

Aula: Acompanhamento Psicológico dos Casais Submetidos a Programas de Reprodução Assistida

Apresentado no XXIV Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, São João Del Rei/MG – Junho de 1999

Autores: Cássia Cançado Avelar, João Pedro Junqueira Caetano, Ricardo M Marinho, Leonardo Meyer

Introdução

A reprodução de seres humanos é uma função vital para a perpetuação da espécie. Conceitos são arraigados desde a infância enfatizando que ao homem cabe semear e à mulher gestar e dar a luz a um filho. Este é um aprendizado básico para a preservação da sociedade humana, e os que não se enquadram neste padrão, geralmente são vistos de certo modo anômalos.

Há aproximadamente 20 anos atrás, a Medicina trouxe uma nova esperança aos casais diagnosticados como inférteis e que desejavam filhos. Progressos foram acontecendo e hoje modernos procedimentos médicos oferecem uma ampla variedade de tratamentos de concepção assistida.

Porém, antes de chegarem a uma assistência médica especializada, muitos casais que se confrontam com a infertilidade podem ser apanhados em contra correntes de emoções negativas. Pressões podem ser sentidas dos companheiros e da família em referência a terem filhos; o casal pode recriminar um ao outro pelo insucesso em não conceber e tudo isto pode também criar situações de diminuição da espontaneidade, satisfação e intimidade entre o casal.

Ao chegarem para um programa de reprodução assistida, as frustrações e desapontamentos de não conceber ao longo de um período de tentativas, geralmente já impuseram tensões emocionais em ambos ou em um dos parceiros.

No final de 1998, a PRO-CRIAR, em Belo Horizonte/MG, apresentou uma demanda de inserção do trabalho psicológico na sua equipe, considerando que os cuidados com a dinâmica psíquica dos pacientes seriam um fator importante no decorrer do tratamento de reprodução assistida.

Para colocar em prática um serviço de psicologia, objetivos e projetos foram traçados, verificando o contexto e as contingências da clínica e observando o lugar que seria ocupado em meio à complexa rede de relações.

Frente à problemática da infertilidade, buscou-se ampliar os estudos nesta área, além de abrir um campo de reflexão para pensar o sofrimento psíquico do casal e oferecer uma estrutura que pudesse acolher o caráter traumático desse momento.

Num primeiro momento, a proposta foi a realização de uma consulta psicológica como parte do protocolo para todos os pacientes da clínica. A ideia, nesta primeira consulta, foi oferecer uma escuta. Esta função pode, por si só, ser terapêutica; proporciona certa contenção e evidência que o casal não está sozinho com suas questões, que ele tem o lugar no desejo de um “Outro”.

Além do mais, não se trata só de escutar, mas, sobretudo, de levar quem fala, ou o casal, a se escutar. É oferecer um pensar/falar tanto do que está mais consciente em relação ao problema orgânico, quanto dos medos, fantasias e expectativas, muitas vezes negados, quando o que se está vivenciando é ainda a dúvida diagnóstica.

Outra questão que foi percebida é que, a busca de um programa de reprodução assistida traz consigo uma expectativa muito grande de sucesso e, como mostram as estatísticas, este sucesso não pode ser garantido. Assim, um segundo momento seria o de acompanhar este casal que não obteve um resultado positivo. Possibilitar a verbalização de suas frustrações e angústias pode ajudar a reduzir a magnitude deste momento e propiciar ao casal pensar em perspectivas futuras.

Além do trabalho com os pacientes, outro aspecto é fundamental – a integração da equipe. A criação de um espaço para reuniões se faz importante; neste momento, cada caso é discutido, abordando suas particularidades médicas e os aspectos psíquicos e emocionais mobilizados na situação.

Discussão

O primeiro aspecto preponderante para iniciar o trabalho de acompanhamento psicológico foi a crença de que há um casal, ou um sujeito, com angústias, temores, histórias e projetos, que traz uma disfunção orgânica e que a associação doente/doença deve ser pensada de um modo integrado.

No trabalho com a reprodução assistida pôde-se perceber que cada tipo de procedimento demanda um acompanhamento psicológico específico, por suscitar sentimentos e necessidades diferentes. Cabe ao profissional ajudar o casal a atravessar a situação.

A proposta, desde o início, não foi a de acalmar ou aconselhar este casal, mesmo porque tentar minimizar, consolar alguém que se encontra angustiado por si só é inútil, como pode também produzir um efeito oposto. Não ser captada na verdadeira dimensão do que lhe passa, faz com que a pessoa se perca um pouco mais nesta trajetória desordenada e aleatória a que de repente está submetida.

O que foi percebido é que certa tranquilidade pode ser obtida, dependendo da sustentação proposta para esta angústia e do reconhecimento da situação traumática como tal.

E o lugar do psicólogo é fundamentalmente o de escutar, e escutar com respeito. Nestas ocasiões, os que circundam o casal às vezes não são convidados a compartilhar com eles este momento; isto ocorre porque a pessoa se torna a prova viva da falta de garantias a que todos nós estamos sujeitos.

Conclusão

A oferta de um suporte emocional neste momento difícil se faz realmente necessária. Ao psicólogo, cabe acolher estes casais, muitas vezes fragilizados por todo o estresse e frustrações que a falta de um filho impôs à suas vidas. E, em geral, este acolhimento tem sido bem recebido.

Como Carlos Drummond de Andrade colocou “como dói a vida, quando tira a veste de prata celeste”, quando o casal é “escalonado” para viver uma situação que os coloca dentro de uma roupagem de um personagem que nunca desejaram interpretar: o de um casal infértil. Como é importante que eles sejam acolhidos, quando se deparam com este real; como é importante dar um sentido para estas angústias – criar um espaço e um tempo para que se possa falar dela. Esta tem sido nossa proposta.

Aula: FIV- Resposta emocional do marido e da esposa durante o tratamento

Monografia do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Médica pela UFMG, em 2001

Apresentado no XXIV Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, VII Congresso de GO da Região Sudeste, Poços de Caldas/ MG – Junho de 2000

Autor: Cássia Cançado Avelar

Introdução

Para a maioria das pessoas, ter filhos e formar uma família são metas em determinado momento de suas vidas. O procriar parece ser algo natural, bastando apenas suspender o método contraceptivo em uso. Algumas pessoas, ao iniciarem as tentativas para engravidar, se deparam com resultados negativos, mês após mês. Após um período de tentativas, que gira em torno de 12 a 18 meses, o casal se vê diante de uma situação desfavorável e, geralmente, procuram uma ajuda médica.

Historicamente, os estudos psicológicos sobre infertilidade focalizavam primariamente a mulher sobre a qual se pensava que era hostil e muito dependente de sua mãe ou que agressivamente imitava o papel masculino. Também se sustentava que a mulher infértil tinha sentimentos conflitantes e ambivalentes acerca da maternidade, o que resultava na sua incapacidade de conceber. Diversos estudos foram realizados com o intuito de avaliar se o nervosismo das mulheres e homens inférteis poderia causar ou contribuir para sua infertilidade, ou se as características da personalidade poderiam fazer com que as pessoas tivessem uma tendência maior a serem inférteis.

Porém, nas últimas décadas, a maioria destes estudos teve problemas metodológicos que tornaram difícil decifrar se certas características psicológicas predispõem a que indivíduos se tornem inférteis ou se a infertilidade conduz a problemas psicológicos. Se existem ou não fortes desejos de ter um filho, ou atitudes negativas das mulheres que podem incidir sobre a infertilidade, são motivos de tenazes e constantes controvérsias e, em geral, até agora têm sido refutados.

Do ponto de vista biológico, a ciência vem avançando cada vez mais no tratamento dos numerosos fatores que podem levar à infertilidade. Alguns estudos pontuam que, além do biológico, vários fatores psicológicos podem interferir na infertilidade, tanto masculina como feminina. A investigação psicossomática focaliza-se na resposta fisiológica da infertilidade como uma reação ao estresse, citando como exemplo a anovulação em mulheres e a baixa produção espermática em homens. Entretanto, nos casais com diagnóstico de infertilidade funcional ou sem causa aparente, há muito ainda a ser investigado, já que uma proporção importante deles concebe sem nenhuma intervenção médica. Estes fatores ainda não são compreendidos muito bem, apesar do conhecimento detalhado sobre os neurotransmissores e os mecanismos hormonais envolvidos. Além disto, alguns autores colocam que estudar os fatores envolvidos torna-se extremamente difícil, já que a infertilidade em si mesma é uma fonte considerável de tensão, estresse e conflito, tanto para o paciente como para toda a família.

No início dos anos 90 alguns estudos colocaram que a patologia emocional ou psicológica que freqüentemente se nota em homens e mulheres inférteis é mais atribuída à reação do casal frente à infertilidade do que a causa da mesma. Assim sendo, como pondera Kusnetzoff, “mais importante que buscar antecedentes psíquicos ou emocionais, que vão terminar em muitos casos em “culpar o paciente”, é concentrar os esforços nas consequências psicossociais imediatas que a própria infertilidade acarreta”.

Frente a isto, alguns estudos recentes têm examinado as diferentes reações do casal diante dos procedimentos do tratamento de fertilização *in vitro* (FIV). A maioria destes estudos vem avaliando as reações antes e depois do tratamento, com relativamente poucos estudos prospectivos examinando as reações durante cada etapa de um ciclo de FIV. Além disto, estes estudos prospectivos que vêm examinando as reações durante uma fertilização *in vitro* têm focado com mais atenção nas mulheres. Como resultado, o que eles evidenciam sobre as diferenças emocionais do tratamento são baseadas em suas anotações sobre as pacientes durante o tratamento ou quando estas recebem o resultado.

Os estudos que investigaram casais sugerem que as mulheres têm reações emocionais mais intensas que os homens durante um tratamento de FIV, apresentando mais ansiedade, depressão, insatisfação, perda da autoestima e maior estresse. Os poucos estudos que observaram as reações durante o tratamento, mostram que o homem e a mulher diferem principalmente com relação ao estresse, com maior evidência nas mulheres devido às demandas do tratamento. Nas relações sociais, alguns autores evidenciaram que as mulheres buscam mais o apoio de familiares e amigos que os homens, especialmente nos dias que antecipam o resultado do teste de gravidez.

Estes achados indicam que os homens e as mulheres reagem diferentemente durante um tratamento de fertilização *in vitro*- FIV, e têm sido interpretados como sugerindo que as diferenças necessitam de cuidados psicológicos diferentes com cada um dos cônjuges durante o tratamento. O objetivo deste estudo foi acompanhar o marido e a esposa durante seu primeiro tratamento de FIV, para verificar a reação de cada um, nos três estágios do tratamento, dentro de nosso contexto sócio cultural.

Pacientes e métodos

Amostra

Foi realizado em Julho de 1999 um estudo com casais em tratamento de fertilização *in vitro*, dentro de um programa social da Pró-Criar, em Belo Horizonte/MG, visando avaliar as reações emocionais de cada um dos cônjuges nos diferentes momentos do tratamento.

A avaliação se estendeu a três estágios do tratamento: início do tratamento; durante a fertilização (punção dos óvulos, coleta dos espermatozoides e transferência dos embriões); e no momento do resultado. Dez casais foram acompanhados, todos fazendo tratamento de fertilização *in vitro* (FIV) pela primeira vez. A idade média feminina foi de 27 anos e a masculina de 32 anos. Os casais estavam casados por cerca de 3,6 anos e tentando engravidar por 2,4 anos. Destes casais, 50% apresentavam como causa da infertilidade o fator masculino, 40% fator feminino e 10% fator misto.

Material

Para este estudo foi criado um protocolo de acompanhamento psicológico do casal, nos três estágios de um tratamento de FIV, tomando como referência o registro das reações emocionais, físicas e sociais de um tratamento de infertilidade, de Oddens e Tonkelaar (1999).

Procedimentos

Os casais, ao iniciarem o tratamento, passaram por uma primeira consulta psicológica, momento este que traziam suas histórias de vida, projetos, fantasias e expectativas com relação ao tratamento. No momento da internação para o procedimento de punção de óvulos e da coleta de espermatozoides o casal passou por outra avaliação, que se estendeu ao momento de transferência dos

embriões, dois a três dias após o procedimento acima. Quando receberam o resultado, foi realizada a última avaliação psicológica do casal.

Resultados e Discussão

O primeiro ponto avaliado foi com relação aos sentimentos vivenciados pelo casal diante da dificuldade de engravidar, após a interrupção do método anticoncepcional. Para as mulheres sentir a falta de capacidade para procriar, converte-se muitas vezes em um verdadeiro drama, pois ela vive tal circunstância como uma falha no papel feminino, assim cada menstruação é uma espécie de luto, que pouco a pouco vai instalando como um perfil de incapacidade; frente a esta questão, 80% das mulheres relataram angústia e frustração após cada tentativa fracassada. Já o comprometimento masculino é devido ao pesar e à dor de suas companheiras; o imperativo de serem sustentação de suas esposas e de serem fortes é muito comum, assim 60% dos homens expressaram sentimentos de surpresa diante do fato e tranquilidade de que o problema resolveria por si só.

Porém, estes sentimentos mudaram diante de uma confirmação diagnóstica da infertilidade. Evidenciaram-se diferenças de intensidade psicológica produzida pela infertilidade na mulher e no homem. Nas mulheres, a comoção produzida pela infertilidade mostrou ser a mesma, independentemente de quem parte o diagnóstico; 70% das pacientes relataram sentimentos de angústia e frustração frente ao diagnóstico, independente se o fator era masculino ou feminino. Já quando o problema reprodutivo estava no homem, a profundidade da crise psicológica apresentou-se bem maior: 78% dos pacientes inférteis demonstraram o desenvolvimento de estratégias de adaptação envolvendo a negação e atividades afastadas do problema; porém, se o problema de infertilidade era da esposa o impacto foi menor.

A maioria dos estudos vem mostrando que as pessoas com problemas reprodutivos relatam que a experiência da infertilidade melhora a relação do casal, porém isto não implica que não atravessem momentos críticos. Uma área especialmente prejudicada no casal é a sexualidade, e neste estudo, 40% das mulheres e 50% dos homens relataram mudança na relação do casal após o diagnóstico de infertilidade, evidenciando que a situação algumas vezes leva à diminuição da espontaneidade, satisfação e intimidade entre os parceiros.

Ao serem questionados com relação ao desejo de ter filhos, pode-se observar que em 60% dos pacientes o desejo era do casal, em 30% o desejo maior era da esposa e em 10% o desejo maior era do marido.

Neste estudo, os modos de adaptação, estilos de comunicação e intensidade do impacto da infertilidade no casal indicou uma diferença no compartilhar com os outros a vivência do tratamento. As mulheres demonstraram maior facilidade para conectar com seu mundo interno e expressar sentimentos de angústia, ansiedade e fragilidade diante deste primeiro tratamento, sendo que 90% relataram maior facilidade de compartilhar este momento com a família e amigos. Ao contrário das mulheres, 60% dos homens demonstraram restrições para manifestarem sentimentos que pudessem traduzir fraqueza, falta de autonomia e incapacidade para resolver seus próprios problemas, assim o compartilhar com os outros este momento se mostrou difícil e constrangedor.

Com este estudo, pode-se verificar que o estado emocional do marido e da esposa no decorrer do tratamento oscilou consideravelmente, porém de forma distinta. No início do tratamento, a superestimação das chances de êxito nesta primeira tentativa foi sintomas por excelência que surgiram na maioria (90%) de ambos os cônjuges; porém, com relação à perspectiva do tratamento, 80% das mulheres mostraram-se ansiosas, contra 40% dos homens. No período da fertilização (punção de óvulos, coleta de espermatozoides e transferência de embriões), o estresse relacionado às demandas do tratamento evidenciou-se em 80% das mulheres; já nos homens, a preocupação com o fato de que suas mulheres deveriam suportar a carga física do tratamento, fez com que 70% escondessem seus sentimentos para colocarem-se como apoio às esposas, demonstrando uma contínua negação como mecanismo de defesa. No momento do resultado, quando negativo, todas as mulheres (100%) e 80% dos homens demonstraram frustração e angústia diante da primeira tentativa fracassada; todos os casais com resultado positivo (100%) demonstraram alegria; porém 40% das mulheres relataram certa preocupação com relação à gravidez e possíveis perdas durante este período.

Conclusão

O estudo destes casais evidenciou diferenças nas reações emocionais entre esposas e maridos maiores que similaridades, confirmando a literatura que postula que as mulheres, de uma forma geral, demonstram-se mais ansiosas e estressadas que seus companheiros durante o tratamento de FIV; e que os homens têm mais dificuldade de lidar com a infertilidade quando esta é um fator masculino, dificuldade esta que, como apontou este estudo, se reflete em sua vida conjugal, social e profissional. Assim sendo, um serviço de reprodução humana tem que estar preparado para acolher estes casais, que apesar de formas diferentes, com certeza estarão ambos atravessando um período de oscilação emocional e psíquica e com alterações em suas redes de relações. Talvez um dos desafios mais importantes que se apresentam às pessoas que encaram o problema da infertilidade e todo o sistema de saúde atual seja o de prover atenção profissional que reconheça e utilize as dimensões do problema: biológica, psicológica e social. Se existe algum problema no âmbito da consulta médica, que não se esgota em um ângulo estritamente biológico, esse problema é, sem dúvida, a infertilidade conjugal. Este fato deve ser reconhecido e compreendido, para que um suporte adequado seja oferecido a cada um dos cônjuges.

Pôster: Aspectos Psicossociais dos Casais no Primeiro Tratamento de Fertilização *In Vitro*

Apresentado no XXVI Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, Belo Horizonte – Maio de 2001

Autores: Cássia Cançado Avelar, Leonardo Augusto Meyer de Moraes, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo

O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta emocional do marido e da esposa durante o primeiro tratamento de Fertilização *In Vitro*.

Método

Acompanhamento psicológico de dez casais, durante três momentos do tratamento:

1. Fase Inicial
2. Punção e Transferência
3. Resultado

Instrumento

Para este estudo foi criado um protocolo de acompanhamento psicológico do casal, nos três estágios de um tratamento de FIV, tomando como modelo o registro das reações emocionais, físicas e sociais de um tratamento de infertilidade, de Oddens e Tonkelaar (1999).

Pacientes

- Dez casais, fazendo o primeiro tratamento de fertilização *in vitro*, em Julho de 1999, dentro de um programa social da Pró-Criar, em Belo Horizonte/MG.
- Idade Média: Feminina - 27 anos
Masculina - 32 anos
- Causa da Infertilidade: 50% fator masculino
40% fator feminino
10% fator misto
- Tempo médio de casados: 3,6 anos
- Tempo médio tentando engravidar: 2,4 anos

Fase Inicial

Momento que o casal traz sua história de vida, projetos, fantasias e expectativas com relação ao tratamento. Quando iniciaram o tratamento, 40% dos maridos e 80% das esposas relataram ansiedade e 90% dos casais apresentaram superestimação das chances de êxito.

Sentimento diante da dificuldade de engravidar, após interrupção do método anticoncepcional

- Mulheres: 80% relataram angústia e frustração
- Homens: 40% relataram angústia; 60% relataram surpresa inicial, porém tranquilidade de que tudo resolveria.

Sentimento após confirmação diagnóstica de infertilidade

Mulheres: 70% apresentaram sentimentos de angústia e frustração, independente se o fator era feminino ou masculino.

Homens: Quando o problema reprodutivo era masculino o conflito emocional apresentou-se maior do que quando o problema era da esposa, representando 78% dos maridos.

Relação conjugal

40% das mulheres e 50% dos homens relataram mudança na relação conjugal após o diagnóstico de infertilidade

Desejo de ter filhos

60% desejo do casal; 30% desejo da esposa e 10% desejo do marido.

Punção e Transferência

- Mulheres: 80% apresentaram estresse e ansiedade
- Homens: 70% dissimulação sentimentos e apoio às esposas

Resultado

- Negativo: 100% das mulheres e 80% dos homens demonstraram frustração e angustia.
- Positivo: 40% das mulheres relataram preocupação com relação à gravidez e possíveis perdas durante este período.

Conclusão

Tanto o impacto da infertilidade, como os modos de adaptar-se à situação e ao tratamento e de expressar a comoção interna, em homens e mulheres, desenvolvem-se de maneira distinta, o que ressalta a necessidade de um suporte adequado e focado nas necessidades de cada um dos cônjuges.

Tema Livre: Protocolo de atendimento psicológico a casais em programas de reprodução assistida

Apresentado no XXVI Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, Belo Horizonte – Maio de 2001

Autores: Cássia Cançado Avelar, Leonardo Lopes Tonani, Leonardo Augusto Meyer de Moraes, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Introdução

Infertilidade: desafio tanto para os casais que a vivenciam, quanto para a equipe assistencial de saúde.

Desafio para a equipe profissional: prover atenção que reconheça e utilize as diferentes dimensões do problema – biológica, psicológica e social.

Objetivo

Apresentar um protocolo de atendimento psicológico - visa avaliar os sentimentos dos casais durante cada etapa de um tratamento de reprodução assistida – para que suporte adequado seja oferecido a cada um dos cônjuges.

Método

Criação do protocolo de atendimento psicológico a casais em tratamento de fertilização *in vitro*, utilizando como referência um estudo publicado por Oddens e Tonkelaar (1999), visando avaliar as experiências psicossociais de casais frente à infertilidade.

Resultado

Protocolo de entrevista psicológica

Dados pessoais do casal:

Nome da paciente: _____ Idade: _____

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Profissão da paciente: _____ Escolaridade: _____

Profissão do paciente: _____ Escolaridade: _____

Cidade: _____ Religião: _____

Composição familiar:

() solteiro () outros:

() casado-quantos anos: _____

Quanto tempo tentando engravidar: _____

1o. Casamento () esposa () marido () filhos-quantos: _____

2o. Casamento () esposa () marido () filhos-quantos: _____

I Fase - Início do tratamento

Sentimentos diante da dificuldade de engravidar

Causa da infertilidade: fator masculino - fator feminino – sem causa aparente - misto

Reação diante do diagnóstico de infertilidade

Se houve mudança na relação do casal, após diagnóstico

Tratamentos de reprodução assistida anteriores

Desejo de ter filhos

Com quem compartilham o tratamento

Estado emocional ao iniciar o tratamento

Parecer psicológico

II Fase – Punção dos óvulos, coleta espermatozóide – transferência embrionária

Estado Emocional : _____

Punção – internação, anestesia, produção óvulos e coleta de espermatozoides

Transferência de embriões: _____

Parecer psicológico: _____

III Fase – Resultado

Positivo – Estado Emocional: _____

Reunião com os casais grávidos – questões emocionais de uma gravidez

Negativo – Estado Emocional : _____

Planos: fazer novo tratamento – descongelamento esperar um tempo – desistir de ter filhos – adoção

Parecer Psicológico: _____

Conclusão

Ao evidenciar as particularidades emocionais do casal, o uso do protocolo pode proporcionar à equipe reconhecer e compreender as necessidades, expectativas, medos e fantasias durante o tratamento, o que vem nos capacitando oferecer um suporte adequado a cada um dos cônjuges.

Aula: Anorexia e Bulimia– Aspectos Psicológicos

Apresentado no 2º Curso de Endocrinologia Reprodutiva/Pró-Criar, Belo Horizonte – Agosto de 2001

Autor: Cássia Caçado Avelar

Encontramos entre os transtornos de conduta alimentar a anorexia, a bulimia e conduta alimentar não especificada.

A anorexia é um transtorno mental que consiste contundentemente em manter o peso corporal mínimo, um medo alarmante de ganhar peso e uma alteração significativa de percepção da forma e do tamanho do corpo. Além disto, nas mulheres apresentam amenorreia.

A perda do peso é resultado da diminuição da ingestão total, vômitos provocados e uso inadequado de diuréticos, laxantes e edemas. O medo da obesidade não desaparece mesmo quando o indivíduo perde peso. O nível de autoestima das pessoas que sofrem de anorexia depende em grande parte do peso do corpo e suas formas. Normalmente estas pessoas têm pouca consciência de suas alterações, negam e tendem a explicar histórias pouco verdadeiras.

Os sintomas mais frequentes associados à anorexia são: depressão, retraimento social, irritabilidade, insônia, perda de interesse pelo sexo, pensamentos obsessivos e condutas compulsivas, podendo levar a consequências mais severas.

Distintas teorias ou posturas psicológicas falam de variadas motivações que desencadeiam num indivíduo este tipo de transtorno, como:

- A forte pressão cultural acerca de um estereótipo de beleza onde a magreza é altamente valorizada e a união entre o ser valorizado ou não, querido ou não, de acordo com uma determinada aparência física;

- Dificuldades para o funcionamento autônomo, para estabelecer a identidade, nas mulheres medo de transformar-se em mulher (interesse em ser feminina, atrair o sexo oposto, ter atividade sexual, ter filhos, etc);

Dentro da personalidade do paciente com anorexia destacam-se alguns traços: grande necessidade de aprovação externa; tendência à conformação; falta de respostas a necessidades internas, perfeccionismo e escrupulosidade. São indivíduos com expectativas pessoais muito altas e grande necessidade de agradar e adaptar-se aos desejos dos outros a fim de garantir uma autoestima vulnerável.

Já a bulimia caracteriza-se essencialmente em métodos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso. Estes ocorrem, em média, ao menos duas vezes por semana durante um período de três meses. A autoestima desses pacientes está exageradamente influenciada pelo peso e pela silhueta corporal. O peculiar deste transtorno é provocar vômitos, uso excessivo de laxantes, diuréticos, edemas ou outros fármacos e jejum ou exercício físico excessivo.

Os pacientes bulímicos costumam sentir-se muito envergonhados, tentam ocultar os sintomas e têm condutas de alteração de controle (não podem evitar nem os vômitos nem a indução do vômito e têm dificuldades para acabar com estas ações). Normalmente encontram-se dentro do peso considerado normal, apesar de alguns apresentarem desvios para cima ou para baixo da normalidade.

Dentro dos transtornos associados à bulimia encontramos transtornos de estado de ânimo (especialmente os transtornos distímico e o transtorno depressivo maior) e elevada incidência de sintomas de ansiedade. Observa-se, também, dependência e abuso de substâncias (álcool e estimulantes) em aproximadamente 1/3 dos pacientes. Estes pacientes têm dificuldade para controlar seus impulsos e, com freqüência, são pessoas sexualmente ativas.

O aspecto aparentemente saudável do bulímico, ao contrário daquele que sofre de anorexia nervosa, comprova que a sintomatologia pode permanecer oculta por muitos anos.

Alguns autores sustentam que existe certo tipo de organização e funcionamento familiar condizente com o desenvolvimento e a manutenção dos transtornos alimentares. Os membros da família estão vinculados a padrões de interação familiar nos quais os sintomas dos filhos desempenham um papel central para evitar o conflito que se sobressai e na manutenção de certo equilíbrio familiar. São famílias unidas (forma particular de proximidade e intensidade que faz com que qualquer mudança repercuta ao longo de todo o sistema familiar), famílias superprotetoras (isto retarda o desenvolvimento da autonomia e o bom desempenho de seus filhos) e muito rígidas em seus princípios.

Em ambos os casos a patologia psicológica caracteriza-se, entre outras coisas, porque quem padece nega e esconde por todos os meios a vontade de, ao restringir a ingestão calórica ou provocar vômitos, diminuir seu peso. Assim, os diversos estudos e tratamentos ginecológicos, no caso de amenorreia ou infertilidade, podem não serem associados aos transtornos alimentares.

Tema Livre: Elaboração do luto da criança não concebida

Apresentado no XXIX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da FEBRASCO, Belo Horizonte - Maio de 2004

Autores: Cássia Cançado Avelar, Leonardo Meyer, Rivia Lamaita, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo

Avaliar a dimensão dos sentimentos vivenciados por um casal em tratamento de fertilização *in vitro*, após um resultado negativo
Direcionar um acolhimento emocional adequado a cada casal.

Material e Método

Material: 50 casais, num primeiro tratamento de fertilização *in vitro*.

Método: protocolo de atendimento psicológico.

3a. fase foi dividida, neste estudo, em 2 etapas.

Resultado:

Logo após o resultado negativo:

90% dos casais apresentaram sentimentos de angústia e frustração muito intensas.

Após acompanhamento psicológico:

60% dos casais relataram desejo de fazer um novo tratamento

22% apresentaram necessidade de um tempo para pensar sobre as perspectivas futuras

10% relataram que pensavam na possibilidade da adoção

8% colocaram que não desejavam fazer novas tentativas e que pensavam na possibilidade de viverem sem filhos

Conclusão

Este trabalho evidenciou a necessidade de um apoio emocional individualizado a cada casal após um resultado negativo, que permita a elaboração do luto da gestação que não se realizou, além de propiciar uma oportunidade para pensarem nas perspectivas futuras.

Reflexão

Médica Rita Charon - diretora do departamento de humanidades e medicina da Universidade Columbia: “*não devemos só auscultar, mas escutar nossos pacientes – eis um grande objetivo a ser atingido.*”

Tema Livre: Útero de substituição: relato de um caso

Apresentado no XXIX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da FEBRASCO, Belo Horizonte - Maio de 2004

Autores: Cássia Cançado Avelar, Leonardo Meyer, Rívia Lamaita, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: Apresentar o acompanhamento psicológico de um caso de útero de substituição sem vínculo de parentesco, realizado na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG.

Metodologia: Entrevistas psicológicas individuais, dos casais e do grupo durante o acompanhamento do caso e para elaboração do parecer psicológico.

Resultado: O casal incompatível com a gestação, bem como a candidata ao empréstimo temporário do útero e sua família (esposo e filha) passaram por várias entrevistas psicológicas quando foi elaborado um parecer psicológico favorável ao tratamento e enviado, juntamente com o parecer médico, para o Conselho Regional de Medicina. Uma vez aprovado pelo Conselho, iniciou-se o tratamento que teve um acompanhamento psicológico a todas as partes envolvidas durante todo o procedimento. Após o resultado positivo, realizamos um acompanhamento individualizado da mãe biológica e seu esposo, bem como da doadora temporária do útero e sua família, objetivando oferecer um suporte psicológico que sustentasse as angústias, preocupações e incertezas vivenciadas durante os nove meses de gestação. Nos dias próximos ao parto, o acompanhamento intensificou, propiciando ao casal, bem como a doadora do útero um espaço para expor e trabalhar as ansiedades próprias de um final de gravidez e da chegada do bebê. No dia do parto, o casal, a grávida, esposo e filha contaram com o suporte psicológico durante todo o período - da internação ao pós-parto. A equipe médica também recebeu suporte e orientação psicológica para a condução do caso. No pós-parto, a doadora do útero recebeu suporte intensivo para elaborar a transição de uma forma saudável e equilibrada, bem como os pais para adaptarem à nova realidade da chegada do tão esperado bebê.

Conclusão: Com este caso pioneiro em Minas Gerais, concluímos que nos tratamentos de útero de substituição, onde não há vínculo de parentesco entre os envolvidos, a avaliação e o acompanhamento psicológico se tornam preciosos para que o desfecho possa acontecer de forma adequada e positiva.

Tema Livre: Avaliação do impacto emocional no diagnóstico da infertilidade masculina

Apresentado no XXIX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da FEBRASCO, Belo Horizonte - Maio de 2004

Autores: Cássia Cançado Avelar, Renata Santos, Leonardo Meyer, Rivia Lamaita, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: Analisar o impacto emocional que se manifesta no homem após o diagnóstico de infertilidade masculina.

Introdução: A ciência, com todo seu conhecimento a respeito do ser humano, tem proporcionado grandes avanços tecnológicos no campo da medicina reprodutiva, possibilitando aos casais inférteis terem filhos. O diagnóstico de infertilidade masculina é um dos fatores que dificultam a concepção de um filho e para muitos homens abordar o assunto da infertilidade nem sempre é fácil, devido a nosso meio cultural. Assim, o homem costuma camuflar seus sentimentos, encontrando mais dificuldade de expressá-los.

Material e Métodos: Acompanhamento de 30 pacientes ao iniciar um tratamento de fertilização *in vitro* no período de 1999 a 2003, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG. Foi utilizado um protocolo psicológico, com o objetivo de avaliar os sentimentos que foram classificados como negativos (angústia, frustração, choque e ansiedade) e positivos (esperança e otimismo).

Resultado: Dos trinta pacientes acompanhados, 21 relataram sentimentos negativos ao se depararem com o diagnóstico de infertilidade masculina. Somente três pacientes disseram que houve uma mudança na relação do casal após este diagnóstico. Durante o tratamento de fertilização *in vitro*, 22 pacientes relataram sentimentos de otimismo e esperança e 16 pacientes compartilharam o momento com outras pessoas.

Conclusão: Com este trabalho concluímos que a maioria dos pacientes sofre ao se deparar com um diagnóstico de infertilidade masculina, porém se sentem amparados por terem a ajuda da ciência na busca da paternidade.

Tema Livre: Aspectos psicoemocionais da paciente após tratamento de fertilização *in vitro* com óvulos doados

Apresentado no XXIX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da FEBRASCO, Belo Horizonte - Maio de 2004

Autores: Cássia Cançado Avelar, Adriana Peixoto, Leonardo Meyer, Rivia Lamaita, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: Analisar, do ponto de vista emocional, a satisfação da paciente com o tratamento de fertilização *in vitro* com óvulos doados.

Introdução: Muitas mulheres acreditam que por estarem bem fisicamente, manterem ciclos regulares ou aparentarem mais jovens, conseguirão engravidar a qualquer momento, no final dos trinta ou início dos quarenta anos. Elas se sentem intensamente angustiadas quando descobrem que estão com dificuldade para engravidar e que apesar dos avanços da medicina, a única opção é a ovodoação.

Material e Métodos: A população deste estudo refere-se a pacientes que foram submetidas ao tratamento de ovodoação no período de 1999 a 2003, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG. Foram entrevistadas sete pacientes das treze pacientes catalogadas; sendo que uma marcou a entrevista, mas recusou a responder quando soube que se tratava do assunto de ovodoação; três desmarcaram seguidas vezes até não ser possível entrevistá-las; uma negou a entrevista alegando falta de tempo e a outra não foi localizada.

Resultado/Conclusão: Como resultado do trabalho foi averiguado que todas as pacientes que se submeteram à entrevista relataram que ficaram satisfeitas com o acompanhamento psicológico durante o tratamento, porém quatro pacientes ressaltaram a necessidade de um prolongamento do atendimento psicológico durante o pré-natal e no pós-parto. O trabalho apontou que, apesar de não ser o que desejavam no início, quando procuraram o tratamento, a ovodoação possibilitou a vivência de uma gravidez e a chegada do filho tão esperado.

Tema Livre: Tratamentos de Reprodução Assistida e suas Implicações Psicológicas

Apresentado no XXX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, em Poços de Caldas/MG – 04 de junho de 2005 e no 7º Simpósio Pró-Criar/Mater Dei Reprodução Assistida, Belo Horizonte – Outubro de 2005

Autores: Cássia Caçado Avelar, Ana Marcia Miranda Costa, Erica Becker Xavier, Rivia Mara Lamaita, Leonardo M. Moraes, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo

Avaliar as implicações psicológicas diante de cada tratamento de reprodução assistida

Indução da Ovulação

Caracteriza-se pelo “conflito da metade do ciclo”

A sexualidade do casal pode ficar comprometida

O sexo muda de significado, o que antes fazia por prazer, agora se converte em fazer bebê.

Gerar perda da espontaneidade e exigência de rendimento

Inseminação Artificial ou Inseminação Intra-Uteriana

Pode gerar uma fragilidade e desgaste emocional nos casais que passam por sucessivas tentativas com resultado negativo até chegarem a uma gravidez

Inseminação Artificial com sêmem doado

A profundidade da crise psicológica atinge mais intensamente o marido

Pode haver uma relação, por parte do marido, entre infertilidade e masculinidade e virilidade

Existe um pesar pela perda da linha genética paterna

Fantasia de uma terceira pessoa na relação - o doador

Fertilização *In Vitro*

Cada etapa suscita sentimentos intensos no casal:

Pode haver um otimismo inicial

Demanda técnica do tratamento reflete mais intensamente na mulher, independente de qual o fator

Ansiedade pós-transferência embrionária até o resultado

Fertilização Por Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide - ICSI

Apesar de a mulher passar pela técnica do tratamento, o marido costuma se envolver de uma forma mais intensa emocionalmente, por ser dele o problema que dificulta a gravidez

Fertilização *In Vitro* com óvulos doados

A implicação psicológica é intensa e complexa principalmente para a esposa

Pode haver necessidade de um tempo para elaboração do diagnóstico

Aceitação do tratamento como única possibilidade de vivenciar uma gravidez

Pesar pela perda da linha genética

Fantasia de uma terceira pessoa - doadora

Fertilização *In Vitro* com Útero de Substituição

Por envolver uma terceira pessoa, este tratamento evidencia a importância de uma avaliação psicológica do casal, bem como da candidata ao empréstimo temporário do útero e família, para que o tratamento tenha um desfecho adequado

Congelamento de Embriões

Suscita sentimentos ambivalentes no casal por um lado traz a tranquilidade caso o casal se depare com um resultado negativo, por outro traz questões éticas, morais, religiosas e emocionais caso o casal tenha uma gravidez múltipla e não deseje mais filhos

Conclusão

As implicações psicológicas vivenciadas pelos casais no decorrer de um dos tratamentos de reprodução assistida aponta para a necessidade de reconhecermos a demanda de cuidados psicológicos que cada casal necessita diante do tratamento proposto

Tema Livre: Ovodoação x Adoção: Aspectos Psicológicos

Apresentado no XXX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, Poços de Caldas/MG – Junho de 2005

Autores: Cássia Cançado Avelar, Beatriz Lepore, Christiane Munhoz, Juliana Christie, Marcia Daher

Introdução

Com os avanços tecnológicos em reprodução assistida, mulheres com problemas ovulatórios podem hoje optar por não ter filhos, a adoção ou a ovodoação.

Objetivo

Investigar os aspectos psicoemocionais pelos quais passam os casais desde o diagnóstico até a tomada de decisão entre as opções existentes.

Discussão

- Impacto do diagnóstico

Transtorno adaptativo: crise emocional diante de um evento inesperado, caracterizada por uma situação de angústia onde a pessoa se desorganiza e pode se encontrar perdida e desesperada.

- Elaboração da crise

Negação e isolamento – Raiva - Barganha (culpa) - Depressão (tristeza) - Aceitação

- Tomada de decisão

Disposição para a tomada de decisão
Importância das informações
Importância do autoconhecimento
Realização da escolha

- Questionamentos acerca da ovodoação:

A ovodoação é a melhor escolha?
Sentido da perda da linha genética
Relação entre ser medicamente infértil x engravidar
Revelar x não revelar para filho(a)
Gravidez múltipla
Características genéticas diferentes
Ambiguidades sociais e emocionais
Número de tentativas
Relacionamento do casal
Aspectos financeiros

- Questionamentos acerca da adoção:

Perda da linha genética
Aceitação social
Aceitação das diferenças da criança
Realização como mãe - maternidade
Persistir com as tentativas de gravidez
Decisão do casal
Procedência da criança

Estas têm sido questões cada vez mais vividas pelos casais modernos, uma vez que atualmente a gravidez tem sido adiada em prol de uma estabilidade profissional e financeira e nas situações em que a mulher inicia um novo relacionamento com o desejo da formação de uma nova família. É importante para o casal que se depara com a infertilidade, devido a uma falência ou insuficiência ovariana, poder sonhar e concretizar o sonho de serem pais, sentir o orgulho e a felicidade que merecem e ir em frente para novos horizontes, triunfos e desafios.

O papel do psicólogo, neste contexto, é proporcionar aos casais um espaço para que os questionamentos e angústias sejam elaborados, possibilitando um momento de reflexão sobre o caminho mais adequado a seguir, visando, assim, facilitar o processo de escolha e tomada de decisão dos casais.

Considerações Finais:

Os dilemas entre ovodoação e adoção devem ser cuidadosamente avaliados, um em particular tem merecido especial atenção por parte dos casais: a questão de que na adoção, na maioria das vezes, a criança foi rejeitada e abandonada por quem mais deveria amá-la e protegê-la – seus pais biológicos. O medo de não conseguir suprir uma possível carência e sofrimento psíquico da criança no decorrer de sua vida, costuma ser fonte de preocupação para muitos casais; já no caso da ovodoação, não existe outros pais da criança, é um tratamento que envolve a doação de óvulos e não de bebês, um ato de solidariedade e de ajuda voluntária ao próximo. Estes fatores, geralmente, minimizam as preocupações do casal frente às cobranças e expectativas sociais e ao reflexo psíquico na vida de seu(s) futuro(s) filho(s).

Tema Livre: Traço e Estado Ansiedade em mulheres submetidas à fertilização *in vitro* após transferência embrionária

Apresentado no XXXII Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras e no II Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG – Maio de 2007

Autores: Cássia Cançado Avelar, Bernadette Veado, Ana Márcia Cota, Rivia Lamaita, Ricardo M Marinho e João Pedro Junqueira Caetano

Introdução: A infertilidade é um problema conjugal que atinge cerca de 10% da população e traz consigo uma série de conseqüências psicológicas. As demandas técnicas de um tratamento de fertilização *in vitro* podem muitas vezes desencadear sentimentos ambivalentes, principalmente quando levamos em consideração a história de vida e a característica pessoal de cada paciente.

Objetivo: Correlacionar traço e estado ansiedade após a transferência embrionária, em um ciclo de fertilização *in vitro*.

Metodologia: Pesquisa realizada na Pró-Criar, em Belo Horizonte/MG

Sujeitos: 70 mulheres que se submeteram a um tratamento de fertilização *in vitro*. Idade compreendida entre 24 e 48 anos (média = 35,6 anos, desvio padrão = 6,7 anos), no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

Instrumentos: Termo de Consentimento; Ficha de identificação da paciente. Para a avaliação foi aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), elaborado por Spielberg e colaboradores e validado para a população brasileira em 1970, por Biaggio e Natalício. Ambas as escalas consistem de 20 afirmações cada, sendo que a escala de estado ansiedade (STAI-STATE) solicita ao indivíduo que indique como se sente neste momento de sua vida e a escala de traço ansiedade (STAI-TRAIT) solicita que indique como se sente de um modo geral. Os questionários foram preenchidos pela paciente durante o período compreendido entre a transferência embrionária e o resultado de gravidez.

Resultado: O trabalho aponta como resultado da análise do inventário de ansiedade estado (STAI-STATE) que das 70 pacientes, 22,9% apresentaram ansiedade alta; 71,4% ansiedade média e apenas 5,7% apresentaram ansiedade baixa durante o período compreendido entre a transferência embrionária e o resultado da gravidez. Com relação à análise do inventário de ansiedade traço (STAI-TRAIT), das 70 pacientes, 64,3% consideravam-se muito ansiosas; 20% de ansiedade média e 15,7% de baixa ansiedade. Ao correlacionar o traço e estado ansiedade após a transferência embrionária, entre as pacientes normalmente de baixa ansiedade, 72,7% apresentaram ansiedade média durante o período em questão; dentre aquelas de ansiedade média, 75,6% mantiveram-se com ansiedade média e dentre aquelas de alta ansiedade, 57,1% apresentaram média ansiedade e 42,9% apresentaram ansiedade alta durante o período.

Conclusão: Concluímos com este trabalho que a regressão entre os dois escores mostrou que ambos correlacionam-se positivamente, e que as pacientes – ansiosas ou não - se tornam subjugadas pela ansiedade no período em que aguardam o resultado do tratamento, evidenciando que as intervenções psicológicas devam ser mais efetivas neste período.

Tema Livre: Ansiedade em mulheres submetidas à fertilização *in vitro* após transferência embrionária: um estudo prospectivo

Apresentado no XXXII Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras e no II Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG – Maio de 2007

Autores: Cássia Cançado Avelar, Bernadette Veado, Ana Márcia Cota, Rivia Lamaita, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Introdução: Ao iniciarem um dos tratamentos de reprodução assistida, as pacientes se deparam com demandas médicas, muitas vezes técnica e rigorosa, que podem desencadear sentimentos de ansiedade, angústia e frustração no percurso do tratamento. Nos tratamentos de fertilização *in vitro*, um momento de especial expectativa e ansiedade é no período entre a transferência embrionária e o resultado através do exame de Beta-HCG, quando toda a técnica já foi realizada, restando à paciente apenas aguardar o resultado tão sonhado e desejado.

Objetivo: Caracterizar a população em termos demográficos (idade, prática religiosa, grau de instrução, filhos naturais ou adotivos, uso de medicamento psiquiátrico ou terapia) e em termos de variáveis relacionadas à infertilidade (tempo de infertilidade e tratamento de FIV anterior), com o objetivo de correlacionar estas variáveis à frequência do estado de ansiedade em mulheres submetidas à FIV durante o período entre a transferência de embriões e o teste de gravidez – Beta-HCG.

Metodologia: A pesquisa foi realizada na Pró-Criar, em Belo Horizonte/MG.

Sujeitos: 70 mulheres em tratamento de fertilização *in vitro*, no período de outubro de 2006 a Janeiro de 2007.

Instrumentos: Termo de consentimento pós-informação; ficha de avaliação médica do diagnóstico da infertilidade; ficha de identificação da paciente, incluindo questões sobre idade, religião, grau de instrução, tempo de infertilidade, filhos naturais ou adotivos, uso de medicamento psiquiátrico ou em terapia; instrumento - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), elaborado por Spielberg et al e validado para a população brasileira em 1970 por Biaggio e Natalício. Neste estudo foi utilizada somente a escala de estado ansiedade que se constitui de 20 afirmações, onde é solicitado ao indivíduo que indique como se sente neste momento de sua vida. A amplitude do escore desta escala varia de 20 a 80 pontos. Análise estatística: tabelas de contingência e testes de Qui-Quadrado para avaliação das possíveis diferenças entre os grupos, com um nível de significância de 5%.

Resultado: Não foram observadas diferenças significativas entre os graus de ansiedade obtidos na escala estado ansiedade segundo idade, prática religiosa, grau de instrução, pacientes com filhos naturais ou adotivos, e tratamentos de infertilidade anteriores. Foi identificada diferença significativa no grau de ansiedade, porém, entre aquelas pacientes em tratamento psicológico/psiquiátrico ou em uso de mediação psiquiátrica: pacientes em terapia ou medicação não apresentaram ansiedade alta, enquanto que 29,6% das pacientes sem nenhum tratamento psicológico apresentaram ansiedade alta ($X^2 = 4,32$; $p < 0,05$). Apesar de não significativo ($X^2 = 3,74$; $p > 0,06$), pacientes com menos tempo de infertilidade apresentaram-se mais ansiosas do que aquelas com mais tempo (superior a 3 anos).

Conclusão: Concluimos com este trabalho que a intervenção psicológica neste período do tratamento é de fundamental importância para otimizar a qualidade de vida das pacientes em tratamento de fertilização *in vitro*.

Pôster: Ansiedade e Gravidez em Mulheres Submetidas à Fertilização *In Vitro*

Apresentado no 33º Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia e no 3º Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais, Juiz de Fora/Minas Gerais – Setembro de 2008

Autores: Cássia Caçado Avelar; Bernadette Veado; Ana Márcia Cotta; Rívia Lamaita; Ricardo M Marinho; João Pedro Junqueira Caetano

Introdução

A escolha deste tema se deve a um interesse de avaliar uma possível correlação entre traço e estado ansiedade em mulheres submetidas a um tratamento de fertilização *in vitro* e o resultado do tratamento

Objetivo

Avaliar o traço e o estado ansiedade de pacientes pós transferência embrionária em um ciclo de fertilização *in vitro*, através do estudo de suas freqüências e respectivas correlações entre ansiedade e gravidez.

Metodologia

Sujeitos: 70 mulheres em tratamento de fertilização *in vitro*, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG.

Idade entre 24 e 48 anos (média 35,6 anos e desvio padrão= 6,7 anos)

Instrumentos

Termo de Consentimento pós-informação

Ficha de avaliação médica

Ficha de identificação da paciente

Questionário Stai-Trait-State (traço e estado ansiedade) – preenchido pela paciente antes de fazer o teste de BetaHCG

Análise Estatística

Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates – nível de significância de 5%

Cálculos desenvolvidos nos software Excel e Minitab 15,0

Resultado e Discussão

Tabela traço ansiedade: não há distinção das chances de gravidez da paciente quanto ao seu traço ansiedade após transferência embrionária (p-valor = 0,76 – $\chi^2 = 0,54$). Pode-se observar, porém, que a taxa de gravidez no grupo das pacientes que apresentaram alta ansiedade foi sutilmente inferior à porcentagem geral.

Conclusão

Esta pesquisa não indicou nenhuma correlação entre traço ansiedade e gravidez. Porém, ao correlacionarmos o estado ansiedade e gravidez, observamos que a taxa de gravidez no grupo das pacientes com ansiedade alta enquanto aguardavam o resultado foi sutilmente inferior à porcentagem geral, sugerindo que este item merece ser melhor investigado.

Aula: Aspectos Psicológicos da Infertilidade

Ministrada no 33º. Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia e no 3º. Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e Minas Gerais, Juiz de Fora/MG – Setembro de 2008

Autor: Cássia Caçado Avelar

Infertilidade

Em geral, as pessoas acreditam que são férteis e que para conceber basta não fazer uso de métodos contraceptivos e ter uma vida sexual ativa. Porém para alguns casais, após um período de sucessivas tentativas (12 a 18 meses), a certeza e confiança começam a ceder lugar para sentimentos de frustração, receio e preocupação. Geralmente inicia-se uma série de exames buscando identificar a causa - Ginecologista

Impacto Emocional do Diagnóstico da Infertilidade

Transtorno Adaptativo: Sintomas emocionais, cognitivos e/ou comportamentais em resposta a um evento inesperado.

Atividade Pessoal:

Deterioração da identidade: diminuição da autoestima e mudanças negativas na autoimagem

Alterações emocionais: períodos de angústia, isolamento, culpa, irritabilidade, entre outros sentimentos classificados como negativos, como depressão, fobias e revolta

Relação do Casal

Pode ocorrer distanciamento, incompreensão, falta de apoio, insatisfação e comprometimento da sexualidade

Casos mais extremos - separação

Pode ser um momento de crescimento e amadurecimento afetivo na relação do casal

Relações Familiares/Sociais

Conduta defensiva de isolamento – fatores geram situações dolorosas ou de difícil manejo para o casal, como assuntos sobre maternidade, estar com pessoas grávidas ou com crianças.

Inadequação social – cobranças sociais de filhos, associação de fertilidade-virilidade-masculinidade e de fecundidade-feminilidade

Trabalho

Menor rendimento profissional – sentimentos negativos

Abandono em situações de depressão

Profissões relacionadas com crianças e maternidade – dolorosas

Conciliar horários trabalho e tratamento

Religião

Conflito – tratamento proposto contradiz os princípios religiosos do casal

Culpa e castigo

A fé religiosa pode atuar como fator de apoio, suporte e compreensão das limitações humana para quem a segue

Ajustamento Emocional

Choque – costuma ser proveniente da comunicação do diagnóstico

Negação – integral ou parcial – defesa frente ao inesperado

Barganha – busca-se outras opiniões médicas, uso de terapias alternativas, negociações e promessas com Deus

Culpa – por algum comportamento passado, como adiamento da gravidez e por estar privando o parceiro de ter um filho

Raiva e revolta – sentimentos diante do inaceitável

Isolamento – mecanismos de defesa para evitar o enfrentamento de situações desconfortáveis e de difícil manuseio

Depressão – quando estes sentimentos cedem lugar para tristeza e desesperança – importante buscar ajuda que propicie exteriorizar este pesar, elaborar a angústia e pensar em perspectivas futuras

Aceitação e esperança – quando os sentimentos são gradualmente ajustados e o casal consegue vislumbrar um caminho a seguir.

Nesta etapa, investe-se em sentimentos da esperança pela resolução do problema

Tomada de Decisão

Não ter filhos

Adotar uma criança

Tratamento de concepção assistida

Lidando com a infertilidade

Buscar informações e esclarecimentos sobre todos os procedimentos disponíveis

Autoconhecimento – avaliar o desejo de cada um, compartilhar os sentimentos para se chegar a um acordo e uma cumplicidade na escolha

Avaliar com quem compartilhar, dividir os sentimentos e buscar apoio

Estabelecer limites de até onde ir

Tratamentos de Concepção Assistida

Os casais que chegam a uma clínica de reprodução humana optaram por fazer um dos tratamentos de concepção assistida, que dependerá da causa da infertilidade do casal

Psicólogo na Clínica de Reprodução Humana

Primeiramente acolher os casais

Criar um espaço para humanizar o tratamento – escuta da história de vida do casal, suas dúvidas, medos, fantasias e expectativas com relação ao tratamento

Caracterizar rigorosamente o estado emocional do casal – direcionar o suporte necessário no decorrer do tratamento

Reconhecer e compreender o que o casal está vivenciando em cada etapa do tratamento

Dificuldades externas

Conciliar horário tratamento/trabalho

Pressão e cobrança social

Custo financeiro do tratamento

Questionamentos éticos, morais e religiosos

Dificuldade para compreender os distintos passos e instâncias do tratamento

Informações equivocadas - virtuais

Dificuldades Internas

Ansiedade e estresse relacionados às demandas do tratamento

Aceitar o tratamento como uma tentativa - compreender possibilidade de o resultado ser positivo ou negativo

Resultado negativo – elaborar o luto, a angústia e a frustração

Resultado positivo – estar preparado para gestação gemelar/múltipla; risco da gravidez não evoluir

Implicações Psicológicas nos Tratamentos de Concepção Assistida

Indução da Ovulação – Coito Programado

Caracteriza-se pelo conflito da metade do ciclo – a sexualidade do casal pode ficar comprometida

Modificação na relação sexual – “fazer amor” – “fazer um bebê” – prazer com sentido exigência de um resultado

Pode resultar em disfunções sexuais como anorgasmia, perda da espontaneidade, inapetência sexual

Inseminação Artificial - Inseminação Intra-Uterina

Traz o conceito de artificial – impossibilidade da concepção natural

O casal pode ficar fragilizado ao vivenciar resultados negativos

Desejo de transitar para um tratamento de maiores possibilidades

Inseminação Artificial com Sêmen Doador

Marido - fragilizado e angustiado – autoestima e autoimagem

Relação infertilidade-masculinidade e virilidade

Angústia perda da linhagem genética paterna

Fantasia de uma terceira pessoa – doador anônimo

Angústias relacionadas a problemas hereditários

Infertilidade - Paternidade

Sigilo – a quem contar – abordar a questão filho

Ambigüidades éticas, morais e legais

Fertilização *In Vitro*

1ª fase – Indução da ovulação – estresse demanda técnica mulher: injeções e ultrassom

2ª fase – Punção - ansiedade da internação hospitalar; Transferência - embriões a serem transferidos – congelamento embrionário

3ª fase – Período pós-transferência – ansiedade por aguardar o resultado – questionamentos do que fazer para otimizar o resultado

4ª fase – Resultado: Negativo – luto, angústia e frustração; Positivo – alegria, preocupações com gestação - perda

ICSI - Fertilização Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide

Fator masculino – mulher passar pela demanda técnica do tratamento – culpa - queixas

Marido costuma se envolver de uma forma mais intensa – presente - apoio

Fertilização *In Vitro* com Óvulos Doados

Avaliação da doadora – conceito e sentimentos com relação à doação

Avaliação da receptora diante da indicação deste tratamento:

Angústia – autoestima e autoimagem

Perda da linhagem genética materna

Fantasia com relação à doadora

Preocupação com problemas hereditários

Sigilo – quando e a quem contar

Ambigüidades éticas, morais e legais

Fertilização *In Vitro* com Útero de Substituição

Tratamento realizado com parente até quarto grau da esposa/marido – acompanhamento de todos os envolvidos, avaliação psicológica (Resolução CFM 2013/2013)

- relação das pessoas envolvidas

- lidar com a gravidez – pessoal e social

Nos demais casos, a avaliação psicológica é mais rigorosa e detalhada – encaminhada juntamente com parecer médico para aprovação do Conselho Regional de Medicina.

Congelamento Embrionário

Costuma gerar sentimentos ambivalentes – questões éticas e religiosas

Por um lado traz conforto para os casais – caso se deparem com resultado negativo

Por outro, gerar preocupação caso engravidem – principalmente gravidez gemelar ou múltipla – destino dos embriões congelados

Conclusão

Acreditamos que os avanços tecnológicos na área da medicina reprodutiva devam ser acompanhados de uma atuação humanística

Acolher os casais que chegam à clínica

Atenuar agentes geradores de estresse durante o tratamento

Possibilitar ao casal uma travessia mais tranquila e positiva em busca do objetivo final – gravidez

Tríade – paciência, insistência e persistência só é possível quando o casal é amparado com muito carinho e respeito

Pôster: Ansiedade em mulheres submetidas à Fertilização *In Vitro* após transferência embrionária: um estudo prospectivo

Apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana/SBRH, São Paulo - Novembro de 2008

Autores: Cássia Caçado Avelar, Rivia Lamaita , Bernadette Veado, Ana Márcia Cota, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: Caracterizar a população em termos demográficos (idade, prática religiosa, grau de instrução, filhos naturais ou adotivos, uso de medicamento psiquiátrico ou terapia) e em termos de variáveis relacionadas à infertilidade (tempo de infertilidade e tratamento de concepção assistida anterior), com o objetivo de correlacionar estas variáveis à frequência do estado de ansiedade em mulheres submetidas à fertilização *in vitro* - FIV durante o período entre a transferência de embriões e o teste de gravidez – Beta-HCG.

Metodologia: A pesquisa foi realizada na Pró-Criar, em Belo Horizonte/MG.

Sujeitos: 70 mulheres em tratamento de fertilização *in vitro* (FIV), no período de outubro de 2006 a Janeiro de 2007

Instrumento: Termo de consentimento pós-informação; ficha de avaliação médica do diagnóstico da infertilidade; ficha de identificação da paciente, incluindo questões sobre idade, religião, grau de instrução, tempo de infertilidade, filhos naturais ou adotivos, uso de medicamento psiquiátrico ou em terapia; instrumento -Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), elaborado por Spielberg et al e validado para a população brasileira em 1970 por Biaggio e Natalício. Neste estudo foi utilizada somente a escala de estado ansiedade que se constitui de 20 afirmações, onde é solicitado ao indivíduo que indique como se sente neste momento de sua vida.

A amplitude do escore desta escala varia de 20 a 80 pontos. Análise estatística: tabelas de contingência e testes de Qui-Quadrado para avaliação das possíveis diferenças entre os grupos, com um nível de significância de 5%.

Resultado: Não foram observadas diferenças significativas entre os graus de ansiedade obtidos na escala STAI-STATE segundo idade, prática religiosa, grau de instrução, pacientes com filhos naturais ou adotivos, e tratamentos de infertilidade anteriores. Foi identificada diferença significativa no grau de ansiedade, porém, entre aquelas pacientes em tratamento psicológico/psiquiátrico ou em uso de medicação psiquiátrica: pacientes em terapia ou medicação não apresentaram ansiedade alta, enquanto que 29,6% das pacientes sem nenhum tratamento psicológico apresentaram ansiedade alta ($X^2 = 4,32$; $p < 0,05$). Apesar de não significativo ($X^2 = 3,74$; $p > 0,06$), pacientes com menos tempo de infertilidade apresentaram-se mais ansiosas do que aquelas com mais tempo (superior a 3 anos).

Conclusão: Concluimos com este trabalho que a intervenção psicológica neste período do tratamento é de fundamental importância para otimizar a qualidade de vida das pacientes.

Estudo prospectivo avaliando níveis de ansiedade em mulheres submetidas a fertilização *in vitro*
Prospective study assessing levels of anxiety in women undergoing *in vitro* fertilization

Publicado no JBRA Assist. Reprod, V. 13, no4, October-November-December / 2009, pp. 12-16

Autores: Cassia Caçado Avelar, Marco Melo, Rívia Mara Lamaita, Ana Marcia Miranda Cota, Ricardo M Marinho, Joao Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: correlacionar traço e estado ansiedade; avaliar o estado de ansiedade em pacientes após a transferência embrionária em um ciclo de fertilização *in vitro*; objetivos secundários: estudar a frequência e respectivas correlações, caracterizando a população em termos demográficos e de variáveis relacionadas à infertilidade; avaliar possível correlação entre traço/estado ansiedade e taxa de gravidez.

Método: foram estudadas 100 mulheres em tratamento de fertilização *in vitro*, no período de outubro de 2007 a março de 2008, na Clínica Pró-Criar - Medicina Reprodutiva, em Belo Horizonte/MG. Para avaliar as variáveis do traço e do estado de ansiedade, foi utilizado o instrumento “Stai - State Trait Anxiety Inventory”.

Resultados: não foram encontradas diferenças significativas correlacionadas ao estado de ansiedade após transferência embrionária com os termos demográficos e as variáveis relacionadas à infertilidade, assim como não foi encontrada correlação entre traço e estado de ansiedade e taxa de gravidez. A análise do inventário estado de ansiedade mostrou que 22,9% das pacientes apresentaram altos níveis de ansiedade; 71,4% moderado nível de ansiedade e 5,7% apresentaram baixos níveis de ansiedade. Com relação a análise do inventário traço de ansiedade, 64,3% das pacientes consideravam-se muito ansiosas; 20% de ansiedade média e 15,7% de baixa ansiedade.

Conclusões: a regressão entre os escores traço e estado ansiedade mostrou que ambos correlacionam-se positivamente, sendo que o estado de ansiedade da paciente aumenta em decorrência do traço de ansiedade natural da mesma, **porém não observamos correlação entre estes parâmetros e a taxa de gravidez.**

Palavras- Chave: Ansiedade, Fertilização *In Vitro*

Pôster: Resposta emocional do casal durante tratamento de fertilização *in vitro*

Apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana/SBRA, Curitiba - Agosto de 2009

Autores: Cássia Caçado Avelar, Marco Melo, Rívia Mara Lamaita, Sandro Magnavita Sabino, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano.

Objetivo: avaliar a resposta emocional do marido e da esposa durante um tratamento de fertilização *in vitro* (FIV).

Método: protocolo de avaliação psicológica, aplicado em cinquenta casais, no período de janeiro a junho de 2008, na Pró-Criar em Belo Horizonte/MG, quando foram avaliadas as reações emocionais de cada um dos cônjuges em três estágios de um primeiro tratamento de FIV: início do tratamento; dia da transferência embrionária e resultado do teste de gravidez.

Resultados: No início do tratamento, 80% das mulheres mostraram-se ansiosas, contra 40% dos homens. No período da transferência embrionária, o estresse evidenciou-se em 70% das mulheres, sendo que 32% dos maridos mostraram-se tranquilos. Enquanto aguardavam o resultado, 85% das pacientes relataram muita ansiedade e expectativa, sendo que 45% dos parceiros apresentaram os mesmos sentimentos.

No momento do resultado, quando negativo, 90% das mulheres e 80% dos homens demonstraram frustração e angústia diante da primeira tentativa fracassada; quando positivo, 100% dos casais demonstraram alegria; porém 40% das mulheres relataram preocupação com relação à uma gravidez gemelar ou múltipla e o risco de possíveis perdas gestacionais, enquanto que entre os homens 10% manifestaram tais sentimentos.

Conclusão: Observamos diferenças na resposta emocional dos maridos e das esposas, evidenciando no decorrer do tratamento maior ansiedade e estresse nas mulheres do que em seus companheiros.

Pôster: Experiências Psicológicas de Mulheres Receptoras de Óvulos Doados

Apresentado no 4º Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia, Belo Horizonte - Maio 2011

Autores: Cássia Cançado Avelar, Adriana Peixoto, Ana Márcia de Miranda Cota, Rívia Mara Lamaita, João Pedro Junqueira Caetano

Introdução: Com o aumento da expectativa de vida e uma melhoria na sua qualidade, muitas mulheres ao alcançar a quarta década de vida acreditam que por estarem bem fisicamente, manterem ciclos regulares ou aparentarem mais jovens, conseguirão engravidar a qualquer momento. Assim, elas se sentem intensamente angustiadas quando descobrem que estão com dificuldade para engravidar e que, apesar dos avanços da medicina, a única opção disponível é a ovodoação.

Objetivo: analisar a experiência psicológica das pacientes receptoras de óvulos doados, dentro de nosso contexto sócio-cultural, com relação aos sentimentos diante do diagnóstico; aos sentimentos durante o tratamento; aos sentimentos durante a gravidez e o parto; a relação mãe-filho e a avaliação do suporte psicológico oferecido pela clínica.

Material e Métodos: Foram avaliadas as pacientes submetidas à ovodoação no período de 2004 a 2006, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG. Foram contatadas 35 pacientes residentes em Belo Horizonte, sendo que destas, 30 aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada realizada individualmente.

Resultado: Sentimento diante do diagnóstico: a descoberta de que não poderiam utilizar seus próprios óvulos, estando indicada a ovodoação, teve impacto intenso em 18 (60%) pacientes, gerando sentimentos de frustração, angústia e medo. Sentimento com relação ao tratamento: 10 (33,3%) pacientes relataram que o tratamento foi tranquilo; 15 (50%) pacientes disseram que fantasiavam muito com relação à doadora e 5 (16,7%) colocaram que a espera pelo tratamento foi um momento angustiante. Sentimento durante a gravidez/parto: a sensação de estar grávida foi satisfatória para 21 (70%) entrevistadas e 9 (30%) entrevistadas apresentaram problemas durante a gravidez, relatando sentimentos inadequados como depressão, negação e medo de abortamento. Relação mãe/filho: as adaptações para assumir a função materna foram apontadas como tranquilas e gratificantes por 28 (93,3%) das entrevistadas, sendo que 2 (6,7%) pacientes relataram dificuldade na relação. Compartilhar o tratamento: este estudo demonstrou que 66,6% (20) dos casais mantêm uma atitude de não revelar o tipo de tratamento realizado, 26,7% (8) optaram por compartilhá-lo com um grupo restrito de pessoas e 6,7% (2) não ocultaram para ninguém. Avaliação do suporte psicológico oferecido pela clínica no decorrer do tratamento: foi observada a eficácia do acompanhamento psicológico no decorrer do tratamento por 28 (93,3%) entrevistadas, 2 (6,7%) pacientes trouxeram suas críticas e sugestões com relação ao serviço. Após o tratamento: 21 (70%) pacientes relatam a importância do apoio psicológico no decorrer da gravidez, ressaltando o encontro dos casais grávidos realizado na clínica como gratificante.

Conclusão. O tratamento de fertilização *in vitro* com óvulos doados se mostra uma situação com inúmeras particularidades. O trabalho apontou que, apesar da opção ser inesperada e indesejada para algumas pacientes no início, a ovodoação possibilitou a vivência de uma gravidez e a chegada do filho tão esperado. Embora a maioria dos casais se mostre satisfeito com o tratamento, os resultados apresentados apontam para a importância de uma abordagem multidisciplinar, focado no bem-estar do casal.

Poster: Receptoras de Óvulos Doados: Experiência Psicológica

Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA, Florianópolis, Agosto de 2011

Autores: Cássia Cançado Avelar, Adriana Peixoto, Ana Márcia de Miranda Cota, Rívia Mara Lamaita, João Pedro Junqueira Caetano

Introdução: Com o aumento da expectativa de vida e uma melhoria na sua qualidade, muitas mulheres ao alcançar a quarta década de vida acreditam que por estarem bem fisicamente, manterem ciclos regulares ou aparentarem mais jovens, conseguirão engravidar a qualquer momento. Assim, elas se sentem intensamente angustiadas quando descobrem que estão com dificuldade para engravidar e que, apesar dos avanços da medicina, a única opção disponível é a ovodoação.

Objetivo: analisar a experiência psicológica das pacientes receptoras de óvulos doados, dentro de nosso contexto sócio-cultural, com relação aos sentimentos diante do diagnóstico; aos sentimentos durante o tratamento; aos sentimentos durante a gravidez e o parto; a relação mãe-filho e a avaliação do suporte psicológico oferecido pela clínica.

Material e Métodos: Foram avaliadas as pacientes submetidas à ovodoação no período de 2004 a 2006, na Pró-Criar, Belo Horizonte-MG. Foram contatadas 35 pacientes residentes em Belo Horizonte, sendo que destas, 30 aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada realizada individualmente.

Resultado: Sentimento diante do diagnóstico: a descoberta de que não poderiam utilizar seus próprios óvulos, estando indicada a ovodoação, teve impacto intenso em 18 (60%) pacientes, gerando sentimentos de frustração, angústia e medo. Sentimento com relação ao tratamento: 10 (33,3%) pacientes relataram que o tratamento foi tranquilo; 15 (50%) pacientes disseram que fantasiavam muito com relação à doadora e 5 (16,7%) colocaram que a espera pelo tratamento foi um momento angustiante. Sentimento durante a gravidez/parto: a sensação de estar grávida foi satisfatória para 21 (70%) entrevistadas e 9 (30%) entrevistadas apresentaram problemas durante a gravidez, relatando sentimentos inadequados como depressão, negação e medo de abortamento. Relação mãe/filho: as adaptações para assumir a função materna foram apontadas como tranquilas e gratificantes por 28 (93,3%) das entrevistadas, sendo que 2 (6,7%) pacientes relataram dificuldade na relação. Compartilhar o tratamento: este estudo demonstrou que 66,6% (20) dos casais mantêm uma atitude de não revelar o tipo de tratamento realizado, 26,7% (8) optaram por compartilhá-lo com um grupo restrito de pessoas e 6,7% (2) não ocultaram para ninguém. Avaliação do suporte psicológico oferecido pela clínica no decorrer do tratamento: foi observada a eficácia do acompanhamento psicológico no decorrer do tratamento por 28 (93,3%) entrevistadas, 2 (6,7%) pacientes trouxeram suas críticas e sugestões com relação ao serviço. Após o tratamento: 21 (70%) pacientes relatam a importância do apoio psicológico prévio ao tratamento e no decorrer da gravidez, ressaltando o encontro dos casais grávidos realizado na clínica como gratificante.

Conclusão. O tratamento de fertilização *in vitro* com óvulos doados se mostra uma situação com inúmeras particularidades. O trabalho apontou que, apesar da opção ser inesperada e indesejada para algumas pacientes no início, a ovodoação possibilitou a vivência de uma gravidez e a chegada do filho tão esperado. Embora a maioria dos casais se mostre satisfeito com o tratamento, os resultados apresentados apontam para a importância de uma abordagem multidisciplinar, focado no bem-estar do casal.

Pôster: Tratamento de Fertilização *In Vitro*: Perspectiva de gênero nos sentimentos vivenciados por casais inférteis

Monografia do doutorado em psicologia – USAL, Buenos Aires/Argentina, 2011

Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA, Florianópolis, Agosto de 2011

Autores: Cássia Caçado Avelar, Ana Márcia de Miranda Cota, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: Avaliar e compreender os significados construídos por casais inférteis frente a um tratamento de fertilização *in vitro* (FIV), e comparar as diferenças e semelhanças de gênero destes significados.

Pacientes e Métodos: Pesquisa qualitativa, onde foram utilizados como instrumentos a entrevista individual e grupal. Participaram da pesquisa 10 casais inférteis de baixa renda financeira que estavam realizando o seu primeiro tratamento de fertilização *in vitro* (FIV), dentro de um programa social desenvolvido na Pró-Criar, em Belo Horizonte/Minas Gerais, no período de junho a julho de 2009.

Resultados: Verificou-se neste estudo que o estado emocional do marido e da esposa oscilou consideravelmente no decorrer do tratamento, porém de forma distinta. No início do tratamento, a superestimação das chances de êxito foi sintoma por excelência, observado no relato de nove (90%) casais. Com relação às demandas técnicas do tratamento, 90% das mulheres relataram ansiedade e estresse, sendo que 60% dos homens relataram os mesmos sentimentos. No período da punção folicular, a ansiedade e tensão relacionada às demandas foram relatadas por nove (90%) mulheres (medo da punção, hospitalização e anestesia). Cinco (50%) maridos disseram que ocultaram seus sentimentos de ansiedade e preocupação com o objetivo de apoiar as esposas. Na coleta do sêmen, 50% dos homens ficaram preocupados com receio de não ser suficiente para prosseguimento do tratamento. Já na transferência embrionária, os 10 casais relataram felicidade com o procedimento técnico final; porém 6 (60%) casais vivenciaram angústia de não terem tido embriões congelados. Durante a espera pelo resultado, 90% das mulheres apresentaram ansiedade e expectativa, sendo que 60% dos homens tiveram as mesmas sensações. Quatro (40%) homens e uma mulher (10%) relataram que tinham ciência de que o resultado independia deles.

Conclusão: Observamos que os casais apresentam sentimentos distintos durante a FIV, evidenciando no relato da mulheres sentimentos mais intensos de ansiedade e estresse do que nos homens. Este fato deve ser entendido e reconhecido para que se ofereça um apoio adequado e individualizado a cada um dos cônjuges.

Aula: Gestação de Substituição - Aspectos Psicológicos

Apresentada no II Simpósio de Direito Biomédico OAB – Belo Horizonte, Junho de 2011

Autora: Cássia Cançado Avelar

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO NO BRASIL

Conselho Federal de Medicina - Resolução 1.358/92

Normas Éticas sobre a gestação de substituição (doação temporária de útero):

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética.

1 – As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 – A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – Resolução nº. 291/2007

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições e visando a dar cumprimento aos termos da Lei 3.268/57 e da Resolução CFM 1.358/92, dispõe sobre a substituição uterina e dá outras providências.

Art. 1º- Verificada a necessidade de o casal recorrer a substituição uterina para gerar filhos, não sendo a doadora uterina parente da donatária até o segundo grau, deverão ser apresentados, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, para fins de homologação da proposta de realização do procedimento referido:

I – termo de consentimento, firmado pela doadora, pelo marido ou companheiro dessa, pela donatária do útero, pelo marido ou companheiro dessa e por duas testemunhas, visando à realização do procedimento;

II – laudo de avaliação psicológica, favorável à realização do procedimento de substituição uterina, da doadora, pelo marido ou companheiro dessa, da donatária do útero e do marido ou companheiro dessa;

III – termo de ciência, firmado pela doadora, pelo marido ou companheiro dessa, pela donatária do útero e pelo marido ou companheiro dessa, de que o médico somente poderá realizar o procedimento, se a doação uterina não tiver fins lucrativos;

IV – laudo de avaliação clínica da doadora uterina, favorável a sua participação no processo de gestação pretendido.

§ 1º – Recebido pedido de avaliação da conveniência de realizar-se o procedimento de substituição uterina, deverá ser instaurado processo de homologação de proposta de realização de procedimento de substituição uterina.

§ 2º – Do termo de consentimento a que se refere o inciso I deste artigo, deverão constar informações sobre os riscos psicológicos e clínicos do procedimento.

Art. 2º- Esta resolução entra em vigor na presente data.

Conselho Federal de Medicina - Resolução nº 1.957/2010

Considerando a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica; **Considerando**, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 15 de dezembro de 2010,

Resolve

Art. 1º - Adotar as **NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº 1.358/92, publicada no DOU, seção I, de 19 de novembro de 1992, página 16053.

Brasília-DF, 15 de dezembro de 2010

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra indique a gestação na doadora genética.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial

Tratamento de Útero de Substituição na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG:

Antes do início do tratamento

Consulta médica – indicação do tratamento para pacientes que retiraram o útero (histerectomia), nasceram sem útero ou vagina ou que apresentam alterações importantes da cavidade uterina (aderências importantes, miomas múltiplos, adenomiose extensa).

Consulta Psicológica

Avaliação Casal

Avaliação Doadora Temporária útero

Se a doadora for casada – consulta individual com marido para avaliação

Se doadora tiver filho(s) – avaliação psicológica

Parecer Psicológico

Doadora temporária do útero é parente de 1º ou 2º grau da mãe biológica

Caso tenha parecer psicológico favorável

Comitê de Ética da clínica - Avaliação parecer médico e psicológico

Parecer favorável do Comitê de Ética, é encaminhada para o médico para iniciar tratamento.

Doadora temporária do útero sem vínculo de parentesco com a mãe biológica

Parecer favorável da psicologia e do comitê de ética da clínica

Encaminhado documentação ao Conselho Regional de Medicina (CRM) para homologação da proposta de realização do procedimento referido

Se deferido pelo CRM, inicia-se tratamento

Acompanhamento Psicológico durante o tratamento

Acompanhamento do casal, da doadora temporária do útero e família no decorrer do tratamento:
durante a estimulação ovariana
no dia da transferência embrionária
após resultado negativo ou positivo

Acompanhamento psicológico durante a gravidez

Acompanhamento Psicológico trimestral durante a gravidez - do casal, da doadora temporária do útero e família
Orientação à equipe médica – parto
Orientação à mãe biológica (internação hospitalar e indução para amamentação)
Presença pais biológicos na sala de parto. Mãe biológica recebe o filho logo após seu nascimento

Considerações Finais - Aspectos éticos

Ao consideramos o casal infértil, a doadora temporária do útero não poderia ser também parente de 1º e 2º grau do pai biológico?
- Somente casais formalmente constituídos poderiam dispor destes recursos?
- Solteiras e solteiros, homoafetivos ou não, teriam vez no uso destas novas tecnologias?

Para tantas questões, e outras mais, não existem respostas prontas. Acredito que a discussão bioética está começando, uma vez que a tecnologia da reprodução tem trazido ao centro do debate novos grupos que não se encaixam na definição clássica da família nuclear.

E é este o nosso propósito aqui hoje!

Aula: Útero de Substituição e suas repercussões - A questão das leis brasileiras face às leis de países vizinhos
Apresentada no I Consenso Brasileiro de Psicologia em Reprodução Assistida - XVI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA – Guarujá/SP - Agosto de 2012

Autores: Cássia Cançado Avelar (MG), Isabela M. da Silva (SC), Vanya Dossi (SP)

Consenso:

- A avaliação e o acompanhamento psicológico em GS devem ser aplicados tanto ao casal doador genético, quanto à candidata à gestação de substituição e sua família. O objetivo geral é prover suporte emocional, considerar as implicações do tratamento, assessorar o manejo durante o tratamento, gravidez, parto e futuro vínculo familiar, sendo pertinente a todas as partes envolvidas, estendendo-se à família, quando a candidata ao empréstimo temporário do útero é casada e tem filhos.

- As entrevistas de avaliação psicológica, no processo de gestação onde se recorre ao útero de substituição devem oferecer espaço terapêutico na medida em que recebem e acolhem as questões e dúvidas individuais de todos os envolvidos, de modo que possam expressar suas fantasias e seus receios. Este espaço deve se estender aos dois casais envolvidos no processo.

- Uma vez que no Brasil é exigido o parentesco da mãe substituta, deve-se estabelecer um contrato de acompanhamento psicológico do casal durante a gestação e talvez no primeiro ano de vida do bebê gerado, a fim de minimizar possíveis conflitos emocionais, sociais e familiares decorrentes da técnica. A manutenção de atendimento psicológico para a mãe substituta deve compor este contrato.

- É relevante o trabalho do psicólogo junto à equipe interdisciplinar no sentido de preservar o bem estar e a qualidade de vida dessas pessoas, como meta principal de todos.

- A necessidade de acompanhamento psicológico às diferentes partes envolvidas na GS deve-se ao fato de que em praticamente todas as questões se apresenta um componente psicológico. Por parte dos pais biológicos, tem se destacado: dúvidas quanto à integridade da mãe substituta, quanto ao relacionamento a ser estabelecido com ela, os efeitos do seu comportamento sobre o desenvolvimento do bebê e a possibilidade dela se recusar a entregar a criança após o nascimento. Por parte da mãe substituta, sentimentos ambivalentes e questões acerca de como o casal criará a criança, de qual será seu papel na vida desta e de possíveis preconceitos em relação à função assumida, podem impactar a mãe substituta. Tal compreensão deve constituir o projeto de atenção à GS.

- Não existindo legislação que proíba essa técnica no Brasil, muitas questões surgem na determinação da maternidade, ressaltando-se a importância do amparo às pessoas envolvidas para dirimir as dúvidas e questionamentos que geram profunda perplexidade no meio social, feridas emocionais e grande cautela no meio jurídico. Novos paradigmas precisam ser analisados e confrontados, sem nunca se perder de vista a dignidade da pessoa e a afetividade, como base de qualquer relação familiar e humana.

- Casais homoafetivos, assim como todos os demais que recorrem à GS, devem passar por um processo de acompanhamento psicológico, que deve abarcar as particularidades de cada situação. O psicólogo, enquanto profissional que tem como principal meta contribuir para a saúde mental da sociedade, deve atuar sempre em direção a combater preconceitos que possam afetar a saúde e a qualidade de vida daqueles com quem atua.

- A avaliação psicológica / laudo deverá ser realizada, para fins de homologação da proposta de realização do procedimento referido, juntamente com o termo de consentimento, firmado pela doadora, pelo marido ou companheiro desta, pela donatária do útero, pelo marido ou companheiro desta e por duas testemunhas.

- Deverá haver indicação de atendimento psicológico para pacientes (mulheres candidatas a GS) que tenham apresentado ou apresentem problemas de qualquer natureza, vividos na relação com o casal genético.

- Na questão de revelação sobre a concepção e a gestação, entende-se que deverá ocorrer trabalho de orientação para que esta seja realizada antes da adolescência e se necessário, com acompanhamento psicoterapêutico.

-Em sua avaliação, o psicólogo deve estar atento a determinados fatores que podem indicar a necessidade de um acompanhamento mais prolongado e criterioso, quando:

- ✓ a candidata ao empréstimo temporário do útero não tiver condições psicológicas para enfrentar o tratamento e a gestação (ex: histórico de depressão ou doenças psiquiátricas);
- ✓ se evidenciar vínculos afetivos que possam ser afetados pelo tratamento (ex: o marido da candidata ao empréstimo temporário do útero não tenha a mesma convicção que a esposa com relação ao tratamento);
- ✓ se apresentar sugestão de envolvimento financeiro para realizar o tratamento (o que não é permitido pelo CFM);
- ✓ se apresentar riscos de envolvimento maternal com a criança que irá gerar (ex: quando a candidata manifesta o desejo por filhos e não os tem);
- ✓ for verificado que as partes envolvidas não apresentam vínculos sólidos para vivenciar a gestação e parto de forma saudável e participativa;
- ✓ houver dificuldades de relacionamento com os pais biológicos

Pôster: Gestação de Substituição: experiência de 10 anos na avaliação psicológica

Apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA – Guarujá/SP - Agosto de 2012

Autores: Cássia Cançado Avelar, Ana Márcia de Miranda Cota, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: analisar os aspectos psicológicos da gestação de substituição, relatando a experiência de 10 anos no acompanhamento de pacientes que buscaram tratamento de gestação de substituição, entre janeiro 2002 e janeiro 2012, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG.

Pacientes: 26 pacientes que buscaram tratamento de gestação de substituição.

Método: levantamento da ficha médica e psicológica dos pacientes, com análise qualitativa dos casos em que o tratamento foi realizado e dos casos que não foram concluídos. Destacou-se aspectos relacionados à indicação médica, avaliação psicológica das pessoas envolvidas e a discussão da posição ética e legal para o procedimento.

Resultado: 22% (6) dos casos tiveram parecer favorável tanto psicológico, quanto do comitê de ética tendo tido os tratamentos realizados, resultando em gravidez. 12% (3) dos casos tiveram parecer favorável tanto psicológico, quanto do comitê de ética, os tratamentos foram realizados, sendo que em dois casos o resultado foi negativo e em um o tratamento foi cancelado, devido à má resposta ovulatória da mãe biológica. Em 12% (3) dos casos, os pacientes tiveram uma primeira consulta médica/psicológica, porém não deram continuidade ao processo, não realizando tratamento. 15% (4) dos casos foram avaliados psicologicamente como inaptos, devido avaliação de relações inadequadas para o tratamento ou com fins lucrativos. 12% (3) dos casos foram indeferidos pelo comitê de ética, sendo que em um caso era de casal homoafetivo em que a paciente não tinha útero e queria utilizar seus óvulos com sêmen doado e transferir os embriões na parceira; um caso em que a paciente teria que utilizar óvulos doados e útero de substituição e um caso onde a paciente tinha problemas de saúde e riscos com uso medicamento para estimulação. Em 12% (3) dos casos, as pacientes realizaram tratamento de criopreservação oncológica, para realização de tratamento de gestação de substituição futura. Atualmente, 15% (4) dos pacientes estão com tratamento em avaliação ou andamento.

Conclusão: A gestação de substituição é uma alternativa para que pacientes sem útero funcional possa atingir a maternidade, desde que bem conduzida do ponto de vista não só médico, mas também psicológico e ético.

Pôster: Intervenção Psicológica em um caso de gestação de substituição

Monografia de doutorado em psicologia, USAL, Buenos Aires/Argentina, 2012

Apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA – Guarujá/SP - Agosto de 2012

Autores: Cássia Cançado Avelar, Ana Márcia de Miranda Cota, João Pedro Junqueira Caetano

Relato de caso de um casal em que a mulher deveria evitar a gravidez, tendo como indicação um tratamento de fertilização *in vitro*, com útero de substituição, na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG.

Objetivo: avaliação psicológica prévia ao tratamento do casal genético, da candidata ao empréstimo temporário do útero (donatária) - prima de primeiro grau da mãe genética, e sua família.

Método: Acompanhamento psicológico do casal genético, da donatária, seu esposo e filha. Foram realizadas sessões psicológicas onde foi utilizada entrevista centrada no problema e entrevistas semiestruturadas específicas para tratamentos de gestação de substituição. Aplicou-se o teste desenho da família à filha da candidata ao empréstimo temporário do útero.

Resultados: Todos os envolvidos tiveram atendimento psicológico individual e em grupo, permitindo a expressão de sentimentos e significados para tomada de decisão. Na consulta com casal genético levantamos o histórico clínico, bem como os sentimentos diante da indicação do tratamento. Foi relatado, por ambos, felicidade com a possibilidade do tratamento e a certeza desta escolha. Na consulta com a donatária e esposo, foram avaliados os vínculos com o casal biológico, a motivação e compreensão com relação às implicações psicossociais do tratamento. Em consulta individual, a donatária relatou forte vínculo afetivo com a prima e o desejo genuíno de ajuda-la a ter o filho que desejava. Seu esposo, em consulta individual, relatou estar de acordo com a esposa com relação à gestação de substituição, porém disse do desejo, contrário ao da esposa, por outro filho, relatando ainda sua preocupação com a reação de seus familiares frente ao tratamento – solicitado conversa com os parentes para uma definição sobre o tratamento. Foi realizada uma consulta com a filha do casal, de 3 anos, quando foi aplicado o teste do desenho da família, para avaliar a compreensão da criança com relação ao tratamento, com primeiro diagnóstico favorável, porém com indicação de continuidade de acompanhamento psicológico no decorrer do processo. Na última sessão, o marido da candidata ao empréstimo temporário do útero decidiu não realizar o tratamento, devido a fatores familiares.

Conclusão: Os resultados mostraram a importância da intervenção psicológica prévia ao tratamento, uma vez que o tratamento foi cancelado, evitando problemas futuros.

Aula: Subrogación de Vientre

Apresentado no II Congreso Latinoamericano Almer/Aleg – Viña del Mar/Chile - Outubro de 2012

Autor: Cássia Cançado Avelar

Introducción

Este tratamiento está indicado para mujeres que retiraron el útero, que nacieron sin útero, sin vagina o que tienen cambios importantes en la cavidad uterina y no tienen un útero funcional – esta es la única posibilidad de tener su propio hijo biológico.

El procedimiento es el mismo de la Fertilización *In Vitro*. Los óvulos y espermatozoides de los padres biológicos son fertilizados *in vitro*, pero en el momento de la transferencia de embriones, éstos son colocados en el útero de otra mujer – la donante del vientre.

- Para que una candidata pueda optar al préstamo de su vientre, conlleva una gran cantidad de pruebas y evaluaciones como: informes obstétricos, realización de todo tipo de pruebas médicas, exámenes psicológicos y pasar por un proceso de aprobación en el Consejo Regional de Medicina, cuando no ha vínculo de parentesco con la madre biológica.
- Debido al hecho de que una tercera persona está involucrada en la reproducción de una pareja, la subrogación gestacional es un tema complejo. - Cuestiones éticas, morales, legales y psicológicas, desempeñan todas un papel importante.

Aspectos éticos y legales - Brasil

En la resolución 1.957/2010, el Consejo Federal de Medicina en Brasil establece:

- Clínicas, centros o departamentos pueden utilizar las técnicas de reproducción asistida para crear la condición conocida como subrogación de vientre, cuando haya un problema médico que impide o contraindique el embarazo en la madre biológica.
- La donante del vientre debe pertenecer a la familia de la madre biológica en un parentesco hasta segundo grado, y los otros casos requieren la autorización del Consejo Regional de Medicina. (cada consejo tiene una resolución específica)
- La subrogación de vientre no puede tener carácter lucrativo, financiero o comercial. No es permitido vientre de alquiler.

Subrogación de Vientre sin vínculo de parentesco - Aspectos éticos y legales

Consejo Regional de Medicina Estado de Minas Gerais en su resolución no.291/2007 establece que cuando no ha vínculo de parentesco entre la madre biológica y la donante del vientre es necesario:

- I - Formulário de consentimiento firmado por los padres biológicos, la donante del vientre, su marido y dos testigos con información sobre los riesgos clínicos y psicológicos del procedimiento
- II - Evaluación psicológica conducente a la realización del procedimiento de subrogación de vientre, de los padres biológicos, la donante del vientre, su marido e hijos (caso tiene);
- III - Término de ciencia, firmado por los padres biológicos, la donante del vientre y su marido, que el médico puede realizar el procedimiento únicamente si la subrogación del vientre no tiene ningún carácter lucrativo o comercial;
- IV – Evaluación clínica de la donante del vientre en favor de su participación en el proceso de gestación subrogada.

§ 1º - recibido los documentos, el consejo examina la pertinencia de llevar a cabo el procedimiento de subrogación del vientre. Los documentos deben ser procesados por la aprobación de la propuesta de celebrar el procedimiento .

Cuestiones jurídicas en Brasil

Cuando una mujer da a luz, en Brasil, es presumiblemente la madre, al igual que su pareja el padre.

¿Cómo intercambiar los derechos y obligaciones de la paternidad con los padres biológicos?

En cualquier lugar la respuesta la da una corte.

Es por eso lo importante de un contrato previo, la aprobación del consejo de medicina en los casos sin vínculo de parentesco, los documentos del centro donde se realizó el tratamiento y el seguimiento de cerca de un abogado de confianza.

Minas Gerais tiene jurisprudencia específica para el registro de hijos concebidos tras una subrogación gestacional por sus padres biológicos.

En el mundo

Según los datos de International Federation of Fertility Societies-Surveillance 2010 (JONES et al., 2010), un total de 105 países estudiados, solo 71 (68%) respondieron preguntas sobre subrogación del vientre.

- 15 (21%) Países permiten el tratamiento por estatuto:
- 30 (42%) Países no permiten el tratamiento:
- 10 (14%) Países no mencionan el tratamiento:
- 13 (23%) Países tienen directrices para el tratamiento:
- 17 (24%) Países el tratamiento es practicado

Cuestiones psicoemocionales

- La subrogación va de la mano de muchas consideraciones psicológicas, tanto para los futuros padres como para la donante del vientre. Siempre está el riesgo, por ejemplo, de que la donante del vientre se vincule tanto emocionalmente con el niño que está llevando, que no desee desprenderse de él, mismo sabiendo que no es suyo genéticamente.
- En un intento de evitar esta situación, las donantes del vientre deben estar sujetas a una cantidad de evaluaciones psicológicas antes de que se las acepte como tales.
- La donante del vientre debe estar preparada para actuar como sustituta completamente por voluntad propia y sin ninguna presión moral o financiera. Además de esto, el embarazo y el parto pueden conllevar tanto riesgos directos para la salud como consecuencias para la propia fertilidad de la donante. Por ello, es conveniente que la donante haya tenido uno o más hijos propios.
- El fracaso de un tratamiento o el nacimiento de un niño con defectos hereditarios ameritan por sí solos brindarle asistencia psicológica tanto durante como a la finalización del tratamiento.

Tanto los padres que solicitan este proceso como las candidatas al préstamo del vientre son sometidos a evaluaciones emocionales y psicológicas para que estén conscientes de todas las implicaciones psicosociales del tratamiento y durante el embarazo, de los vínculos entre las partes involucradas y para la donante del vientre de los cambios que va a haber en su cuerpo, en su vida personal, profesional y social y la preparación emocional de que al final, el bebé estará con sus padres biológicos.

Ya hecha la concepción, el vínculo con la donante del vientre es muy fuerte, ella carga al bebé por nueve meses dentro de su cuerpo y la relación que se forma con los padres biológicos puede derivar en diversos problemas psico-emocionales que se deben atender, así es de fundamental importancia el acompañamiento psicológico durante no solo el tratamiento, como también durante toda gestación, parto e posparto.

Cuando se identifican factores que pueden predisponer a la aparición de problemas en el futuro, el papel del psicólogo consiste en apuntar para que se establezca en la continuación del tratamiento o no, como por ejemplo:

- si la candidata para el préstamo del vientre no tiene condiciones psicológicas para hacer frente al tratamiento y el embarazo (por ejemplo, antecedentes de depresión, enfermedad psiquiátrica, trauma aborto)
- caso sean evidentes los vínculos emocionales que pueden verse afectadas por el tratamiento (por ejemplo, el marido de una candidata para el préstamo del vientre no tiene la misma convicción de que la mujer con respecto al tratamiento)
- caso presente sugerencia de participación financiera para realizar el tratamiento (que no está permitido por CFM)
- caso presente riesgos de vínculos maternos de la candidata para el préstamo del vientre con el niño que va a generar (es decir, cuando la candidata expresa el deseo de tener hijos y no los tiene)
- si se comprueba que las partes no tienen vínculos sólidos para la experiencia del embarazo y el parto de una manera sana y participativa

La pareja: entre la imposibilidad del embarazo y la paternidad

Cuando una pareja heterosexual o una demanda de servicios homoafetivo de Reproducción Asistida por lo menos dos cosas han sucedido: el deseo de tener hijos y la incapacidad para concebir.

Sabemos que los cambios psicológicos en pacientes infértiles obedecen, por lo general el siguiente orden: negación y aislamiento, persecución de culpa, depresión y aceptación.

- Parejas con indicación de subrogación de vientre no son diferentes, y el tratamiento puede ser visto como una maternidad viable y único para ejercer un hijo biológico de la pareja.

Cuestiones psicoemocionales - Padres Biológicos

- trabajar con la madre biológica los sentimientos que subyacen la condición médica de ser incapaz de gestar a su hijo y la maternidad.
- trabajar los sentimientos, fantasías, temores y dudas sobre el embarazo de su hijo en el vientre de otra mujer, cubriendo toda la línea de tiempo (antes, durante y después del tratamiento).
- trabajar los vínculos entre la pareja biológica y la donante del vientre durante el embarazo, aspectos positivos y negativos de las relaciones, el impacto de un posible embarazo múltiple y la preparación para recibir el niño que no se genera.
- discutir cómo la pareja va a experimentar el embarazo que va a pasar en otra persona, la participación en el momento del parto y la futura revelación de cómo el hijo fue concebido.
- prepararse para los procedimientos legales del registro civil del hijo después del nacimiento, por parte de los padres biológicos.
- preparar la pareja genética para la posibilidad de un resultado negativo. Trabajar el duelo del niño no concebido y proveer apoyo a la pareja para que se piensa acerca de las perspectivas futuras.

Cuestiones psicoemocionales

Donante del vientre: motivaciones, lazos afectivos e implicaciones psicológicas

¿Qué lleva a una mujer a gestar el hijo de otra pareja?

- Al llevar a cabo las entrevistas con estas mujeres, hay varias respuestas dadas a estas preguntas:
- El deseo de ayudar a un ser querido y la creencia de que por hacer el bien a los demás, será atraer una bendición para ella, sin embargo, no hay que negar que esta es una experiencia que puede despertar sentimientos de ambivalencia, el estrés y el dolor en algunas mujeres, lo que refuerza la importancia de la evaluación y apoyo psicológico en este contexto.

Cuestiones psicoemocionales - Donante del vientre

- la donante del vientre debe recibir asesoramiento sobre las implicaciones psicosociales del embarazo y tener una preparación emocional para distinguir los sentimientos entre la situación del préstamo del vientre y la maternidad.
- evaluar los sentimientos y deseos relacionados con el embarazo y la maternidad.
- evaluar cuando casada, la relación marital y la implicación del tratamiento. Si la donante del vientre tiene hijos, es de fundamental importancia una evaluación cuidadosa de la comprensión del niño con respecto al tratamiento de su madre. Acompañamiento psicológico es fundamental durante el embarazo, el parto y el posparto.
- evaluar cuando la donante del vientre es soltera y sin hijos, el impacto del embarazo, deseos y fantasías.
- evaluar las limitaciones que pueden ocurrir debido al embarazo, las implicaciones en el trabajo de la donante del vientre, en su vida personal, conyugal y social.
- si la donante del vientre tiene alguna vinculación (novio o enamorado) como este percibe y acepta el tratamiento y la implicación en la futura relación de la pareja.
- caso la donante del vientre no tiene parentesco con los padres biológicos, investigar no sólo los vínculos, pero también la motivación que la llevó a tomar la decisión para el préstamo del vientre. Estar alerta a posibles situaciones de carácter lucrativo o comercial (no permitido por CFM).

Cuestiones psicoemocionales - Parejas homosexuales

Resolución 1957/2010 del Consejo Federal de Medicina, ofrece nuevas normas éticas sobre Reproducción Asistida, entre ellas está la cuestión de las parejas homosexuales y las familias monoparentales.

En mayo de 2011, una decisión del Supremo Tribunal Federal (STF), ha reconocido la unión estable entre las parejas homosexuales, el derecho de recibir la pensión alimenticia, el acceso a la herencia de su compañero en caso de muerte y pueden ser incluidos como dependientes en los planes de salud. Pueden adoptar niños y registrarlos a su nombre, entre otros derechos. Estar integrado e incluyendo los tratamientos de reproducción asistida.

- evaluar la relación de la pareja para determinar la estabilidad y el compromiso de convertirse en padres a través de la reproducción asistida.
- explorar la existencia de una red de familiares y / o amigos para apoyar la intención de convertirse en padres y cómo la pareja trata con problemas psicosociales.
- asesorar la pareja en la importancia de un contrato legal y la búsqueda de un soporte legal para lo registro civil del hijo.
- asegurar la comprensión sobre las necesidades médicas, legales y emocionales del tratamiento.
- discutir el proceso de decisión sobre las características de la donante anónima de los óvulos.
- discutir sobre semen de cuál de los socios será utilizado en el tratamiento.
- subrogación gestacional - explorar la relación de pareja con la candidata para al préstamo temporal del vientre, si tienen una relación de confianza y sobre todo se no existe vínculos financieros o comerciales.
- discutir con la pareja los planes de hablar con el hijo sobre la naturaleza de su concepción y las circunstancias de su nacimiento.
- Nos tratamientos con parejas homosexuales masculinos, ha necesidad de aprobación del Consejo Regional de Medicina para realización del tratamiento

Protocolo de Evaluación y Apoyo Psicológico

Evaluación Psicológica antes del tratamiento:

- Padres biológico
- Candidata al préstamo del vientre
- Se la donante del vientre for casada – consulta individual con su marido y consulta con la pareja
- Se la donante del vientre tiene hijos – evaluación con los niños
- Evaluación con la pareja biológica, la candidata al préstamo del vientre y su familia → Laudo Psicológico
- Cuando favorable Comité de Ética de la clínica

Comité de Ética

Formado por un equipo multidisciplinario

- Cuando el dictamen del Comité de Ética es favorable al tratamiento y la candidata para el préstamo del vientre es una pariente de la madre biológica en primero o segundo grado - referido al médico para iniciar el tratamiento.
- Cuando el dictamen del Comité de Ética es favorable al tratamiento y la candidata no tiene ninguna relación familiar con la madre biológica - referidos para evaluación por el Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM)
- * En este caso particular, el tratamiento se realiza sólo si es aprobado por CRM

Asesoría psicológica de la pareja biológica, la donante del vientre y su familia

- Durante el tratamiento:
 - durante la estimulación ovárica
 - en el día de la transferencia de embriones
 - después de la transferencia, antes de que el resultado
 - después del resultado: negativo o positivo
- Trimestral durante el embarazo de la pareja biológica, la donante del vientre y su familia
- En el día del parto, asesoría a la equipo médica, a los padres biológicos, la donante y su familia
- Después del nacimiento del niño – padres biológicos, donante y su familia

La familia creada por Subrogación de Vientre

Si existe un consenso con respecto a este tema es la prioridad que debe darse a los intereses del niño

- En el asunto de la revelación acerca de la concepción y el embarazo, se entiende que debe realizarse el trabajo de orientación para que esto se haga antes de adolescencia y, si es necesario, con ayuda psicoterapéutica
- está claro que la investigación sobre este tema es aún escasa. Así, se destaca la importancia de nuevos estudios, así como la atención de los profesionales que trabajan con estas familias.

Conclusión

La subrogación de vientre es una alternativa para mujeres que no pueden alcanzar el embarazo por no tener un útero funcional y hoy también para parejas homosexuales, desde que bien realizado desde el punto de vista no sólo médico, sino también psicológico y ético.

Aula: Cessão Temporária do Útero

Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Reprodução Humana/SBRH, São Paulo - Novembro de 2012

Autora: Cássia Cançado Avelar

Introdução

A cessão temporária do útero (gestação de substituição) é tida como uma das situações de maior complexidade decorrentes dos processos de reprodução assistida por ampliar o levantamento da questão maternidade-filiação.

Abordaremos aqui as questões éticas e legais relacionadas a esse processo, assim como as implicações psicológicas para as diferentes partes envolvidas.

A avaliação psicológica nesse contexto também será discutida antes de se apresentarem algumas conclusões sobre o tema.

Questões éticas e legais

Na resolução no. 1.957/2010, o Conselho Federal de Medicina estabelece que:

- as clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de reprodução assistida para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética.
- as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.
- a doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial
- **Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - Resolução nº 291/2007**
- I – **termo de consentimento**, firmado pela doadora, pelo marido ou companheiro dessa, pela donatária do útero, pelo marido ou companheiro dessa e por duas testemunhas, visando à realização do procedimento;
- II – **laudo de avaliação psicológica**, favorável à realização do procedimento de substituição uterina, da doadora, pelo marido ou companheiro dessa, da donatária do útero e do marido ou companheiro dessa;
- III – **termo de ciência**, firmado pela doadora, pelo marido ou companheiro dessa, pela donatária do útero e pelo marido ou companheiro dessa, de que o médico somente poderá realizar o procedimento, se a **doação uterina não tiver fins lucrativos**;
- IV – **laudo de avaliação clínica** da doadora uterina, favorável a sua participação no processo de gestação pretendido.
- § 1º – Recebido pedido de avaliação da conveniência de realizar-se o procedimento de substituição uterina, deverá ser instaurado processo de homologação de proposta de realização de procedimento de substituição uterina.
- § 2º – Do termo de consentimento a que se refere o inciso I deste artigo, deverão constar informações sobre os riscos psicológicos e clínicos do procedimento.

Regulamentação no mundo

Segundo dados da International Federation of Fertility Societies-Surveillance 2010 (JONES et al., 2010), de um total de 105 países pesquisados, apenas 71 (68%) responderam às perguntas sobre sub-rogação.

15 (21%) Países permitem o tratamento por estatuto:

30 (42%) Países não permitem o tratamento:

10 (14%) Países não mencionam o tratamento:

13 (23%) Países têm diretrizes para o tratamento:

17 (24%) Países o tratamento é praticado:

Objetivos do acompanhamento psicológico

O objetivo da avaliação psicológica prévia a um tratamento de gestação de substituição é avaliar sentimentos de cada indivíduo e os vínculos entre todas as partes envolvidas para assegurar que entendam o significado e as implicações psicossociais referentes ao tratamento, assim como também otimizar as condições do meio familiar que receberá a criança por nascer. (Hanafin, 1999, Bathia et al., 2009).

Avaliação Psicológica: particularidades da gestação de substituição

A avaliação e o acompanhamento psicológico em gestação de substituição são aplicados tanto no casal doador genético, quanto na candidata à gestação de substituição e sua família. O objetivo geral deste assessoramento é prover suporte emocional, considerar as implicações do tratamento, assessorar o manejo durante o tratamento, gravidez, parto e futuro vínculo familiar, sendo pertinente para todas as partes envolvidas, estendendo à família, quando a candidata ao empréstimo temporário do útero é casada e tem filhos (Edelman, 2004, Shenfield et al., 2005; Bathia et al., 2009; Avila, 2011; Blyth, 2012).

Casal doador genético

Para o casal que busca um tratamento de gestação de substituição, o foco está na preparação psicológica e emocional para assegurar um processo saudável no transcorrer do tratamento e da gravidez, além da criação de sua família. Desde o ponto de vista psíquico, a necessidade de gerar o filho no útero de outra pessoa marca importantes diferenciais com qualquer outro tratamento assistido para engravidar. As implicações psíquicas deste modo de formar uma família são evidentes desde o momento em que a paciente tem o diagnóstico da impossibilidade de gestar seu filho e a técnica da gestação de substituição é oferecida pelo médico como alternativa possível para o problema. Geralmente estes pacientes atravessaram vários processos emocionais até chegar à decisão de recorrer à técnica de um tratamento com útero de substituição. Em função disto, outro objetivo do assessoramento psicológico é contribuir para a elaboração do luto da perda da possibilidade de gestar o filho, explorar os significados atribuídos a esta impossibilidade e as implicações que têm para a paciente e o casal a situação de ter outra pessoa gestando o filho que tanto desejam (Harkness, 1992; Boivin et al., 2001; Shenfield et al., 2005; van den Akker, 2006; Bathia et al., 2009). Tendo em conta que no Brasil o tratamento de gestação de substituição não pode ter caráter lucrativo ou comercial, sendo descartada a situação de “barriga de aluguel”, e a doadora temporária do útero deve pertencer à família da doadora genética, num parentesco até segundo grau, o assessoramento

psicológico deve cumprir em informar aos pacientes as situações que poderiam esperar para o futuro, ao utilizar este tratamento para formar sua família.

Doadora temporária do útero e sua família

A avaliação psicológica da candidata à doadora temporária do útero antes do tratamento é de fundamental importância. Neste momento serão evidenciadas as motivações que levam esta pessoa a participar do projeto do casal para ter um filho e seus vínculos com o mesmo. Se a candidata é casada e tem filhos, a avaliação se torna bem mais detalhada e criteriosa, pois as implicações conjugais, familiares e sociais serão intensas e requerem um esclarecimento sobre o manejo de situações que podem ocorrer durante a gestação e parto. O assessoramento tem como objetivo particular facilitar a reflexão sobre as implicações pessoais, familiares e sociais que surgirão como consequência do tratamento, avaliar se a candidata ao empréstimo temporário do útero tem perfil psicológico apropriado para levar adiante uma gestação que não é sua, se é competente para firmar o compromisso de entregar o bebê aos pais genéticos tão logo ele nasça e avaliar se apresenta fatores de risco que possam prejudicar os vínculos futuros entre os pais genéticos e filho. No caso de a candidata ter um marido e filhos, a avaliação deverá se estender a todos, objetivando velar pelo bem estar de todas as partes implicadas não só durante tratamento, mas fundamentalmente durante a gestação e parto (Harkness, 1992; Boivin et al., 2001).

Pode acontecer ocasiões em que como resultado das sessões de avaliação e assessoramento se determine não levar adiante o tratamento, pois isto poderia implicar num risco de problemas futuros. O psicólogo tem a responsabilidade de realizar um laudo psicológico estabelecendo se a doadora temporária do útero e família estão aptos a darem prosseguimento ao tratamento, sem riscos de apresentar problemas no decorrer da gestação e no pós-parto (Jadva, 2003; Shenfield et al., 2005; Bathia et al., 2009).

Com o propósito de aprofundar as informações obtidas nas entrevistas clínicas com crianças e adolescentes, deve-se utilizar testes psicométricos e projetivos para melhor avaliação da compreensão da criança com relação a experiência vivencial que terá com um tratamento em que a mãe irá engravidar e dar a luz a um bebê que não será seu irmão. Avaliar o impacto psíquico que tal situação pode gerar na criança e oferecer um acompanhamento durante toda a gestação, parto e pós-parto (Boivin et al., 2001).

Gestação de substituição e a parentalidade em casais homoafetivos

Atualmente presenciamos o surgimento de novas formas de família que são um efeito tanto das novas práticas sociais no campo da família – famílias monoparentais, multiparentais e homoparentais – como também das novas práticas médicas no campo da reprodução. (Corrêa, 2001)

Em 2010, a Resolução 1957/2010 do Conselho Federal de Medicina passou a permitir o acesso as técnicas de reprodução assistida, antes restritas à “toda mulher capaz” à “todas as pessoas capazes” o que abre espaço para o acesso de pessoas homossexuais a essas técnicas. Essa resolução e principalmente o recentíssimo reconhecimento da união civil entre homossexuais pelo Supremo Tribunal Federal nos permitiria incluir entre as novas constituições familiares, as famílias homoafetivas. Entretanto a concepção de família baseada na existência de filhos biologicamente gerados, tal como tradicionalmente concebida, dificulta o reconhecimento social deste tipo de família. Isto porque o casamento é entendido como uma etapa preliminar da geração e socialização de filhos, o que só é possível através da heterossexualidade ou da adoção. (Loyola, 2011)

Em seu artigo sobre “a construção da parentalidade nos casais de mesmo sexo”, Delaisi propõe a seguinte questão: a inscrição na filiação é necessariamente ligada à heterossexualidade do casal procriador ou o direito pode estabelecer uma filiação de um tipo inédito, ligando uma criança a dois pais do mesmo sexo? (Delaisi, 1999).

A definição proposta por Carol Levine, especialista americana de bioética, parece fornecer um exemplo interessante de um modo flexível e evolutivo de pensar: “os membros de uma família são indivíduos que, por nascimento, adoção, casamento ou engajamento explícito, compartilham laços pessoais profundos e têm mutuamente o direito de receber e o dever de fornecer, na medida do possível, diversas formas de apoio, especialmente em caso de necessidade”.(in Delaisi, 1999, p. 235). Em seguida, ela recorre à observação feita pela antropóloga Françoise Héritier que, ao ser consultada a respeito das novas questões colocadas pelas reproduções assistidas, afirma: “é a união legítima, tal como é definida por tal ou tal sociedade, que dá legitimidade aos filhos e cria *ipso facto* sua afiliação a um grupo”. (in Delaisi, 1999, p. 228)

O papel do psicólogo nesse caso é ajudar o casal “a construir laços em um registro simbólico, pelo estabelecimento de códigos sociais, de formas rituais compreensíveis por todos” (Delaisi, 1999, p. 230). É apenas a partir da construção desses laços, pelo estabelecimento de códigos sociais claros e pela simbolização de pontos de referência, que a instituição de uma diferença entre os dois pais do mesmo sexo torna-se possível.

Conclusão

A reprodução via tecnologia, ao separar sexo e reprodução, irá também separar mães e pais biológicos por um lado e mães e pais sociais por outro. Ao desarticular sexo e reprodução e reprodução e filiação, as novas tecnologias reprodutivas desvinculam a maternidade e a paternidade, como observa a jurista Maria Claudia Brauner, dos limites e imposições traçados pela tradição e pela biologia humana, nos convidando a repensar a ordem simbólica neste novo contexto. (Brauner, 2004)

Assim, considerando as particularidades de um tratamento com gestação de substituição, torna-se imperioso que todas as pessoas envolvidas tenham uma avaliação psicológica prévia ao tratamento e um acompanhamento no decorrer deste. É importante ter em conta que a responsabilidade dos profissionais implicados neste tipo de tratamento não termina com o resultado positivo, pois o assessoramento deve se estender durante a gestação e na preparação de toda a equipe multidisciplinar que participará do momento da chegada do bebê, bem como após o nascimento.

Pôster: Dez anos de experiência com um programa de gestação de substituição

Apresentado no VI Congresso Mineiro da SOGIMIG, Belo Horizonte - Maio de 2013

Autores: Cássia Cançado Avelar, Ana Márcia de Miranda Cota, Ricardo M Marinho, João Pedro Junqueira Caetano

Objetivo: rever e analisar retrospectivamente a experiência de dez anos no acompanhamento a pacientes que buscaram um tratamento de fertilização *in vitro*, com doação temporária de útero na Pró-Criar, Belo Horizonte/MG, destacando aspectos relacionados à indicação médica, avaliação psicológica e discussão da posição ética.

Metodologia: Estudo retrospectivo, de análise quantitativa, com levantamento da ficha médica e psicológica dos pacientes com indicação de tratamento de fertilização *in vitro* com gestação de substituição.

Mostra: 33 pacientes que buscaram tratamento de fertilização *in vitro*, com gestação de substituição, de janeiro 2002 a dezembro 2012.

Resultado: Dez (30,3%) dos casos tiveram parecer favorável tanto psicológico, quanto do comitê de ética da clínica, e do Conselho Regional de Medicina (CRM) quando foi necessário, com tratamentos realizados; destes seis resultaram em gravidez, com nascimento; um resultou em gravidez, com perda gestacional; em dois casos o tratamento foi realizado, com resultado negativo e em um o tratamento foi cancelado, devido à má resposta ovulatória da mãe biológica. Em oito (24,2%) dos casos os pacientes tiveram uma primeira consulta médica/psicológica, porém não deram continuidade ao processo, não realizando tratamento. Quatro (12,1%) dos casos foram avaliados psicologicamente como inaptos, devido avaliação de relações inadequadas para o tratamento ou conclusão de que havia vínculos com fins lucrativos. Três (9%) dos casos foram indeferidos pelo comitê de ética da clínica; sendo que um caso era de casal homoafetivo feminino em que a paciente não tinha útero e queria utilizar seus óvulos com sêmen doado e transferir os embriões na parceira, sendo que na época não havia legislação de união estável para casais homoafetivos; em um caso a paciente teria que utilizar óvulos doados e útero de substituição e no outro a paciente tinha problemas de saúde e riscos com uso medicamento para estimulação. Em quatro (12,1%) dos casos, pacientes realizaram tratamento de criopreservação oncológica, para realização de tratamento de gestação de substituição futura. Atualmente, um casal (3%) esta em tratamento, tendo tido aprovação do CRM, pois a doadora temporária do útero é uma amiga do casal; um casal (3%) esta aguardando parecer do CRM, pois a doadora temporária do útero é cunhada da mãe biológica e dois (6%) são casais homoafetivos masculinos, com indicação de tratamento com óvulos doados e útero de substituição, e estão em avaliação psicológica para envio de laudo para avaliação junto ao CRM.

Conclusão: A gestação de substituição é uma alternativa para que pacientes sem útero funcional possam atingir a maternidade, desde que bem conduzida do ponto de vista não só médico, mas também psicológico e ético.

Aula: Criopreservação oncológica e criopreservação social

Apresentada no II Consenso Brasileiro de Psicologia em Reprodução Assistida - XVII Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA – Bonito/MS – Agosto 2013

Autores: Cássia Cançado Avelar (MG), Rose M. Melamed (SP)

Criopreservação Oncológica

Câncer e Infertilidade são acontecimentos de vida carregados de emoções, ajustamentos e dificuldades psicológicas, e a junção destes fatores num mesmo indivíduo/tempo provoca uma reação emocional por vezes devastadora.

Os avanços na reprodução assistida permitem a preservação da fertilidade para pacientes oncológicos, como a criopreservação de oócitos e embriões, além de nos homens criopreservação de tecido germinativo, de tecido testicular e suspensão de células germinativas; nas mulheres maturação de óvulos *in vitro*, criopreservação de tecido ovariano, de fragmentos do córtex ovariano, do ovário inteiro e de folículos isoladamente e em crianças preservação do tecido germinativos e a maturação folicular *in vitro*, ainda experimental. (Jeruss e Woodruff, 2009; Xu et al., 2009; Smitz et al., 2010)

Diversas pesquisas ressaltam a importância da informação sobre a preservação da fertilidade aos pacientes oncológicos (Balthazar et al., 2012; Christianson et al., 2011; King et al., 2008; Rosen et al., 2009; Timmerman, 2011; Tschudin e Bitzer, 2009). Assim, é importante que as decisões relativas à manutenção da fertilidade sejam trabalhadas, além da abordagem médica, também no contexto psicológico, onde o paciente possa partilhar todos os seus medos, ansiedades, valores, crenças e mitos, para tomada de decisão.

Se ao doente oncológico for dada a possibilidade e a esperança da manutenção da sua fertilidade é uma parte de si que já não morrerá e um motivo a mais para manter-se vivo, e no combate das pulsões de vida contra as pulsões de morte, a esperança, o desejo de manter-se vivo e a manutenção da autoestima são extremamente importantes. (Avis et al., 2004; Ell et al., 2005; Fallowfield et al., 1986; Garcia et al., 2000; Quinn, 2010).

Criopreservação Social

A evolução do conhecimento na área da reprodução humana assistida, tem permitido que cada vez mais pessoas possam contar com os progressos como alternativa para minimizar conflitos decorrentes da infertilidade ou do adiamento da gestação por múltiplos fatores, inclusive sociais. O congelamento de embriões, a criopreservação de óvulos e de tecido ovariano são técnicas existentes para pessoas que desejam postergar a época de ter filhos para uma fase mais tardia da vida reprodutiva. (Petraco, 2012).

Diversos autores reforçam a importância do esclarecimento e da comunicação clara sobre as possibilidades da criopreservação social, enfatizando que as mulheres devem estar devidamente informadas sobre as incertezas quanto a eficácia e segurança do uso futuro reprodutivo dos seus óvulos. (Gold et al., 2006; Dondorp e De Wert, 2009; Mertes e Pennings, 2011; Stoop, 2010; Stoop, 2011; Sollman et al., 2012; ESHRE, 2012).

Muitas vezes iremos nos deparar com a demanda de mulheres solteiras, que sonham em constituir uma família e como ainda não encontraram um parceiro ou têm outros projetos como prioritários na idade em que estão férteis, optam pelo congelamento de seus óvulos como um “seguro” para terem um filho no futuro; questões inerentes aos desejos, anseios e dúvidas devem ser trabalhadas dentro do espaço psicológico, para que a paciente esteja ciente de suas escolhas e das reais chances que o tratamento apresenta para o futuro.

Aula: Famílias Homoafetivas: perspectivas atuais no contexto da reprodução assistida

Apresentado no II Consenso Brasileiro de Psicologia em Reprodução Assistida - XVII Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida/SBRA – Bonito/MS – Agosto 2013

Autores: Cássia Cançado Avelar (MG), Isabela M. da Silva (SC), Vanya Dossi (SP)

O objetivo deste trabalho é revisar os estudos nacionais e internacionais sobre a busca das TRA por casais homoafetivos, falando sobre as perspectivas desse novo modelo de família.

Iniciando com a história da homossexualidade e as diversas representações sociais que receberam, como preferiam viver e o panorama de hoje sobre a questão.

Em seguida, apresentaremos o conceito de homoparentalidade, dados sobre legislação e bioética e a recente Resolução do CFM no 2013/2013, que considera a paternidade dos casais homoafetivos e o tratamento através das técnicas de Reprodução Assistida.

A partir daí falaremos sobre os casais homoafetivos frente ao desejo de paternidade e como a RA vem ajudar nesse aspecto.

Abordaremos também o atendimento nas clínicas diante da nova demanda, quais são as representações sociais dos médicos e equipe, como enxergam e como são suas atitudes diante dos casais. Então, discutiremos qual é o papel do psicólogo, apresentando dados de pesquisa e experiências já vivenciadas, exemplo e modelo de atendimento realizado por um membro de nosso grupo. Abordaremos a vivência desses casais durante o tratamento, sua relação conjugal, o desenvolvimento dos filhos e as possibilidades de trabalho do psicólogo junto a esses casais.

As considerações finais têm como objetivo colocar os pontos de vista do grupo e as questões a serem abertas para o público.

Publicações em livros:

Infertilidade e Concepção Assistida: um guia para o casal. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

Capítulo: Emoção e Infertilidade, pp. 85-91

Autora: Cássia Cançado Avelar

1º Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, 1ª ed: São Paulo-Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013

Capítulo: Gestação de Substituição e suas repercursões, pp. 47-55

Autoras: Cássia Cançado Avelar, IsabelaM. Da Silva, Vanya Dossi

Temas Contemporâneos de Psicologia em Reprodução Assistida. Katia M Straube e Rose M Melamed: 1ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013

Capítulo: Intervenção Psicológica em um caso de gestação de substituição, pp. 99-109

Autora: Cássia Cançado Avelar

Capítulo: Criopreservação Oncológica: aspectos psicológicos, pp. 111-117

Autora: Cássia Cançado Avelar