UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCIÊNCIAS (PPGENFBIO)

ROBERTA ARAUJO GOMES GONÇALVES

AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA

RIO DE JANEIRO

2026

ROBERTA ARAUJO GOMES GONÇALVES

AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Defesa no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Contextos biopolíticos, socioculturais e ambientais do cuidado. Linha de Pesquisa: Bases Fundamentais, Culturais, Ambientais e Históricas do Cuidado em Saúde na Sociedade.

Orientadora: Profª. Drª. Adriana Lemos

RIO DE JANEIRO

2026

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

G635 Gonçalves, Roberta Araujo Gomes
AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA / Roberta Araujo Gomes Gonçalves. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2026.
85 f.

Orientadora: Adriana Lemos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2026.

1. Infertilidade. 2. Masculinidade. 3. Gênero. I. Lemos, Adriana, orient. II. Título.

ROBERTA ARAUJO GOMES GONÇALVES

AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Defesa no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Contextos biopolíticos, socioculturais e ambientais do cuidado. Linha de Pesquisa: Bases Fundamentais, Culturais, Ambientais e Históricas do Cuidado em Saúde na Sociedade.

Aprovado em: 09/02/2026

Banca examinadora:

gov.br Documento assinado digitalmente
ADRIANA LEMOS PEREIRA
Data: 02/04/2026 14:58:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Adriana Lemos (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª. Drª. Lucia Helena Garcia Penna
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Profª. Drª. Ana Isabella Almeida
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª. Drª. Liana Viana Ribeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Profª. Drª. Selma Villas Boas Teixeira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

GONÇALVES, Roberta Araujo Gomes. **As repercussões da infertilidade conjugal sob a perspectiva masculina**. 2026. 85f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

RESUMO

Introdução: A infertilidade é uma circunstância que afeta muitos casais cisgênero heterossexuais na idade reprodutiva, associada a dificuldades para concepção e abortos constantes. Pode ter origem individual ou conjugal, porém em diversas culturas, a capacidade reprodutiva é fortemente associada à masculinidade, o que faz com que a infertilidade desafie modelos tradicionais de virilidade e questione sobre a autoestima, a identidade masculina, além de mobilizar dimensões subjetivas, espirituais e sociais que influenciam como os homens enfrentam tratamentos, perdas e cobranças sociais, sobretudo como afeta a dinâmica conjugal. **Objetivos**: Descrever as percepções masculinas sobre a infertilidade; analisar as repercussões da infertilidade no relacionamento conjugal; Caracterizar como a infertilidade repercute na identidade masculina e nas construções sociais de masculinidade. **Método:** Pesquisa exploratória e qualitativa. Utilizada a técnica *snowball* (bola de neve) para a coleta de dados. Foram realizadas 14 entrevistas, com homens que possuem ou possuíram relacionamentos com mulheres há mais de 1 ano sem uso de métodos contraceptivos e não engravidaram. Através de videochamadas, utilizando os aplicativos *Google Meet* ou *Zoom*. A definição do número de participantes ocorreu por saturação teórica e análise dos dados pela análise de conteúdo, com suporte da análise temático-categorial de Bardin. Para o tratamento do corpus foi utilizado o *software* IRAMUTEQ. Todas as questões éticas foram respeitadas no estudo, e, realizado após a submissão e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP UNIRIO) sob o parecer 6.993.523, nº CAAE 81874624.2.0000.5285, data de aprovação 08 de agosto de 2024. **Resultados:** Participaram dessa pesquisa 14 homens que estão em relacionamentos estáveis com algum tipo de infertilidade. Foram obtidas 6 classes pela Classificação Hierárquica Descendente do IRAMUTEQ através do *corpus* das entrevistas. **Conclusão:** Identificou-se que a infertilidade deve ser compreendida como uma experiência conjugal e de saúde pública, demandando estratégias interdisciplinares de acolhimento, informação e auxílio ao tratamento para promover o cuidado e apoio necessário.

Palavras-Chave: Infertilidade; Masculinidade; Gênero; Sexualidade.

GONÇALVES, Roberta Araujo Gomes. **The repercussions of marital infertility from a male perspective**. 2026. 85f. Master's Dissertation (Master's in Health Sciences). Center for Biological and Health Sciences. Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

ABSTRACT

Introduction: Infertility is a circumstance that affects many cisgender heterosexual couples of reproductive age, associated with difficulties in conception and frequent miscarriages. It can have individual or conjugal origins; however, in many cultures, reproductive capacity is strongly associated with masculinity, which causes infertility to challenge traditional models of virility and raise questions about self-esteem, male identity, and mobilize subjective, spiritual, and social dimensions that influence how men face treatments, losses, and social pressures, especially how it affects marital dynamics. **Objectives**: To describe male perceptions of infertility; to analyze the repercussions of infertility on marital relationships; to characterize how infertility impacts male identity and social constructions of masculinity. **Method**: Exploratory and qualitative research. The snowball sampling technique was used for data collection. Fourteen interviews were conducted with men who have or have had relationships with women for more than one year without using contraception and who have not become pregnant. Interviews were conducted via video calls using Google Meet or Zoom. The number of participants was determined by theoretical saturation, and data analysis was performed using content analysis, supported by Bardin's thematic-categorical analysis. The IRAMUTEQ software was used for data processing. All ethical considerations were respected in the study, which was conducted after submission to and approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of the State of Rio de Janeiro (CEP UNIRIO) under opinion number 6.993.523, CAAE number 81874624.2.0000.5285, approval date August 8, 2024. **Results**: Fourteen men in stable relationships with some type of infertility participated in this research. Six classes were obtained using the IRAMUTEQ Descending Hierarchical Classification from the corpus of interviews. **Conclusion**: It was identified that infertility should be understood as a marital and public health experience, demanding interdisciplinary strategies of support, information, and assistance in treatment to promote the necessary care and support.

Keywords: Infertility; Masculinity; Gender; Sexuality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico 31
Quadro 2 - Caracterização do perfil conjugal 32
Quadro 3 - Classes e categorias temáticas 34

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Amostragem da captação dos participantes 25
Figura 2 - Dendograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ–RJ, 2025 33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APF	Associação Portuguesa de Fertilidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CRM	Conselho Regional de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIV	Fertilização in vitro
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IMC	Índice de Massa Corporal
IRAMUTEQ	Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEGS	Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P	Participante
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNARHA	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
RHA	Reprodução Humana Assistida
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SOP	Síndrome do Ovário Policístico
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRA	Tecnologias de Reprodução Assistida
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization (OMS em português)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	10
1.1	**Trajetória do Estudo**	10
1.2	**Problematização do Estudo**	11
1.3	**Objeto de Estudo**	15
1.4	**Objetivo Geral**	16
1.5	**Objetivos Específicos**	16
1.6	**Justificativa e Relevância**	16
1.7	**Contribuição do Estudo**	17
2	**BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS**	19
2.1	**Infertilidade**	19
2.2	**Gênero e Sexualidade**	20
2.3	**Masculinidade**	21
2.4	**Políticas Públicas na Infertilidade**	22
3	**METODOLOGIA**	25
3.1	**Tipo de Estudo**	25
3.2	**Cenário**	25
3.3	**Participantes**	26
3.3.1	Descrição dos Participantes através da Técnica Bola De Neve	26
3.4	**Produção de Dados**	27
3.5	**Análise de Dados**	28
3.6	**Aspectos Éticos da Pesquisa**	29
4	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	31
4.1	**Caracterização dos Participantes**	31
4.2	**Análise de Dados com o IRAMUTEQ**	33
4.2.1	Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	33
4.2.2	Classe 1: Itinerários terapêuticos no enfrentamento à infertilidade	35
4.2.3	Classe 2: Dimensões subjetivas e espirituais da infertilidade	39
4.2.4	Classe 3: Tecnologias e intervenções reprodutivas	44
4.2.5	Classe 4: Cobranças sociais e familiares diante da infertilidade	48

4.2.6 Classe 5: A dor silenciosa da perda e da tentativa..... 51

4.2.7 Classe 6: A identidade masculina confrontada pelo diagnóstico de infertilidade..... 54

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 61

REFERÊNCIAS..... 63

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... 73

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... 74

APÊNDICE C - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA ENTREVISTA..... 75

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... 76

APÊNDICE E - QUADRO SÍNTESE DA SATURAÇÃO DAS ENTREVISTAS..... 79

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 81

1 INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória do Estudo

A enfermagem obstétrica constitui um campo de atuação que se articula diretamente com processos vitais, envolvendo o acompanhamento da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério, sendo tradicionalmente associada à chegada de uma nova vida ao mundo. Entretanto, a obstetrícia, também abrange situações desafiadoras, como perdas gestacionais, impossibilidades reprodutivas e contextos de sofrimento familiar, o que exige que a enfermeira obstétrica tenha preparo técnico e sensibilidade para lidar com as demandas complexas, que também fazem parte da profissão.

Como enfermeira obstetra e atuante da sala de parto em uma maternidade vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de acompanhar os processos de partos e nascimentos, deparo-me frequentemente com casos de famílias que desejavam ter filhos, porém tiveram suas gestações interrompidas precocemente, resultando em abortos espontâneos, por vezes recorrentes. No âmbito da assistência de enfermagem obstétrica intra-hospitalar, é coletado o material expelido no processo de abortamento e enviado ao laboratório para exame de histopatológico para uma posterior investigação, porém os resultados não retornam de forma sistematizada à equipe assistencial, devido ser um caso de emergência hospitalar, onde, normalmente, a paciente é atendida, diagnosticada, são realizados os cuidados imediatos e é liberada no dia seguinte, não tem vínculo nem consultas de retorno, como acontece na Atenção Primária à Saúde (APS), o que dificulta a continuidade do cuidado e a construção de um olhar clínico mais abrangente sobre possíveis causas reprodutivas subjacentes.

Além da vivência profissional na assistência obstétrica, minha trajetória pessoal também contribuiu para o interesse pelo tema. O diagnóstico prévio de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), condição reconhecidamente associada a dificuldades reprodutivas, possibilitou-me compreender de forma mais ampla os desafios enfrentados por mulheres e casais no percurso da infertilidade. Essa experiência, aliada ao exercício profissional no SUS, reforçou a importância de investigar as lacunas existentes no acesso ao diagnóstico, ao cuidado integral e às tecnologias reprodutivas, bem como de compreender as repercussões psicossociais desse processo, especialmente sob a perspectiva masculina, frequentemente negligenciada na literatura e na prática em saúde.

Tal compreensão dialoga com a realidade observada no cotidiano, onde parte dos casais que enfrentam a infertilidade, permanecem ao longo da vida sem conseguir conceber,

visto que, existe uma dificuldade em realizar diagnósticos e tratamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a família não dispõe de recursos financeiros para custear os exames e intervenções em serviços particulares, muitos acabam desistindo de buscar alternativas terapêuticas e se conformam com a impossibilidade de reprodução.

1.2 Problematização do Estudo

A infertilidade é caracterizada como ausência de gestação em casais que praticam atos sexuais regularmente sem utilização de métodos de contracepção pelo período de 12 meses ou mais, podendo estar relacionada a diversos fatores na mulher e/ou no homem (Valadares, 2021; WHO, 2020; WHO, 2023).

Um a cada seis indivíduos no mundo são afetados pela infertilidade. Mundialmente, em referência à proporção de pessoas adultas que são afetadas pela infertilidade registra-se que 17,5% da população adulta sofre com essa condição, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2020; WHO, 2023). De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA, s.d.), estima-se que no Brasil, 8 milhões de pessoas convivam com a infertilidade (SBRA, s.d.).

Quando o casal se interessa em procurar possíveis causas para a gestação não ter ocorrido em um ano de atividades sexuais sem métodos contraceptivos, o ideal é que a investigação ocorra em ambos os cônjuges, certa vez que pode haver disfunção em apenas uma pessoa ou nas duas (Oliveira *et al.*, 2013).

Porém, há certa resistência na população masculina em investigar possíveis disfunções em seu órgão sexual, visto que está atrelado a sua masculinidade e virilidade, comprometendo assim o seu ego e suas conjecturas em ser menos ou mais homem, se o problema for identificado nele (Connell, 1995; Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003; Júnior Silva *et al.*, 2022). Estudos indicam que os homens têm menor conhecimento sobre a própria fertilidade masculina do que as mulheres, eles não consideram os serviços de saúde como meio de orientação sobre saúde reprodutiva, porque acreditam que sua importância se dá somente quando há doenças (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003; Júnior Silva *et al.*, 2022). Desta forma, as mulheres possuem um senso de cuidado maior com a saúde, sendo assim, as chances de serem diagnosticadas com a infertilidade são maiores, e por muitas vezes o parceiro acaba achando desnecessário investigá-lo também, com o pensamento de que o diagnóstico em apenas um dos dois já é o suficiente, sem pensar que pode haver uma infertilidade conjugal que afete ambos (Connell, 1995; Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003).

A abordagem da infertilidade está inserida no planejamento reprodutivo e é um direito legal previsto no Art. 226 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei do Planejamento Familiar (nº 9.26/1996) (Brasil, 1996), que o define como conjunto de ações que regulam a fecundidade garantindo direitos igualitários de formação, controle ou crescimento da descendência pela mulher, pelo homem ou por ambos, sendo um direito de todo cidadão diante a uma abordagem global e integral à saúde. Os direitos sexuais e reprodutivos são parte dos direitos humanos, sendo integrantes das necessidades humanas básicas, abrangendo a vivência da sexualidade.

Os direitos reprodutivos são definidos como a capacidade de reprodução e a liberdade de decisão sobre o tempo e a frequência que a pessoa quer se reproduzir, todas as pessoas possuem o direito de querer ter filhos ou não, e esses direitos devem ser assegurados pelo Estado, e por conseguinte, pelos profissionais de saúde, que estão em contato direto com a população (WHO, 2023; Lemos, A., 2014).

Entretanto, a infertilidade não é apenas uma condição de saúde física e biológica, mas também psicossocial e financeira, pode ser um tema que aflige e estressa os casais que têm o desejo de gestar, aumentando as chances de problemas conjugais e emocionais, e quando não há diagnóstico e tratamento adequados, pode comprometer a execução desse direito humano reprodutivo. Assim, a infertilidade configura-se como um assunto de grande importância para a saúde pública, necessitando de prevenção e tratamento a nível mundial (Faria *et al.*, 2024; WHO, 2023).

Nesse contexto, compreender como as experiências reprodutivas são construídas e percebidas socialmente torna-se fundamental. É nesse ponto que o debate sobre gênero se apresenta como elemento central. A compreensão sobre gênero se deu no início com os movimentos ativistas feministas, mas um dos marcos teóricos fundamentais para a temática foi a obra de Joan Scott (Scott, 1995), onde ela classifica o gênero como uma categoria analítica histórica, não uma condição biológica, mas uma construção social baseada nas diferenças entre os sexos e associada as relações de poder, enfatizando um sistema de relações que pode ter o sexo incluído, porém não é determinado por ele, nem diretamente pela sexualidade. Para Scott é um conceito mutável, conforme o contexto cultural e social (Scott, 1995).

O gênero é uma maneira de ordenar a prática social, se refere à construção social do sexo, a caracterização anátomo fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual, organizando a vida cotidiana em torno do cenário reprodutivo, definido pelas estruturas corporais e pelos processos de reprodução humana, incluindo o desejo e a relação sexual, o

parto e o cuidado dos filhos, as diferenças e semelhanças sexuais dos corpos, distinguindo a dimensão social da biológica. É multidimensional, diz respeito às maneiras como a sociedade lida com os corpos e sua continuidade, sua identidade, trabalho, poder e sexualidade (Connell, 1995; Connell, 2015).

Nesse mesmo sentido, a sexualidade tem sido compreendida não somente como resultado de um funcionamento biopsíquico, como exercício da atividade sexual, mas também tem influência nos diversos cenários culturais. Aludindo à premissa de que, nos cenários socioculturais existem diferenças entre homens e mulheres em relação à vida sexual e à interação com a esfera reprodutiva, essas diferenças surgem de uma interação entre vários fenômenos que ocorrem nos corpos como resultado de complexos processos de socialização de gênero (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003).

Inserida nas sociedades, a desigualdade de gênero se origina no domínio masculino sobre a fertilidade feminina, isto durante a distribuição histórica das tarefas entre os sexos, atribuiu à mulher um papel significativo na procriação e cuidado com a prole, um simbolismo pré-social da condição feminina (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003). Além disso, uma das principais estruturas de todas as sociedades são formadas por relações de gênero, relações interpessoais e grupos na fase reprodutiva (Connell, 1995).

A partir dessa perspectiva, torna-se possível perceber que as questões reprodutivas não se restringem ao universo feminino, embora historicamente tenham sido assim compreendidas. Nos últimos anos, a saúde reprodutiva masculina tem sido um tema mais pesquisado e recontextualizado, sobretudo diante à ausência da participação dos homens no planejamento reprodutivo e sua relação com a contracepção, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sexualidade, que são frequentemente negligenciadas, pois remetem à ideia de vulnerabilidade.

Para os homens, a saúde sexual e reprodutiva são tópicos que confrontam a virilidade idealizada com foco nas disfunções eréteis, e tamanho do órgão sexual. Ao identificar algum problema de saúde, sua concepção de masculinidade passa a ser questionada e o indivíduo sofre pela ausência da sua representação no papel proposto pela sociedade. A construção social prevalente é que ser homem é ser forte, viril, chefe de família e responsável. Contudo, as novas práticas sociais têm cooperado para uma reconstrução social (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003); Júnior Silva *et al.*, 2022). Nesse cenário de transformações, observa-se também que as formas de constituir uma família passaram a incorporar novos arranjos e tecnologias, o que amplia as possibilidades de exercer a parentalidade para além dos modelos tradicionais.

Assim, com o avanço da biotecnologia, a concepção se tornou possível para casais estéreis através da Reprodução Humana Assistida (RHA) mediante a métodos definidos de acordo com o diagnóstico e a necessidade do indivíduo: fertilização in vitro (FIV), inseminação intrauterina, injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), coito programado, gestação de substituição (“barriga de aluguel”), criopreservação. Infelizmente no Brasil a RHA é praticamente um privilégio do setor privado, beneficiando a sociedade que possui elevado poder aquisitivo, visto que seu custo é alto e são poucos hospitais públicos que realizam o procedimento pelo SUS, com critérios rigorosos e filas demoradas, trazendo frustração a população desprovida financeiramente para a constituição da família idealizada (Mohamed, 2015; Valadares; Alves; Bezerra, 2021).

Referindo-se a um processo complexo e repleto de vulnerabilidades, a RHA pode desencadear diversos transtornos psíquicos, interferindo, inclusive, na esfera da relação interpessoal e conjugal. O casal está exposto a diversas dores físicas, emocionais e sociais, antes e durante o procedimento, baseados nos reflexos da pressão causada pela sociedade que foi internalizada no relacionamento desde o namoro, os tornando inseguros por não serem capazes de aumentar a família biologicamente (Campos; Scorsolini-Comin, 2021; Marciano; Amaral, 2021).

A maneira com que o casal lida com a infertilidade depende da sua interação conjugal e comunicação efetiva, pois é uma questão frágil que pode gerar conflitos e interferir negativamente na relação, necessitando de companheirismo e empatia de um para com o outro, podendo proporcionar o fortalecimento da união e reafirmando o desejo de permanecerem unidos, independente de alcançarem o objetivo de gerar um bebê ou não (Campos; Scorsolini-Comin, 2021; Marciano; Amaral, 2021).

Para as mulheres o peso social é ainda maior, atrelado à visão feminina e enraizado na cultura da obrigação de conceber um filho para seu esposo, por consequência, demonstra como o simbolismo da maternidade é sentida. Algumas mulheres se sentem pressionadas pela sociedade, já outras possuem o real desejo de se tornar mãe, onde se expõem a técnicas dolorosas fisicamente como medicamentos, exames e injeções, e psicologicamente, quando a taxa de sucesso não é alcançada, necessitando da repetição do processo, caso o desejo permaneça (Campos; Scorsolini-Comin, 2021; Marciano; Amaral, 2021). Para os homens a experiência da infertilidade se manifesta de forma distinta culturalmente, e é esperado atitude de apoio, sustentação e força, negligenciando seu bem-estar psicológico para manter a masculinidade e reputação social intacta (Campos; Scorsolini-Comin, 2021).

Diante desse cenário, em que o sofrimento físico e emocional se intensifica ao longo das tentativas de gestação, se torna evidente que a vivência da infertilidade ultrapassa o âmbito biomédico, trata-se de uma condição que mobiliza dimensões biológicas, emocionais e sociais, sendo assim, exige um acompanhamento qualificado capaz de oferecer suporte integral ao casal.

Nesse âmbito, a atuação da enfermagem se torna essencial, uma vez que a enfermeira é frequentemente a primeira profissional a acolher as demandas, esclarecer dúvidas, e orientar sobre os caminhos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. Sua prática envolve desde a escuta qualificada até o acompanhamento contínuo, contribuindo para reduzir a ansiedade, organizar o cuidado e favorecer a compreensão do processo de saúde reprodutiva. Mesmo quando o tratamento envolve tecnologias específicas, como a RHA, o papel da enfermagem se destaca pela capacidade de integrar aspectos técnicos e humanizados, apoiando as famílias em um percurso marcado por incertezas, desgaste emocional e tomada de decisões complexas (Cunha, 2018; Valadares; Alves; Bezerra, 2021).

Podemos ver a reafirmação da importância do papel da enfermagem na recente Resolução do COFEN nº 802 de 16 de janeiro de 2026, na qual normatiza e detalha as competências do enfermeiro no âmbito do Planejamento Familiar e Reprodutivo, especialmente no que se refere à capacitação, inserção, revisão e retirada de métodos contraceptivos, consolidando diretrizes e valorizando a autonomia profissional, a qualificação técnica e a integralidade da assistência em saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

A que ser ter um olhar diferenciado para ambos os parceiros, pois o diagnóstico de infertilidade traz repercussões diferenciadas entre as mulheres e os homens, influenciadas por construções socioculturais de gênero, expectativas familiares e pela forma como cada um vivencia e expressa o sofrimento psíquico, exigindo da enfermagem uma abordagem sensível, individualizada e inclusiva no cuidado ao casal.

1.3 Objeto de Estudo

Portanto, em face do exposto e pelo convívio com a infertilidade na área profissional e pessoal, emergiu a necessidade de refletir sobre como os homens lidam com a infertilidade, e de que maneira ela repercute nos relacionamentos conjugais.

Desta forma, definiu-se como objeto de estudo a infertilidade nas relações afetivo-conjugais sob a perspectiva masculina.

1.4 Objetivo Geral

A presente pesquisa orienta-se pela seguinte questão norteadora: Como a infertilidade conjugal impacta as relações afetivo-conjugais pela perspectiva masculina?

A elaboração dessa pergunta dialoga diretamente com o acrônimo PICo (População, Interesse, Contexto), amplamente utilizado para estruturar questões de pesquisa em estudos qualitativos, que embora, acrônimos sejam amplamente utilizados em revisões sistemáticas de literatura, sua aplicação não se restringe a esse tipo de estudo, podendo ser utilizado como estratégia metodológica em outros estudos qualitativos. Nesse enquadramento, definiu-se: P = homens que vivenciam a infertilidade conjugal; I = impactos da infertilidade conjugal nas relações afetivo-conjugais; Co = vivência conjugal no contexto da infertilidade. Desta forma, estabeleceu-se como objetivo geral: analisar de que maneira a infertilidade conjugal repercute nas relações afetivo-conjugais, a partir da perspectiva masculina.

1.5 Objetivos Específicos

- Descrever as percepções masculinas sobre a infertilidade;
- Analisar as repercussões da infertilidade no relacionamento conjugal;
- Caracterizar como a infertilidade repercute na identidade masculina e nas construções sociais de masculinidade.

1.6 Justificativa e Relevância

A infertilidade é uma circunstância que afeta muitos casais na idade reprodutiva e vem crescendo cada vez mais devido à exposição a fatores que contribuem para o surgimento do estresse oxidativo desregulando as células do corpo humano, como o estilo de vida atual: aumento do consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo, má alimentação, contato com substâncias tóxicas e/ou químicas, entre outros aspectos fisiológicos e genéticos (Marconato *et al.*, 2022). Abortos constantes e dificuldades para concepção podem trazer diversos conflitos psicossociais, estresse, ansiedade, culpa e conflitos conjugais, influenciando ao casal buscar auxílio para realizar o desejo da gestação (Silva *et al.*, 2024; Valadares; Alves; Bezerra, 2021).

Vista como um problema feminino na maioria das vezes, pois as mulheres frequentam os serviços de saúde com mais regularidade, logo tendem a ter diagnósticos mais precocemente, o que pode levar à falta de reconhecimento do homem em buscar se também possui algum distúrbio na fertilidade, em decorrência de que se inclinam a procurar hospitais somente em casos emergenciais (Valadares; Alves; Bezerra, 2021; Silva; Barreto, 2017).

Conforme dados apontados por Almeida (2024), em uma revisão integrativa, para o homem o sentimento de vergonha diante da possibilidade de exposição de sua condição infértil frequentemente resulta na recusa em buscar auxílio médico, levando à negação do problema, postergação do tratamento e à sensação de impotência. Muitas vezes, recai sobre a parceira a iniciativa de incentivar a realização dos exames necessários. Entretanto, a infertilidade pode ser classificada como individual (somente da mulher ou somente do homem) ou conjugal (de ambos) (Valadares; Alves; Bezerra, 2021; Silva; Barreto, 2017).

Em diversas culturas, a capacidade de conceber filhos é associada à masculinidade, podendo desafiar essas noções tradicionais, e questionamento sobre sua autoestima e identidade (Goldenberg; Marsilia; Gomes, 2003; Júnior Silva *et al.*, 2022).

Observa-se que a temática da infertilidade ainda ocupa um lugar secundário nas políticas e práticas de saúde. Como destacam Oliveira e Bussinguer (2024), embora a infertilidade esteja formalmente contemplada nas ações de planejamento familiar, a maior parte das estratégias assistenciais permanece orientada prioritariamente para a limitação da concepção, invisibilizando aqueles que desejam gerar filhos, enfrentam dificuldades reprodutivas ou necessitam de preparação específica para uma gestação. Tal lacuna revela não apenas um descompasso entre diretrizes e prática, mas também uma negligência estrutural com sujeitos e experiências que não se enquadram no modelo hegemônico de planejamento reprodutivo (Oliveira; Bussinguer, 2024).

Almeida (2024) também cita a necessidade de ampliar a pesquisa científica sobre saúde reprodutiva para ajudar a enfrentar os desafios sociais relacionados às dificuldades de reprodução humana, passos esses fundamentais para promover uma sociedade mais informada e acolhedora.

Desta forma, ao conhecer as perspectivas masculinas sobre a infertilidade e como isso afeta a sua masculinidade pode facilitar a comunicação entre o casal e auxiliar na tomada de decisões relacionadas a tratamentos de fertilidade, adoção ou outras opções disponíveis, promovendo uma abordagem colaborativa e inclusiva para lidar com a situação, gerando maior conscientização sobre os desafios enfrentados por ambos os gêneros para a promoção da saúde reprodutiva e o bem-estar familiar no campo da saúde.

1.7 Contribuição do Estudo

A proposta dessa pesquisa tem o intuito de contribuir para a produção científica acerca da perspectiva masculina sob a infertilidade e a influência na sua masculinidade, promovendo uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados pelos casais que lidam com a infertilidade, fornecendo percepções importantes para abordagem educacional e aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva para atender às necessidades individuais de cada casal.

Este estudo está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil, os quais são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, e visa garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 2015). Os objetivos que se adequam a essa pesquisa são: número 3 - Saúde e bem-estar; e 5 - igualdade de gênero. Onde, o objetivo 3.7 visa assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais até 2030; e o 5.6 que pretende assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

2 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 Infertilidade

Para a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF, 2020), o casal é infértil quando não alcança a gravidez em um ano de vida sexual contínua sem contracepção, complementando essa definição validando casais que possuem uma vida sexual plena de amor e prazer com frequência de três a cinco vezes por semana, com mulher de idade inferior a 35 anos, e em que ambos não conheçam a causa da infertilidade que os atinge, incluindo casais que apresentam a partir de três abortos consecutivos, e ainda define a infertilidade como o resultado de uma falência orgânica causada pela disfunção dos órgãos reprodutores, gametas ou concepto (APF, 2020).

Podendo estar relacionada a diversos fatores genéticos, endócrinos ou estilo de vida, advindas de homens ou mulheres. A prevalência nas mulheres pode estar relacionada a anomalias no útero, ovários, trompas, desequilíbrios hormonais ou talvez pela idade, pois à medida que a mulher envelhece, sua capacidade reprodutiva diminui progressivamente, apresentando uma redução mais acentuada a partir dos 35 anos. Já nos homens a infertilidade acomete mais frequentemente ao sêmen, na sua ejeção, morfologia e motilidade, e ao sistema endócrino (Valadares; Alves; Bezerra, 2021; WHO, 2020; Shreffler; Greil, 2017). Sua classificação pode ser primária, para aquela que é multigesta e secundária quando alguma gestação foi alcançada anteriormente (Valadares; Alves; Bezerra, 2021; WHO, 2020). Considerada uma doença do sistema reprodutivo que gera incapacidade, o termo infertilidade é utilizado para se referir a um período de tempo da deficiência funcional, se referindo a uma condição temporária, que pode ser revertida, ao contrário do termo esterilidade, que está definindo a infertilidade como permanente (Saha *et al.*, 2021).

A taxa de infertilidade masculina e feminina são similares, sendo estimada em média 40% dos casos acometidos no homem e 40% na mulher, e cerca de 20% dos casos há problemas em ambos que formam um casal, assim como as demais causas idiopáticas. Países industrializados têm apresentado taxas mais elevadas, onde a população foca na vida profissional e estabilidade financeira adiando a concepção e engravidando com idades cada vez mais avançadas, aos hábitos de vida, sedentarismo, múltiplos parceiros sexuais, alimentos cheios de componentes tóxicos, além das químicas que estão na atmosfera terrestre (Maranhão *et al.*, 2021; APF, 2020;). De acordo com WHO, as taxas são similares entre os

países no mundo, 17,8% nos que possuem uma renda maior, e 16,5% para países de média e baixa renda (WHO, 2023).

O diagnóstico de infertilidade requer uma análise minuciosa e abrangente com investigação clínica entre os aspectos físicos, hormonais e o histórico de saúde do paciente. Contudo, o tratamento varia de acordo com o diagnóstico, podendo incluir intervenções hormonais, medicamentosa, cirúrgica ou técnicas avançadas de RHA (Bastos *et al.*, 2024).

A infertilidade pode causar diversas consequências sociais nos casais, a pressão e interferência de amigos e familiares pode levar a exclusão social, e até isolamento do próprio casal para manter segredo na relação e evitar julgamentos, proteger a privacidade, e ocultar o processo e tratamento para reduzir os comentários negativos. Contudo, quando o casal se sente acolhido pelas pessoas próximas, promove a superação e resiliência (Faria *et al.*, 2024). A perspectiva de viver uma vida sem gerar filhos pode desencadear sentimentos negativos e até problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, se tornando o conflito central no relacionamento. Para muitos casais, a parentalidade está relacionada a construção da identidade de gênero, o objetivo de vida e a realização pessoal, não conseguem imaginar a possibilidade de atravessar a vida sem constituir sua própria descendência (Faria *et al.*, 2024).

2.2 Gênero e Sexualidade

O conceito que se baseia na existência de machos e fêmeas na espécie humana tem a identidade de gênero moldada pela cultura na qualidade de ser homem e ser mulher (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003; Connell, 1995). A sociedade enfatiza o gênero como dicotomia na maioria das discussões, partindo da questão biológica entre mulher e homem, definindo gênero como distinções psicológicas ou sociais correspondentes à construção ou causa da divisão dos sexos feminino e masculino (Connell; Pearse, 2015). Contudo, a percepção sobre os corpos pode ser influenciada pelos padrões de gênero, que determinam as atitudes esperadas pela sociedade. Em argumentos biomédicos sobre a diferença dos sexos masculino e feminino, é entendido apenas como a distinção da anatomia e fisiologia do ser, pela estrutura e função dos órgãos (Locks; Graupe; Antunes, 2016).

Portanto, o gênero não se resume em uma categoria universal e concreta, mas reflete as transformações sociais e culturais em diversos conceitos históricos, está relacionado à autopercepção e a maneira como a pessoa se expressa na sociedade. Portanto, o entendimento das identidades de gênero é também um estudo que envolve a interseção com as questões de direitos humanos, saúde, educação e políticas públicas (Jesus, 2012; Scott, 1995). É atrelado

aos aspectos culturais, sociais e psicológico, antagonista à biologia e não necessariamente se caracteriza como sexo atribuído ao nascimento, envolve as expectativas da sociedade em relação a comportamento, a interação, e as suas relações de poder e hierarquia (Scott, 1995).

A ligação de gênero e sexualidade podem gerar grandes impactos na saúde, acerca dos problemas sociais e acesso aos serviços de saúde, percebido sociologicamente que as relações de gênero influenciam na experiência da classe social, tanto no contexto do trabalho quanto na representação corporal (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003).

A experiência sexual é vivenciada distintamente por homens e mulheres, mas sobretudo pelas expectativas e aspirações relacionadas à atividade sexual, possuindo uma marca de gênero fundamentada em duas formas: no panorama cultural brasileiro temos a representação do homem como sexualmente ativo, com iniciativa e desejo de sexo, em oposição à ausência destas entre as mulheres; e a consideração do sexo ser um marco importante na construção da virilidade masculina. Na trajetória do homem na sociedade a iniciação da vida sexual está associada à habilidade técnica, já no histórico feminino se atrela à expectativa de uma relação amorosa. Essa adaptação do gênero está integrada à forma como mulheres e homens constroem sua própria subjetividade, contudo o exercício da sexualidade ultrapassa as expectativas de gênero (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003).

A sexualidade pode acabar sendo afetada negativamente, a intimidade e os papeis de gênero, com o estresse há a redução da libido, pois a relação sexual toma um rumo diferente do natural e erótico, se transformando em algo que deve acontecer apenas no período fértil para facilitar a procriação. Mudanças essas, que trazem consequências (Faria *et al.*, 2024; Saha *et al.*, 2021).

2.3 Masculinidade

O modelo de masculinidade hegemônico é reforçado na dinâmica cultural que mantém uma posição de liderança na vida social, ou seja, o patriarcado, a posição dominante dos homens e da subordinação das mulheres, está na sociedade como um todo, determinando formas de ser e agir, sustentado na ideia de que o homem deve ser viril, objetivo, corajoso, forte e emocionalmente distanciado (Connell, 1995; Júnior Silva *et al.*, 2022). Porém, um mesmo homem pode encarar diversos modelos de masculinidade de acordo com o contexto em que está inserido (Tramontano, 2022).

A soberania masculina que valorizava a virilidade, força e potência perdeu sua sustentação no final do século XIX, quando as mulheres foram às ruas atrás de seus direitos

de igualdade, inaugurando o movimento feminista e os debates entre sexo e gênero. Desta forma, a referência da identidade da masculinidade hegemônica é perdida pelo homem, sendo forçado a se reinventar e exercer outros tipos de masculinidades, evoluindo junto com a modernidade dos tempos (Miez, 2024). A masculinidade cúmplice está relacionada à hegemonia, porém esse tipo de masculinidade é construído com permissão do dividendo patriarcal, não incorpora as tensões e riscos da linha de frente, mas se compromete com o casamento e a paternidade, sem a demonstração brutal de autoridade às mulheres (Connell, 1995).

A saúde sexual e reprodutiva é entendida pelos homens com foco na sexualidade, nas disfunções eréteis e tamanho do órgão sexual, porém em relação a contracepção, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e planejamento reprodutivo direcionam uma menor importância. Sua masculinidade é atingida quando é identificado algum problema de saúde, em função da representação no papel social em precisar ser forte, viril, chefe de família e responsável (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003).; Júnior Silva *et al.*, 2022).

A infertilidade é um assunto que gera tabus no âmbito da masculinidade tóxica, além de ser um problema de saúde, também carrega um peso social em culturas que acreditam que o homem fértil é másculo e viril, e se for infértil não tem serventia, intensificando os efeitos emocionais pela conscientização da sua limitação, contribuindo para o silêncio e a vergonha desses homens, podendo desencadear distúrbios psicossociais como ansiedade e depressão, desencorajando os homens a falar sobre o assunto para buscar apoio, diagnóstico e tratamento. (Bastos *et al.*, 2024; Faria *et al.*, 2024).

Contudo, as novas práticas sociais de convívio com outros homens mais sensíveis, que choram, erram, sonham, e com mulheres independentes e trabalhadoras têm criado múltiplas formas de masculinidades, uma reconstrução social (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003; Júnior Silva *et al.*, 2022).

2.4 Políticas Públicas na Infertilidade

Desde 1978, quando nasceu o primeiro bebê pela técnica de reprodução assistida na Inglaterra, muitas famílias puderam, e podem até hoje conceber filhos (Neto, 2024). Em março de 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNARHA) no Sistema Único de Saúde (SUS), pela portaria nº 426, onde começaram a serem disponibilizadas técnicas de inseminação artificial de forma gratuita para a população brasileira, visando ofertar um cuidado integral em todos os níveis de atenção de

saúde e nos hospitais credenciados pelo SUS (Bastos *et al.*, 2024; Casalechi, 2018). Porém, por falta de recursos e não ser considerada uma prioridade de saúde para os gestores da época, a portaria nº 426 foi revogada pela portaria nº 1.187 de julho 2005. Contudo, em dezembro de 2012, reconheceram a necessidade de cuidados especializados para tratamento da infertilidade e criaram uma nova Portaria nº 3.149 que destinou recursos financeiros para as unidades em funcionamento, mas infelizmente a demanda acaba sendo maior do que a ofertada, aumentando o tempo de espera e reduzindo os atendimentos (Casalechi, 2018).

A taxa de sucesso da fertilização in vitro é em torno de 60%, entretanto, tem um alto custo, onde acaba gerando uma limitação do acesso pelo SUS e dificuldade em cobertura pelos planos de saúde, além de poucos hospitais realizarem este método ou conseguirem dar assistência ao procedimento e medicações, tornando o serviço burocrático e demorado, com longas filas de espera (Bastos *et al.*, 2024).

Os direitos reprodutivos e sexuais participam dos direitos da saúde descritos no Art. 226 §7º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), objetivando garantir os direitos dos cidadãos brasileiros para além da ausência de doenças, incluindo o acesso ao planejamento familiar, com a lei 9263 de 1996 (Brasil, 1996) que regulamenta as ações da fertilidade, a assistência à concepção e contracepção, incluído todos os métodos e técnicas para concepção cientificamente aceitos, como a RHA. No Brasil, apenas 10 centros de reprodução funcionam com serviços vinculados ao SUS, sendo a maioria localizados em hospitais universitários que são importantes centros de pesquisa e ensino, somente em São Paulo possuem 4 locais, e os outros ficam distribuídos em Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal, Goiânia e Brasília, porém nem todos fornecem o procedimento 100% gratuito, devido à falta de repasse governamental alguns não conseguem fornecer as medicações ou a internação hospitalar, necessitando ficar a custo do paciente (Hespanhol, 2024; Casalechi, 2018).

Anteriormente os estudos sobre fertilização tinham foco na investigação e tratamento, mas com as taxas de infertilidade e insucesso no tratamento, que acabam gerando efeitos negativos na saúde mental, os estudos atuais estão sendo conduzidos na avaliação da esfera psicossocial. Até para casais que logram êxito no tratamento podem ter sua saúde mental abalada devido à dificuldade ao acesso, à longa espera, ao alto custo, que pode desencadear uma crise financeira, a pressão que são submetidos a chance de dar certo ou não, afetando o bem-estar pessoal e conjugal, não só para as pessoas que passam pelo processo, mas também para o ciclo social e conjugal, aumentando conflitos, especialmente quando os objetivos não são alcançados, além de criar sentimento de impotência, inutilidade e desprazer sexual,

impactando diretamente no relacionamento, aumentando o risco de divórcios e poligamia. (Faria et al, 2024; Neto, 2024).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A metodologia utilizada trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de caráter exploratório, desenvolvido por meio de pesquisa de campo com entrevistas semiestruturadas, lidando com as interpretações da realidade social referente à qualidade e coleta de dados (Bauer; Gaskell, 2017; Sampieri; Collado; Lucio, 2013; Minayo, 2012), tanto para melhor compreensão e aprofundamento a partir da perspectiva dos participantes sobre a infertilidade, e descrever as percepções masculinas sobre a infertilidade, analisar as repercussões da infertilidade no relacionamento conjugal, e explorar como a infertilidade repercute na identidade masculina e nas representações sociais de masculinidade, mostram a aplicação da metodologia qualitativa nesta pesquisa permitindo captar melhor os sentimentos e os significados subjetivos atribuídos pelos participantes (Minayo, 2023).

O estudo exploratório têm o propósito de refinar os dados e desenvolver as hipóteses elevando o grau da assertividade, tornando a pesquisa mais realista, levando a novos enfoques e percepções acerca da perspectiva masculina sobre a infertilidade para modificar as visões atuais como expectador da área, compreendendo melhor os entrevistados, controlando o viés pessoal (Piovesan; Temporini, 1995).

3.2 Cenário

A pesquisa não possuiu um cenário físico, mas sim virtual. Sendo assim, definido pelo ambiente digital onde as interações ocorreram por meio de entrevistas semiestruturadas ofertadas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

A abordagem composta por argumentos relacionados aos homens que tem relacionamento com mulheres, que não utilizavam métodos de contracepção e ainda assim não gestaram pelo período mínimo de 1 ano, conforme o conceito de infertilidade pela OMS (WHO, 2020). Sustentado o conceito de entrevista, proferindo perguntas padronizadas para coletar dados contendo questões abertas (APÊNDICE D), desenvolvendo e compreendendo a relação dos entrevistados com a vivência da infertilidade, construção da masculinidade, sentimentos envolvidos no processo e percepção social da situação, bem como a utilização dos critérios de avaliação para chegar aos objetivos da pesquisa. (Gil, 2010).

3.3 Participantes

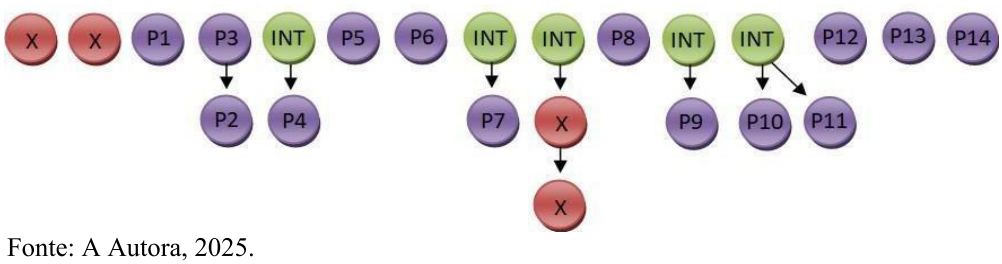
Os participantes da pesquisa foram homens cisgêneros heterossexuais, maiores de 18 anos, que possuem, ou possuíram, um relacionamento com mulheres que não utilizam métodos contraceptivos, e ainda assim não gestaram no período de 12 meses, conforme a definição de infertilidade pela OMS (WHO, 2020), não foi levado em consideração a frequência das relações sexuais, nem o tempo que ficaram tentando engravidar além dos 12 meses.

O recrutamento dos participantes ocorreu através da técnica de “Bola de Neve”, que é um método de amostragem não probabilístico, considerando-se que o grupo elegível era numericamente restrito e se tratava de um tema sensível, o que limita a identificação espontânea de possíveis colaboradores, exigindo estratégias de aproximação mediadas por indicação, sendo iniciada a produção dos dados com participantes selecionados por conveniência, que são chamados de sementes, e indicam outras pessoas que se enquadrem as necessidades e critérios de inclusão estabelecidos. Técnica essa que é comumente utilizada nas pesquisas exploratórias, uma vez que colabora para a melhor compreensão do tema pesquisado, devido ser um tema sensível e com população de difícil acesso (Baldin; Munhoz, 2012; Gil, 2010; Vinuto, 2014).

3.3.1 Descrição dos Participantes através da Técnica Bola De Neve

Para melhor elucidar a captação dos participantes apresentamos abaixo um diagrama com a amostragem do estudo em que cada participante é representado pelo círculo roxo com sua respectiva posição na ordem da entrevista, o círculo verde com a abreviação “INT” simboliza os intermediários, que são pessoas que não se enquadram na pesquisa, mas indicaram quem poderia se enquadrar, e os círculos vermelhos com “X” representam os homens que desistiram ou não responderam o convite da pesquisa. (FIGURA 1).

Figura 1 – Diagrama – Amostragem da captação dos participantes



Fonte: A Autora, 2025.

As duas primeiras pessoas contactadas foram através de um grupo sobre infertilidade da rede social Facebook da pesquisadora, onde demonstraram interesse em participar, leram o TCLE, porém no momento de agendar a entrevista pararam de responder. Os P1, P5, P6, P8, P12, P13 e P14 são conhecidos da pesquisadora e aceitaram realizar a entrevista, houve algumas remarcações de data, mesmo sendo on-line, devido ao cotidiano de cada um, mas que ocorreram sem interferências, porém não tiveram outras indicações. P3 indicou o P2, como precisou remarcar a entrevista, acabou sendo entrevistado após o seu indicado, ficando com a numeração em ordem inversa. O P4 foi indicado por uma intermediária, assim como o P7 e o P9. Uma colega de trabalho da pesquisadora também se propôs a ser intermediária (demonstrado na linha 9), seu indicado leu o TCLE, indicou outro participante, porém remarcou a entrevista diversas vezes e depois não respondeu mais, assim como seu indicado, que demonstrou interesse em participar, porém parou de responder antes de ler o TCLE. Os P10 e P11 foram entrevistados por uma doutoranda de enfermagem que participa do mesmo laboratório de pesquisa da autora, o Laboratório de estudos em gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos (LEGS), na UNIRIO, e tem sua pesquisa voltada para a vivência dos casais inférteis.

No processo de amostragem em cadeia, observou-se que houve maior número de "sementes" do que de participantes recrutados por elas. Em termos práticos, isso significa que as cadeias de recrutamento não se expandiram de forma significativa: muitos dos indicados não prosseguiram no estudo, não responderam às tentativas de contato ou optaram por não indicar novos participantes. Esse comportamento pode estar relacionado ao caráter sensível do tema, que pode gerar desconforto ao convidar outras pessoas a participarem. É possível que alguns potenciais participantes tenham receio de exposição, constrangimento ou preocupação com a confidencialidade, fatores que podem limitar a continuidade das cadeias de indicação.

3.4 Produção de Dados

As pessoas indicadas para a entrevista receberam um convite de participação por via mensagem eletrônica (e-mail ou redes sociais: Instagram, Facebook ou Whatsapp) (APÊNDICE C), contendo um link criado no aplicativo gerenciador de pesquisa Google Forms, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Após a aceitação da participação, foi agendado um dia e horário para a realização das entrevistas através dos programas de comunicação por videochamada: Google Meet ou Zoom, onde

foram gravadas e transcritas na íntegra com consentimento dos participantes, e tiveram duração média de 30 minutos.

A definição do número de participantes foi por meio da saturação teórica, quando os dados começam a ser repetitivos, pouco acrescentando ao material já obtido, não tendo significado para o aprimoramento da reflexão teórica dos objetivos da pesquisa (Fontanella *et al.*, 2011). Considerando que o objetivo da pesquisa é compreender as percepções masculinas sobre a infertilidade, foi criado um quadro de saturação com base nas falas dos participantes, tendo a entrevista do P10 como a última com novo enunciado, seguido de mais 04 entrevistas sem enunciados novos. Sendo assim, a amostra da pesquisa foi de 14 homens (APÊNDICE E).

3.5 Análise de Dados

A transcrição das entrevistas foi realizada com o auxílio do site TurboScribe, revisadas e corrigidas manualmente para manter a precisão das palavras ditas e entonação de cada participante. Para o processamento e tratamento do corpus de análise utilizou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) por meio da execução de classificação hierárquica descendente (CHD) que inicialmente divide o corpus em segmentos de texto (ST) em função dos vocabulários conforme a frequência das formas reduzidas (lematização), obtendo as classes de unidades de contexto elementares (UCE), onde ocorre a criação do dicionário de palavras utilizando o teste do qui-quadrado (x^2), revelando a associação da força entre elas quando o resultado do teste for maior que 3,84, representado pelo $p<0,05$, garantindo maior credibilidade quando o aproveitamento do ST for 75%, e organizando as relações das palavras por classes, ilustrando os dados obtidos através de um dendograma.

As entrevistas foram analisadas pela Análise de Conteúdo Temático-Categorial de Bardin (2011), que consiste em um conjunto de métodos utilizados para examinar as comunicações, com o propósito de adquirir indicadores que possibilitem inferir informações sobre as circunstâncias de produção sobre determinados conteúdos, partindo da investigação com um conjunto de procedimentos sistemáticos, concomitante com a possibilidade de replicabilidade da técnica, e a comparação entre resultados de estudos distintos. Algumas etapas pressupostas por Bardin (2011) na técnica de análise de conteúdo podem ser definidas por três fases, como: pré-análise (leitura flutuante e composição do corpus da pesquisa); exploração do material ou codificação dos dados; tratamento dos resultados (recortes a serem

analisados em categorias), inferência (discussão das descrições com exemplificação) e interpretação (com embasamento teórico).

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

No desenvolvimento deste estudo foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, advindas da resolução de número 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, também contemplaram os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos em instituições do SUS de acordo com a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, capítulo II, do Conselho Nacional de Saúde, e, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (BRASIL, 2018) – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), assegurando a proteção, privacidade e o tratamento adequado das informações fornecidas pelos participantes.

Os participantes desta pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo, estando cientes que a participação foi voluntária e que manteremos o sigilo de sua identificação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado após a aceitação do participante. Vale citar que este estudo não ofereceu risco à integridade física dos participantes, porém, pode ter gerado algum mínimo desconforto, ou até mesmo um constrangimento, pelo conteúdo das questões e pelo tempo da entrevista. O participante esteve livre para recusar ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo pessoal.

O anonimato respeitado de forma que os participantes foram identificados nas entrevistas com a letra P (participantes) seguidos por uma sequência crescente de números (ex: P1, P2, P3...). Toda vez que o entrevistado citou nomes ou alguma característica que pôde identificá-lo, foi substituído por palavras fictícias, a fim de preservar o anonimato e garantir aos participantes que as informações prestadas não serão usadas contra eles.

A participação no estudo pode não resultar em benefícios diretos para o entrevistado. No entanto, poderá contribuir para o conhecimento a respeito da perspectiva masculina sobre a infertilidade, favorecendo o desenvolvimento de estudos e pesquisas futuras que contribuirão para esta temática, e consequentemente, para a elaboração de estratégias de saúde mais eficazes, visando aprimorar a qualidade da assistência prestada à população afetada por essa condição.

É oportuno destacar que o trabalho de campo, previsto para o ano de 2024, somente foi realizado após a submissão e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP UNIRIO) sob o parecer 6.993.523, nº CAAE 81874624.2.0000.5285, data de aprovação 08 de agosto de 2024 (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos Participantes

Para melhor compreender a realidade de vida dos homens entrevistados foi realizada uma caracterização do perfil sociodemográfico de cada um. As variáveis utilizadas foram: idade, cor autodeclarada, religião e se é praticante dela, grau de escolaridade, profissão e renda familiar, disposta no Quadro 1. E para elucidar sobre as questões conjugais foram dispostas no Quadro 2 as seguintes variáveis: situação conjugal, tempo de relacionamento, número de filhos e se são do casal ou de apenas um cônjuge, paridade da mulher e origem da infertilidade.

Quadro 1 – Caracterização do Perfil Sociodemográfico

Participante	Idade	Cor Autodeclarada	Religião /Praticante	Grau de Escolaridade	Profissão	Renda Familiar
P1	56	Preto	Evangélico / sim	Ensino Médio	Motorista	Mais de 5 salários-mínimos
P2	35	Pardo	Cristão / não	Ensino Médio	Motoboy	3-5 salários-mínimos
P3	43	Amarelo	Cristão / não	Ensino Fundamental	Serralheiro	3-5 salários-mínimos
P4	41	Preto	Kardecista/ não	Pós-graduado	Policial Militar	Mais de 5 salários-mínimos
P5	60	Preto	Evangélico / sim	Ensino Médio	Militar	Mais de 5 salários-mínimos
P6	36	Pardo	Adventista do 7º dia/ sim	Pós-graduado	Médico	Mais de 5 salários-mínimos
P7	47	Branco	Católico/ sim	Ensino Médio	Conferente	1-3 salários-mínimos
P8	33	Pardo	Evangélico / não	Pós-graduado	Empresário	Mais de 5 salários-mínimos
P9	33	Pardo	Evangélico / não	Ensino Superior	Empresário	3-5 salários-mínimos
P10	66	Preto	Católico / não	Ensino Médio	Policial Rodoviário Federal	Mais de 5 salários-mínimos

P11	39	Preto	Católico /sim	Ensino Superior	Servidor Público	Mais de 5 salários mínimos
P12	34	Branco	Católico / não	Ensino Médio	Motoboy	3-5 salários mínimos
P13	37	Branco	Evangélico / sim	Ensino Médio	Empresário	Mais de 5 salários mínimos
P14	63	Pardo	Evangélico / sim	Ensino Superior	Contador	Mais de 5 salários mínimos

Fonte: A autora, 2025.

Foram realizadas 14 entrevistas com homens que possuem algum tipo de infertilidade na relação conjugal, com idades entre 33 e 66 anos. Em relação à cor autodeclarada a maioria se considera preto (5) e pardo (5), seguido de branco (3) e amarelo (1). No que se refere à religião, se consideraram evangélicos (6), católicos (4), cristãos (2), adventista do 7º dia (1) e kardecista (1), porém a metade informou não ser praticante da religião que acredita (7), quanto à outra metade se declarou praticante (7). O grau de escolaridade dos participantes correspondia a ensino médio (7), pós-graduado (3), ensino superior (3) e ensino fundamental (1). Houve uma diversificação das profissões e ocupações: empresário (3), motoboy (2), motorista (1), serralheiro (1), policial militar (1), militar (1), médico (1), conferente (1), servidor público (1), policial rodoviário federal (1) e contador (1). Quanto a renda familiar, a maioria dos participantes possuía a renda maior que 5 salários-mínimos (9), seguido de 3-5 salários-mínimos (4) e 1-3 salários-mínimos (1).

Quadro 2 – Caracterização do Perfil Conjugal

Participante	**Situação Conjugal**	**Tempo de Relacionamento**	**Número de filhos**	**Paridade da mulher***	**Origem da Infertilidade**	**Tratamento**
P1	Casado	19 anos	3 - dele	G2 P0 A2	Feminina	Não
P2	União Estável não oficializada	19 anos	0	G1 P0 A1	Feminina	Não
P3	Casado	19 anos	1 - dele 1 - dela	G2 P1 A1	Mista	Não
P4	Casado	14 anos	1 - casal	G2 P1 A1	Sem diagnóstico	Não
P5	Casado	45 anos	0	G0 P0 A0	Feminina	FIV
P6	Casado	11 anos	1 - casal	G1 P1 A0	Masculina	Medicações

P7	União Estável não oficializada	4 anos	1 - dele	G1 P0 A1	Feminina	FIV
P8	Casado	11 anos	0	G0 P0 A0	Mista	Não
P9	Solteiro	5 anos	0	G0 P0 A0	Sem diagnóstico	Não
P10	Casado	21 anos	1 - casal	G1 P1 A0	Sem diagnóstico	FIV
P11	Casado	3 anos	0	G5 P0 A5	Mista	FIV
P12	Solteiro	1 ano	2 - dela	G2 P2 A0	Sem diagnóstico	Não
P13	Casado	2 anos	0	G1 P0 A1	Feminina	Não
P14	Casado	20 anos	0	G0 P0 A0	Feminina	Não

Fonte: A autora, 2025.
*Paridade da mulher: G (quantas vezes gestou/engravidou), P (quantas vezes pariu), A (quantas vezes sofreu aborto).

Sobre o perfil conjugal, a maioria se declarou casado (10), outros relataram morar junto, porém sem união estável oficializada em cartório (2) e apenas (2) se declararam solteiros. O tempo de relacionamento da maioria é longo, 19 anos (3), 11 anos (2), 45 anos (1), 21 anos (1), 20 anos (1), 14 anos (1), 5 anos, porém houve separação (1), 4 anos (1), 3 anos (1), 2 anos (1) e 1 ano com dois relacionamentos anteriores longos de 12 anos e outro de 6 anos (1). Relacionado ao número de filhos, os casais que ainda não tiverem nenhum filho (7), casais que tiveram filhos juntos (3), casais que somente o homem teve filho, em outro relacionamento (2), casal que ele teve filho antes da união e ela também (1), e a mulher de participante que teve filho em outro relacionamento (1). Concernente à paridade da companheira do entrevistado, onde G: significa as vezes que ela gestou, P: as vezes que pariu, e A: quantas vezes sofreu um aborto, a cônjuge do P1 gestou 2 vezes, porém nunca teve um filho vivo, pois essas duas gestações acabaram se tornando aborto, as do P2, P7 e P13 já engravidaram uma vez, mas acabaram perdendo o bebê, as do P3 e do P4 gestaram 2 vezes, tiveram um bebê saudável e perderam o outro, do P5, P8, P9 e P14 nunca chegaram a engravidar, a do P6 teve apenas uma gestação e seu bebê nasceu saudável, P10 tentou engravidar 6 vezes por FIV, porém apenas na 6ª tentativa conseguiu que o embrião vingasse e teve um filho saudável, P11 engravidou 5 vezes, mas perdeu todas, P12 já possuía 2 filhos antes da união. Se tratando da origem da infertilidade foi identificado que sendo relacionados à parte feminina (6), sem diagnóstico (4), por infertilidade mista (3), pela parte masculina (1), sendo que 1 dos que não tem diagnóstico, o P12, a companheira atual possui laqueadura tubária, enquanto as companheiras anteriores de relacionamentos longos (12 e 6 anos) também não engravidaram e não realizaram busca por diagnóstico ou tratamento. Por citar

tratamento para engravidar apenas (4) fizeram FIV, (1) foi através de medicações e (9) não realizaram nenhum tipo de tratamento.

4.2 Análise de Dados com o IRAMUTEQ

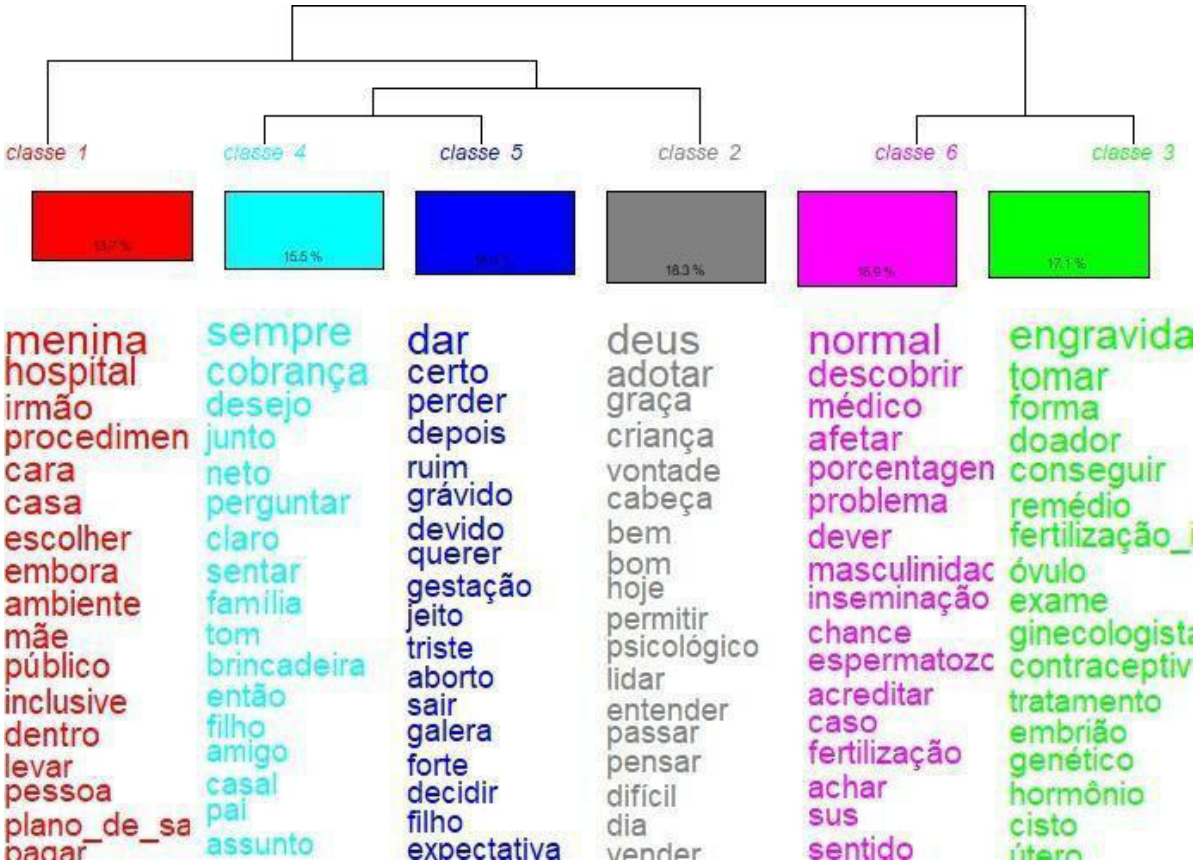
4.2.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

A utilização de um software para análise de dados apresentou como vantagem a sistematização do processo de codificação, organização e segmentação das informações, possibilitando a rápida recuperação dos trechos empregados na análise qualitativa.

O corpus textual foi o conjunto dos textos obtidos através das 14 entrevistas, separados pelas respostas de cada participante, excluindo as perguntas da entrevistadora, totalizando 14 textos monotemáticos separados por uma linha de comando com uma única variável (n), a numeração do participante (**** *P_01 até **** * P_14), gerando 29 páginas. Após a criação do corpus foi realizada a revisão de todo o arquivo com correção dos erros de digitação e pontuações, assim como a unificação de palavras compostas separando-as com "_" (underline) para mantê-las juntas e com sentido, como o termo "fertilização_in_vitro", pois o sistema tem algumas ponderações referentes a sinais e palavras, sendo necessário que o corpus esteja adequado, tendo cautela com as mudanças para ter maior aproveitamento das palavras.

Ao incluir o corpus no software IRAMUTEQ, o processamento foi realizado em 11 segundos, sendo classificadas 537 Unidades de Contexto Elementares (UCE), das quais 503 foram aproveitadas, ou seja, foi alcançado 93,67% de aproveitamento do total. Por meio da CHD, foram reveladas 6 classes de palavras, de cores distintas, demonstrando a associação entre elas através de um dendograma (FIGURA 2).

Figura 2 – Dendograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ – RJ, 2025



Fonte: A autora, 2025.

No dendograma é possível visualizar que se formaram 2 subcorpus, onde o primeiro inclui as classes 1, com uma subdivisão da classe 2 e uma outra das classes 4, 5 e o segundo subcorpus as classes 6 e 3, de acordo a proximidade entre elas mesmas. Para cada classe foi computada uma lista de palavras geradas no teste do qui-quadrado (x^2), que revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. A análise das classes revelou um aspecto captado através das entrevistas sobre a vivência da infertilidade, envolvendo desde os serviços de saúde até os impactos sociais e emocionais do diagnóstico. Com base nos agrupamentos lexicais e nos núcleos de sentido das palavras obtidas através do corpus, foi revelada a complexidade da vivência da infertilidade sob diferentes dimensões: institucional, espiritual, biomédica, social, emocional e identitária, descritas da seguinte forma:

Quadro 3 – Classes e categorias temáticas

	UCE %	**Categoria temática**
Classe 1	69 – 13,7%	Itinerários terapêuticos no enfretamento à infertilidade
Classe 2	92 – 18,3%	Dimensões subjetivas e espirituais da infertilidade
Classe 3	86 – 17,1%	Tecnologias e intervenções reprodutivas
Classe 4	78 – 15,5%	Cobranças sociais e familiares diante da infertilidade

Classe 5	83 – 16,5%	A dor silenciosa da perda e da tentativa
Classe 6	95 – 18,9%	A identidade masculina confrontada pelo diagnóstico de infertilidade

Fonte: A autora, 2025.

4.2.2 Classe 1: Itinerários terapêuticos no enfretamento à infertilidade

Esta classe possui 69 UCE que corresponde a 13,7% do total do corpus, devido à associação estatística apresentar palavras como: *menina, hospital, irmão, procedimento, cara, casa, escolher, embora, ambiente, mãe, público, plano de saúde, pagar, clínica*, entre outras. Elementos esses que apontam para um conteúdo centrado nos percursos de acesso ao cuidado em saúde reprodutiva, no que tange às decisões e experiências dos indivíduos quanto à busca por tratamento da infertilidade, com referências a instituições de saúde (*hospital, público, plano de saúde, clínica*), à estrutura familiar (*menina, irmão, mãe*), e às ações relacionadas ao deslocamento, escolha e realização dos procedimentos médicos (*procedimento, casa, escolher, embora, ambiente, pagar*). Revelando, também, o tensionamento da acessibilidade dos serviços entre o setor público e privado como parte da trajetória terapêutica, o suporte familiar e a disponibilidade financeira, visto em:

> "Nós procuramos a clínica particular, mas não passou pela cabeça, assim, o SUS". (P10)

Referindo-se não saber que o SUS poderia fornecer exames e tratamentos para fertilização, assim como diversos outros participantes, que ao notar algum tipo de dificuldade ou até mesmo descobrir o diagnóstico, procuraram atendimento em clínica particular ou pelo plano de saúde para investigar e/ou tratar, pois não têm acesso à informação. Durante as entrevistas, todos os participantes declararam não conhecer seus direitos sexuais e reprodutivos, o que reafirma a lacuna informacional significativa no âmbito público. No Brasil, em parte integrante do SUS, a portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) do Ministério da Saúde (MS) revisa e aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como finalidade organizar a atenção básica no território, se fundamentando em equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e complementar para promover a ampliação de acesso, equidade e qualificação dos cuidados, com ações educativas, incentivo à população para consultas e exames, fornecer encaminhamento adequado em situações específicas, como a infertilidade, desenvolvimento pela autonomia para melhorar a qualidade de vida dos usuários, inclusive por meio de visitas domiciliares, que foca no acompanhamento e promoção da saúde das famílias em seus lares.

No contexto da infertilidade, esse modelo de atenção é ainda mais relevante. Tal cenário reforça a necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada efetiva, atendendo ao compromisso legal de garantir acesso ao cuidado e à informação (Marciazeki- Gomes *et al.*, 2016; Brasil, 2017; Lemos, A., 2014). No entanto, a ausência de informações e encaminhamento nesse campo, como relatado pelos entrevistados, aponta para uma fragilidade na efetivação do direito ao cuidado integral.

Além disso, observou-se que a trajetória terapêutica é complexa e cheia de entraves financeiros, burocráticos e emocionais, mesmo diante da oferta pública, a escolha por clínicas privadas revelam o predomínio de escolha mercantilizada da reprodução (Souza, 2014). Como citado anteriormente, existem 10 centros de reprodução no Brasil que funcionam com serviços vinculados ao SUS, porém alguns não conseguem fornecer serviço totalmente gratuito devido aos altos custos das medicações diante à ausência de repasse do Governo, mas ainda assim, o valor gasto é menor que em clínica privada (Hespanhol, 2024; Casalechi, 2018).

> "Indicaram para a gente fazer um plano de saúde para ela e o ginecologista lá atendia pelo plano, muitos dos tratamentos, dos exames eram feitos pelo plano também..." (P2)

> "Não tinha como fazer o tratamento, porque ela teve mioma logo depois e teve que fazer histerectomia, a operação mesmo foi pelo SUS. Foi proposto pelo médico de uma clínica particular, na época, fazer fertilização..." (P1)

Nesse contexto, a discussão sobre os itinerários reprodutivos revela os recursos materiais e as desigualdades de acesso à saúde, que afetam os casais com menor poder aquisitivo, haja vista que, se não há condições financeiras para realizar o procedimento, logo, se conformam em não poder ter filhos, além da falta de informação e orientação da atenção básica de saúde sobre as ofertas do SUS para o diagnóstico e tratamento da infertilidade (Moura *et al.*; 2013). Dos 14 entrevistados, 8 deles aceitaram e se conformaram com a infertilidade, sendo que 4 não possuem nenhum filho, 3 tem um dos parceiros que possui filhos de outro relacionamento (sendo 1 filho dele, 1 filho dela, e 1 tem um filho dele e um filho dela, mas nenhum juntos), e 1 conseguiu ter um filho do casal e aceitaram ficar só com ele. Os 4 casais que não possuem nenhum filho esperam viver a vida apenas como um casal, se ocupando de outras tarefas cotidianas, e ignorando o fato de não formar uma família com filhos.

> "Depois de algum tempo, uns cinco anos, a gente decidiu ter filho. Aí fomos fazer um tratamento, procurar saber o porquê, só que era muito caro. A gente pagava ginecologista, pagava consulta, pagava o exame, o exame na época era caro, aí parava nesse aí, que eu não tinha muita condição, ganhava pouco, aí a gente parou [de tentar engravidar]". (P2)

> “Chegou uma hora que a gente tipo assim, caímos na real, entre aspas, “decidimos aceitar que é isso”, que tem que ser assim, entendeu?... [tenho] zero expectativa [de ter filhos]”. (P3)

A decisão de interromper o tratamento ou nem tentar iniciar a TRA, e optar por viver sem filhos não é uma decisão fácil para quem sempre teve o desejo de ser pai/mãe, porém a frustração do tratamento sem sucesso, a exaustão física, financeira e mental, ou a idade avançada podem acabar contribuindo para essa escolha (Shreffler; Greil, 2017; Collura *et al.*, 2024). Nas entrevistas deste estudo 7 homens disseram que já tinham idade avançada para concepção, o que os motivou a aceitar e se conformar com a situação da infertilidade, 5 relataram dificuldades financeiras para iniciar ou dar continuidade à TRA, 2 desistiram pela incerteza do sucesso, devido a probabilidade de engravidar não ser satisfatória e/ou incompatível com o orçamento familiar.

Apesar do planejamento familiar ser um direito à população brasileira, previsto na constituição federal, assim como os ODS, onde o Brasil assinou um documento na conferência da ONU reconhecendo a saúde reprodutiva como um direito humano e incluíram o acesso universal ao tratamento da infertilidade, porém os esforços governamentais prioritários estão focados no planejamento familiar, métodos contraceptivos e na redução de morbimortalidade materna (Makuch; Bahamondes, 2012). Desta forma, grande parte dos cidadãos ainda permanecem sem acesso aos serviços de reprodução e fertilidade, e quanto menor o poder aquisitivo, menos oportunidades de tratamento existem para essas pessoas.

> “Aí fomos fazer um tratamento, procurar saber o porquê, só que era muito caro. A gente pagava ginecologista, pagava consulta, pagava o exame, o exame na época era caro, aí parava nesse aí que eu não tinha muita condição, ganhava pouco, aí a gente parou... E não te dá uma garantia, é 50%, pô, tu arriscar, na época custava 40 mil, não sei quanto tá hoje, pô, é um dinheiro bem grande, e para não dar certo é complicado pra caramba, né, tirar um dinheiro que a gente nem tem, para não dar certo é bem complicado, aí a gente preferiu não fazer”.(P2)

Os custos financeiros de uma fertilização podem sobrecarregar a família e chegar a ser superior a 40% da renda familiar, transformando o sonho da paternidade/maternidade em sobrecarga de trabalho, limitando a forma de viver e se alimentar, buscando empréstimos de dinheiro e esgotando todas as suas economias, sem a certeza do positivo (Oppenheimer; Rego; Nunes, 2023). O que pode frustrar ainda mais os casais, que além de estar lutando contra uma doença, que é a infertilidade, também acabam passando por apertos no orçamento, o que também gera desentendimentos no relacionamento.

Relacionado à incerteza do procedimento, relatos deixam claro que no início do tratamento há uma euforia, alegria, porém com as negativas o sentimento muda para frustração:

> "...você vai com aquela expectativa muito grande de que no primeiro vai dar certo, euforia. Quando eu cheguei na clínica vi que era um ambiente meio diferente, pra mim, seria um ambiente totalmente alegre. E eu percebi que as pessoas mal se cumprimentavam ... logicamente, nem passou pela cabeça de uma negativa. Aí foi aquele choque, né? Fomos pra 5ª vez na mesma clínica e eu comecei a entender o porquê daquele ambiente silencioso, cabisbaixo, porque aquela alegria da primeira vez já tinha ido embora. Porque, logicamente, também já passaram pela mesma experiência e também não tiveram êxito, né?..." (P10)

Essa narrativa evidencia, inicialmente, a idealização do tratamento reprodutivo como solução imediata, carregada de esperança e confiança no sucesso, especialmente diante da reputação da clínica e da tecnologia biomédica disponível:

> "... vai ser uma tentativa só e na primeira tentativa mesmo já vamos conseguir. Achando que devido a clínica ser renomada, né?, já ter várias experiências. Então, logicamente, nem passou pela cabeça de uma negativa..." (P10)

Esse fenômeno é descrito por Devroe *et al.* (2022), que destacam como os avanços tecnológicos na reprodução assistida alimentam expectativas irrealistas de sucesso imediato, mesmo quando estatisticamente os índices de insucesso são altos (40%), o que pode gerar frustração e sofrimento. Assim, podemos observar o movimento de deslocamento da euforia inicial do tratamento para a consciência do sofrimento compartilhado, revelando a doença como, também, uma experiência profundamente emocional e relacional.

A Classe 1 evidencia a centralidade do discurso biomédico na compreensão e no manejo da infertilidade, em que prevalece a busca incessante por diagnósticos, exames e tratamentos especializados. No entanto, a esperança pela gestação é transpassada pelas barreiras financeiras e burocráticas, que limitam o acesso universal ao tratamento, sobretudo à falta de informação no contexto do SUS.

4.2.3 Classe 2: Dimensões subjetivas e espirituais da infertilidade

Esta Classe com 92 UCE, representa 18,3% do material, evidencia a subjetividade como estratégias para conviver e/ou superar a infertilidade, ultrapassando o campo biomédico e alcançado a esfera do sentir, acreditar e reconstruir sentidos, conforme as palavras destacadas: deus, adotar, graça, criança, vontade, permitir, psicológico, lidar, entender, passar,

pensar, difícil... Onde revelam à busca de sentido ao enfrentamento da doença por meio da fé, elaboração emocional e consideração de alternativas como a adoção, onde 6 participantes cogitaram a hipótese, porém desistiram por enfrentar obstáculos éticos ou emocionais:

> "... foi citada a questão de adoção, mas por questões outras de entendimento nosso, de como seria cuidar de uma pessoa de fora, então, a gente preferiu não prosseguir ... seria um risco social grande, pelas circunstâncias que a gente percebe, de pessoas que a gente conhece, que, na maioria, tiveram muita dificuldade." (P14)

A adoção é uma das maneiras de ser tornar pai e mãe, apesar de não possuir o mesmo DNA, existe uma relação de vínculo afetivo e direitos legislativos (Deda; Wechinewsky, 2021), mas se tratando de adoção legal, a justiça e o Estado brasileiro conduzem muitos estigmas e são vistos como um serviço deficitário, demorado, e que não cuida bem das crianças que ficam em sua guarda até a aprovação de um lar, favorecendo o indivíduo a encontrar formas ilegais de adoção. De fato, é necessário visitas de assistentes sociais e psicólogos, verificação de renda e moradia estáveis, antecedentes criminais, tem toda uma burocracia para averiguar a capacidade de cuidar de uma criança, afinal, envolve a segurança e a vida de uma pessoa menor de idade (Abreu, 2022). Contudo, é dever do Estado garantir que os candidatos a pais adotivos comprovem sua idoneidade, pois um filho requer responsabilidades e condições dignas e essenciais para viver, morar e se alimentar (Santos; Cruz, 2023).

Portanto, pessoas são desqualificadas, os custos são altos, além do número de adotantes ser maior do que o número de crianças aptas à adoção cadastrados no sistema de adoção, tornando a fila grande e a espera longa, desestimulando ou inviabilizando a adoção. Estudos acadêmicos confirmam que a morosidade institucional no Brasil é um dos fatores que mais prolongam o tempo até a concretização da adoção, ou seja, a demora causada pelo próprio sistema burocrático, o que pode gerar frustração e desistência, seja nas etapas de habilitação, avaliação psicossocial ou a própria decisão judicial. Além de contribuir para dificuldade de adaptação da criança em um novo lar, pois quanto mais tempo passa no centro de adoção, mais se acostuma com o local e com a condição precária de desenvolvimento (Rodrigues; Silva; Toschi, 2024; Deda; Wechinewsky, 2021; Pereira; Moreira, 2019).

As mães que têm apreço pelos filhos, mas querem doar por questões financeiras ou por achar que o filho merece um lar melhor, tendem a preferir doar para pessoas indicadas por conhecidos do que entregar ao serviço governamental, devido ao pré-conceito de que não estaria sendo bem tratado ou pelo receio em ficar lá a vida toda e nunca encontrar uma família que o adote (Abreu, 2022). Gerando esperança nas famílias que pensam em burlar as regras

para obter vantagem em não perder tempo de espera na fila para ter seu filho nos braços, mesmo que seja de maneira incorreta e contra a lei.

Um deles ficou na fila, não foi chamado e chegou a tentar a adoção ilegal, porém sem sucesso devido à má fé das pessoas que se aproveitaram da situação e do desejo insaciável em ter filhos pedindo dinheiro, comida, roupas, fingindo estar pagando plano de saúde para receber o valor em espécie e gastar de outra forma, e até mesmo forjando uma gestação que sequer existiu:

> "Já não deu certo [a fertilização], então vamos partir para adoção. Nós entramos na fila da adoção... fica esperando, esperando, esperando, e passaram quase cinco anos e não fomos chamados." (P10)

> "Pessoas que se utilizam desse sentimento das pessoas, dessa busca, para poder querer tirar vantagens. Pessoas que te pedem assim, ah, você quer? Eu estou grávida, eu não vou querer. E você vai entrando naquele universo, tipo assim, gente, eu estou fazendo uma coisa errada, eu não posso fazer isso, isso é lei, mas a sua busca é tão grande que você vai se permitindo." (P10)

Também conhecida como "adoção à brasileira", essas práticas irregulares de cuidar de uma criança como se fosse sua é amplamente conhecida socialmente, longes dos trâmites da legislação vigente e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são consideradas como crime de acordo com o Código Penal Brasileiro na Lei nº 6.898 de 30 de março de 1981 (Brasil, 1981) que altera o Art. 242 do Decreto-Lei 2848/1940 (Brasil, 1940) dando a nova redação:

> "Dar parto alheio como próprio; registrar como seu o filho de outrem; ocultar recém-nascido ou substituí-lo, suprimindo ou alterando direito inerente ao estado civil: Pena - reclusão, de dois a seis anos." "Parágrafo único - Se o crime é praticado por motivo de reconhecida nobreza: Pena - detenção, de um a dois anos, podendo o juiz deixar de aplicar a pena".

Além do Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 (Brasil, 1940) no Art. 297: "Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro: Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa."

A "adoção à brasileira" contribui para a insegurança jurídica, e para a vivência de sentimentos ambivalentes nos adotantes e adotados (Abreu, 2022).

Um participante que já possui 3 filhos biológicos de relacionamentos anteriores, porém sua parceira há 19 anos, teve 2 gestações tubárias e realizou histerectomia por um mioma e não conseguiu ter um bebê, adotou uma criança ilegalmente, porém afirma que ainda assim, não se sentiram completos, concordando com a afirmação de Abreu (2022) sobre a dualidade de sentimentos em ambas as lateralidades:

> “Depois veio a condição de, de repente, adotar. Nós adotamos. Foi dentro da barriga da mãe, a mãe não quis, falou que ia “tirar”... adotar, é outro caminho também, mas não completa, não completa...” (P1)

Em contrapartida, 6 homens, que não possuem filhos, referiram que tem pretensão de gestação, e não adoção, pela experiência e surpresa que gerar uma vida causa, e 8 a colocam como realização de um sonho:

> “É o sonho de um casal ver a gestação, ver crescendo a barriga, acompanhar, ver o pezinho, ver se é a sua cara. Todo mundo quer, não é? Quero menino, quero menina, ter aquela surpresa, chá de bebê. Acho que o casal quer vivenciar isso, vivenciar essa festa, essa comemoração de ter um filho seu, de ter meu olho, a boca dela, a combinação dos dois.” (P2)

O desejo profundo de não apenas ter um filho, mas vivenciar todos os rituais culturais e existenciais da própria gestação com sua parceira, foi recorrente entre os participantes, sendo referido 6 vezes. Tal expectativa faz parte da identidade essencial da parentalidade e ecoa em estudos que identificam esse anseio. Essas manifestações deixam claro que a gravidez é percebida como um marco intransferível, com valor simbólico extremamente forte para os casais, e que esse desejo pode intensificar o sofrimento quando os obstáculos técnicos, financeiros ou biológicos se impõem (Batista; Bretones; Almeida, 2016; Félis; Almeida, 2016).

A espiritualidade refletida nos termos: deus, graça e vontade, apontam para a influência das crenças religiosas na forma como as pessoas compreendem e vivenciam o processo da ausência de gestação, ditas por 7 participantes como se fosse plano de Deus, e referida 6 vezes como obra do destino:

> “... parece que é o universo... As coisas acontecem.” (P7)

> “A gente ficou pensando em Deus, será que é isso que Deus quer para nós? Bom, se for para acontecer, vai acontecer naturalmente. Aí nós nos agarramos a essa possibilidade de fé que Deus, no momento certo, ia prover...” (P5)

> “Mas achamos inviável [fazer fertilização], porque já que Deus não concedeu no natural, nós achamos que não era a vontade de Deus, então paramos...” (P1)

Desde as escrituras sagradas da Bíblia, o filho é representado como benção divina, logo, muitos entendem a infertilidade como uma forma de castigo e até questionam sua existência. (Lins *et al.*, 2014). Muitos estudos apontam a fé como mecanismo de enfrentamento e atribuição de sentido ao processo da infertilidade, as pessoas recorrem à

espiritualidade e às crenças religiosas como forma de compreender e dar sentido à sua vida. Segundo Koenig (2012), apontou que a qualidade de vida e saúde mental estão associadas à espiritualidade e religiosidade, demonstrando uma ligação à sentimentos positivos, otimismo, felicidade e ao propósito de vida.

A espiritualidade funciona como um recurso, permitindo que as pessoas interpretem a infertilidade como parte da "vontade de Deus", o que pode oferecer esperança e resiliência diante da frustação da ausência de gestação. De acordo com Oppenheimer *et al.* (2025), casais inférteis têm buscado aconselhamento de líderes religiosos com mais frequência do que apoio de psicólogos, e as maiores taxas de sucesso nos tratamentos para infertilidade é advindo de pessoas que incluíram as orações em suas rotinas, reforçando a ideia de que ter uma religião como estratégia de enfrentamento para situações adversas é benéfico.

> "O tempo foi passando, foi passando e acabou que a gente concordou [em não ter filho]. Nosso filho vai ser a obra de Deus e a gente vai se entregar para a obra de Deus." (P5)

Mesmo com algumas oposições religiosas a certos tratamentos, o líder espiritual de um participante católico entendeu sua situação e demonstrou apoio:

> "Porque religiosamente a igreja católica é contra, né? Como dizer assim. Não permite, né? A gente até já se confessou, enfim. O padre que atendeu a gente disse que isso é um tratamento médico. O problema da igreja é o congelamento. Você congela os embriões. Porque para a igreja já tem uma vida ali. E aí você congela, para os embriões. Esse que é o principal problema, segundo ele, mas deixando a gente tranquilo, né? Enfim, deu a absolvição. Que era justo, porque não é uma coisa assim que a gente consegue naturalmente, né? Então você... Colocando como se fosse um tratamento médico é permitido." (P11)

Conforme citado pelo participante, a igreja católica defende que a relação sexual deve ser aberta à transmissão da vida, rejeitando os métodos artificiais de contracepção (Sanches *et al.*, 2018). Todavia, a Instrução Dignitas Personae (CDF, 2008), declara sua posição quando se trata de fertilização, onde existem objeções em relação a FIV, ICSI e congelamento de embriões devido descartar embriões imperfeitos, e defende que nenhuma técnica substitui o ato conjugal, citado como o único digno de uma procriação verdadeiramente responsável, a igreja também encoraja sobre a adoção com argumento de que existem muitas crianças órfãs que necessitam de um lar.

Oppenheimer *et al.* (2025) observou que o recurso a expressões religiosas está relacionado ao alívio do sofrimento e diminuição do estresse, desempenhando um papel positivo e extremamente importante, porém dependendo da visão religiosa, se sofrer

influências conservadoras ou se o indivíduo focar no pecado, pode aumentar a pressão psicológica, culpa e autocobrança (Oppenheimer *et al.*, 2025; Koenig, 2012). Sendo assim, podemos considerar que a maneira de enxergar a espiritualidade influencia diretamente à qualidade de vida e a forma como o casal vivencia a infertilidade e o tratamento, podem dar significados a circunstâncias difíceis e fornecerem um senso de propósito.

Em paralelo a isso, as palavras: psicológico, entender, lidar, pensar evidenciam o impacto emocional dessa difícil experiência e o esforço dos participantes em elaborar seus sentimentos, que muitas vezes são contraditórios:

O participante que disse:

> "Eu não lido, pra mim não faz diferença. Se vier, veio, se tiver que inseminar, inseminou, se tiver que adotar, adotou e se não for pai, não foi pai. Pra mim não faz diferença, como eu disse, meus sentimentos são tranquilos." (P8).

Também disse:

> "Eu tenho esperança de um dia eu fazer a cirurgia ou não ser um diagnóstico permanente e acabar [engravidando]" (P8).

Esses relatos sobre não ter sentimentos relacionados a infertilidade e ao mesmo tempo ter esperança em ter um filho, expressam o esforço emocional contínuo que muitos homens praticam para lidar com a infertilidade. Estudos de revisão e de abordagem qualitativa apontam que homens diagnosticados com infertilidade frequentemente reportam ambivalência entre negação, esperança e sofrimento emocional: níveis elevados de ansiedade, depressão, isolamento, diminuição da autoestima e impacto sobre identidade masculina (Sahoo *et al.*, 2025; Biggs; Halliday; Hammarberg, 2024; Wu *et al.*, 2023; Hanna; Gough, 2020).

Podemos perceber que a infertilidade não é vivida de uma forma única e universal, mas atravessa fatores individuais, culturais e contextuais. Conforme a fala de outro participante, que na primeira gestação da sua esposa enfrentou o desafio da perda gestacional:

> "É muito subjetivo saber exatamente os efeitos disso [infertilidade], mas inevitavelmente trazem efeitos colaterais nessas 3 áreas: física, emocional e social. Com certeza sentimos esses efeitos psicológicos, mas temos superado a cada dia, pela graça de Deus." (P13)

A maneira que o homem amplia a visão e compreensão do seu sofrimento reprodutivo, reconhecendo os impactos negativos que vão além do âmbito biológico, também mobiliza os recursos espirituais para minimizar os sentimentos e manter o equilíbrio da vida cotidiana. Apesar de reconhecer os efeitos adversos, o participante afirma estar superando "a cada dia", o que revela uma postura resiliente, e ademais contraditória, o que é comum nos relatos

masculinos, por oscilar entre negar o sofrimento para preservar sua identidade de homem e assumir as dores emocionais vividas no processo (Obst *et al.*, 2023; Hanna; Gough, 2020).

Essa classe aponta que os homens deste estudo mobilizam sentido, fé e ressignificação como estratégias que vão além do tratamento biomédico, seja através da religião, da adoção ou da tentativa de aceitação emocional, a esperança com fundamentos espirituais reafirma a relevância de práticas de cuidado integral e sensível, ao considerar o conteúdo manifesto e latente dos discursos como revelador de significados individuais e coletivos.

4.2.4 Classe 3: Tecnologias e intervenções reprodutivas

Esta classe possui 86 UCE (17,1%), representada pela associação das palavras: engravidar, tomar, forma, doador, conseguir, remédio, fertilização_in_vitro, óvulo, exame, ginecologista, contraceptivo, tratamento, embrião, genético, hormônio, cisto, útero... Concentrando-se em elementos clínicos e tecnológicos associados ao tratamento da infertilidade por evidenciar como a medicina reprodutiva molda a experiência dos sujeitos e oferece alternativas para gestar, ao mesmo tempo em que impõe desafios físicos, emocionais e financeiros:

> "... nós fizemos seis tratamentos. No sexto deu certo... Tentamos as formas normais, depois fiz punção. Fui fazendo tudo que tinha que fazer. Nada dava certo. Aí tem que fazer ranhuras no útero para poder ver se cola, o embrião cola, que o embrião não estava colando. As explicações técnicas eles têm, mas a gente não aceita, não entende." (P10)

> "Depois de quatro vezes, a gente fez uma bateria de exames. E aí viu que ela tinha esses... Eu não vou lembrar o nome, mas eu vou chamar de cisto, né? Tinha umas coisas ali no útero... Desde o início do ano passado na tentativa da FIV. E na última, agora foi a primeira vez que conseguimos engravidar com FIV, mas ele [embrião] não vai adiante. E ele [médico] acredita que é por causa de... É problema genético no implante. A gente não tem recurso pra fazer o teste genético." (P11)

> "...foi através de um pós-operatório, ela teve que fazer de um mioma, se eu colocar o nome correto é esse, e aí, além do mioma, houve ali, a gente entende que foi um equívoco do médico, que também retirou os ovários dela, e a partir daí, ela já ficou impedida de engravidar, só foi descobrir isso algum tempo depois... [o tratamento] seria a fertilização in vitro, ou seja, eu precisaria usar os óvulos de uma outra mulher, e aí, depois, sim, colocar no útero dela." (P14)

As falas dos participantes acima mostram as diferentes nuances de enfrentamento da infertilidade, onde expõe sobre o tratamento que foi proposto e ao que foram submetidos, o relato de tentativas frustradas evidencia o sofrimento psicológico diante da discrepância entre

as explicações médicas e a experiências do insucesso (Devroe *et al.*, 2022). Também observamos as barreiras econômicas mais uma vez impostas e que limitam o acesso a exames mais específicos, reforçando a desigualdade às tecnologias reprodutivas no Brasil (Correa; Loyola, 2015). Além de citarem que pôde haver iatrogenia, o que pode ter causado a infertilidade ou tornado o sucesso inalcançável, situação essa que pode implicar também na esfera psicossocial. Segundo Gameiro *et al.*, 2024, a forma com que as más notícias são compartilhadas com os pacientes podem afetar como elas são avaliadas e recebidas, o que muitas vezes pode gerar negação e dificuldade em aceitar, mesmo quando a notícia é esperada.

O corpo aparece como foco de intervenção, submetido a exames, aos medicamentos hormonais e a utilização das técnicas de fertilização, relacionadas à expectativa do resultado (engravidar, conseguir), o que imprime um caráter de urgência e esperança ao processo:

> "Ela [esposa] tinha muito receio de tomar algum tipo de hormônio e afetar o corpo, né? De alguma forma. E como ela trabalhava, na época, em banco e tudo, isso aí era... O visual era importante também. E aí ela tinha esse receio, mas mesmo assim, ela... ela fez." (P5)

> "Antes de eu estar junto com ela [companheira], eu encontrei com ela na rua, estava um pouco mais inchada... tomava muito hormônio, estava inchando. E aí foi quando ela me contou que estava fazendo um tratamento para engravidar e não conseguiu, né? Não conseguiu engravidar. E foi até uma decepção para ela, não ter conseguido. Uma coisa que machucou muito ela." (P7)

Conforme relata o participante acima, ele já havia percebido alterações corporais significativas em sua atual companheira quando ainda eram apenas amigos, período em que ela tentava engravidar em outro relacionamento. Essa experiência prévia evidenciou para ele o impacto das TRA sobre o corpo feminino, e agora como parceiro, desperta receios quanto à possibilidade de vivenciar novamente essas mudanças e enfrentar novas frustrações.

Esse cenário revela o domínio da biomedicina no tratamento da infertilidade ao discutir o poder e a medicalização dos corpos, a busca incessante por um diagnóstico e o desejo de engravidar conduzem muitos casais a técnicas de reprodução, que acaba transformando o corpo humano em objeto técnico (Foucalt, 2008). Além de reforçar que a infertilidade é um problema que exige resolução no campo da medicina, sendo frequentemente invisibilizadas as dimensões emocionais e sociais que atravessam esse processo (Correa; Loyola, 2015).

Esse receio da medicalização do corpo se deve ao fato de que a FIV, basicamente, é um processo de produção de células reprodutivas femininas e embriões excedentes, que se

inicia com um ciclo de hiperestimulação hormonal na mulher, através de injeções, com o objetivo de propiciar o amadurecimento de uma quantidade maior de ovócitos de uma só vez, muito mais do que um único folículo do ciclo normal mensal, seguida de monitoramento por ultrassonografias até verificar que estão maduros para serem coletados, para aumentar as chances de conseguir mais embriões viáveis para serem fertilizados e transferidos para o útero, ocorrendo a gestação ou o fracasso da tentativa. O que evidencia que as manipulações médicas são muitos mais intensivas no corpo feminino do que no masculino, as altas doses de hormônios possuem nocividade e efeitos colaterais, como: desconforto e distensão abdominal, hipertrofia ovárica, formação de cistos, cefaleia, cólicas, insônia, oscilação emocional, além do risco de multigemelaridade que pode ser perigoso tanto para saúde da mulher quanto a dos fetos, e o mais grave que pode ocorrer é a Síndrome do Hiperestímulo Ovariano, que ocorre quando os ovários crescem mais do que deveriam e extravasa líquido para a cavidade abdominal podendo evoluir para o óbito (Correa; Loyola, 2015; Barbosa, 2000).

Por volta do ano de 1995, ficou conhecida no Brasil a doação de óvulos e se tornou uma prática comum nas questões onde são necessárias devido o casal ter algum distúrbio na produção de gametas. As doações de material reprodutivo como óvulos, espermatozoides, embriões ou útero, também conhecida como “barriga de aluguel”, repercute na área da reprodução assistida desde o seu início (Correa; Loyola, 2015).

Vale ressaltar que a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.320/2020 (CFM, 2022) descreve as normas éticas para a utilização das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) relacionadas ao tipo de procedimento, como por exemplo: a idade máxima para TRA é de 50 anos; proibição de escolha e sexo ou característica biológica, exceto para evitar doenças; a gestação de substituição (“barriga de aluguel”), onde o CFM diz que a cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo, pertencer à família de um dos parceiros até quarto grau (primos), se não houver parente deverá solicitar autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM), também não pode ter caráter lucrativo ou comercial, assim como a doação de gametas ou embriões.

Algumas clínicas fertileutas propõem a “doação compartilhada” quando o casal não possui recursos financeiros para a fertilização, mas a mulher possui óvulos suficientes para si e para doar, onde ocorre uma “troca”, a receptora do material genético financia o tratamento da doadora, assim sendo, uma consegue dinheiro para fertilizar e a outra consegue os óvulos que não possui, resolvendo a necessidade de duas famílias (Correa; Loyola, 2015; Barbosa, 2000). Segundo Resolução do CFM nº2.320 (CFM, 2022), fica sob responsabilidade do médico assistente a escolha da doadora que tenha maior semelhança fenotípica com a

receptora. Haja vista que a mulher já nasce com todos os seus óvulos da vida, e a cada ciclo menstrual vai se esgotando, quando mais velha, menos possibilidade de reprodução ela terá (Barbosa, 2000; Correa; Loyola, 2015).

Dois participantes citaram a doação de óvulos na entrevista, um tentou receber de uma prima que mora em outro estado, porém desistiu devido ao fato de que iria aumentar ainda mais os custos da TRA com passagens aéreas, e outro citou uma variação da "doação compartilhada" onde a companheira dele indicaria amigas para doar para o banco da clínica em troca de receber exames genéticos e métodos contraceptivos, após conseguir 60 óvulos doados, aí sim receberia o seu tratamento, que no caso, seria a FIV sem ovodoação, pois ela usaria os próprios óvulos. No momento da entrevista ainda não tinha conseguido todas as ovodoações, pois algumas doadoras ainda estavam na etapa dos exames e outras precisariam mudar o estilo de vida e reduzir o Índice de Massa Corporal (IMC) para melhorar a qualidade dos gametas e da saúde antes do procedimento.

> "Precisaria usar os óvulos de uma outra mulher, e aí, depois, sim, colocar no útero dela ...Nós pensamos, inclusive, em uma sobrinha, e aí também ficou insegura, e uma prima dela se ofereceu, mas aí tem deslocamento, é longe, Brasília, Espírito Santo, entendeu? Então, a gente teria que assumir, ou seja, os números foram só crescendo. No início, a gente já viu dificuldade, quando a gente pensou em todas as circunstâncias que iam ter que acontecer, não tinha na nossa cidade, isso não era nem tão comum como é hoje. Isso evoluiu bastante, mas foi a única solução que a gente encontrou naquela época, e a gente entendeu, então, melhor não prosseguir com aquela forma." (P14)

> "...ela [companheira] conheceu até uma médica que faz tratamento, e está precisando de outras pessoas doadoras de óvulos para começar o tratamento dela... Ela conseguiu algumas amigas na faixa de até 34 anos que propuseram ser doadoras de óvulos para que dessa forma ela ganhasse tratamento de fertilização in vitro... E as doadoras ganham métodos contraceptivos, ou o Implanon ou o DIU, também ganham um exame genético que investiga toda a vida genética delas." (P7)

Nesse cenário, compreende-se que mesmo diante dos avanços tecnológicos e da possibilidade de recepção de material genético para gestar, o fator financeiro ainda se impõe como determinante, evidenciando a mercantilização das TRA. A prática da doação compartilhada expõe não apenas as desigualdades de acesso ao tratamento, mas também as dificuldades em encontrar doadoras aptas ao procedimento, diante das exigências clínicas e do controle médico sobre seus corpos, que por sua vez, é frequentemente reduzido a uma função biológica e repositória, ignorando-se as dores físicas, desgaste emocional e reações adversas que atravessam o desejo de gerar uma vida, quanto a naturalização de uma lógica em que o sofrimento da mulher é secundarizado diante da promessa da maternidade.

4.2.5 Classe 4: Cobranças sociais e familiares diante da infertilidade

Esta classe possui 78 UCE (15,5%), e revela a pressão social e familiar que o casal passa na expectativa alheia em ter filhos, com perguntas recorrentes e muitas vezes até disfarçadas em tom de brincadeira, mostrado nas palavras: sempre, cobrança, desejo, neto, perguntar, família, tom, brincadeira, filho, amigo, casal, pai, assunto, delicado... A sociedade trata o assunto de forma superficial, gerando pressão e desconforto, quando na verdade é um assunto delicado para os casais que o vivenciam. Os termos (neto, família, filho, pai) indicam o papel das gerações e das estruturas familiares na cobrança pela parentalidade, onde 7 participantes relataram essas cobranças, visto em:

> "Tem sempre aquela cobrança, né?, da mãe, do pai, do tio, quando é que vai vir meu netinho? Quando é que vai vir meu sobrinho, minha sobrinha? É aquelas conversas assim, mas nunca perguntaram, assim, de quem é o problema, de o que houve. Eu também nunca falei também, sabe? Assim, a resposta que a gente tinha era quando Deus quiser, a gente vai ter." (P5)

> "Não sei se cobram mais um do que o outro, mas toda hora as pessoas cobram até pelo tempo do relacionamento, então toda hora vem alguém e fala: "Ih, já tá na hora de ter filho"... toda hora vem alguém e fala, e muitas vezes a pessoa nem sabe [da infertilidade]. Pra mim não afeta, mas se fosse uma pessoa que ficasse chateada, talvez a cobrança das pessoas afetaria." (P8)

> "Meu pai e minha mãe sonham em ser avós, porque eles já estão com quase 60 anos, entendeu? E eles queriam viver essa questão de ser avós, e não são no momento ... Pelo fato de eu não ter filho, da idade avançada, mais de 30 [anos]. Então meus amigos também brincam, só eu que não tenho filho, entendeu? A minha sogra também brincava, queria um netinho. E tal, mas sempre nesse tom, assim, amigável, né? (risos) Sem cobrança (risos), mas sempre nesse tom de brincadeira, de a gente não ter filho e já estar com uma idade avançada." (P9)

Nas entrevistas acima podemos ver como as interações sociais revelam o quanto a fertilidade é naturalizada como um passo obrigatório da vida adulta e conjugal. Casais passam a ser alvos de perguntas, insinuações e expectativas que muitas vezes desconsideram a complexidade da sua realidade. A maternidade ainda é tratada como um imperativo cultural e a ausência de filhos frequentemente é associada à vida familiar incompleta, ainda que não intencionais, reforçam normas sociais excludentes (Badinter, 2012). Heidemann e Volpato (2022) identificam que as pressões familiares e culturais colocam sobre as mulheres uma expectativa inabalável de serem mães, o que intensifica o estigma quando a gestação não se

concretiza.

Para alguns casais a cobrança social pode afetar mais seu psicológico do que outros, variando conforme a sua sensibilidade ao assunto, o momento do tratamento ou as experiências de perdas e frustrações vividas. A expectativa cultural de que a parentalidade representa um marco de realização pessoal e conjugal intensifica esse processo, gerando sentimentos de inadequação e infâmia. Nessas situações, as interações sociais tornam-se delicadas, uma vez que perguntas invasivas, comparações ou mesmo o silêncio podem ser interpretados como gatilhos de dor emocional. Diante deste fato, há casais que optam pelo resguardo, evitando compartilhar suas tentativas reprodutivas, como foi ouvido por 9 homens nas entrevistas deste estudo.

> "Hoje não tem muita [cobrança] porque as pessoas já sabem, ela já fez tratamento e não conseguiu, não tem muito essa cobrança meio que as pessoas que estão "pisando em ovos", entende? Porque já sabem da situação, sabem que é uma situação dolorosa, delicada, por isso inclusive que agora a gente optou em não falar nada com ninguém para que as pessoas não se sintam desconfortáveis." (P7)

> "No social com a família e até com amigos também. Você não fala de filho. Você não puxa esse assunto. Então, quando alguém puxa você fica constrangido... Tem um impacto social. A gente não puxa esse assunto. Não. E ninguém sabe o que a gente está fazendo [TRA]." (P11)

A decisão de revelar ou não o tratamento é marcada pelo receio de expor sua vulnerabilidade e causar desconforto, embora a quietude possa resultar em solitude e ausência de apoio (Klaus, 2020). O recuo social, o silêncio e o medo do constrangimento são percebidos nessa categoria. Conforme Casto *et al.* (2014), muitos homens optam por não expor sua infertilidade por vergonha ou por evitar causar desconforto em familiares, internalizando expectativas sociais de paternidade invisível e pouco discutida. O estigma associado à infertilidade pode gerar impacto na sua autoestima, isolamento social, julgamento e sofrimento, o que aumenta o risco de solidão e autocensura.

A cobrança social afeta profundamente o bem-estar psicológico e relacionamentos afetivos dos casais. No que diz respeito ao gênero, segundo os participantes entrevistados, 2 deles disseram que a cobrança social maior é para mulher, 1 disse que ele se sente mais cobrado, enquanto outros 4 acreditam que a cobrança é igualmente para o casal. Em contrapartida, 9 entrevistados revelaram que não compartilham esse assunto com familiares e amigos, deixando o tema apenas entre o casal, enquanto 2 homens citaram que não conversam nem com a mulher devido ao fato de que não quererem magoar a companheira.

> "Eu acho que no nosso caso, como ela não consegue [engravidar], afeta mais

> a ela mesmo, as pessoas cobram mais da mulher do que do homem.” (P7)

No gancho acima, que cita que a mulher é mais cobrada socialmente, 10 participantes reconheceram que o sofrimento tende a ser mais intenso para a mulher, seja em decorrência das tentativas frustradas de gestação ou da necessidade de se submeter às terapias hormonais e procedimentos invasivos, como relatam:

> “...quem sente mais é a companheira, porque para a mulher é tudo mais delicado, mais... como eu vou dizer, mais delicado. O homem já é mais frio em relação a essas coisas, o homem até sente, mas não igual a mulher...porque não adiante, mulher é mais sensível, bem mais sensível.” (P3)

> “...ela mesmo se cobrava de não poder ser mãe, de achar que é menos mulher que outra mulher. Eu senti muito forte isso...” (P1)

> “...É que eu nunca me aprofundei sobre isso, porque é uma coisa até que machuca ela.” (P7) – relato sobre ausência de diálogo acerca da infertilidade.

As mulheres costumam ser mais intensamente afetadas pelos efeitos da infertilidade do que os homens, expressando com maior frequência suas emoções e sentimentos em relação ao problema. Por essa razão, muitas relatam sentimentos de inadequação, impotência e tristeza, além de apresentarem maior vulnerabilidade a quadros ansiosos e depressivos. Em geral, é a mulher quem toma a iniciativa de buscar atendimentos médico especializado, entretanto, diante das dificuldades do processo e, sobretudo, do insucesso nas primeiras tentativas de tratamento, tendem a vivenciar maior frustração, e por vezes, manifesta o desejo de interromper o processo terapêutico (Torres; Karam, 2024). A pressão social para maternidade reforça crenças de que “ser mãe” legitima o valor da mulher, intensificando o sofrimento quando essa experiência não acontece. Em suma, para muitas mulheres a infertilidade é vivida não só como uma limitação biológica, mas como uma ferida na autoestima, identidades e intimidade (Heidemann; Volpato, 2022).

Como visto nessa classe, a infertilidade se transforma em uma experiência marcada pela cobrança social, pelo silêncio nas interações familiares e pelo sofrimento feminino acentuado. Mais do que uma condição clínica, trata-se de um fenômeno relacional e cultural, que impacta a autoestima, a conjugalidade e a forma como o casal é percebido em sua rede social.

4.2.6 Classe 5: A dor silenciosa da perda e da tentativa

Esta classe possui 83 UCE (16,5%) e evidencia que experiências como o aborto e a tristeza pela expectativa frustrada em não conseguir engravidar, além de tocar em decisões difíceis e dor emocional, através das palavras: *dar, certo, perder, depois, ruim, grávida, devido, querer, jeito, triste, aborto, sair, forte, decidir, filho, expectativa*... Expressando o impacto emocional de vivências que não resultaram na gravidez desejada, incluindo casos de abortos espontâneos, tentativa sem sucesso ou as tomadas de decisões difíceis que foram necessárias, (*triste, perder, forte*). De modo geral, essa classe expressa o impacto emocional das experiências que não resultaram na gravidez desejada, incluindo abortos espontâneos, tentativas malsucedidas e a necessidade de tomada de decisões difíceis. Os termos identificados sugerem, ainda, a presença de um sofrimento frequentemente silenciado, marcado por sentimentos de perda, frustração e necessidade de resiliência por parte dos participantes.

"... voltou da lua de mel, ela já estava grávida, enfim, mas foi ali dois meses, três no máximo, né? Que começou e aí perdia, né? Isso foi mais três ou quatro vezes..." (P11)

A experiência de abortos consecutivos, inclusive em contextos de fertilização in vitro, também foi evidenciada:

> "Ela teve uma agora [gravidez], a gente até achou que fosse [evoluir]. A gente está fazendo o FIV, né? Foi a primeira vez que engravidou, conseguiu. Só que o embrião, ele meio que para, né? Parou ali, não foi mais." (P11)

> "Soubemos que ela teve um aborto, e a galera fica triste, a gente não planejava, mas foi chato, dá uma tristeza, mas depois acho que vai passando com o tempo, a gente vai sabendo lidar com a dor, aí acho que é mais fácil." (P2)

A experiência de um luto reprodutivo frequentemente silenciado, ainda são socialmente invisibilizadas, apesar de carregarem grande impacto emocional. Esse luto atravessado por sentimentos de tristeza, culpa, impotência e pela sensação de fracasso pessoal podem gerar sofrimento psicológico comparável a eventos traumáticos (Cuenca, 2023). Diante desta vertente, 8 homens disseram que tiveram sentimentos de insatisfação/tristeza ao descobrir a infertilidade, 3 de impotência devido o fator infértil ser advindo da companheira, e 3 demonstraram indiferença de sentimentos por negação da infertilidade devido ausência de diagnóstico.

A persistência do desejo de ter filhos quanto os limites físicos, emocionais e financeiros são carregados de decisões difíceis entre continuar ou desistir do processo.

> "Esse filho sempre foi uma coisa do amor, uma coisa que a gente queria... Eu

> pensei muito claramente que afeta mais a mulher, em termos de tratamento... a minha preocupação... Não sei até que ponto a gente vai levar isso [fertilização]... Ainda não chegou aquele ponto, não tem mais o que fazer. Espero que não chegue... Tem umas duas semanas que... Eu não conseguia dormir...” (P11)

A fala do participante claramente demonstra a preocupação com a parceira em relação até que ponto é viável continuar tentando engravidar diante a múltiplas tentativas sem sucesso, o fazendo questionar sobre qual é o limite do corpo para suportar tantos exames e hormônios, gerando estresse e privação de sono, o que piora a situação, pois implica na alteração das células do corpo ocasionando uma cascata hormonal que pode reduzir os níveis de testosterona e consequentemente contribui para o agravamento da infertilidade (Anjos; Cardoso, 2025; Barbosa, 2000).

De modo geral, casais que estão em tratamento para fertilidade tendem a se sentirem mais estressados devido à preocupação com os custos do tratamento e a incerteza da gestação, a estimulação hormonal contribui ainda mais para a reatividade do cortisol, elevando o nível da exaustão auto culpa e ansiedade (Bezerra, 2018). Paralelo a isso, quanto maior o nível de estresse associado à infertilidade, menor costuma ser a taxa de sucesso das técnicas de fertilização (Cunha *et al.*, 2025). O que nos mostra ser necessário ter suporte psicológico antes e durante o tratamento, para reduzir o estresse e melhorar as taxas de sucesso. Assim como afirmaram 7 dos participantes, que relataram que pelo menos um dos parceiros enfrentou transtornos psicológicos, alguns com uso de medicações, com terapia e outros melhoraram com o passar do tempo. Pela percepção deles, seria de extrema importância ter esse suporte:

> “Então você vai passando por muita coisa, muita coisa assim, ruim. E uma coisa que a gente não teve foi o acompanhamento psicológico. Eu acho que de repente alguém tiver na intenção de adotar assim uma criança, ou então fazer tratamento, é já fazer o tratamento psicológico.”(P10)

> “Eu, da minha parte, não. Ela [esposa] precisou fazer. Fez 1 ano de terapia, aproximadamente, para poder superar essa perda.” (P14)

A dimensão da dor silenciosa presente nos relatos reforça a importância de compreender a infertilidade e as perdas gestacionais a partir de uma abordagem que vá além do biológico, reconhecendo os significados subjetivos, a necessidade e o apoio psicológico, e a validação social para esse sofrimento. A dor da infertilidade pode causar um impacto na conjugalidade, o sofrimento provoca tensão também no relacionamento, diminuição da intimidade, mudanças na comunicação e sentimento de culpa compartilhados entre parceiros (Torres; Karam, 2024; Félis; Almeida, 2016; Batista, Bretones; Almeida, 2016). Conforme os

dados obtidos nesta pesquisa, 4 entrevistados disseram que houve um fortalecimento da união; 3 relataram ter havido um desentendimento inicial, porém o tempo o fizeram superar; 1 acredita que o término de seu relacionamento está associado a não ter conseguido gerar filhos:

> "Ela [companheira] já estava mais ansiosa, no entanto, eu acredito que isso também afetou o nosso término, entendeu? Que ela estava um pouco mais ansiosa pra acontecer [a gestação] ... Não aconteceu." (P9)

Se tratando da sexualidade, todos (14) negaram impacto nessa área, porém 1 se queixou sobre não poder ter relações sexuais durante a TRA:

> "No tratamento você não pode ter [relações]. Na verdade, poderia, mas é preservativo, porque senão você atrapalha todo o tratamento. Então é mais nesse sentido, naquele período em que você está [tratando] não tem relação, porque senão vai complicar tudo o que o médico está fazendo, mas tirando esses períodos, é normal." (P11)

E 1, mesmo após ter conseguido conceber uma criança, relata falha na comunicação conjugal devido se sentir "trocado pelo filho":

> "Não, acho que não interferiu não [na sexualidade] ... agora uma coisa que eu tenho que reclamar é que depois que o menino chegou, eu fiquei pra segundo plano né?" (P10)

Esses resultados revelam diferentes repercussões da infertilidade sobre a dinâmica conjugal e sexual. Enquanto alguns participantes relataram fortalecimento da união diante das dificuldades, outros mencionaram desentendimentos iniciais superados com o tempo, um relatou término do relacionamento, e os demais participantes relataram não ter sofrido nenhum impacto, continuando tudo na normalidade. Em consonância com Faria, Grieco e Barros (2012), que identificaram que embora a infertilidade possa gerar tensão e frustração, também pode promover amadurecimento e maior compromisso conjugal quando há suporte mútuo. Por outro lado, também houve relato de rompimento atribuído à ausência de filhos, o que corrobora pesquisas que apontam impactos negativos da infertilidade na qualidade de vida, no ajuste conjugal e na estabilidade do relacionamento, sobretudo pela sobrecarga emocional e pelas expectativas frustradas.

A comunicação conjugal se mostrou outro ponto crítico, sendo relatados comprometimentos 3 vezes, além de um partícipe que relatou ter a sensação de ficar em "segundo plano" após ter tido o filho que tanto almejou, reforçando sentimentos de exclusão e silêncio vivenciados por homens inférteis, refletindo distanciamento entre o casal, citado por Torres e Karam (2024). No que se refere à sexualidade, houve unanimidade na negação de prejuízos, exceto nos períodos de abstinência exigidos pelos tratamentos, embora a literatura

aponte que a infertilidade e TRA estejam frequentemente associadas a disfunções sexuais, insatisfação e diminuição da libido, além de se tornar uma tarefa mecânica para procriar dissociando-se do prazer (Faria; Grieco; Barros, 2012; Faria, *et al.*, 2024). Tais divergências podem estar relacionadas à negação ou minimização de impactos pelos participantes, bem como às diferentes formas de enfrentamento adotadas pelos casais.

4.2.7 Classe 6: A identidade masculina confrontada pelo diagnóstico de infertilidade

Esta classe revela 95 UCE (18,9%) do total, apresenta uma compreensão racional da infertilidade, e o impacto que a doença tem sobre os valores e identidades pessoais ligada ao ser homem". Representada pelas palavras: normal, descobrir, médico, afetar, porcentagem, problema, dever, masculinidade, inseminação, chance, espermatozoide, acreditar, caso, fertilização, achar, SUS, sentido, entre outras, que traduzem a infertilidade como uma condição quantificável (porcentagem, chance), que provoca reações identitárias e morais (dever, masculinidade, sentido).

> "Ele [o médico] chegou lá e falou assim, você produz bastante [espermatozoide], mais do que a quantidade normal de homem, você produz muito mais do que o normal, só que só 10% deles vivem ... que 10% são 10%, querendo ou não são 3 milhões de espermatozoides, e só precisa de um". (P8)

A tradução numérica da condição e quantidade de espermatozoides viáveis é associada à virilidade e à performance masculina, devido a fala que a quantidade está acima da média e só precisa de um para fecundação, demonstra o apego ao sentimento de auto enganação ao pensar que não está tão ruim, ignorando do fato de que apenas 10% de 100% vivem, o que na verdade é uma porcentagem muito baixa (Sylvest *et al.*, 2018).

Ao serem questionados sobre a infertilidade interferir na sua masculinidade 12 dos 14 entrevistados responderam que não sentem essa interferência, e os outros 2 revelam o impacto e negação marcados pela surpresa e incredulidade do fato de pensarem em possuir a doença:

> "Fiquei surpreso com o resultado do exame que mostrou uma alteração. Nunca passou isso pela minha mente, que poderia ter... Eu até tomo o suplemento que ele passou, que ajudou a melhorar a qualidade do esperma. Então a gente fica chateado, mas eu não tenho o que fazer, isso é uma coisa do organismo". (P11)

> "A partir do momento que eu tivesse um diagnóstico de fato, né?, que eu tenha algum problema, se eu tivesse que fazer de outra forma, com certeza, eu ia me abalar, sim, com certeza. Com certeza ia ser uma coisa, assim, fora do que eu imagino, nem passa pela minha cabeça". (P9)

A certeza da infertilidade aparece como algo inesperado, uma vez que, socialmente, os homens não se percebem como possíveis portadores dessa condição (Silva; Barreto, 2017). Situação essa que é potencialmente desestabilizadora, pois associa-se a uma ameaça simbólica à masculinidade, já que a fertilidade é comumente confundida com virilidade (Hanna; Gough, 2020). Há uma oscilação entre a racionalização de que é uma condição do organismo ao mesmo tempo em que há uma negação em dizer que "nem passa pela cabeça" ter essa condição.

Foi identificado que 4 entrevistados não possuíam diagnóstico definido, principalmente pela ausência de busca ativa por atendimento especializado, seja por desinteresse, postergação da ida ao médico ou pela crença de que a paternidade ocorreria naturalmente "se tivesse que acontecer".

> "Bom, se for para acontecer, vai acontecer naturalmente". (P5)

Essa postura revela contradições, pois ao mesmo tempo em que expressam o desejo de serem pais, evitam o confronto com a possibilidade de infertilidade masculina.

Além disso, se observa um movimento de mascaramento do problema, transferindo para a mulher a responsabilidade pelo insucesso reprodutivo, frequentemente associando a infertilidade a fatores hormonais, psicológicos ou comportamentais femininos. Esse movimento de mascaramento pode ser compreendido como uma estratégia sociocultural, na qual os homens evitam atribuir a si mesmos a possibilidade de infertilidade, preservando assim a imagem tradicional de virilidade e competência reprodutiva. Trata-se de um mecanismo de defesa sustentado por construções de gênero, que levam o indivíduo a minimizar ou deslocar a responsabilidade pelo insucesso reprodutivo, dificultando o reconhecimento da própria vulnerabilidade e retardando a busca por avaliação clínica.

> "Então, ter filho, para mim... Se o problema fosse meu, eu não ia ligar muito também, não, mas... Eu sempre falei... Eu sempre achei que... Na verdade, eu nunca achei nada. Eu sempre estava preparado. Se tiver mais um filho, amém. Se não tiver, vamos vivendo ... Então, o que você acha? Que é seu ou dela? Eu acredito que seja um pouco dela, porque ela passa por muitos processos hormonais. A depressão é um processo hormonal. A menopausa é um processo hormonal. Então, para a mulher é mais complexo. Então, acredito que, devido à má alimentação, não ter uma vida metodicamente com atividade física. Então, acho que, quando regular isso, talvez ela possa até engravidar." (P4)

> "A atual é "ligada" há 14 anos... Meu primeiro relacionamento, eu comecei cedo, né? Então, no começo, a gente se prevenia, né? Aí, depois de um tempo, a gente parou de usar camisinha, lógico. E, mas sendo que ela tinha problema de menstruar. Às vezes, ela ficava um ano sem menstruar. E não procurava o médico, entendeu? E a gente foi tendo uma relação sexual sem

> camisinha, foi tendo, foi tendo e, tipo assim... Não engravidou. Entendeu, mas a segunda... É... Ela falava que usava DIU, né? Há quase dez anos, ela usava o DIU. Aí, depois de um ou dois anos comigo, ela diz ela que tirou o DIU. Entendeu? E... Fomos tendo relação, a relação... Eu tava até vendo aí, eu cheguei até a fazer algum exame pra ver se o problema era eu, mas eu não dei continuidade, não. Aí foi esfriando o relacionamento, já não foi dando mais certo. Aí eu meio que "caguei" também pra isso, entendeu? Pra ver se realmente o problema era em mim. Até porque ela, de um tempo pra cá, começou a ter vários problemas de saúde, né? Aí eu não sei também se isso interferiu ou se o problema era eu, entendeu?, mas enfim... Eu tento ter filho há mais de 20 anos." (P12)

Apesar de relatar 3 relacionamentos longos sem ocorrência de gestações, mesmo após a suspensão de métodos contraceptivos, não houve uma busca efetiva por diagnóstico, o que contradiz a afirmação de "tentar ter filhos há mais de 20 anos". Assim, evidencia-se uma discrepância entre o desejo declarado de paternidade e a ausência de iniciativa em investigar e tratar a possível infertilidade.

Observa-se também, que a ausência de diagnóstico funciona como um mecanismo de defesa psíquica frente ao sofrimento, pois se não há diagnóstico, não há doença, ou seja, o indivíduo não tem culpa por não gerar filhos, pensamento esse que acaba adiando o confronto com a possibilidade de infertilidade para preservar simbolicamente sua identidade masculina. Esse fenômeno já foi descrito em estudos que apontam como os homens tendem a evitar consultas e exames reprodutivos, delegando às mulheres o protagonismo do percurso diagnóstico (Datta *et al.*, 2016).

> "Ela [esposa] não quer fazer inseminação, não sei por que motivo. E acho que ela também não... A preguiça impede de fazer o tratamento dela... Perder o percentual de gordura para acelerar o metabolismo para conseguir ovular. Eu acho que além da falta de tratamento se dá também pela minha baixa porcentagem, como eu disse, são duas pessoas com baixa porcentagem de chance ... Eu não tenho esperança que ela realizaria o tratamento pelo que eu conheço dela, mas eu tenho esperança de eu realizar e acabar vindo o filho pela minha realização." (P8)

As falas analisadas do participante que tem uma infertilidade mista conjugal e não tem filhos, evidencia negação do próprio papel no processo reprodutivo e reforça um padrão de culpabilização da mulher, sustentado em explicações biomédicas superficiais e naturalizadas. Onde ambos possuem infertilidade, porém somente ele poderia ter o mérito em conquistar a gestação, devido ela não realizar o tratamento adequado, segundo ele. Essa tendência de atribuir a culpa para o lado feminino encontram respaldo em estudos nacionais que apontam para a invisibilidade da infertilidade masculina e para transferência de culpa no âmbito conjugal, podendo intensificar o sofrimento feminino e a tensão na relação (Torres; Karam,

2024; Campos; Scorsolini-Comin, 2021).

Culturalmente o homem empenha menos energia para solucionar questões emocionais e buscam menos cuidado especializado de saúde, como as TRA ou consultas periódicas. Ademais a sociedade ilustra a infertilidade como uma demanda feminina, devendo-se o fato da gestação, parto e nascimento estarem ligados ao corpo da mulher (Casto *et al.*, 2014; Silva; Barreto, 2017).

O impacto da infertilidade sobre a masculinidade está relacionado à ideia de que ser homem está historicamente vinculado à capacidade de reprodução e à potência sexual (Hanna; Gough, 2020).

> "Socialmente, o homem não tem filho. Isso gera uma coisa assim, sei lá, não consegue fazer filho, [afeta] mais no social mesmo. A pessoa não consegue. O homem não é varão. Não consegue." (P11)

Para o homem, a ausência da capacidade de procriar o exclui da classe de pertencimento social pela falta de competência para cumprir seu "dever de marido". A prova concreta da fecundidade masculina é conseguir ter um filho, o que reforça sua identidade social, no caso de sua ausência, pode haver interferência nas dimensões socioculturais, sexuais e alterar seu comportamento sendo percebida como uma ameaça à autoimagem, ao sentido de normalidade e ao lugar social do indivíduo. Contudo, silenciar os problemas de saúde em geral, e em especial sobre a infertilidade, pode ser interpretado como uma tentativa de minimizar uma condição percebida como incompatível com os valores masculinos, marcado pela força, virilidade e poder infalível (Casto *et al.*, 2014).

> "...eu não podia nem fraquejar de falar que eu também tô sofrendo ... porque eu tinha que me manter mais forte [que minha esposa]." (P10)

> "Eu tenho uma... um modo de entender algumas coisas meio complexo devido à religião, mas é uma coisa em relação a sentir interessante, porque a mulher, acredito eu, que ela consegue sentir o filho no primeiro minuto da gravidez. O homem, ele só sente que é pai quando ele pega na mão. Então, o meu sentimento foi muito menor de perca, né? Do que ela. Ela sofreu muito, ficou muito mal... Pra mim, foi triste, mas eu não sentia que ela perdeu um filho, entendeu? Eu senti que não deu certo a gestação. Sentimento que eu tive. Porque, eu acho que pro homem, você sente aquele sentimento de caramba, é agora, a vida depende de mim, quando você pega na mão." (P4)

A literatura evidencia que as construções de masculinidade são atravessadas por referenciais simbólicos, que historicamente encontram na religião um dos seus principais organizadores. Retornando ao assunto das representações religiosas, que atribuem ao homem atributos como força, autoridade e liderança, sustentam modelos de masculinidades que

legitimam o homem como figura central no exercício de poder, na condução familiar e na manutenção da ordem social. Não podemos deixar de notar que a religiosidade atua tanto como instância normativa quanto um dispositivo de perpetuação de papéis de gênero hierarquizados, conferindo ao masculino um lugar privilegiado e ao feminino, posições associadas à submissão e ao cuidado (Carvalho, 2024; Lemos, F., 2011).

Ao afirmar que não podia “fraquejar” para não comprometer o papel de força diante da esposa, mostra a internalização e a responsabilidade que os homens têm de serem os provedores morais e emocionais, ocupando um lugar de autocontrole rígido que inibe a expressão de vulnerabilidades, pois demonstrar sofrimento seria percebido como ameaça ao ideal de virilidade. Esse silêncio emocional é a expressão de um sistema de normas que valoriza o homem como sustentáculo emocional e espiritual do lar, mesmo às custas de sua própria saúde psíquica, que, por consequência, limitam transformações mais profundas nas relações de gênero.

Assim como, “o homem só sente que é pai quando pega na mão”, reforçando a ideia de racionalidade masculina ao distanciamento afetivo e à paternidade condicionada a um papel de provedor e responsável, mais do que uma vivência corporal ou emocional imediata. Nessa fala, a religião aparece como mediadora da forma como o homem interpreta o aborto espontâneo, como “não deu certo a gestação”, se distanciando afetivamente da dimensão que é perder um filho, evidenciando a masculinidade hegemônica, reforçada por discursos religiosos, que limitam a expressão emocional dos homens e estruturam modos distintos de atribuição de sentido à perda reprodutiva dentro da conjugalidade.

Tais achados produzem tensões para os homens contemporâneos, que se veem confrontados entre os ideais tradicionais de virilidade e as transformações sociais que demandam novas formas de ser e se perceber (Lemos, F., 2011; Carvalho, 2024).

Essas evidências são particularmente relevantes para a compreensão da infertilidade masculina, uma vez que o não cumprimento do papel reprodutivo pode mobilizar conflitos com esses referenciais religiosos e gerar impactos significativos na construção identitária, na autoestima e na vivência conjugal.

A trajetória da reprodução para homens e mulheres são vistos como diferentes nos serviços de RH, onde se pode observar que o homem não tem um papel de destaque no método, sua função fica focada em apenas acompanhar sua parceira nos exames e procedimentos, devido sua única contribuição ser prazerosa e fornecer os espermatozoides e no máximo utilizar suplementos alimentares não invasivos, mesmo quando a causa é advinda do homem. Apesar deste fato, a infertilidade deve ser compreendida como uma situação

conjugal, independente de quem seja a etiologia (Sylvest *et al.*, 2018; Casto *et al.*, 2014). Ademais se uma pessoa do par possui algum distúrbio o casal não consegue gestar. Muitas vezes inesperada, a infertilidade traz consigo sentimentos de frustração, negação e até tentativas de ressignificação, como o apego a dados laboratoriais que reforçam a virilidade. No entanto, trata-se de uma condição que ultrapassa o indivíduo, atingindo o casal como unidade conjugal, exigindo que o enfrentamento seja compartilhado e reconhecido em sua complexidade biológica, emocional e social.

Visto nessa classe que há um padrão de resistência masculina em assumir a possibilidade de infertilidade, caracterizado pela postergação de exames, pela indiferença aparente diante da ausência de filhos, e sobretudo, pela tendência de direcionar a causa do insucesso reprodutivo às mulheres. Esse processo, além de reforçar desigualdades de gênero, a doutrina religiosa sobre as responsabilidades masculina, perpetua o estigma da infertilidade feminina como sinal de falha corporal e moral, enquanto a infertilidade masculina é negada ou minimizada.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Trata-se de um tema sensível, socialmente associado à esfera feminina, o que dificultou a composição da amostra, especialmente no uso da técnica bola de neve, uma vez que parte dos participantes indicados não deu continuidade ao estudo ou optou por não indicar novos sujeitos, possivelmente em decorrência de receios relacionados à exposição, ao constrangimento e à confidencialidade, bem como ao desconhecimento de pessoas em seu círculo social que vivenciem a mesma situação, em razão da escassez de diálogo sobre o tema. Soma-se a isso a ainda limitada produção científica voltada à experiência masculina da infertilidade conjugal, o que restringiu a interlocução com estudos prévios.

No âmbito metodológico, o gênero da pesquisadora pode ter influenciado a elaboração das narrativas, considerando que questões de infertilidade, masculinidade e intimidade tendem a ser atravessadas por normas de gênero, o que pode ter contribuído para discursos que deslocam a responsabilidade reprodutiva para a mulher e para uma menor elaboração da vivência masculina da infertilidade. Adicionalmente, o estudo não considerou a frequência das relações sexuais ao longo do período analisado, variável relevante na definição clínica de infertilidade. Embora se adote o critério de um ano de relações desprotegidas, e, considerando parâmetros descritos na literatura como a referência a uma frequência média de três a cinco relações semanais, a regularidade dessas relações pode variar, sendo possível que, em alguns casos, tenha ocorrido baixa frequência mensal, o que pode influenciar a interpretação do tempo de exposição ao risco reprodutivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, este estudo evidenciou que a infertilidade, do ponto de vista masculino, ultrapassa a dimensão biológica, assumindo um forte caráter social, cultural e subjetivo nas esferas que englobam todo o ser humano. Os aspectos religiosos demonstram-se como importantes dispositivos simbólicos de fortalecimento emocional frente à dor e à frustração acumuladas nas repetidas tentativas malsucedidas de concepção. Embora a adoção seja considerada por alguns casais como uma alternativa possível, predomina a percepção de que a gestação representa a concretização de um ideal profundamente enraizado, o de vivenciar o processo gestacional em sua totalidade, incluindo os rituais socioculturais que a cercam. Soma-se a isso a complexidade burocrática que permeia o processo adotivo e a persistente sensação de incompletude que emerge da impossibilidade de experenciar a gravidez no ventre da parceira.

A dimensão de gênero se revela de forma marcante no contexto das TRA, evidenciando uma assimetria nos impactos corporais e emocionais enfrentados. Enquanto as mulheres se submetem a inúmeros exames, tratamentos hormonais invasivos e os respectivos efeitos colaterais, os homens, em geral, não vivenciam exposições corporais equivalentes, o que reforça padrões históricos de desigualdade nos papéis reprodutivos.

As redes familiares e sociais, por sua vez, nem sempre estão cientes da realidade vivida pelo casal, e frequentemente reproduzem cobranças naturalizadas que mesmo sem intenção, atuam como gatilhos emocionais e ampliam o sofrimento daqueles que enfrentam a infertilidade em silêncio. Este quadro se intensifica nos casos de tentativas prolongadas e abortos recorrentes, revelando a quão solitária pode ser essa jornada.

No âmbito conjugal, os efeitos da infertilidade variam significativamente. Em algumas experiências, observa-se o fortalecimento da parceria, com maior abertura ao diálogo e amadurecimento mútuo. Em outras, entretanto, a situação culmina em distanciamento afetivo, conflitos, e por vezes, rupturas, como o divórcio. Independentemente da etiologia da infertilidade, seus efeitos recaem sobre ambos os membros da relação, exigindo corresponsabilidade, acolhimento e enfrentamento conjunto.

A masculinidade, embora afetada, muitas vezes permanece silenciada. A dificuldade em buscar diagnóstico ou iniciar tratamento decorre, em grande medida, de construções socioculturais que associam a fertilidade à virilidade, perpetuando o medo de que a infertilidade comprometa a identidade masculina. Essa resistência em verbalizar a dor ou admitir fragilidade mantém o tema como um tabu entre os homens, agravando o sofrimento

psíquico e dificultando intervenções mais precoces.

Diante desses achados, se torna evidente a necessidade de ampliar a abordagem da infertilidade para além da perspectiva médica e somente feminina. É fundamental considerar as dimensões psicossociais, relacionais e subjetivas implicadas nesse processo, incluindo aspectos da conjugalidade, sexualidade e identidade de gênero. A ausência de conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos revela uma falha na APS. Assim, recomenda-se que as políticas públicas e os serviços de saúde público adotem práticas interdisciplinares que integrem o cuidado psicológico e social ao tratamento reprodutivo. Além disso, destaca-se a necessidade de fortalecer a APS como porta de entrada efetiva, atendendo ao compromisso legal de garantir acesso ao cuidado e à informação, o que inclui a abordagem das necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ao diagnóstico e tratamentos com TRA, uma vez que a barreira econômica constitui um dos principais entraves para os casais que sonham em gerar um filho. Bem como, abordar o tema da infertilidade em seus múltiplos aspectos e considerando a perspectiva masculina na formação profissional em saúde.

Nesse contexto, tais achados evidenciam a importância de ampliar a incorporação do papel do homem na saúde reprodutiva, bem como sensibilizar os profissionais e a cultura social para uma abordagem mais inclusiva. No âmbito da enfermagem, esses resultados reforçam a necessidade de uma atuação mais estruturada e integral no cuidado às pessoas que enfrentam a infertilidade, considerando de forma explícita as dimensões masculinas desse processo. Como profissão que atua diretamente na promoção da saúde, no acolhimento e na educação em saúde, a enfermagem desempenha papel estratégico na identificação precoce dos sinais de infertilidade, no esclarecimento sobre direitos reprodutivos e na mediação entre usuários e serviços especializados. Além disso, a sua prática favorece a escuta qualificada, a abordagem das dimensões psicossociais e a atenção às repercussões emocionais, conjugais e de gênero envolvidas no processo reprodutivo. Dessa forma, o fortalecimento da atuação da enfermagem é fundamental para consolidar a APS como porta de entrada efetiva e para promover cuidado integral no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Importante destacar que tais limitações encontradas não comprometem as contribuições do estudo, mas delimitam seu alcance e indicam a necessidade de pesquisas futuras com amostras mais diversificadas, estratégias de recrutamento complementares e diferentes arranjos metodológicos, incluindo a participação de entrevistadores de ambos os sexos, a fim de aprofundar a compreensão da experiência masculina nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. Adoções no Brasil: entre o ilegal e o socialmente aceito. **Revista Políticas Públicas e Sociedade**. UECE, v.1 n.1, 2022. Pág. 113-119. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/pps/article/view/9409?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 09 setembro 2025.

ALMEIDA, V. K. S.; LEMOS, A. **Infertilidade em casais cis heterossexuais:** uma revisão integrativa. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

ANJOS, G. F. R.; CARDOSO, A. M. Associação entre a infertilidade masculina e o estresse psicológico. **RBMC**, v. 11, n. 25, 2025. DOI: 10.36414/rbmc.v11i25.194. DOI: https://doi.org/10.36414/rbmc.v11i25.194 Disponível em: https://rbmc.org.br/rbmc/article/view/194. Acesso em: 28 setembro 2025.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FERTILIDADE. (2020). **(In)fertilidade por onde começar**. Episódio 12. Disponível em: https://apfertilidade.org/infertilidade/. Acesso em: 09 dez. 2025.

BADINTER E. **O conflito:** a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (Bola de neve). **Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient.**, Rio Grande, v. 27, p. 46-60, 2012. Disponível em: https://periodicos.furg.br/remea/article/view/3193/1855. Acesso em: 01 julho 2025.

BARBOSA, R. M. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 212-228, 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/%25x Disponível em https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9879 Acesso em 28 setembro 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, C. L. *et al.* **Tratamentos e assistência para infertilidade masculina:** uma revisão narrativa. In: Dos-santos, E. M. (org.). Muito além do novembro azul: estratégias e cuidados à saúde de homens. v. 2. São Paulo: Cientifica digital, 2024, p. 103-119.

BATISTA, L. A. T.; BRETONES, W. H. D.; ALMEIDA, R. J. O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. **Reprod. Clim.**, v. 31, n. 3, p. 121-127, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004 Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300292 Acesso em: 30 setembro 2025.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** Manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BEZERRA, N. K. M. **Relação entre o perfil psicofisiológico do estresse e o resultado do tratamento de mulheres submetidas a fertilização in vitro**. 2018. Dissertação (Mestrado

em Psicobiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

BIGGS, S. N.; HALLIDAY, J.; HAMMARBERG, K. Psychological consequences of a diagnosis of infertility in men: a systematic analysis. **Asian J Androl**., v. 16, n.1, p. 10-19. 2024. DOI: 10.4103/aja202334. Disponível em: https://journals.lww.com/ajandrology/fulltext/2024/26010/psychological_consequences_of_a_diagnosis_of.2.aspx Acesso em: 18 setembro 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 abril 2025.

BRASIL. Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de novembro de 1940. Regula o Art. 297 no Cap. III, que trata da falsidade documental – Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm Acesso em: 18 setembro 2025.

BRASIL. Lei n° 6.898, de 30 de março de 1981. Dá nova redação ao artigo 242 do Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de novembro de 1940 – Código Penal. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 30 mar. 1981.

BRASIL. Lei n° 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BRASIL. Lei Federal n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7°do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 12 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Acesso em: 10 agosto 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 setembro 2017. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 05 outubro 2025.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**., Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. DOI: https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16 Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf Acesso em 16 julho 2025.

CAMPOS, S. O.; SCORSOLINI-COMIN, F. Infertilidade feminina e conjugalidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 27, n. 3, p. 279-290, setembro/dez., 2021. DOI: https://doi.org/10.18065/2021v27n3.3 Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v27n3/v27n3a04.pdf Acesso em: 07 setembro 2025.

CARVALHO, J. V. M. Construção do masculino: interseções entre religião e o direito de ser. **Plura rev. est. relig**., v. 15, n. 3, p. 54–75, 2024. DOI: 10.29327/256659.15.3-24

Disponível em: https://revistaplura.emnuvens.com.br/plura/article/view/2413. Acesso em: 11 novembro 2025.

CASTO, K. V *et al*. Testosterone, gender identity and gender-stereotyped personality attributes. Horm Behav, Canada, 162, 105540, Jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2024.105540 Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-38652981. Acesso em: 08 julho 2024.

COLLURA, B. *et al*. Identifying factors associated with discontinuation of infertility treatment prior to achieving pregnancy: results of a nationwide survey. **J Patient Exp**., United States, v. 11, 23743735241229380. Fev. 2024. DOI: 10.1177/23743735241229380. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10898306/. Acesso em: 12 outubro 2025

CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ. **Instrução dignitas personae sobre algumas questões de bioética**. 2008. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_po.html. Acesso em: 19 setembro 2025

CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero:** uma perspectiva global. São Paulo: Mersos, 2015.

CONNELL, R.W. **La organización social de la masculinidad**. In: CONNELL, R.W. The social organization of masculinity, Berkeley, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº802/2026**. Atualiza o Anexo da Resolução COFEN nº690 de 22 de março de 2022, que normatiza a atuação de enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Brasília, DF: 16 jan. 2026. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-802-de-16-de-janeiro-de-2026/ . Acesso em: 22 fevereiro 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.320/2022**. Dispõe sobre a regulamentação das técnicas de reprodução assistida. Setembro de 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320. Acesso em: 30 setembro 2025.

CORRÊA M. C. D. V.; Loyola M. A. **Tecnologias de reprodução assistida no Brasil:** opções para ampliar o acesso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 753-77, July-Sep, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300005 Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/kBK3nzhbSQHF9Zp6H9RVnRD/?format=html&lang=pt. Acesso em: 26 agosto 25.

CUENCA, D. Pregnancy loss: consequences for mental health. **Front. Glob. Women's Health**, Switzerland, v. 3, 1032212, Jan 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9937061 Acesso em: 16 setembro 25.

CUNHA, G. B. L. **Enfermagem e a reprodução humana:** uma associação para a vida.2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Rio de Janeiro, 2018.

CUNHA, L.C.G. *et al.* Efeitos do estresse psicológico nas mulheres em processo de Fertilização in Vitro: revisão integrativa. **RESU**, v. 13, supl. 2, 2025. Disponível em: https://periodicos.unievangelicafelis.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/8142/5711 1. Acesso em: 16 setembro 25.

DATTA, J. *et al.* Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. **Hum reproduction**, Oxford, v. 31, n. 9, p. 2108-2118, 2016. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/dew123 Disponível em:: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4991655/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 16 setembro 25.

DEDA, T. A.; WECHINEWSKY, P. M. Morosidade do processo de adoção no Brasil: um estudo acerca da possibilidade da responsabilização estatal. **Acad. Dir.**, Mafra, v. 3, p. 282-303, 2021. DOI: https://doi.org/10.24302/acaddir.v3.3118. Disponível em: : https://www.periodicos.unc.br/index.php/acaddir/article/view/3118/1561 Acesso em: 06 setembro 2025.

DEVROE, J., *et al.* Great expectations of IVF patients: the role of gender, dispositional optimism and shared IVF prognoses. **Hum Reprod**, Belgium, v. 37, n. 5, p. 997-1006, May. 2022. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/deac038 Disponível em: https://academic.oup.com/humrep/article/37/5/997/6537090#google_vignette Acesso em: 25 setembro 2025.

FARIA, A *et al*. Necessidades de casais em tratamento de fertilidade. **Rev. Port. Inv. Comp. Soc.**, Coimbra, v. 10, n. 2, p. 1–17, 2024. DOI: 10.31211/rpics.2024.10.2.331. Disponível em: https://revista.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/331. Acesso em: 6 dezembro 2024.

FARIA, D. E. P.; GRIECO, S. C.; BARROS, S. M. O. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 794–801, ago. 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000400002. Disponível em: https://revistas.usp.br/reeusp/article/view/48089. Acesso em: 1 outubro 2025.

FELIS, K. C., ALMEIDA, R. J. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprod. clim**., Brasil, v. 31, n. 2, p. 105-111. Mai/ago. 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716000078. Acesso em: 30 setembro 2025.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020 Disponívelem:https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 setembro 2025.

FOUCAULT, M**. O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GAMEIRO, S *et al.* What is bad news in fertility care? A qualitative analysis of staff and patients' accounts of bad and challenging news in fertility care. **Hum Reprod**., Belgium, v. 39, n. 1, p. 139-146, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/dead231. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10767966/. Acesso em: 26 setembro 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HANNA, E.; GOUGH, B. The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. **Sociol Health Illn.**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 465-480, Mar. 2020. DOI: https://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.13038 Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.13038 Acesso em: 15 dezembro 2025.

HEIDEMANN, S. C. F; VOLPATO, E. C. F. O estigma da infertilidade e as "pressões sociais" que conduzem à reprodução assistida no oeste paranaense. **Caderno Espaço Feminino.**, Uberlândia, v. 35, n. 2, p. 130-152, jul./dez. 2022. DOI: https://dx.doi.org/10.14393/CEF-v35n2-2022-10. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/68755/35741 Acesso em: 15 dezembro 2025.

HESPANHOL, T. **FIV pelo SUS - Lista atualizada em 2024.** 2024. Disponível em: http://drathaishespanhol.com.br/fiv-pelo-sus-lista-atualizada-em-2024/ Acesso em: 15 dezembro 2025.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**, Brasília, DF: EDA/FBN, 2012. E-book (42 p.). Disponível em: https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf Acesso em: 21 setembro 2025.

JÚNIOR SILVA, C. D. *et al.* Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, p. 1–18, 2022. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26410. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26410. Acesso em: 08 setembro 2025.

KAMI, M. T. M. *et al*. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160069, Jul./Sep. 2016. DOI: https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160069 Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/?format=pdf&lang=em Acesso em: 15 dezembro 2025.

KLAUS, R. T. **Revelação e suas interfaces com o apoio social em casais com infertilidade na trajetória de tratamento com técnicas de reprodução assistida**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Saúde) – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2020.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry.** Cairo, v. 16, 278730, Dec. 2012. DOI: https://dx.doi.org/10.5402/2012/278730 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3671693/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-

278730.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244–253, abr./jun. 2014. DOI: https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MwhZy3WFgBgxnr9g7rdSqdH/?format=pdf&lang=PT Acesso em: 15 dezembro 2025.

LEMOS, F. A representação social da masculinidade na religiosidade contemporânea. **Revista Diversidade Religiosa**., João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 1-17, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/dr/article/view/10736/6007 Acesso em: 15 dezembro 2025.

LINS, P. G. A. *et al*. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estud. psicol.**,Campinas, v. 31, n. 3, p. 387-392, jul./set. 2014. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2014000300007 Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/vhVG4SprPvs6sHXYrd7bcgN/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 15 dezembro 2025.

LOCKS, G. A.; GRAUPE, M. E.; ANTUNES, J. P. A declaração universal dos direitos humanos e as relações de gênero: aportes para a educação. **RESAFE.**, Brasília, n. 26, p. 81–103, 2016. DOI: https://dx.doi.org/10.26512/resafe.v0i26.4847. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/resafe/art icle/view/4847 Acesso em: 15 dezembro 2025.

MAKUCH, M. Y.; BAHAMONDES, L. Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil. **Facts Views Vis Obgyn.**, St-Niklaas, v. 4, n. 4, p. 221-226, 2012. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3987475/pdf/FVVinObGyn-4-221-226.pdf Acesso em: 15 dez2025.

MARANHÃO, K. S. *et al.* Factors related to infertility in Brazil and their relationship with success rates after assisted reproduction treatment: an integrative review. **JBRA Assist. Reprod**., Brasília, v. 25, n. 1, p. 136–149, Feb. 2021. https://dx.doi.org/10.5935/1518-0557.20200051. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7863087/ Acesso em: 15 dezembro 2025.

MARCIANO, R. P.; AMARAL, W. N. Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura. **Femina.**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 379-384, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290571/femina-2021-496-379-384-aspectos-emocionais-em-reproducao-huma_Wvj1JtA.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

MARCIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, May. 2016. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/KvX88c8BfnBTG66xHgMjpQy/?format=pdf&lang=em Acesso em: 15 dezembro 2025.

MARCONATO, T. C. *et al.* Infertilidade masculina: principais causas e terapêuticas

emergentes, uma revisão. **Res., Soc. Dev.** São Paulo, v. 11, n. 10, e405111033139, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.33139.

MIEZ, W. Descortinando estudos em masculinidades: uma análise sobre o catálogo de teses e dissertações da fundação coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior. **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 35, e210137, 2024. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e210137. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/7rGQ6FY64QZ7cJggHnQJPwv/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 15 dezembro 2025.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626. 2012. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=em Acesso em: 15 dez. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

MOHAMED, R. P. S. **Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutivas sobre reprodução humana assistida**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MOURA, E. R. F. *et al*. Atenção básica e infertilidade: conhecimento e prática de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 234–240, 2013. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/7209/5206 Acesso em: 15 dez. 2025.

NONATO, L. O. F. *et al.* Primary Healthcare management strategies in socially vulnerable territories exposed to violence. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 54, e03608, 2020. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018054903608 Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8zVhrhSTNrbJFjFhmXPQTGK/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 dez. 2025.

OBST, K. L. *et al.* “No one asked me if i'm alright": a mixed-methods study exploring information/support needs and challenges engaging men diagnosed with male-factor infertility. **Am J. Mens Health**., Thousand Oaks, v. 17, n. 6, 15579883231209210, Nov./Dec. 2023. DOI: https://dx.doi.org/10.1177/15579883231209210. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38069523/. Acesso em: 24 setembro 2025.

OLIVEIRA, M. G. F.; BUSSINGUER E. Infertility: Unified Health System and the fundamental right to family planning. **Rev. Bioética.,** Brasília, v. 32, e3777EN, p.1-12, 2024. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/1983-803420243777PT Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/tqTHSMKKsPWZf5yR6LmMKLS/?format=pdf&lang=em Acesso em: 15 dezembro 2025.

OLIVEIRA, N. S. *et al.* Considerações sobre infertilidade masculina. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde, Aracaju, v. 1, n. 2, p. 21–26, 2013. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/254/280 Acesso em: 15 dezembro

2025.

OPPENHEIMER, D. *et al*. Quality of life in infertile patients in Brazil: religious spirituality as a coping mechanism. **Acta bioethica**, Santiago, v. 31, n. 1, p. 79-88, jun. 2025. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2025000100079 Disponível em: https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v31n1/1726-569X-abioeth-31-01-79.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

OPPENHEIMER, D.; REGO, F.; NUNES, R. The search for the principle of justice for infertile couples: characterization of the brazilian population and bioethical discussion. **BMC Med Ethics**., London, v. 24, n. 69, p. 1-9, Sep. 2023. DOI: https://dx.doi.org/10.1186/s12910-023-00947-4 Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12910-023-00947-4 Acesso em: 15 dezembro 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo:** a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Brasília: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf Acesso em: 26 agosto 2025.

PEREIRA, S. C.; MOREIRA, I. Morosidade no processo de adoção. **Extensão em Foco**. Caçador, v. 5, n. 1, p. 49–59, 2019. Disponível em: https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/extensao/article/view/2101/1038 Acesso em: 15 dez. 2025.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, ago. 1995. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010 Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/?format=pdf&lang=PT Acesso em: 15 dez. 2025.

RIBEIRO NETO, B. *et al.* Psychosocial aspects of infertility and the impact of assisted reproductive techniques - a comprehensive review. **JBRA Assist Reprod.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 378-393, Jul. 2025. DOI: https://dx.doi.org/10.5935/1518-0557.20250002 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12225119/ Acesso em: 15 dezembro 2025.

RODRIGUES, M. N.; SILVA, V. A. A.; TOSCHI, M. S. A morosidade do processo de adoção e a institucionalização das crianças no abrigo um olhar para adoção tardia. **Revista Raízes no Direito.**, Anápolis, v. 13, n. 2, p. 73-94, ago./dez. 2024. DOI: https://dx.doi.org/10.37951/2318-2288.2024v13i2.p73-94 Disponível em: https://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/raizesnodireito/article/view/8063/5660 Acesso em: 15 dezembro 2025.

SAHA, S. *et al*. Application of stem cell therapy for infertility. **Cells.**, v. 10. n. 7, 1613, Jun. 2021. DOI: https://doi.org/10.3390/cells10071613 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8303590/pdf/cells-10-01613.pdf Acesso em: 15 janeiro 2026.

SAHOO, S. *et al.* The psychological impact of male infertility: a narrative review. **Cureus**., Palo Alto, v. 17, n. 8, e89453, Aug. 2025, DOI: https://dx.doi.org/10.7759/cureus.89453

Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12413911/pdf/cureus-0017-00000089453.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHES, M. A. *et al.* Influência católica no planejamento familiar: estudo sobre parentalidade responsável. **REVER.,** São Paulo, v. 18 n. 2, p. 131-144, 2018. DOI: https://dx.doi.org/10.23925/1677-1222.2018vol18i2a9 Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/38982/26442 Acesso em: 15 dezembro 2025.

SANTOS, B; CRUZ, A. A problemática da adoção ilegal no Brasil: exposição das consequências jurídicas da denominada “adoção à brasileira”. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Anima Educação, 2023.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721 Acesso em: 15 dez. 2025.

SHREFFLER, K. M.; GREIL, A. L.; McQuillan, J. Responding to Infertility: lessons from a growing body of research and suggested guidelines for practice. **Fam. Relat**., v. 66, n. 4, p. 644-658, Oct. 2017. DOI: https://doi.org/10.1111/fare.12281 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5798475/pdf/nihms912780.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

SILVA, E. F. G.; BARRETO, C. B. T. Homens que vivenciam a infertilidade: clientes da "cegonha tecnológica". **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 10-21, jan./abr. 2017. DOI: DOI: https://doi.org/10.18065/RAG.2017v23n1.2 Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a03.pdf Acesso em: 15 dezembro 2025.

SILVA, P. A. *et al*. Características epidemiológicas e obstétricas de mulheres com abortamento recorrente e fatores de risco. **Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR.**, Umuarama, v. 28, n. 2, p. 48-62, 2024. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-10920. https://dx.doi.org/ 0.25110/arqsaude.v28i2.2024-10920 Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10920/5321 Acesso em: 15 dezembro 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. Movimento da fertilidade, s.d. Disponível em: https://sbra.com.br/fertilidade-o-tempo-nao-para/. Acesso em 07 setembro 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. CASALECHI, M. A reprodução humana assistida no SUS: saúde reprodutiva é um direito constitucional, 2018. Disponível em: https://sbrh.org.br/comite/embriologia/a-reproducao-humana-assistida-no-sus-saude- reprodutiva-e-um-direito-constitucional/. Acesso em: 26 abr. 2025.

SOUZA, M. C. B. Latin america and access to assisted reproductive techniques: a brazilian perspective. **JBRA Assist Reprod**., v. 18, n. 2, p. 47-51, Jun. 2014. DOI:

https://dx.doi.org/10.5935/1518-0557.20140004 Disponível em: https://www.jbra.com.br/media/trab/arq_236 Acesso em: 15 dezembro 2025.

SYLVEST, R. *et al*. Low semen quality and experiences of masculinity and family building. **Acta obst. gyn. scand**., Copenhagen, v. 97, n. 6, p. 727-733, Jun. 2018. DOI: https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13298. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13298 Acesso em: 15 dezembro 2025.

TORRES, J. D.; KARAM, B. F. D. A. Impactos psicológicos e sociais da infertilidade masculina. **Revista Cientifica UNILAGO**, v. 1 n. 2, 2024. Disponível em: https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/1147/947 Acesso em: 15 dez. 2025.

TRAMONTANO, L. The others are the others: perceptions of male users about the adverse effects of testosterone. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 31, n.1, e210116, 2022. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902021210116 Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/f8YDNDHFKXjTD74VGQjbNQv/?format=pdf&lang=em Acesso em: 15 dezembro 2025.

VALADARES, R. R. F.; ALVES, L. A. M. T.; BEZERRA, M. L. R. A enfermagem no contexto da reprodução assistida: uma revisão integrativa da literatura. **Res., Soc. Dev.**, Itabira, v. 10, n. 15, e137101522801, 2021. DOI: https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22801 Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/22801/20141 Acesso em: 15 dezembro 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, ago./dez. 2014. DOI: https://dx.doi.org/10.20396/temáticas.v22i44.10977 Disponível em: https://econtents.sbu.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250 Acesso em: 15 dezembro 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infertility**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://redlara.com/images/arquivo/Infertility.pdf. Acesso em: 06 setembro 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infertility prevalence estimates, 1990-2021**. Geneva: 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/978920068315. Acesso em: 06 dezembro 2024.

WU, W. *et al.* Psychological, social, and sexual challenges affecting men receiving male infertility treatment: a systematic review and implications for clinical care. **Asian j. androl.**, Beijing, v. 25, n. 4, p. 448-453, Jul./Aug. 2023. DOI: https://dx.doi.org/10.4103/aja202282. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10411259/pdf/AJA-25-448.pdf Acesso em: 15 dez. 2025.

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade: _____anos
2. Cor auto declarada: □ Branco □ Preto □ Pardo □ Amarelo □ Indígena □ Outros:
3. Religião:_____Praticante? □ Sim □ Não
4. Escolaridade: □ Ensino Fundamental Incompleto □ Ensino Fundamental Completo □ Ensino Médio Incompleto □ Ensino Médio Completo □ Ensino Superior Incompleto □ Ensino Superior Completo □ Especialização □ Mestrado □ Doutorado
5. Profissão / Ocupação: _____
6. Renda Familiar: □ Não Possui Renda □ De 1 a 2 Salários Mínimos □ De 3 a 5 Salários Mínimos □ Mais de 5 Salários Mínimos
7. Situação Conjugal: □ Solteiro □ Casado □ União Estável □ Outros:
8. Tempo de Relacionamento: _____

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Saúde Reprodutiva:

1. Possuem filhos? □ Sim □ Não. Se sim, quantos? Do casal, ou de apenas um cônjuge? Qual idade?
2. Quantas vezes a mulher engravidou? (história de abortos) me fale sobre?
3. Conte-me sobre a sua jornada de infertilidade até o momento.

a. Quanto tempo convive com a infertilidade?
b. Origem da infertilidade ( )Masculina ( )Feminina ( )Ambos ( ) Desconhecida
c. Há diagnóstico para causa da infertilidade?
d. Realizam ou já realizaram algum tratamento para infertilidade? Qual? E em qual setor ( ) público ( ) particular
e. Já fizeram ou pretendem fazer algum método de fertilização/reprodução assistida para gestar?

4. Já dividiu essa situação com alguém?
5. Quais sentimentos foram vivenciados após o diagnóstico de infertilidade?
6. Quais seriam os efeitos físicos, emocionais e sociais que a infertilidade teve em sua vida? E no seu relacionamento?
7. Como a infertilidade tem afetado a dinâmica do relacionamento conjugal? Tem alguma influência na sua sexualidade? E na sua masculinidade?
8. Como você observa a vivência da sua parceira em relação à infertilidade?
9. Em relação a gênero, teve diferença nas relações sociais?
10. Como se deu o acolhimento dos profissionais e a prestação de serviços de saúde na sua trajetória de descobrimento da infertilidade? (e/ou fertilização?).
11. O que você pensa sobre Reprodução Humana Assistida? Aceitaria realizar, se fosse necessário? Acha que interferiria na sua masculinidade?
12. Quais foram às expectativas e esperanças que você teve em relação ao tratamento da infertilidade? Como você lida ou lidou com as incertezas e possíveis resultados?
13. Hoje, quais são as suas expectativas em relação a ter um filho?
14. No quesito infertilidade, você sabe quais são os seus direitos sexuais e reprodutivos?
15. Se fosse descrever a infertilidade com uma palavra, qual seria?
16. Deseja falar algo mais?

Fonte: A autora, 2024.

Muito obrigada! Sua participação foi muito importante e reforço que esta entrevista será anônima e os dados desta pesquisa serão divulgados somente em periódicos e em eventos científicos sem identificar os participantes.

APÊNDICE C – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA ENTREVISTA

Olá, tudo bem?

Sou Roberta Araujo Gomes Gonçalves, pesquisadora principal da pesquisa intitulada **"AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA",** e gostaria de convidá-lo a participar deste estudo que integra o projeto de pesquisa de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO/UNIRIO.

Nesta pesquisa entrevistaremos homens que possuem união estável com mulheres e apresentam algum tipo de infertilidade conjugal, com o propósito de compreender as percepções masculinas sobre a infertilidade identificar os impactos que a infertilidade causa no relacionamento conjugal. Sua participação será de grande valia, pois poderá contribuir para o conhecimento a respeito da sua perspectiva sobre a infertilidade de sua parceira, favorecendo o desenvolvimento de estudos e pesquisas futuras e, consequentemente, para melhoria da atenção à saúde de pessoas que se encontram nesta mesma condição.

Se houver interesse em participar, por gentileza, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Pesquisa através deste link: (https://forms.gle/4iBvZGNsMejSH6uN6).

Dessa forma, poderemos avançar com sua participação no estudo. Em caso de não concordância, basta fechar a página do seu navegador. Agradecemos desde já pela atenção disponibilizada.

Atenciosamente,

Roberta Araujo Gomes Gonçalves

Mestranda em Ciências da Saúde pelo PPGENFBIO/UNIRIO Pesquisadora Principal

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Link para acesso ao formulário: (https://forms.gle/4iBvZGNsMejSH6uN6).

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada **"AS REPERCUSSÕES DA INFERTILIDADE CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA MASCULINA"** Pretendemos compreender as percepções masculinas sobre a infertilidade, além de identificar os impactos que a infertilidade causa no relacionamento conjugal.

Esta pesquisa está vinculada ao Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (LEGS) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e integra o projeto de pesquisa de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências-PPGENFBIO/UNIRIO.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista online agendada com a pesquisadora principal, (em uma sala virtual através da plataforma de conversa Google Meet (https://meet.google.com/dqk-vwtp-apt)). O dia e horário da entrevista serão agendados assim que sua aceitação em participar desta pesquisa for finalizada. O agendamento será através do e-mail que você irá cadastrar abaixo.

O tempo da entrevista será em torno de 30 minutos. A entrevista será direcionada através de um roteiro, ao qual a pesquisadora principal irá realizar perguntas relacionadas ao tema proposto anteriormente. A entrevista pela plataforma de videochamada Google Meet poderá ser acessada através de computadores, smartphones ou tablets. A conversa será gravada pela própria plataforma de conversa e logo após, salva e arquivada no computador da própria da pesquisadora, visando minimizar os riscos de vazamento de dados.

Sua participação é muito importante, e poderá contribuir para o conhecimento a respeito da perspectiva masculina sobre a infertilidade feminina, favorecendo o desenvolvimento de estudos e pesquisas futuras que contribuirão para esta temática, e, consequentemente, para melhoria da atenção à saúde de pessoas que se encontram nesta mesma condição.

Sua participação será voluntária não havendo nenhuma despesa ou recebimento de benefício financeiro. Esta pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. Os riscos quanto uma pesquisa de forma online pode ser relacionado à divulgação dos dados coletados, considerando que os dados ficarão armazenados em um computador. Porém, ressalta-se que a entrevista será somente entre a pesquisadora principal e o entrevistado, sendo o material resguardado em sigilo por 5 anos em arquivo no computador da própria pesquisadora. Para mitigar tais riscos, os dados não serão compartilhados via e-mail com a outra pesquisadora da pesquisa, de modo a minimizar tais riscos de vazamento de dados.

A entrevista será gravada, transcrita e analisada na íntegra. Não há custos para a participação em qualquer fase deste estudo e nem compensação financeira. O participante poderá solicitar esclarecimentos a qualquer momento, caso necessário, e tem a liberdade de recusar a participar desta pesquisa e de se retirar do estudo a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo pessoal. Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidenciais. Os participantes terão suas identidades preservadas e, suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através da letra (P) seguido de numeração (1,2,3…) e em nenhum momento seu nome será divulgado.

Ao responder as perguntas do roteiro de entrevista, o entrevistado também poderá se sentir desconfortável e incomodado ao falar sobre determinadas situações já vivenciadas, sendo assim, poderá não respondê-las. Caso o entrevistado sinta-se constrangido, a pesquisa

será interrompida temporariamente e/ou permanentemente de acordo com o estado emocional do participante da pesquisa, como de acordo com as resoluções n° 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde. Como cautela, a pesquisadora principal se compromete a zelar pela integridade e bem estar dos participantes da pesquisa e proporcionar assistência imediata, nos termos da Resolução supracitada.

Gostaríamos de ressaltar que esta pesquisa envolve risco mínimo à integridade moral dos participantes. A pesquisa não necessariamente trará benefícios diretos, mas fazendo parte desta pesquisa, estará enriquecendo o tema. Os benefícios relacionados a participação será obter uma compreensão mais completa e minuciosa da perspectiva do homem na infertilidade de sua companheira, permitindo que profissionais de saúde em geral tenham acesso a recursos científicos valiosos que poderão agregar conhecimento e aprimoramento das práticas para atender a esses casais de maneira mais apropriada.

O entrevistado poderá ter informações sobre o acompanhamento e a assistência a que terá direito como participante da pesquisa, através de relatórios divulgados pela pesquisadora principal. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Além disso, será evidenciado que os resultados da pesquisa são para fins científicos, e que os mesmos poderão ter acesso livremente aos resultados. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito de solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 19).

A pesquisadora principal se empenha na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante desta pesquisa, colocando de forma acessível aos participantes, com o envio dos trabalhos científicos resultantes do estudo. A pesquisadora estará disponível através de aconselhamentos e orientações para os participantes, como uma forma de retorno, sem prejuízo do retorno à sociedade em geral.

Em caso de alguma dúvida quanto a pesquisa e o conteúdo da mesma, os esclarecimentos serão disponibilizados pela pesquisadora em todo o momento. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob guarda e responsabilidade da mesma, por um período de 5 anos após o término da pesquisa como consta na resolução n° 466/2012.

É de responsabilidade da pesquisadora principal estar em conformidade com as exigências das Resoluções n° 466/2012 e 510/2016, quanto a coleta de dados e o cumprimento deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Após ler as informações transmitidas neste documento e tirar todas as dúvidas a respeito da pesquisa em questão, no caso de aceitar o convite, sinalize com resposta positiva ao final deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Uma via do documento preenchido assinado pelos pesquisadores será garantida para você e seguirá para seu e-mail. É importante também que você guarde em seus arquivos uma cópia do documento.

Caso sua resposta seja negativa, não sofrerá nenhuma penalidade, apenas feche a página do seu navegador. Em caso de dúvidas, entre em contato com roberta.araujo@edu.unirio.br / adrianalemos@unirio.br / cep@unirio.br.

Para aceitar basta marcar a opção a seguir: Ao selecionar a opção abaixo, você concorda em participar da pesquisa conforme TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche a página do seu navegador. OBS: O TCLE será enviado para você através do e-mail, por isso solicitamos o mesmo, apenas os pesquisadores terão acesso a ele. O anonimato será mantido.

Pesquisadora Responsável: Roberta Araujo Gomes Gonçalves Coren/RJ: 566.235

Mestranda em Ciências da Saúde pelo PPGENFBIO/UNIRIO Contato: (21) 97209-1377

E-mail: roberta.araujo@edu.unirio.br

Orientadora da Pesquisa: Profª Drª Adriana Lemos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
Rua Doutor Xavier Sigaud nº290 Praia Vermelha, 22290-030 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil Telefone: (21) 25427142, Ramal: 7142
E-mail: adrianalemos@unirio.br

Contato do CEP/UNIRIO:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296, subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail: cep@unirio.br

APÊNDICE E – QUADRO SÍNTESE DA SATURAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Temas	P 1	P2	P3	P4	P5	P 6	P7	P8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	Total de recorrências
Aceitação / conformação com a infertilidade	**X**	x	x	x	x			x				x		x	8
Empatia pela companheira	**X**	x	x	x	x		x			x	x				8
Sentimento de Insatisfação	**X**	x	x	x		x	x			x	x		x	x	10
Transtornos psicológicos	**X**			x		x				x	x		x	x	7
Sugestão de RHA receosa devido à religião	**X**										x				2
Idade avançada para concepção	**X**	x		x	x					x	x			x	7
Adoção ilegal	**X**									x					2
Intimidade preservada	**X**		x		x		x	x	x	x	x	x			9
Fortalecimento da união	**X**				x					x	x				4
Ausência de impacto na sexualidade	**X**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Queixas sobre a RHA por ausência de relações sexuais	**X**										x				2
RHA válido apenas para casais jovens sem filhos	**X**			x											2
Sofrimento é maior para mulher	**X**	x	x	x	x		x	x	x	x	x				10
Negação de impacto na masculinidade	**X**	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	12
Sensação de coincidência cósmica	**X**						x	x	x			x		x	6
Abstenção Divina	**X**	x		x	x							x	x	x	7
Esperança através da fé	**X**	x		x	x								x	x	6
Gestação como realização de um sonho		**X**	x			x	x		x	x	x	x			8
Barreiras financeiras para RHA		**X**	x								x	x		x	5
Desistência da RHA pela incerteza do sucesso		**X**			x									x	3
Pensamento de adoção		**X**			x	x		x		x				x	6
RHA como único tratamento para gestar		**X**	x		x		x	x		x		x		x	8
Desentendimento inicial superado com o tempo			**X**			x							x		3
Ausência de diagnóstico por receio dele				**X**				x	x	x		x			5
Sugestão de a infertilidade ser de origem feminina				**X**				x			x	x			4
Cobrança Social					**X**		x	x	x	x	x		x		7
Evita o assunto para não magoar a mulher							**X**				x				2
A mulher evita falar do assunto								**X**							1

Sentimento de indiferença por negação de infertilidade								**X**	x			x			3
Dificuldade na comunicação								**X**		x	x				3
Término influenciado pela infertilidade									**X**						1
Afirmação de impacto na masculinidade									**X**		x				2
Se sente trocado pelo filho										**X**					1
Total de novos enunciados	**17**	**5**	**1**	**2**	**1**	**0**	**1**	**3**	**2**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-**

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFERTILIDADE FEMININA SOB A PERSPECTIVA MASCULINA
Pesquisador: Roberta Araujo Gomes Gonçalves
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 81874624.2.0000.5285
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.993.523

Apresentação do Projeto:
Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pelo/a pesquisador/a responsável:
As informac¿o¿es elencadas nos campos "Apresentac¿a¿o do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliac¿a¿o dos Riscos e Benefi¿cios" foram retiradas do documento Informac¿o¿es Ba¿sicas da Pesquisa e Projeto detalhado CAAE: 81874624.2.0000.5285, datado em 24/07/2024.

Introdução: A infertilidade é uma circunstância que afeta muitos casais cis heterossexuais na idade reprodutiva, abortos constantes e dificuldades para concepção. Podendo ser individual ou conjugal, porém, em diversas culturas, a capacidade de conceber filhos é associada à masculinidade, podendo desafiar essas noções tradicionais e questionamento sobre a autoestima e identidade do homem, além do risco de conflitos psicossociais e conjugais. Objetivos: Compreender as percepções masculinas sobre a infertilidade feminina; identificar os impactos que a infertilidade causa no relacionamento conjugal; explorar a influência da reprodução humana assistida no aspecto da masculinidade. ¿
¿Metodologia
A metodologia utilizada será uma pesquisa de campo de caráter qualitativa, para melhor compreensão e aprofundamento dos fenômenos que serão explorados a partir da perspectiva dos participantes, com entrevistas semiestruturadas...

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.993.523

[...]

Os participantes da pesquisa serão homens cis heterossexuais, maiores de 18 anos, que possuem uma união estável com mulheres que tiveram o diagnóstico de infertilidade. O recrutamento dos participantes ocorrerá através da técnica de ¿Bola de Neve¿, sendo iniciada a produção dos dados com participantes selecionados por conveniência, onde um participante indica outros participantes que se adequem aos critérios de inclusão estabelecidos. [...] As pessoas indicadas para a entrevista receberão um convite de participação por via mensagem eletrônica (e-mail ou redes sociais: Instagram ou Whatsapp) (APÊNDICE A), contendo um link criado no aplicativo gerenciador de pesquisa Google Forms com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após a aceitação da participação, será agendado um dia e horário para a realização das entrevistas através do programa de comunicação por videochamada Google Meet.¿

A pesquisa não possui um cenário específico, tendo entrevistas semiestruturadas e ofertadas nas modalidades online, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A abordagem será composta por argumentos relacionados aos homens casados com mulheres que possuem algum tipo de infertilidade, sustentado o conceito de entrevista, proferindo perguntas padronizadas para coletar dados (APÊNDICE C), desenvolver e compreender a relação dos entrevistados sobre o assunto, bem como a utilização dos critérios de avaliação para chegar aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE D). (Gil, 2010). Para o processamento e tratamento do corpus de análise será utilizado o software IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) [...] As entrevistas serão analisadas pela Análise de Conteúdo Temático-categorial,.

Objetivo da Pesquisa:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pelo/a pesquisador/a responsável:

Compreender as percepções masculinas sobre a infertilidade feminina.

Identificar os impactos que a infertilidade causa no relacionamento conjugal.

Explorar a influência da reprodução humana assistida no aspecto da masculinidade

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.993.523

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
pesquisador/a responsável:
Riscos:

Vale citar que este estudo não oferecerá risco à integridade física dos participantes, porém, poderá gerar algum mínimo desconforto, ou até mesmo um constrangimento, pelo conteúdo das questões e pelo tempo da entrevista. O participante ficará livre para recusar ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo pessoal.
O anonimato será respeitado de forma que os participantes serão identificados nas entrevistas com a letra P (participantes) seguidos por uma sequência crescente de números (ex: P1, P2, P3...). Garantindo aos participantes que as informações prestadas não serão usadas contra eles.

No TCLE:
¿sta pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. Os riscos quanto uma pesquisa de forma online pode ser relacionado à divulgação dos dados coletados, considerando que os dados ficarão armazenados em um computador. Porém, ressalta-se que a entrevista será somente entre a pesquisadora principal e o entrevistado, sendo o material resguardado em sigilo por 5 anos em arquivo no computador da própria pesquisadora. Para mitigar tais riscos, os dados não serão compartilhados via e-mail com a outra pesquisadora da pesquisa, de modo a minimizar tais riscos de vazamento de dados.

A entrevista será gravada, transcrita e analisada na íntegra. Não há custos para a participação em qualquer fase deste estudo e nem compensação financeira. O participante poderá solicitar esclarecimentos a qualquer momento, caso necessário, e tem a liberdade de recusar a participar desta pesquisa e de se retirar do estudo a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo pessoal. Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidenciais. Os participantes terão suas identidades preservadas e, suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através da letra (P) seguido de numeração (1,2,3¿) e em nenhum momento seu nome será divulgado.

Ao responder as perguntas do roteiro de entrevista, o entrevistado também poderá se sentir desconfortável e incomodado ao falar sobre determinadas situações já vivenciadas, sendo

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



assim, poderá não respondê-las. Caso o entrevistado sinta-se constrangido, a pesquisa será interrompida temporariamente e/ou permanentemente de acordo com o estado emocional do participante da pesquisa, como de acordo com as resoluções n° 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde. Como cautela, a pesquisadora principal se compromete a zelar pela integridade e bem estar dos participantes da pesquisa e proporcionar assistência imediata, nos termos da Resolução supracitada.

Benefícios:

A participação no estudo pode não resultar em benefícios diretos para o entrevistado. No entanto, poderá contribuir para o conhecimento a respeito da perspectiva masculina sobre a infertilidade feminina, favorecendo o desenvolvimento de estudos e pesquisas futuras que contribuirão para esta temática, e, consequentemente, para a elaboração de estratégias de saúde mais eficazes, visando aprimorar a qualidade da assistência prestada à população afetada por essa condição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do projeto de mestrado da discente Roberta Araujo Gomes Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UNIRIO. Sua orientadora, Profª Drª Adriana Lemos Pereira está cadastrada na plataforma Brasil. Trata-se de uma pesquisa relevante que se dará de forma virtual. No TCLE a pesquisadora relata que as entrevistas serão gravadas e armazenadas em seu computador, fora da nuvem. Também no TCLE a pesquisadora entende a sensibilidade do tema e se disponibiliza a prestar o suporte em caso o entrevistado sinalize a necessidade. Também estão claros os riscos e benefícios ao participante, bem como a indenização e ressarcimento. As Resoluções n° 466/2012 e 510/2016 são citadas no documento e no TCLE. A devolutiva ao participante está garantindo através de contato com a pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme resoluções CNS 466/12 e 510/16, os documentos listados foram apresentados sem a necessidade de ajuste:

- Projeto
- Instrumento de coleta de dados
- Cronograma

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

- TCLE
- Orçamento
- Folha de rosto

Recomendações:

Recomenda-se confecção e assinatura do Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados conforme modelo disponibilizado no site http://www.unirio.br/cep/material-de-apoio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 e suas complementares, e na Carta Circular no 1/2021-CONEP/SECNS/MS o projeto não apresenta nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");

b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2388610.pdf	24/07/2024 15:01:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	24/07/2024 14:57:26	Roberta Araujo Gomes Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	24/07/2024	Roberta Araujo	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.993.523

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14:04:44	Gomes Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/07/2024 13:34:51	Roberta Araujo Gomes Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Agosto de 2024

Assinado por:
Michel Carlos Mocellin
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br