

Tema Livre: Acompanhamento Psicológico dos Casais Submetidos à Programas de Reprodução Assistida

Apresentado no XXIV Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, em São João Del Rei/MG – 06de junho de 1999

Autores: Cássia Avelar, João Pedro Caetano, Ricardo 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 á mulher gestar e dar à 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 um certo modo anômalos.

Há aproximadamente 20 anos atrás, a Medicina trouxe uma nova esperança aos casais diagnosticados como inférteis ou sub-inférteis e que desejem filhos. Progressos foram acontecendo e hoje modernos procedimentos oferecem uma ampla variedade de tratamentos de esterilidade conjugal.

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 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 Clínica PRÓ-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 programa 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, usando o instrumental da psicanálise, 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 entrevista psicológica como parte do protocolo para todos os pacientes da clínica. A idéia, nesta entrevista, foi oferecer uma escuta. Esta função pode, por si só, ser terapêutica; proporciona uma certa contenção e evidencia 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.

Uma 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, um 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 orgânicas e os aspectos psíquicos e emocionais mobilizados na situação.

Para o próximo semestre, um novo projeto está sendo avaliado: a criação de um outro espaço a ser oferecido. Encontros de grupo, num certo tempo, onde se procurará, através da troca de uma experiência em comum, criar instrumentos para melhor atravessar este período de inerente fragilização.

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 nãode-se perceber que cada tipo de procedimento demanda um

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 uma casal infértil. Como é importante que eles sejam acolhidos, quando se deparam com este real; como é importante dar um sentido para esta angústias – criar um espaço e um tempo para que se possa falar dela. Esta tem sido nossa proposta.

Tema Livre: Aspectos emocionais dos casais em tratamento de Fertilização In Vitro

Apresentado no XXIV Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, VII Congresso de GO da Região Sudeste, em Poços d Caldas/ MG – 22 de junho de 2000

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

Objetivo

Avaliar a resposta emocional do marido e da esposa durante o primeiro tratamento de Fertilização In Vitro

Método

Acompanhamento psicológico de 10 casais, durante três momentos do tratamento:

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

Pacientes

- 10 casais, fazendo o primeiro tratamento de fertilização in vitro
- Idade Média: Feminina - 27 anos
Masculina - 32 anos
- Causa da Infertilidade: 60% fator masculino
40% fator feminino
- Tempo médio de casados: 3,6 anos
- Tempo médio tentando engravidar: 3,4 anos

Fase Inicial

Momento que o casal traz sua história de vida, projetos, fantasias e expectativas com relação ao tratamento. Marido e esposa relatam ansiedade e superestimação das chances de êxito

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

- Mulheres: maioria relatou angústia e frustração
- Homens: 30% relatou angústia; 70% relatou surpresa e tranquilidade de que tudo resolveria

Sentimento após confirmação diagnóstica de infertilidade

Mulheres: Maioria apresentou 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

Relação Conjugal

60% das mulheres e 50% dos homens relataram mudança na relação após o diagnóstico de infertilidade

Desejo de ter filhos

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

Punção e Transferência

- Mulheres: maior estresse e ansiedade
- Homens: dissimulação sentimentos e apoio às esposas

Resultado

- Negativo: ambos demonstraram frustração.

- Positivo: alegria. porém as esposas se mostraram mais receosas que os maridos com relação à gestação

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Uma Abordagem Psicossocial

Cássia Avelar - Psicóloga da Clínica Pró-Criar/Mater Dei

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

Introdução

Infertilidade: desafio tanto para os casais que a vivenciam, quanto para a equipe assistencial que tenta a solução do problema.

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 - suporte adequado seja oferecido a cada um dos cônjuges.

Método

Criação do protocolo utilizando como referência um estudo publicado na Human Reproduction, 14 (1999) realizado por Oddens e colaboradores, da International Health Foundation (Holanda) - avaliava as experiências psicossociais de mulheres 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.

A anorexia nervosa é um transtorno mental que consiste contudentemente 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, as mulheres apresentam amenorréia.

A perda do peso é resultado da diminuição da ingestão total, vômitos provocados e uso inadequado de diuréticos, laxantes e enemas. O medo da obesidade não desaparece mesmo quando o indivíduo perde peso. O nível de auto-estima das pessoas que sofrem deste transtorno depende em grande parte do peso do corpo e suas formas. Normalmente as pessoas com este transtorno têm pouca consciência de suas alterações, negam-na, podem explicar histórias pouco verdadeiras.

Os sintomas mais freqüentes associados à anorexia nervosa são: depressão, retraimento social, irritabilidade, insônia, perda de interesse pelo sexo, pensamentos obsessivos e condutas compulsivas.

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

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

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

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

Dentro da personalidade da paciente com anorexia nervosa 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 auto-estima vulnerável.

Já a bulimia nervosa 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 auto-estima dessas pacientes está exageradamente influída pelo peso e pela silhueta corporal.

O peculiar deste transtorno é provocar vômitos, uso excessivo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros fármacos e jejum ou exercício 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 nervosa 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 das pacientes.

Estes pacientes têm dificuldade para controlar seus impulsos e, com freqüência, são pessoas sexualmente ativas.

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

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 amenorréia ou infertilidade, podem não serem associados aos transtornos alimentares.

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

Resultado

Logo após o resultado negativo:

90% dos casais apresentaram neste momento angústia e frustração muito intensas.

Após a elaboração do resultado:

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 depto. 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, em Belo Horizonte, 22 de maio de 2004

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

Objetivo: Apresentar o acompanhamento psicológico de um caso de útero de substituição sem vínculo de parentesco.

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 útero de substituição 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 especial durante todo o procedimento. Após o resultado positivo, realizamos um acompanhamento individualizado da mãe biológica e seu esposo, bem como da receptora 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 à receptora 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 receptora 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: Podemos concluir, com este caso pioneiro em Minas, 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

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. Foi utilizado um protocolo psicológico avaliando 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 3 pacientes disseram que houve uma mudança na relação do casal após este diagnóstico. Durante o tratamento atual, 22 pacientes relataram sentimentos positivos e 16 pacientes compartilharam o momento com outras pessoas. Conclusão: Com este trabalho concluímos que a maioria dos pacientes sofrem ao se depararem com um diagnóstico de infertilidade masculina, porém se sentem amparados por terem a ajuda da ciência na busca de uma gravidez

Tema Livre: Tratamentos de Reprodução Assistida e suas Implicações Psicológicas -
Experiência de 6 anos

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 de Reprodução Assistida, em Belo Horizonte – 29 de outubro de 2005

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

Objetivo

Avaliar as implicações psicológicas diante de cada tratamento de reprodução assistida

Metodologia

Entrevistas psicológicas individuais com casais em tratamento de reprodução assistida na Clínica Pró-Criar/Mater Dei, no período de Fevereiro de 1999 a Março de 2005

Resultados

Foram avaliadas as respostas emocionais dos casais em cada um dos tratamentos 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 converte-se 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 sêmen 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

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 vivenciados pelos casais diante da escolha

Apresentado no XXX Encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras, em Poços de Caldas/MG – 04 de junho de 2005

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

Introdução

Com os avanços tecnológicos em reprodução assistida, os casais 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 auto-conhecimento

Realização da escolha

- Questionamentos acerca da ovodoação:

A ovodoação é a melhor escolha?

Perda da linha genética

Medicamento infértil x grávida

Revelar x não revelar

Gravidez múltipla

Características genéticas diferentes

Ambiguidades social e emocional

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

Persistir com as tentativas de gravidez

Comprometimento 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 irem 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

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, em Belo Horizonte/MG – 19 de maio de 2007

Autores: Cássia Avelar, Bernadette Veado, Ana Márcia Cota, Rivia Lamaita, Ricardo 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 o traço e o estado ansiedade após a transferência embrionária

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

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

Instrumento: Termo de Consentimento; Ficha de identificação da paciente. Para a avaliação foi aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), elaborado por Spielberg et al em, 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. A amplitude do escore para ambas as escalas varia de 20 a 80 pontos, sendo que os pontos de corte são: 32 pontos ou menos – ansiedade leve; de 33 a 49 pontos – ansiedade média; 50 pontos ou mais – ansiedade alta. 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: Concluimos com este trabalho que a regressão entre os dois scores 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 médicas e 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, em Belo Horizonte/MG – 19 de maio de 2007

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

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Uma Abordagem Psicossocial

Cássia Avelar - Psicóloga da Clínica Pró-Criar/Mater Dei

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 Clínica Pró-Criar/Mater Dei, em Belo Horizonte/MG.

Sujeitos: 70 mulheres em tratamento de fertilização in vitro, 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, sendo que o ponto de corte é: 32 pontos ou menos – ansiedade leve; de 33 a 49 pontos – ansiedade média; 50 pontos ou mais – ansiedade alta.

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 sob 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.