

Aspectos emocionais da Procriação Medicamente Assistida – Perspectiva Psicológica

Mónica Fernandes¹

A dificuldade em conceber um filho faz parte da vida de um grande número de casais. O desejo de um filho é um fenómeno complexo, resultado de um desenvolvimento pessoal, com uma motivação multifactorial: individual (desenvolvimento da personalidade, mudanças biográficas); relacional (processos interpessoais entre parceiros); transgeracional (dinâmica familiar); social (factores económicos, contexto sócio-cultural). Simultaneamente, a sociedade continua a exigir às mulheres que sejam mães e que deem filhos aos seus maridos, netos aos pais e aos sogros e assegurem a continuidade da família.

Se este desejo não é satisfeito e o casal é confrontado com o diagnóstico de infertilidade, pode surgir uma ferida narcísica que diminui a auto-confiança. Quando o modelo familiar esperado não é alcançado, cada parceiro e ambos como casal têm que passar por um processo de reorganização psicológica para lidar com esta realidade inesperada.

O primeiro choque ao terem conhecimento do diagnóstico é acompanhado de sentimentos de confusão, muitas vezes associados a sentimentos de isolamento e solidão. O casal pode sentir raiva, sensação de perder o controlo do seu corpo e do seu destino. O indivíduo pode sentir uma ameaça à sua identidade, incluindo sexual. A dor é sentida não só em relação à perda da fertilidade mas também à perda de uma criança idealizada. Simultaneamente, muitos casais assumem o mito de que uma incapacidade para conceber está, de algum modo, relacionada com uma incapacidade para ser pai/mãe.

Segundo Burns (2007), a perda da fertilidade traz consigo uma série de perdas associadas: a de um potencial relacionamento; da saúde; de status ou prestígio; da auto-estima; da auto-confiança; da segurança; de uma fantasia ou esperança de resolver a fantasia; de algo ou alguém com grande importância simbólica. O factor de stress principal é mais a possibilidade do que a realidade da infertilidade.

Quando, como consequência do diagnóstico, o casal inicia um processo de Procriação Medicamente Assistida (PMA), existe o perigo que o impacto emocional da infertilidade seja negligenciado e que a situação seja reduzida à parte biológica/médica. Como as tecnologias de reprodução são baseadas em intervenções no corpo da mulher, acabam por também reforçarem a maternidade como algo biológico, mais do que como uma relação social.

O tratamento consiste, frequentemente, num ciclo de intervenções repetidas que podem ou não ter sucesso, numa cadeia de eventos que frequentemente se prolonga por vários anos – o que cria um stress emocional específico, quase crónico. Os procedimentos diagnósticos e os tratamentos médicos de infertilidade têm, invariavelmente, um grande impacto na vida íntima dos pacientes.

Estudos que investigaram o decorrer do processo de adaptação antes de ciclos de PMA mostram uma linha curva com níveis baixos de sofrimento no início e ao fim de vários anos de infertilidade e um pico no meio (Verhaak, 2009).

Hardy e Makuch (2002), efectuaram uma revisão bibliográfica de artigos publicados nos 20 anos anteriores sobre os aspectos psicossociais de PMA, com amostras que variavam entre 40 a 1149 casais. Praticamente todos os autores concluíram que tanto os homens como as mulheres que experienciavam infertilidade tinham níveis mais altos de perturbações do que a população em geral. Os estudos demonstravam, sem excepção, que as mulheres tinham reacções mais fortes relativamente à infertilidade do que os homens, sendo as reacções emocionais mais frequentemente descritas a depressão, ansiedade, perturbação cognitiva, baixa auto-estima, maior culpa, vergonha e hostilidade. A morbilidade psiquiátrica era também significativamente mais comum nas mulheres do que nos homens. Outra das conclusões era que as mulheres classificavam-se como experienciando maiores efeitos sociais da infertilidade do que os homens. Não foram encontradas diferenças nas mulheres na sua resposta emocional à infertilidade, relativamente à causa ser feminina ou masculina.

As mulheres procuravam mais o suporte social do que os homens. O número de homens que não confidenciava a ninguém sobre a infertilidade era significativamente superior ao das mulheres.

Tanto os homens como as mulheres referiam o período de espera após a transferência de embriões como o mais stressante.

Segundo Boivin et al (2009) cerca de 15 a 20 % dos pacientes de PMA necessitam de consulta de Psicologia pelo sofrimento emocional experienciado.

Quando se efectua uma Consulta de Psicologia aos casais que vão iniciar um ciclo de PMA, o objectivo dessa triagem deverá ser identificar grupos de risco de modo a poder oferecer intervenções adequadas. Para além do resultado desta triagem, considera-se que devem sempre ser acompanhados em Consulta de Psicologia: os pacientes de ciclos com doação de gâme-

¹ Centro de Procriação Medicamente Assistida, Maternidade Júlio Dinis, Unidade de Psiquiatria de Ligação, Centro Hospitalar do Porto

tas; os pacientes que experienciam stress elevado; os pacientes considerados de risco pela sua história psicológica ou estrutura de personalidade; os pacientes que requerem qualquer forma de aconselhamento genético como parte do tratamento de infertilidade.

De acordo com as directrizes da European Society of Human Reproduction and Embryology e do Mental Health Professional Group da American Society for Reproductive Medicine, a Consulta de Psicologia em PMA tem como objectivos:

- ajudar os indivíduos/casal a aprenderem a lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à infertilidade, usando mecanismos de coping adaptativos
- ajudar os indivíduos/casal a aprenderem a lidar com os procedimentos médicos que podem ser dolorosos e intrusivos
- ajudar a lidar com a resposta do parceiro
- ajudar a escolher o tratamento médico adequado e/ou explorar outras opções de construção de família
- ajudar a controlar o stress, ansiedade ou depressão.
- estimular o suporte social
- promover mudanças nos estilos de vida relacionados com a subfertilidade
- ensinar as estratégias de resolução de problemas num contexto de suporte

Apenas incluindo a dimensão psicossocial na consulta de infertilidade seremos capazes de tornar a reprodução biológica em reprodução humana.

BIBLIOGRAFIA

1. American Society For Reproductive Medicine, Guidelines Do Mental Health Professional Group
2. Boivin, J. "Evidence-based interventions: what exists & what is successful" *"Pre-Congress Course "Counselling in infertility treatment: changing content and measuring effectiveness"*, 28 June 2009, Amsterdam, The Netherlands, ESHRE
3. Burns, L. "Psychological counselling in reproductive medicine. What should be addressed?" in *"Psychological Counselling and Clinical management in ART pregnancies"* – Special Interest Group Psychology and Counselling, Early Pregnancy, July 2007, Lyon, France, ESHRE
4. Hardy, E., Makuch, MY, (2002) "Gender, infertility and ART", in *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction, WHO*
5. Special Interest Group Psychology and Counselling, ESHRE, Guidelines For Counselling In Infertility
6. Verhaak, C. "The effects of psychosocial interventions. How to measure?" *"Pre-Congress Course "Counselling in infertility treatment: changing content and measuring effectiveness"*, 28 June 2009, Amsterdam, The Netherlands, ESHRE
7. World Medical Association Statement on Assisted Reproductive Technologies, WMA General Assembly, South Africa, October 2006.