Avaliação Psicológica do Paciente Infértil: Áreas a Avaliar e Instrumentos

Anièlle Stipp Amador Travain[1]
Gisleine Verlang Lourenço[2]
Rachel Meleipe Machado Tardin[3]

Resumo

O artigo foi desenvolvido tomando-se como ponto de partida as experiências clínicas e a percepção, sob o ponto de vista da Psicologia, sobre as dimensões do impacto da reprodução assistida (RA) sobre o casal infértil. A abordagem deste tema remete-nos ao seguinte questionamento: quem realmente entra tranquilo em um hospital público ou em uma clínica particular? Nesse tipo de ambiente, muitas vezes, o tempo é medido por procedimentos, intervenções, notícias, resultados, sempre à espera de um médico que dê respostas ou de alguém que escute e oriente. O somatório destes elementos, paciente (com seu sofrimento), equipes (com seus trabalhos), familiares (com suas angústias) e tudo que é mobilizado na interação desses fatores, originam, a necessidade de intervenção da área da Psicologia.

Palavras-chave: *infertilidade; avaliação psicológica; reprodução humana assistida.*

Psychological Evaluation of the Infertile Patient: Assessment Areas and Instruments

Abstract

The article was developed having, as its starting point, clinical experiences and the perception, from a psychological perspective, of the impact extent of the

[1] Psicóloga Clínica de Crianças, Adolescentes e Adultos. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica-USP-SP. Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar pelo CRP-08. Psicóloga da Clínica R.H. Conceber-Curitiba, PR.

[2] Psicóloga, mestre em ciências médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS; especialista em psicoterapia psicanalítica pelo ESIPP; docente do UNILASALLE e pesquisadora do serviço de gineco-obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre HCPA.

[3] Psicóloga, pela PUC-Rio, especialista em terapia familiar pelo IPUB-UFRJ. Psicóloga na Clinica de Reprodução Humana Conceber - Curitiba-PR e membro representante da APRTF no CDC ABRATEF.

assisted reproduction (AR) on the infertile couple. The approach of this topic shifts to the following question: who really feels calm when entering a public hospital or a private clinic? In this type of environment, the time is often measured by procedures, interventions, pieces of information, results, expectations for doctors' answers or for someone else's attention and advice. The concurrency of these elements patient (with his suffering), teams (with their tasks), relatives (with their worries) and everything implicated in the interaction of these factors, give rise to an intervention by the Psychology area.

***Keywords**: infertility; psychological evaluation; assisted human reproduction.*

Introdução

Independente de ser em hospital público ou em clínicas particulares, os locais destinados a tratar da infertilidade pode ser classificados como palcos de momentos "de crise" à pessoa que necessita desses cuidados. Pacientes em tratamento de reprodução assistida sofrem intensas mudanças de vida decorrentes dessa *decisão.* A mobilização é sistêmica, trata-se de um conjunto de fatores no qual compete às equipes profissionais a excelência no atendimento, manejando o impacto da infertilidade vivido pelos casais, tanto com técnica e tecnologia a seu serviço como com as limitações impostas pela realidade (econômicas e sociais).

A infertilidade – insucesso na concepção após um ano de relações sexuais regulares sem o uso de nenhum método anticoncepcional – é uma condição prevalente e representa importante problema social e de saúde pública (Zegers-Hochschild; Adamson de Mouzon, Shihara et al., 2009). Embora a prevalência da infertilidade seja difícil de ser mensurada, estima-se que afete oito % dos casais em todo mundo (Passos et al., 2003; Boivin, Buting, Collins, & Nygren, 2007, Chachamovich et al., 2010). Conforme a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), hoje já são cinco milhões de bebês de proveta no país e, a cada ano, 100 mil casais procuram as técnicas de reprodução assistida em clínicas brasileiras, muitos em função da infertilidade (fertilização.blog.br/tags/IBGE). Há duas abordagens de trabalho e suas peculiaridades no que se refere à Avaliação Psicológica do Paciente/Casal Infértil, assim como ao papel do psicólogo inserido nesses diferentes contextos. A primeira é baseada no trabalho em hospital público, envolvendo uma equipe multidisciplinar no atendimento ao casal enquanto paciente de baixa renda, na cidade de Porto Alegre. A segunda

origina-se de experiência em uma clínica particular de Reprodução Humana, portanto, com foco maior na figura do médico, com pacientes/ casal de classe média/alta, na cidade de Curitiba.

Quando avaliar?

A proposta deste trabalho é refletir sobre a avaliação psicológica do paciente infértil podendo ser a mulher, o homem ou o casal. Diante desta patologia orgânica está presente a impossibilidade de conceber naturalmente. Em consultas terapêuticas, Winnicott (1971) demonstrou que sintomas podem responder bem a intervenções breves; assim, em relação à infertilidade, mesmo sendo patologia orgânica, isso não deve excluir a avaliação e a escuta psicodinâmica como forma de investigar e tratar. Portanto, o papel do psicólogo junto à equipe médica de Reprodução Assistida é o de ajudar o paciente infértil a expressar as suas ansiedades em palavras.

Moreno Rosset (2009) sugere que a avaliação psicológica possa ser realizada o quanto antes. Se o psicólogo trabalha em uma Unidade de Reprodução Assistida, a avaliação psicológica deveria se realizar em paralelo à avaliação médica, salientando que tanto o diagnóstico quanto o tratamento da infertilidade envolvem um processo físico e psíquico, compreendendo o indivíduo em sua totalidade. Também enfatiza que a atenção psicológica deveria estar disponível a qualquer pessoa ou casal que a solicite nas unidades de Reprodução Humana, sendo fundamental a existência dessa área de atuação com objetivo preventivo.

A avaliação sempre implica maior aproximação com o objetivo de melhor conhecer, esclarecer, ajudar o paciente para nortear caminhos e encontrar soluções. Segundo o Dicionário de Psicologia (APA), a avaliação compreende “a obtenção e integração dos dados para uma tomada de decisão”. Assim, serve, fundamentalmente, para que possamos saber para onde ir.

Os pacientes com diagnóstico de infertilidade indicadas para a realização de técnicas de reprodução assistida são exemplos de casos em que as demandas de ordem emocional não devem ser negligenciadas (Greil, 1997; Jacob, Mc Quillan, & Greil, 2007; Todorova & Kotzeva, 2006). Chachamovich (2010) e colaboradores demonstraram que mulheres com infertilidade possuem escores significativamente mais baixos na saúde mental, funcionamento social e comportamento emocional. O medo, a ansiedade e as incertezas quanto ao desfecho dos tratamentos afetam diretamente o bem-estar desses pacientes.

Bem-estar pode ser compreendido como o sentimento resultante de certo número de fatores geradores de prazer para o indivíduo. Incluem-se, entre eles, relações interpessoais satisfatórias, processos familiares normais, lazer, condições de vida e de trabalho adequadas, independência e autonomia, ausência de consequências somáticas e psíquicas de enfermidade, ausência de problemas econômicos, participação em atividades comunitárias, qualidade de saúde subjetiva e objetiva, satisfação com a vida, a família, os amigos e vizinhos, boa moradia, etc. (Fernándes-Rios, 1994).

Quando se faz uma avaliação é necessário ter bem claro qual o propósito que se pretende alcançar por meio dela. Mas, afinal, qual é a função da avaliação psicológica nas clínicas de Reprodução Assistida e como ela tem sido utilizada? Como é possível enriquecer ainda mais este complexo processo com o conhecimento técnico da Psicologia?

Sendo a Psicologia a ciência que estuda o comportamento humano, cabe a ela investigar o todo que ocorre em uma determinada situação. Qual o objeto a ser estudado, quais as condições de observação, qual o método a ser utilizado e as características do próprio observador. “Para avaliar é preciso ter conhecimento que permita olhar o todo e os detalhes; escutar para além do significado das palavras; ler o latente através do emergente, a fim de articular os elementos observados” (Serrat, 2011, p. 20).

Quem avaliar?

Os pacientes inférteis apresentam características marcantes que demandam a criação de uma forma de abordagem muito particular: trata-se de pessoas extremamente magoadas e fragilizadas pela impossibilidade de gerar seu filho naturalmente. Esses pacientes chegam às clínicas em busca de soluções rápidas, pois, em geral, estão perto do limite biológico para conceber e, muitas vezes, preferem não refletir sobre seu estado emocional.

A infertilidade é considerada um problema do casal e, por isso, é importante que a avaliação psicológica ocorra com ambos, pois é muito mais rica e oferece informações mais consistentes. O fato de entrevistar o homem juntamente com a mulher significa que se prestará igual atenção a ambos, podendo-se, inclusive, observar à dinâmica de funcionamento do casal, a postura mais ativa ou passiva, as divergências de opiniões, dentre outros aspectos. É fundamental, contudo, que ambos se sintam igualmente atendidos, ouvidos e compreendidos.

Aqueles que se submetem ao tratamento da infertilidade apresentam um quadro emocional marcado por angústia intensa, prazo de tempo por vezes escasso e alta expectativa de que o médico consiga lhe dar o seu tão sonhado filho e, em função disso, a intervenção de outros profissionais no processo pode, em algumas situações, ser vista como ameaçadora ou intrusiva. A participação de psicólogos pode intimidar ainda mais esses pacientes já que tal contato pode suscitar dúvidas quanto à possibilidade de a infertilidade estar correlacionada a questões emocionais. Afinal, sabe-se que no contexto da reprodução assistida, as representações sobre a vivência da infertilidade produzem efeitos que desafiam o sentimento de bem-estar das pacientes (Moura-Ramos, 2011; Lourenço, 2010).

Segundo Seger (2009), a avaliação emocional do paciente em reprodução humana assistida ainda não é feita como rotina, o que aumenta o desconhecimento dos benefícios que esta prática traz ao paciente e à equipe médica. A autora afirma ainda que, quando os atendimentos psicológicos são oferecidos de forma voluntária, poucos pacientes escolhem participar e sugere a implantação de um trabalho de acompanhamento como rotina nas clínicas de reprodução assistida ou o encaminhamento dos pacientes a um especialista.

Para tanto, o médico precisa estar convicto da eficiência desse tipo de acompanhamento, consciente de que se os aspectos emocionais de seus pacientes forem trabalhados, eles podem se sentir mais tranquilos, entendem melhor o processo, suportam os procedimentos e, com isso, obtém melhora nos resultados do tratamento e na qualidade de vida.

Que conhecimentos necessita ter o psicólogo nesta área?

Macedo (2005) afirma que é tarefa do psicólogo, quando solicitado, avaliar não somente o paciente, mas todo o contexto no qual ele está inserido. Nessa perspectiva, o trabalho do psicólogo situa-se em três níveis: observação, diagnóstico e intervenção. Esses recursos serão utilizados tanto no atendimento do paciente, como na compreensão de sua interação com equipe e instituição maior e no contato com a família, abrindo ampla rede de informações a serem integradas em benefício da compreensão da situação como um todo.

É necessário esclarecer alguns conceitos essenciais quando se discute testes, avaliação psicológica, psicodiagnóstico. Romaro (2000) lembra apropriadamente que a avaliação psicológica, ao buscar o que é singular em uma pessoa, abandona o sentido redutivo de um diagnóstico, que poderia,

então, ter o efeito de rótulo ou estigma; perdendo tal sentido, adquire outro: o das possibilidades, dos potenciais, para desenvolvimento.

Scafati e Caride (1998) definem psicodiagnóstico como atividade de pesquisa que faz uso de técnicas cujo objetivo é proporcionar base empírica, indicadores ou dados observacionais para que o profissional tenha condições de aliar clínica e teoria para interpretar os dados relativos ao indivíduo que está sendo avaliado. Portanto, tal avaliação deixa de ser somente aplicação de testes e técnicas e passa a representar uma ferramenta útil para que o profissional se aproxime da problemática de quem busca seu auxílio, em menor tempo do que o requerido por outros métodos (González, 1999).

Para melhor compreensão do uso de testes é fundamental observar a diferença entre testagem psicológica e avaliação psicológica. A testagem psicológica é o processo relativamente direto pelo qual uma determinada escala é administrada para que se obtenha um escore específico. Já a avaliação psicológica consiste na

> variedade de escores de testes obtidos geralmente de uma gama de testes, considerando o contexto da história do cliente, informações sobre a demanda, comportamento que pode ser observado de modo a compreender a pessoa que está sendo avaliada de modo a responder as questões do encaminhamento e, então, comunicar os achados ao cliente seus familiares e a quem encaminhou (Meyer, Finn, Eyde, Kay et al., 2001, p. 153).

Também é importante ressaltar que se espera do psicólogo a realização de psicodiagnóstico como atividade básica e fundamental de atuação profissional em seus aspectos terapêutico, preventivo ou de promoção (Quelho, Munhoz, Damião & Gomes, 1999), ainda que o psicólogo não se submeta sem crítica a realizar o que o imaginário ou a expectativa social deseja.

Assim, em um processo psicodiagnóstico, a escolha da bateria de testes deve atender às necessidades específicas de cada caso, obedecendo a critérios bem definidos de acordo com o objetivo do que se quer avaliar. Testes gráficos e psicométricos tendem a mobilizar menos ansiedade. Contudo, as técnicas projetivas se utilizam de material relativamente não estruturado, consignas breves, estímulos vagos e ambíguos que permitem uma variedade quase ilimitada de respostas possíveis. A análise das respostas é fundamentalmente qualitativa. Nesse sentido, é preciso ter em mente que, no decorrer de todo o processo, somos depositários de tudo o que o paciente trouxer, tanto no que diz

respeito à palavra quanto a observações e resultados de testes, quando estes forem utilizados (Macedo, 2005).

Existem muitas abordagens sobre avaliação psicológica, contudo, a avaliação psicológica de qualquer adulto, em qualquer circunstância, envolve a entrevista psicológica (Nunes, 1993). Para Sigal (2000), a entrevista é o instrumento por excelência à disposição do profissional que realiza um psicodiagnóstico, pois, segundo ele, esta ferramenta possibilita "contextualizar a singularidade na história do sujeito" (p. 39). Certamente a entrevista é muito valorizada. Em pesquisa citada por Nunes (1993), 99,4% de um grupo de psiquiatras norte-americanos questionados apontavam a condução da entrevista como o elemento mais importante para a atividade profissional.

Alguns dos principais dados a estabelecer na entrevista diagnóstica são: nível de inteligência, capacidade de verbalização, capacidade de associar livremente, grau de integração do pensamento lógico, capacidade de vivenciar afetos, nível de relações de objetos, defesas utilizadas e seu grau de rigidez, grau de tolerância de ansiedade e capacidade de contenção de impulsos (Brafman, 1991). O grau de autoestima deverá ser avaliado juntamente com a capacidade de levar a termo empreendimentos, pois isso possibilitará ver um quadro do que são as imagens reais e ideais que a pessoa tem de si mesmo. É importante formar uma impressão tão clara quanto possível das condições familiares e sociais em que a paciente vive e, pelo menos, tentar inferir alguns dados sobre a dinâmica familiar da pessoa. A partir da avaliação global destes dados é possível chegar a uma formulação sobre motivação, capacidades e possibilidades da pessoa para conseguir alterar sua situação interna e externa (Brafman, 1991).

Além do conhecimento técnico-científico da Psicologia, para se trabalhar com reprodução assistida o psicólogo deve conhecer o processo médico do paciente infértil, ou seja, conhecer a fisiologia da reprodução, avaliação, diagnósticos, tratamentos, origem da infertilidade, técnicas e procedimentos em reprodução assistida, além de requisitos psicológicos e legais para ser doador.

Sabe-se que até pouco tempo, na década de 50, a maior parte dos casos de infertilidade recebia um diagnóstico de causa psicológica em consequência de dois motivos distintos: a medicina não encontrava explicação para a infertilidade e os médicos percebiam seus pacientes muito estressados e pensavam que esta era a causa do problema. Atualmente, o stress destes pacientes é considerado tanto causa como consequência do quadro de infertilidade.

Diante disso, ressalta-se que a atuação do psicólogo nas clínicas de

reprodução humana se faz de maneira peculiar e delicada, já que também se percebe certa resistência por parte dos médicos. Observa-se que há, sim, o interesse pela parceria; porém, como muitas vezes o médico estabelece certa identificação com a dor de suas pacientes, ele pode temer que o contato com os elementos derivados do trabalho psicológico possa machucá-las ainda mais.

Cabe destacar que é imprescindível que o psicólogo também esteja familiarizado com os medicamentos usados no tratamento, os protocolos dos vários tipos de tratamentos e com os avanços que ocorrem na área.

Metodologia, formas e recursos de avaliação

Em função de ainda não existir, no Brasil, uma rotina de avaliação nos centros de reprodução assistida, as metodologias têm variado bastante. Alguns centros desenvolvem trabalhos mais estruturados e em outros predomina o sentido experimental com o intuito de pesquisar qual a conduta que se faz mais efetiva para a população local.

Fernándes (2009) sugere modelo ideal para ser implantado com os pacientes em tratamento, desenvolvido em 1992, em conjunto com Letícia Urdapilleta e denominada Módulo de *Counseling* para Tratamento de Reprodução Assistida de Alta Complexidade, aplicada no Centro de Estudos em Ginecologia y Reproducción, em Buenos Aires, Argentina. São quatro as fases do trabalho, com tempo determinado e objetivos específicos, de acordo com as etapas do tratamento médico: Fase I - *entrevista inicial* com o casal, antes ou durante o começo do tratamento hormonal; Fase II - *preparação* para as etapas posteriores e que consiste em três reuniões durante a fase de estimulação da ovulação; Fase III - *apoio* que se caracteriza por intervenções individuais na área de internação (punção ovariana ou transferência de embriões) e de uma reunião durante os dias de espera, e Fase IV - *seguimento ou follow up* dos pacientes após o resultado do tratamento, sendo ele positivo ou negativo.

> Quando existe um trabalho multidisciplinar uma equipe que mostra a necessidade de avaliação e tratamento dos aspectos emocionais, os pacientes se beneficiam, sentindo-se mais corajosos, mais fortes quando percebem que falar e olhar para aquilo que causa dor e angústia os habilita a aprender a lidar com essas situações e a torná-los aptos e com armas para enfrentar as situações adversas. Os médicos que trabalham em equipe se beneficiam em vários aspectos: têm pacientes menos temerosos, muitos

pacientes resolvem continuar as tentativas, ainda que dolorosas sobre todos os aspectos, com mais confiança e clareza (Seger, 2009, p. 99).

Na sequência, serão expostas as experiências práticas.

Experiência I

Pela dificuldade de realizar acompanhamentos individuais, inclusive psicológicos, em hospitais, o paciente infértil, muitas vezes, sabe pouco sobre as suas condições de gestar, sobre os métodos de reprodução assistida, procedimentos, uso de medicação, laboratório, custos, sobre as medidas que estão sendo tomadas para ajudá-lo e assim por diante. É dessa maneira que certas demandas não satisfeitas podem provocar estados de angústia que interferem negativamente no bem-estar dos pacientes.

O trabalho de grupo como atividade educativa é uma estratégia que possibilita aos casais compartilhar experiências e sentimentos, além de informações acerca dos fatores causadores da infertilidade, exames, procedimentos e finalidades dos mesmos. Os participantes podem sentir-se confortados por perceberem que outras pessoas têm as mesmas dificuldades, facilitando a aprendizagem, o enfrentamento e o resgate da autoestima. O contato com outros casais inférteis é importante para evitar o isolamento e desespero da experiência da infertilidade e o grupo auxilia a solucionar dúvidas dos mesmos (Rigol et al., 2004).

O projeto de desenvolvimento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por meio do Serviço de Gineco-Obstetrícia Setor de Reprodução Assistida e Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, disponibiliza a seus usuários um trabalho de grupo para casais inférteis. Após participar dos trabalhos de grupo, o casal tem direito a até três tentativas de tratamento, sendo a compra do medicamento seu único custo. O atendimento destina-se a casais que podem se beneficiar de técnicas homólogas de reprodução assistida.

O trabalho de grupo para casais inférteis busca esclarecer aos casais as causas da infertilidade, explicar sobre investigação, tratamentos e técnicas de reprodução assistida, procedimentos laboratoriais, orientar uso de medicamentos. Para tanto, apresenta aos participantes a equipe envolvida no processo, esclarece dúvidas em geral, faz a avaliação do estado nutricional e também favorece a troca de experiências e sentimentos entre os casais que vivenciam a infertilidade. Através de aulas expositivas e recursos audiovisuais são oferecidas informações

com a mobilização simultânea de todo o grupo de profissionais responsáveis pelo cuidado das pacientes. O ato de prestar informações proporciona aos pacientes a chance de perceber e entender sob outra forma e perspectiva a sua condição, o que auxilia a diminuir os efeitos das inevitáveis fantasias negativas, medos e incertezas emergentes da situação. Esta fase do trabalho de grupo consiste em uma relação humana na qual os integrantes têm ampla liberdade de perguntar antes de aderir ou não aos tratamentos. É importante ressaltar que a equipe se utiliza de uma linguagem acessível favorecendo o enfrentamento da situação atual de crise.

Ao todo, são realizados cinco encontros semanais por grupo, cada um com duração de uma hora. Os primeiros quatro encontros são realizados no decorrer do mês antecedente ao procedimento de reprodução assistida e o último encontro ocorre três semanas após o quarto encontro. A equipe profissional é composta por médico especialista em Reprodução Assistida, enfermeira obstetra, bióloga embriologista, psicóloga e nutricionista.

Em relação aos critérios de inclusão, são convidados, e previamente agendados, os casais organizados para fazer o tratamento com técnicas de reprodução assistida, a partir do diagnóstico de infertilidade. Os casais assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando terminam os encontros e iniciam o procedimento.

O primeiro encontro do programa contempla a apresentação da equipe multiprofissional e dos casais e esclarecimentos gerais, bem como causas da infertilidade e informações sobre importância da avaliação antropométrica. No segundo encontro são apresentados os procedimentos de reprodução assistida e é realizada a avaliação antropométrica – através da medida de peso, altura, circunferência da cintura e quadril – com a finalidade de traçar o perfil nutricional dos pacientes atendidos no setor de reprodução humana e, posteriormente, verificar suas implicações com a reprodução assistida. Essa avaliação ocorre trinta minutos antes do início do encontro. O terceiro encontro aborda esclarecimentos e orientações sobre medicações e seu uso adequado. No quarto encontro são transmitidas orientações nutricionais e são devolvidas aos participantes as fichas de avaliações antropométricas individuais. Nessa ocasião também são tratados os aspectos emocionais: implicações do tratamento da infertilidade, discussão sobre estratégias de enfrentamento do problema e é feita a avaliação dos encontros já realizados. O quinto e último encontro é destinado aos relatos e compartilhamento de opiniões sobre o tratamento, sobre o apoio

psicológico e sobre as perspectivas de cada casal.

É importante detalhar as atividades desenvolvidas por cada profissional que compõe a equipe, a bióloga*:* ministra aula expositiva esclarecendo o grupo de pacientes sobre os procedimentos de reprodução assistida que serão realizados no laboratório e elucida as dúvidas e questionamentos que surgem ao longo dos encontros; enfermeira*:* inscreve os participantes nos grupos, conforme ordem de atendimento, e organiza a equipe de reprodução do HCPA, coordena os encontros, esclarecendo dúvidas dos casais, além de orientar sobre os procedimentos de reprodução assistida e sobre uso correto das medicações; médico: ministra aulas para orientação e esclarecimento sobre as causas de infertilidade, os métodos de investigação diagnóstica, os tratamentos propostos e a chance de sucesso após o tratamento. Esclarece as dúvidas dos participantes, confere os exames e receita as medicações e exames necessários para o início do tratamento; nutricionista: realiza as orientações nutricionais gerais e avaliação antropométrica dos participantes; psicóloga*:* apresenta os aspectos psicológicos da vivência da infertilidade e coordena o grupo no momento dos relatos de experiência.

Os resultados das avaliações dos encontros revelam que os participantes sentem muita satisfação em relação aos esclarecimentos e à atenção recebida, porém, sentem necessidade de escuta individual. Diferentes tipos de psicoterapias podem beneficiar o paciente infértil: psicanalítica, cognitivo-comportamental, de apoio, terapia familiar ou de casal. A duração do tratamento poderá ser de horas ou anos e dependerá da motivação, questões financeiras, tipo de terapia, abordagem teórica, característica do profissional e gravidade do problema. Porém, todo aconselhamento individual ou psicoterápico partilha uma definição geral: uma interação de duas pessoas, principalmente verbal, em que uma pessoa é designada a ajudar e a outra a receber ajuda.

Pelos benefícios, sugere-se ampliar o programa de avaliação do paciente infértil. Em alguns casos, as intervenções de apoio serão os principais elementos da técnica a serem utilizados, na busca de um reforço na estrutura egóica e na sua capacidade defensiva. Assim, se o casal é atendido uma única vez pelo psicólogo, a entrevista deve, dentro do possível, contemplar os seguintes elementos: avaliação, esclarecimento, diagnóstico da situação, intervenção e/ou encaminhamentos.

Outro aspecto refere-se à importância do estabelecimento de critérios psicossociais que contraindicam o tratamento dos pacientes Klock (2006)

descreve os aspectos que não podem ser ignorados: 1. o tratamento ou a gravidez pode piorar significativamente uma doença psiquiátrica ativa; 2. a dependência de substância ativa com estilo de vida caótico concomitante; 3. um dos parceiros está coagindo o outro a prosseguir com o tratamento; 4. um ou ambos os parceiros estão impossibilitados ou não querem fornecer o consentimento para o tratamento; 5. histórico legal relacionado a abuso infantil seja descoberto; 6. o tratamento para infertilidade é usado para compensar uma disfunção sexual; 7. decisões sobre a privacidade e envolvimento de terceiros na reprodução não pode ser resolvido; 8. uso de um doador de gametas que seja membro da família e que possa causar discórdia familiar significativa; 9. acordos de custódia para uma potencial criança de um doador de gametas conhecido não forem aceitos por todas as partes; 10. discórdia conjugal grave.

Mas como se deve aplicar estas contraindicações em cada situação?

Aqui há o confronto com, no mínimo, duas questões éticas: "o que se deve fazer?" e "o que se pode fazer?" Além da necessidade de realização da avaliação psicológica, que ainda não está estabelecida em legislação como precursora aos tratamentos no Brasil, é preciso refletir acerca da abrangência do processo de conscientização dos casais para a transição para a parentalidade onde novas formas de subjetividade serão exigidas. Em alguns países como, por exemplo, Reino Unido, Suíça e Canadá, já se requer oferecer o aconselhamento psicológico para pacientes inférteis ou exige-se que eles participem de um aconselhamento antes de proceder ao seu plano de tratamento para infertilidade. No Canadá existe uma legislação aprovada sobre a existência do aconselhamento nos centros de tratamento de fertilidade licenciados (Klock, 2006). Klock (2006) vai ainda mais além e propõe um sistema de avaliação dos pacientes inférteis do programa com informações padronizadas que contenham o período da entrevista, conteúdo geral da entrevista, histórico do casal, questões emocionais vinculadas ao tratamento, impressões sobre a preparação do casal para o tratamento, indicação de continuidade para o tratamento ou não, além da indicação de onde se localiza o laudo completo da avaliação feita.

Angerami-Camon (1980) revisa e reflete a essência da prática do psicólogo no hospital: É o resgate da nossa condição humana que está em questionamento quando abordamos essa maneira peculiar de compreensão da doença e do paciente. É o respeito à dignidade humana exigir uma postura profissional que leve em conta a nossa fragilidade humana, nossa dor e desespero. "E assim é: humanos somos e como humanos devemos agir" (Angerami-Camon, 1998, p.

57).

Experiência II

Por meio da experiência prática conduzida em uma clínica de reprodução assistida que atende casais de nível socioeconômico estável, constrói-se e reconstrói-se constantemente um caminho de acesso a esse público. A avaliação é iniciada com um primeiro contato dirigido de maneira que se possa aproximar de questões que são consideradas importantes pelo profissional de Psicologia. Há casais que conseguem uma maior sintonia com seu estado emocional, porém, há outros que precisam de um direcionamento para tal, pelo fato de necessitarem de estímulos para pensar. De acordo com a demanda de cada paciente, ocorrem outros contatos que, muitas vezes, culminam em um trabalho terapêutico.

Cabe ao psicólogo reconhecer as influências, no ser humano, de um processo despertador de angústia e ansiedade. Contudo, o caminho tem início no acolhimento da história e na percepção pessoal do processo para, em seguida, dimensionar as interferências da situação de dor e suas decorrências relacionais.

Busca-se, inicialmente, relacionar a quantidade de tentativas realizadas, o tempo de envolvimento com a infertilidade e com o processo como um todo. O tratamento divide-se em três níveis: a fase inicial, que corresponde ao inicio dos procedimentos, entre uma ou duas intervenções médicas; o segundo estágio, uma etapa intermediária de três a quatro intervenções e uma fase mais avançada, abrangendo acima de quatro procedimentos. Quanto ao tempo, considera-se o período de dois a três anos de tratamento como inicial; em torno de cinco a seis anos, um tempo médio e mais de 10 anos, como longo e que acarreta sequelas e posturas emocionais significativas.

Observa-se que o momento do contato também é relevante, podendo ser no início da estimulação, antes da implantação ou no momento da espera do resultado. O início da estimulação é o período em que as pacientes tem mais dúvidas, como “quantos embriões poderão ser fertilizados?” ou “como será a resposta do meu organismo?” Na fase próxima à transferência dos embriões há a expectativa de quantos embriões foram fertilizados e se o tratamento dará certo ou não. Nessa etapa são comuns dúvidas como “qual a quantidade de embriões que o médico vai sugerir?”, “quantos embriões cabem para aquele

casal implantar?" "O que fazer com os outros embriões excedentes?" O período após a transferência dos embriões é realmente o mais difícil, já que a paciente passa de um momento intenso – com o acompanhamento de cada passo do processo – para um período de solidão, onde não há mais o que controlar e é preciso apenas aguardar. Nessa fase, pode-se registrar tanto a esperança de que o tratamento dará certo como o contrário. Normalmente as mulheres ficam buscando em seu corpo uma resposta antecipada, diante da confusão de sinais gerada pelo uso das medicações.

No primeiro contato com o paciente, após conhecer verbal e conscientemente o que cada um deseja, pede-se a elaboração de um desenho do que ele considera uma família ideal, com o intuito de acessar as áreas não verbais, inconscientes e projetivas.

O questionário inicial utilizado segue o seguinte roteiro elaborado pelas psicólogas técnicas da clínica:

1. Relate sua compreensão em relação ao processo de infertilidade

Por intermédio do relato dos pacientes pode-se compreender a leitura que eles fazem desta vivência, como registram este percurso e que construções fazem sobre o que estão passando. A resposta a este questionamento possibilita ao avaliador perceber dados significativos como as dificuldades no trato com médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais; sobre a rotatividade nas clínicas de reprodução assistida, como lidam com as frustrações e se transferem ou não para terceiros sua angústia como forma de dividir esta dor.

Nessa questão os pacientes geralmente descrevem caminhos, clínicas percorridas, diferentes diagnósticos e toda a subjetividade envolvida no processo. Pode-se observar diferenças significativas entre o homem e a mulher ao relatarem este processo.

2. Quais outros momentos que vivenciaram e que lutaram com todas as forças?

Registra-se nessa resposta a busca por paralelos nas histórias de vida, menções a doenças de infância, mudanças de cidade, períodos de pressões como início de carreira profissional, perdas, término da faculdade e luta por dificuldades financeiras. O objetivo dessa pergunta é remeter aos momentos e situações em que os pacientes usaram sua capacidade de lutar, como conseguiram forças para passar pelas dificuldades e onde reconhecem seus movimentos pessoais nos momentos de crise.

No processo avaliativo é relevante verificar a postura dos pacientes perante a vida, já que "os sobreviventes não são necessariamente dotados de boa resiliência, alguns ficam presos numa posição de vitima, alimentando seus sofrimentos e impedidos de crescer pela raiva e pela culpa" Walsh (2005). Portanto, analogias com suas histórias e vivências passadas auxiliam nessa direção.

Nos depoimentos expostos é possível perceber sensações de sobrevivência, de conquista e, sobretudo, da tentativa de se libertar da postura vitimizada imposta pela vida. Entende-se aqui resiliência de acordo com o conceito definido por Walsh (2005): "Resiliência pode ser definida como a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio" (p. 7).

Apegos religiosos e espirituais são mencionados paradoxalmente, ao mesmo tempo em que eles próprios se questionam se estão sendo castigados por possíveis desvios cometidos no passado.

É inevitável a retomada de situações traumáticas vividas no desenvolvimento pessoal de cada um. Winnicott (1988), ao falar da mãe ou futura mãe afirma que se deve considerá-la como "uma pessoa que nasceu, já foi criança, brincou de papai e mamãe, ficou apavorada com as mudanças decorrentes da puberdade, passou pela experiência dos impulsos recém descobertos na adolescência, tomou decisões importantes para falar dos aspectos normais por onde uma mãe já passou" (p. 62).

3. Ao passar por este momento o que lhes vêm à cabeça?

O objetivo deste questionamento é verificar que associações os pacientes fazem relativamente ao momento de suas vidas em que realizam o tratamento para fertilidade, com vistas a identificar algo que possa sinalizar a idéia de repetição de angústias ou de fixação em uma determinada questão ou posicionamento.

O psicólogo busca se aproximar das fantasias dos seus pacientes, inclusive para tentar identificar se há algo na sua história de vida que justifique a dificuldade apresentada.

Até nos contos de fadas é possível encontrar a abordagem de infertilidade, a exemplo do conto Hans, o Ouriço, de autoria dos Irmãos Grimm. A história refere-se a um pai impossibilitado de ter seus próprios filhos e que pede a Deus para que lhe dê um, mesmo que seja um ouriço. Acaba sendo atendido e nasce uma criatura tal qual fora convocada, um ouriço. O conto aborda a

dificuldade desse filho em ser aceito pelos pais, de ser amado, como também as idealizações impostas pelos pais aos filhos e, até mesmo, de os filhos serem exibidos pelos pais como troféus. Ao analisar esse conto, Corso (2006) comenta que "a infertilidade de um casal é um revés biológico do qual ninguém tem culpa. Porém, quando ela ocorre é como um pé de vento que levanta uma poeira que ninguém gosta de encontrar, pondo em evidência toda uma gama de conflitos que usualmente passariam sem fazer barulho" (p. 147).

4. Como imaginam a gravidez?

As respostas a esse tipo de pergunta, por vezes, não estabelecem muitas conexões, são mais simplificadas e racionais e, em contrapartida, por vezes, despertam fantasias relacionadas à história da própria gestação e a experiências de familiares lidando com o assunto. Percebe-se que as respostas variam de acordo com as experiências de cada paciente e tempo de tratamento. Quando as pessoas estão mais fragilizadas, esta pergunta lhes remete a uma posição inalcançável pelo próprio medo de pensar sobre o assunto. Há também sinais de medo e insegurança quanto à continuidade do processo de gestação quando são diagnosticadas determinadas doenças.

5. Como se visualizam no papel de pai e mãe?

Os mitos e valores familiares vêm à tona nesse momento, o que é percebido quando os casais discordam sobre o cumprimento de papéis sociais e as vinculações com suas histórias familiares.

Por vezes, os sobrinhos são citados como exemplos, apontando desacordos relacionados à educação que seus irmãos e cunhados oferecem aos próprios filhos quanto a regras e limites, estabelecimento de horários e disciplina.

6. Como ficará seu casamento e a relação de vocês após a vinda de um filho?

É possível observar qual o espaço que o casal pretende abrir para o filho que está por vir e como imaginam a transição da estrutura de uma vida de casal para a de uma família. Atualmente, a opção por se ter um filho é algo consciente, pois o casal pode se preparar previamente mediante planejamento social, financeiro e emocional.

Imber-Black (1994) afirma: "Alguns estudos de casais que se submetem a tratamento a longo prazo relatam que, embora esses indivíduos sintam-se frustrados pela infertilidade, seus relacionamentos conjugais são cheios de afeto e apoio" (p. 123).

O tempo de tratamento e de tentativas para engravidar pode influenciar na

dinâmica do casal que, possivelmente passa a viver em estado de suspense, a conviver com filhos idealizados e, por vezes, em função desse desejo deixa de tomar decisões importantes como, por exemplo, mudança de residência, troca de emprego e demais ações que num cotidiano natural estariam fluindo de forma diferente.

7. Como imaginam esse filho?

É possível sonhar com um bebê que ainda não existe concretamente e tê-lo no mundo imaginário. Mas é preciso observar atentamente se ter um filho é realmente o desejo do casal ou se eles estão apenas preocupados com a demanda social que lhes pressiona a ter um filho em função da idade ou do tempo de casados.

Winnicott (1988) afirma que "o início das crianças se dá quando elas são concebidas mentalmente. Após o casamento, há um período em que a ideia de filhos começa a se formar. É desnecessário dizer que o ato de desejar crianças não é, por si só, capaz de produzi-las" (p. 43). É possível perceber nas respostas como os pais idealizam os bebês e como os tornam presentes emocionalmente em suas vidas. Por outro lado, tem-se também registros que denotam cuidados e medos decorrentes de tentativas frustradas.

8. O que acham da ideia de ter um filho por meio de reprodução humana assistida? Como compreendem esse método?

A partir da resposta a esta questão, procura-se verificar como o casal está lidando com o processo, ou seja, se sentem angústia pelo filho não ser gerado naturalmente, se por não serem férteis sentem-se inferiores a outras pessoas e também se compartilham informações sobre a realização do tratamento.

Em geral, os casais expõem sentimentos de alívio e esperança no processo. Este é um espaço para questionamentos relacionados à bioética e à legislação da infertilidade.

9. Alguma situação faria vocês pararem o tratamento?

Pretende-se observar até onde um casal está disposto a ir para gerar um filho, qual a sua ideia de limite, de tempo e de condição para alcançar esse objetivo. Novamente procura-se levantar as condições emocionais do casal a respeito do que pensam ou se não pensam sobre o assunto, haja vista que é muito comum encontrar respostas como "não pensamos sobre isso", "estamos vivendo este momento e vamos pensar nisto depois". Depoimentos relacionados a fatores financeiros, idade cronológica ou diagnósticos e posturas médicas são registrados.

10. O que vocês levaram dessa conversa?

A ideia é que o casal reflita sobre os pontos abordados e faça um balanço pessoal sobre esse momento. Via de regra são feitas associações sobre o que foi discutido e depoimentos que a prática é muito bem-vinda, especialmente pela dificuldade que alegam encontrar para conversar sobre o assunto, já que normalmente as exposições se restringem ao companheiro.

Conclusão

A infertilidade provoca a quebra do trajeto natural do processo evolutivo de um casal: namorar, casar, gerar seus próprios filhos e constituir uma nova família. Trata-se de uma descontinuidade que causa fortes impactos e sensações que remetem principalmente a um estado confusional e a vivências de desamparo.

A prática clínica possibilita a experiência de confrontação com os sentimentos e a compreensão dos fenômenos humanos. A necessidade de avaliar psicologicamente o paciente infértil é fruto dessa experiência. Escutar é buscar nas palavras de quem sofre um significado próprio e singular.

Há muitas modalidades de se realizar uma avaliação psicológica, mas é fundamental que a avaliação tenha objetivos claros ao profissional que conduz o processo. Questões básicas que definem para quem e para que se está avaliando, servem como norte para o percurso seguinte, seja em equipe multiprofissional, seja em contexto privado ou particular. A condução do processo deve ter como premissa o respeito ético à situação.

Na prática, pode-se observar situações complexas como a de casais que visam atender a demanda social de serem pais, sem preparação psicológica para tal função, assim como outras em que os casais se percebem com poucas chances para pensar no que fazer com as situações oferecidas a partir do tratamento, sobre o que fazer com embriões excedentes, quando utilizar a ovodoação, até onde se pode ir com o tratamento e quando é necessário parar.

Assim, a avaliação psicológica aplicada às pessoas inférteis mostra-se imprescindível para melhor compreensão e condução dos casos e deve seguir a mesma metodologia que a utilizada em qualquer demanda, porém, abre questões que merecem novos e mais aprofundados estudos qualitativos.

Referências

Allebrandt, D. &, Macedo, J.L. (Orgs.). (2007). *Fabricando a vida: Implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole.

Angerami-Camon & col. (1998). *Urgências psicológicas no hospital* São Paulo: Pioneira.

Monte Serrat, L. B.(2011). *Avaliar para nós* é. (1ªed) Curitiba: Melo.

Boivin, J., Buting, L, Colling, J.A. & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction, 22,* 1506-1512.

Brafman, A. H. (1991). As consultas terapêuticas de Winnicott revisitadas. *Int J Psycho – Anal. 78,* (773).

Chachamovich, J (2010). *Qualidade de vida em infertilidade: Revisão sistemática dos achados da literatura e avanços na investigação de homens e casais inférteis.* Porto Alegre: UFRGS.

Corso, D.L. (2006). *Fadas no divã: Psicanálise nas histórias infantis.* Porto Alegre: *A*rtmed.

Fernándes-Rios, L. (1994). *Manual de psicologia preventiva: Teoria y prática*. México: Siglo Veintiuno de España.

(fertilização.blog.br/tags/IBGE) Acessado em 17.06.2012.

Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc Sci Med, 45,* 1679-1704.

Imber-Black, E. (1994). *Os segredos na família e na terapia familiar* (1ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Klock, S. (2006). Individual counseling and psychotherapy. In S. N Covington, & L. H. Burns, (Eds.) (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp.129-142). New York: Cambridge University Press.

Klock, S. (2006). Psychosocial evaluation of the infertile patient. In S. N. Covington, & L. H. Burns, (Eds.) (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. (pp. 83-96). New York: Cambridge University Press.

Lourenço, G. et al. Site SBRA - Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida*, jbra14*(4), 2010.

Macedo, M. M. et al. (2005). *Contextos de entrevistas olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Melamed, R., Seger L. & Borges M. (2009). *Psicologia e reprodução humana*

assistida: Uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos.

Mello Filho, J. (1989). *O ser e o viver: Uma visão da obra de Winnicott.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist, 56*(2), 128-165.

Moura-Ramos, et al. *(*2011). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology and Health, 2012; 27*(5), 533-549. Epub 2011 jul 19.

Moreno-Rosset, C. (Coord.). (2009). *Infertilidad Y reproducción asistida: Guía práctica de intervención psicológica.* Madrid: Piramide.

Papp, P. (2002). *Casais em perigo e novas diretrizes para terapeutas.* Porto Alegre: Artmed.

Passos, E. P. (2003). *Rotinas em infertilidade e contracepção.* Porto Alegre: Artmed.

Quelho, A. M. C., Munhoz, A. M. H., Damião, L. B. B., & Gomes, L. M. B. (1999). Repensando a supervisão em psicodiagnóstico: A relação teoria e prática - uma questão de ensino e/ou aprendizagem. *PSICO-USF, 4*(2), 13-22.

Ribeiro, M. (2004) *Infertilidade e reprodução assistida: Desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rigol J. et al. (2004). Grupo para casais inférteis: Uma proposta para atendimento multiprofissional. Revista do HCPA e FAMED 24ª semana científica.

Thibault, C. & Levasseur, M. C. (1991). *La reproduction chez lês mammifères et l´Homme.* Paris: Ellipses.

VandenBos, G. (Org.) (2010). *Dicionário de psicologia da APA*. Porto Alegre: Artmed.

Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. (1ª ed.). São Paulo: Rocca.

Winnicott, D. M. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Intern. Psycho-Analytical Library, vol. 87. London: The Hogarth Press.

Winnicott, D. M. (1979). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. M. (1988). *Os bebês e suas mãe*s. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. M. (1990). *O gesto espontâneo.* São Paulo: Martins Fontes.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K. & Vanderpoel, S. (2009). The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the Word

Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction, 24*(11), 1-5.

Endereço para correspondência

anielle.travain@uol.com.br
gisleinelourenco@hotmail.com
rmtardin@hotmail.com

Enviado em 06/03/2014
1ª revisão em 03/05/2014
Aceito em 12/05/2014