO (1991) como um problema de saúde pública. Um maior conhecimento e entendimento do que vive um casal infértil cede a possibilidade de melhorar as dificuldades sentidas, tanto pelos casais como pelos profissionais de saúde, através da procura e implementação de estratégias que melhorem a qualidade de cuidados prestados e facilitem as vivências da infertilidade.

No âmbito do estudo realizado, constata-se que o impacto da infertilidade nas vivências do casal apresenta-se estruturado nas seguintes categorias.

Na primeira categoria, “razões do desejo de parentalidade”, associa-se este desejo devido ao facto de fortalecer o vínculo conjugal e também devido a motivação psicológica de ambos os elementos, já que era um objetivo do casal ter um segundo sucessor.

Na segunda categoria, “impacto do diagnóstico no casal infértil”, o casal refere alívio perante o conhecimento do diagnóstico e do tratamento, encarando os mesmos com sentimento de positivismo, ou seja, aceitando o diagnóstico de infertilidade, e a IA ser mais um desafio nesta luta contra o facto de não conseguirem a conceção.

No âmbito, da terceira categoria “modificações ocorridas na vida do casal”, verifica-se uma intimidade emocional com união, aproximação e partilha das vivências inerentes a infertilidade.

Relativamente, a quarta pergunta de investigação, ou seja, identificar as vivências do casal resultantes da infertilidade, emergiu do discurso do casal duas categorias, primeiramente verificou-se que o casal associou sentimentos da vivência na infertilidade na qual o mesmo atravessou estágios emocionais com conotação negativa, já que a situação de infertilidade é para o casal uma condição devastadora, associada a um sentimento de injustiça e de revolta por não perceber o porquê de não conseguirem a conceção. Assim, como verificou-se que o casal associou sentimentos da vivência no tratamento onde surgem repercussões emocionais, nomeadamente devido ao facto de exporem a sua intimidade.

Na sexta categoria “dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes”, associa-se a preocupação do casal, sendo esta o facto de a IA não resultar, apesar de o casal já ter em mente que mesmo que o PMA não resultasse tentavam novamente.

Quanto, a sétima categoria “perceção do casal acerca do papel do enfermeiro”, realça-se a importância dada pelo casal ao apoio psicológico e informação transmitida pelo enfermeiro aquando aos procedimentos de diagnóstico/tratamento.

Para terminar, na oitava categoria “estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade”, verifica-se que o casal utilizou estratégias de *coping* através da procura de suporte/apoio dos familiares, amigos e profissionais de saúde e também através da exteriorização das suas emoções.

Nesta linha de pensamento, justificam-se outras investigações, centradas noutras formas de abordagens e que orientem o aprofundamento da questão dada a pertinência atual do tema em estudo, nomeadamente um estudo comparativo com casais que realizaram mais de uma tentativa de IA ou outro PMA.

O rigor em todas as etapas deste estudo constitui uma preocupação constante sendo que as dificuldades inerentes a realização do mesmo predem com inexperiência na área de investigação, contudo ultrapassadas com a orientação de pessoas experientes na área de investigação, bem como através da revisão bibliográfica efetuada sobre o tema em estudo.

E, dada a importância da temática, seria interessante publicar numa revista de enfermagem este estudo de caso, partilhando os resultados obtidos e respetiva conclusão dos mesmos. A grande sugestão deveria ser orientada para a criação de associações para casais inférteis, para estes beneficiarem de apoio de uma equipa especializada em infertilidade assim como a partilha de experiência entre casais inférteis.

Tendo por base o que já foi referido, pode-se concluir que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, sendo, no entanto, de salientar as limitações inerentes ao estudo, como a inexperiência do investigador e limitações temporais e espaciais.

V- Bibliografia

Almeida, L. e Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga (4ª ed), Psiquilíbrios.

Araújo, C *et alii* (2008). Estudo de caso. [**Em linha**]. **Disponível em** <http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf> [**Consultado em 10/06/2012**].

Associação Portuguesa de Fertilidade. [**Em linha**]. **Disponível em** <<http://www.apfertilidade.org/web/infertilidade>>. [**Consultado em 23/11/2011**]

Avelar, M. *et alii*. (2000). Infertilidade e Emoção. [**Em linha**]. **Disponível em** <http://www.pro-criar.com.br/downloads/infertilidade_emocao.pdf>. [**Consultado em 30/11/2011**]

Barros, S. (2000). *A enfermagem e reprodução humana*. São Paulo; Volume (Nº 13) [pp. 207-213].

Base de dados Portugal Contemporâneo (2010). Idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho. [**Em linha**]. **Disponível em** <<http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mulher+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>>. [**Consultado em 30/11/2011**]

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, Colecção Ciências da Educação, Porto Editora

Boivin, J. *et alii*. (2007). Human reproduction, *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care*. Hum report; Volume (Nº 22) Nº6 [pp1506-1512].

Bryan, E. e Higinns, R. (2001). *A Criança Esquiva: infertilidade*. Coimbra: Calouste Gulbenkian, [pp. 463-513].

Callan, V. e Hennessey, J. (1989). *British Journal of Medical Psychology, Strategies for coping with infertility*. The British Psychological Society, nº 62, [pp. 343-354].

Delgado, M. (2007). O desejo de ter um filho... As vivências de um casal infértil. **[Em linha]. Disponível em** <<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>>. **[Consultado em 20/11/2011]**

Direção Geral de Saúde (2008). Saúde Reprodutiva infertilidade. **[Em Linha]. Disponível em** <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>> **[Consultado em 21/11/2011]**.

Direção Geral de Saúde (2008). Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar. **[Em Linha]. Disponível em** <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>> **[Consultado em 21/11/2011]**.

Eleutério, M. *et alii*. (2011). O rosto da infertilidade...Um olhar de enfermagem. **[Em linha]. Disponível em** <http://c96c8c75-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/revistaapeo/11artigo15/APEO-orostodainfertilidade-ME-SP-SD-WS.pdf?attachauth=ANoY7cok9wLRE_3vXXWqh5p8NRPtCbqurSfT4Y7h4nEaNuY2LtcWp2dZv3cgYMueNTzf4Yl4gdgWXu4N1wHaXmhkpDxDcj1gzu9jq9xZ8l5PeRE7R881Y44ri_fTrK1gy3QlReT7XpwwCdicVHmpcEtmleAlae09_L6oBcGfa8A0w3C8aamh_NYQs-farQcP8YQE4AuG6GRn9BPD_R-RgwXlr1VzmFtimANQ54eCELJ2wOdoLPhw1sKlHinP4TpOJdh9HABzILpaSX4nQpvZh_0mnaXKLEYzza%3D%3D&attredirects=0>. **[Consultado em 24/04/2012]**

FARIA, M. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. in: CANAVARRO, C. (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, pp. [189-209].

Faustino, A. (2005). *Infertilidade: causas e consequências*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: FML, Série III, Volume (10/nº 5/ Julho), [pp. 293-300].

Fernandes, A. *et alii* (2010). Emoções em Saúde. **[Em linha]. Disponível em** <<http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>>. **[Consultado em 30/11/2011]**

Ferreira, S. *et alli* (2004). *Filho do coração... adoção e comportamento parental*. Lisboa: ISPA, Série XXII, nº2, p. 399.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. Montreal, Canada.

Frizzo, P. *et alii* (2004). *Evolução de casais inférteis por um período de até 10 anos*, AMRIGS, Volume (Nº48/Outubro - dezembro), [pp. 230-234].

Hulley, S. *et alii*. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed.

Imeson, M. e McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8933262>>. [Consultado em 22/03/2012]

Kubler-Ross, E. (2008). *On death and dying*. Great Britain, Taylor e Francis or Routledge's, [pp. 42-72].

Lakatos *et alii*. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, S.A.

Manual de elaboração de trabalhos científicos (2011). Porto, edições Universidade Fernando Pessoa.

Martins, F. (2004). Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O passada, o presente, que futuro? [Em linha]. Disponível em <<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf>>. [Consultado em 27/05/2010]

Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Inovação, Investigação em Educação*, 2 (2). [Em linha]. Disponível em <<https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/61/41>>. [Consultado em 05/12/2011]

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures, Lusociência [p 25].

Morrison, P. (2001). Para compreender os doentes. Lisboa, Clémepsi Editores [p 121].

Nguyen, R. *et alii* (2005). Terms in reproductive and perinatal epidemiology: I. Reproductive terms. *J Epidemiol Community Health*; 59:916-9 [pp. 916-918].

Oakley L *et alii.* (2008); Lifetime prevalence of infertility and infertility treatment in the UK: results from a population-based survey of reproduction. **[Em linha]. Disponível em**

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Oakley%20L%20et%20alii.%20%282008%29%3B%20Lifetime%20prevalence%20of%20infertility%20and%20infertility%20treatment%20n%20the%20UK%3A%20results%20from%20a%20populationbased%20survey%20of%20reproduction>> **[Consultado em 05/12/2011].**

Pina-Neto, J. (2008). Aconselhamento Genético. **Em linha]. Disponível em** <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S002175572008000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt41>. **[Consultado em 06/12/2011]**

Pinto, H. (1998). Infertilidade: aspectos psicológicos, emocionais e sociais. In Cardoso, R. (Ed.). *A Outra Metade da Medicina*. Lisboa: Climepsi editores, [pp. 95-111].

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta , [pp. 195-211].

Reed, S. (2001). *Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider*. Military Medicine. Vol. (166, Novembro), [pp. 1018-1022].

Renaud, M. *et alii.* (2004). Procriação Medicamente Assistida **[Em linha]. Disponível em**

<<http://www.familiaesociedade.org/saudereprodutiva/PMA/P044RelatorioPMA.pdf>>. **[Consultado em 25/11/2011]**

Saraiva, Dona Maria R. (2008). Reflectir e cuidar em enfermagem. Nursing, n°230/fevereiro. [pp. 14-20].

Seguy, B. e Martin, N. (1997). *Manual de Ginecologia*. Lisboa: Fundação

Serehi, D. (2005). Avaliação dos polimorfismos cromossômicos das regiões de heterocromatina constitutiva em pacientes com suspeita de infertilidade e aborto habitual. **[Em linha]. Disponível em**

<http://www.chromoscitogenetica.com.br/files/Avaliacao_dos_polimorfismos_cromossomicos_.pdf>. [**Consultado em 23/11/2011**]

Soares, S. (2008). Prevalência da infertilidade na cidade do Porto. [**Em linha**]. **Disponível em** <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22085>>. [**Consultado em 23/11/2011**]

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In: Silva,A., Pinto,J.*Metodologia das Ciências Sociais*.Lisboa, Edições Afrontamento, pp.[101-127].

Vilelas, J. (2009). Investigação: o processo de construção do conhecimento. 2ª Ed. Lisboa. Edições Silabo.

World Health Organization (1991) Infertility: A Tabulation of Available Data on Prevalence of Primary and Secondary Infertility. Geneva: WHO, Programme on Maternal and Child Health and Family Planning, Division of Family Health. Volume (Nº11 /Setembro), [pp. 255-267].

World Health Organization (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO. [**Em linha**]. **Disponível em** <http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_MCH_91.9.pdf>. [**Consultado em 22/03/2012**].

World Health Organization e ICMART (2009); The International Comitee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009, Human Reproduction. Volume (Nº11 /Outubro), [pp. 2683-2687].

Zorn, J.R e Savale, M. (2005). *Stérilité du couple*. Paris, Masson. [pp. 49-56].

VI- Apêndices

Apêndice I - Consentimento informado



Universidade Fernando Pessoa
-Unidade de Ponte de Lima-
Licenciatura em enfermagem
2011/2012

Declaração de Consentimento Informado

Christelle Faria da Cunha, a frequentar a Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, propõe-se realizar um estudo subordinado ao tema: **“Vivências de um casal infértil”**, através da aplicação da entrevista semiestruturada, dirigida a um casal infértil da vila de Ponte de Lima.

São objetivos do estudo:

- Identificar as razões do desejo de parentalidade;
- Conhecer o impacto do diagnóstico no casal infértil;
- Conhecer as modificações ocorridas na vida do casal;
- Identificar as vivências do casal resultantes da infertilidade;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelo casal após um conjunto de eventos stressantes;
- Saber como o casal percebe o papel do enfermeiro;
- Identificar as estratégias adotadas pelo casal para lidar com a infertilidade.

O estudo tem como finalidade a conclusão da referida licenciatura devendo ser finalizado e discutido até ao final do 4º ano letivo.

Eu, abaixo-assinado, _____, tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que tenciona realizar, que versou os objetivos, os métodos e a sua finalidade.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Por isso, consinto ser entrevistado(a) pelo investigador no âmbito do estudo acima referenciado

Data ____/_____/2012

Assinatura do participante voluntário: _____

Assinatura: _____

Apêndice II - Entrevista

Dados sociodemográficos do casal em estudo

• Caracterização do elemento do sexo feminino

Idade: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: 1ºciclo ___2ºciclo ___3ºciclo ___

Secundário ___Bachelerato ___Licenciatura ___Mestrado ___Doutoramento ___

Profissão: _____

• Caracterização do elemento de sexo masculino

Idade: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: 1ºciclo ___2ºciclo ___3ºciclo ___

Secundário ___Bachelerato ___Licenciatura ___Mestrado ___Doutoramento ___

Profissão _____

Caracterização das variáveis do casal infértil em estudo

Já tem filhos?

Sim

Não

Se sim, quantos?

Um

Dois

Três ou mais

Algum filho é fruto de procedimento reprodução assistida?

Sim

Não

O(s) seu(s) filho(s) é (são) do parceiro atual?

- Sim
- Não

Quanto tempo tentou a conceção?

- Menos de um ano
- Menos de dois anos
- Entre dois a cinco anos
- Mais de cinco anos

Quantas vezes recorreu à consulta de infertilidade?

- Uma vez
- Duas vezes
- Entre duas a cinco vezes
- Mais de cinco vezes

Qual a técnica de reprodução assistida a que foram submetidos?

- IA
- Indução de ovulação
- FIV
- Nenhuma
- Outra: _____

Dentro do casal quem possui os problemas de infertilidade?

- Homem
- Mulher
- Ambos
- Causa desconhecida

Notas de campo da entrevista ao casal

Data: _____

Início: _____

Fim: _____

Duração: _____

Local: _____

Condições: _____

Comportamentos não-verbais:

Observações gerais:

Guião da entrevista

- Qual o significado do termo de “parentalidade” para vos?
- Gostaria que falassem sobre a experiência vivida desde o diagnóstico de infertilidade até conseguirem ser pais? (antes e após).
- Que razões os levaram a recorrer a terapia de reprodução assistida?
- Quais as estratégias adotadas para lidar com a infertilidade?
- Que tipo de apoio recebeu?
- De que forma é percebida e valorizada a relação estabelecida com os profissionais de saúde?
- O que espera dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros, quando recorreu à consulta de infertilidade?
- De que modo é que a intervenção dos enfermeiros é importante para vos?
- Como é que consideram as relações que estabeleceram com os Enfermeiros?
- Gostaria que descrevessem uma situação importante (positiva ou negativa) que tenham vivido, na sua relação com os enfermeiros.
- Gostariam de referir algum aspeto relevante que ainda não tenham mencionado na entrevista?


Apêndice III - Cronograma

Nome do Investigador: Christelle Faria da Cunha

Ano: 2011/2012

Título: Vivências de um casal infértil

Legenda:

 Atividades executadas

 Atividades planeadas

VII-Anexo

Anexo I - Decreto lei nº161/96