

O Rosto da Infertilidade... Um Olhar de Enfermagem

Maria Rita Eleutério*, Sónia Paciência**, Susana Devesa*, Wilson Santos**

RESUMO

A infertilidade assume hoje um grande impacto na nossa sociedade, dado o elevado número de casais inférteis. Vários são os factores conduzem a esta problemática, passando a resolução deste problema, por vezes, pela PMA.

A aposta na prevenção e detecção precoce revela-se fundamental. Torna-se premente reflectir sobre a intervenção do EESMO nesta área, onde existem muitos caminhos e obstáculos a trabalhar, contornar e ultrapassar. Um olhar atento de Enfermagem pode trazer de volta a alegria ao rosto do casal infértil!

Palavras-chave: Infertilidade; Procriação Medicamente Assistida (PMA); Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO); Prevenção Primária; Saúde Sexual Reprodutiva

ABSTRACT

Infertility today takes a major impact on our society, given the high number of infertile couples. Various factors lead to this problem, going to resolve this problem, sometimes by the PMA.

The focus on prevention and early detection appears to be fundamental. Is urgent to reflect on the intervention of NSMHO this area, where there are many paths and obstacles to work around and overcome. A close look at nursing can bring back joy to the face of the infertile couple!

Keywords: Infertility; Medically Assisted Procreation (MAP), Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics (NSMHO), Primary Prevention, Sexual Reproductive Health.

INTRODUÇÃO

A infertilidade tem vindo a ganhar um lugar de destaque na nossa sociedade, tornando-se cada vez mais real nos nossos contextos (familiares e laborais). Importa que a enfermagem adquira um novo olhar sobre esta realidade. Assim, o EESMO deve perspectivar, de forma global, as suas intervenções educativas ao cuidar da mulher/casal infértil. No âmbito do Planeamento Familiar e saúde Pré-concepcional deve aplicar conhecimentos e técnicas de educação para a saúde, identificando e orientando os casais com desajustes sexuais, problemas de infertilidade, situações de risco, bem como, informar sobre doenças sexualmente transmissíveis e aconselhar comportamentos saudáveis.

A problemática da reprodução e da fertilidade humana centra-se na pluralidade de culturas, bem como nas suas diferentes abordagens e importância atribuídas (países pobres vs cultura ocidental). A humanidade colocou a substituição de gerações e a continuidade dos povos como uma questão central e politicamente relevante. No mundo ocidental, a questão da parentalidade consciente impõe aos indivíduos a necessidade de criação de um conjunto de recursos materiais, psicológicos e sociais disponíveis para se poderem tor-

nar pais, logo o processo fisiológico e circunstancial da gravidez, dá lugar a um planeamento bem gerido e complexo, revolucionando costumes, mentalidades e estilos de vida. Mas, na realidade, a afirmação “não quero ter filhos agora” não significa que o contrário “quero ter filhos agora”, seja verdadeiro (Leal e Pereira, 2005).

Nesta perspectiva, a abordagem desta problemática transcende a dimensão fisiológica. Para Leal e Pereira (2005), “o impacto emocional da infertilidade afecta os sujeitos ao nível intrapsíquico, interpessoal e psicosexual”, áreas onde o EESMO pode enfatizar a sua intervenção.

CARACTERIZAR A INFERTILIDADE

Em Portugal calcula-se que 15% a 20% da população seja infértil, o que corresponde a quinhentos mil casais que não conseguem alcançar a gravidez desejada. Entre parceiros saudáveis, numa relação sexual durante o período fértil, a possibilidade de gestação ronda apenas os 20% (Carvalho, 2006).

Existe alguma dificuldade e ambiguidade na definição do conceito de infertilidade, que é muitas vezes confundido com o de esterilidade. A definição geral de **infertilidade** é considerada como uma diminuição da capacidade de concepção em relação à população geral, a definição específica é a incapacidade de um casal conceber após um ano de relações sexuais regulares desprotegidas. O conceito de **esterilidade** é definido como a incapacidade de ter um filho vivo, mas está em desuso devido ao estigma negativo associado ao termo (Remoaldo e Machado, 2007).

O conceito de **infertilidade primária** refere-se a uma mulher que nunca engravidou. O conceito de **infertilidade secundária** aplica-se a uma mulher que teve uma gestação anterior não tendo conseguido engravidar novamente (Carvalho, 2006).

Até algum tempo atrás, era consensual atribuir a infertilidade a uma **causalidade feminina**, só o progresso científico nas técnicas de diagnóstico permitiram identificar uma **causalidade de etiologia masculina**. Contudo, não existe uma homogeneidade ao nível da etiologia, assim, podemos encontrar casais cuja infertilidade é claramente de causa orgânica (50% atribuída à mulher e 40% atribuída ao homem), porém (10%) de causa idiopática (Leal e Pereira, 2005). Nesta perspectiva, surgiu o interesse pelo estudo de hipótese de causa psicogénica.

Actualmente, a infertilidade é entendida como “um síndrome de origem múltipla”, onde deverá ser dada a devida importância às suas dimensões orgânicas e psicológicas.

* EESMO – HSEPE – Santarém.

** EESMO – CHON – Caldas da Rainha.

PREVENIR A INFERTILIDADE

A aposta deverá ser feita ao nível da **Prevenção Primária**, na perspectiva do **Planeamento Familiar** e **Pré-concepcional**, bem como na promoção da **Saúde Sexual Reprodutiva**, no qual o EESMO possui um vasto campo de intervenção. Acreditamos que a infertilidade pode ser prevenida através do esclarecimento/educação aos casais, mudança de estilos de vida, adopção de comportamentos saudáveis e interiorização da importância do auto-cuidado. O EESMO deve procurar desenvolver as suas competências na área do conhecimento sobre quadro legislativo e técnicas de PMA, patologia ginecológica que interfere com a fertilidade, bem como aspectos psicológicos e sociais envolvidos no âmbito da sexualidade, infertilidade e doenças sexuais.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 destaca o papel interventivo do EESMO ao nível da promoção e educação para a saúde. Esta intervenção deve ser o mais precoce possível, não só nos grupos mais vulneráveis (mulheres nos extremos da idade fértil, mulheres com comportamentos aditivos e comportamentos sexuais de risco), mas em toda a população em idade fértil.

Primeiramente, deve ser dada especial atenção aos adolescentes uma vez que são os futuros reprodutores/progenitores. A adolescência é caracterizada pela vontade de transgredir regras e correr riscos, são os próprios a referir que o fazem por ser divertido, por parecer que as consequências não são graves e sobretudo porque todos o fazem (Quinn e Lowdermilk, 1999). Estes comportamentos são a causa de muitas das gravidezes na adolescência, mas também do possível desenvolvimento de Infecções de Transmissão Sexual, que poderão comprometer o futuro ginecológico e obstétrico da adolescente. Cabe ao EESMO, informar e formar no sentido de adopção de uma vida sexualmente activa e satisfatória, mas isenta de riscos. (Quinn e Lowdermilk, 1999).

Nos casais em idade fértil, o EESMO deverá realizar uma avaliação inicial cuidada da história sexual do casal e ginecológica da mulher, para despiste de factores de risco, num ambiente tranquilo e facilitador da interacção. Por ser uma área de natureza íntima e pessoal, o EESMO deve estabelecer um clima de confiança, não emitindo juízos de valor que possam ser considerados pelo casal como invasão de privacidade, só desta forma o casal se sentirá compreendido e respeitado. O casal deve sentir-se encorajado a verbalizar as suas dúvidas, para desmistificar mitos e crenças relacionados com a fertilidade, pois estas podem estar na base da não concretização do seu projecto de gravidez.

FACTORES PREDISPONENTES NA INFERTILIDADE

A massificação da contracepção permitiu às mulheres um controlo efectivo sobre a sua função reprodutora e sexualidade, permitindo-lhes responder à exigência de um percurso escolar extenso, numa perspectiva de carreira profissional eficaz, sendo a gravidez/maternidade um projecto cada vez mais tardiamente vivenciado, próximo do extremo da idade

fértil: idade materna > 35 anos (Remoaldo e Machado, 2007). Por outro lado, o aumento das infecções de transmissão sexual, a utilização de contraceptivos prejudiciais à futura concepção, o início da actividade sexual precoce e múltiplos parceiros sexuais contribuem para o aparecimento de Doença Inflamatória Pélvica. Aliado a sequelas de tuberculose genital feminina, alterações orgânicas e funcionais (factor ovulatório, tubário, uterino e imunológico), a exposição excessiva a factores tóxicos e ambientais, bem como a prática mais generalizada do aborto são **factores** que contribuem para o aumento da **infertilidade feminina** (Quinn e Lowdermilk, 1999). Relativamente à prática do aborto, este tem sido realizado de forma clandestina em condições de saúde e higiene duvidosas, que poderão ter conduzido a situações de infertilidade. Actualmente, com a lei da despenalização do aborto, espera-se vir a inverter a tendência desta prática ao ser realizada em locais idóneos, tentando preservar o futuro ginecológico da mulher. Contudo, esta realidade não pode ser encarada isoladamente dos factores de infertilidade masculina, uma vez que o casal em termos reprodutivos representa a unidade, contribuindo de forma igualitária para o mesmo fim.

Os **factores de infertilidade masculina** estão relacionados com alterações do espermatozóide (forma, qualidade, mobilidade, número), consumo de substâncias nocivas (álcool, tabaco, outras substâncias aditivas, medicamentos), causas orgânicas (varicocele, vasectomia), factores tóxicos e ambientais, entre outros (Quinn e Lowdermilk, 1999).

O casal após constatar a não ocorrência de gravidez, durante um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas, deverá submeter-se a um estudo, de forma a identificar o problema/causa e o tratamento adequado (Carvalho, 2006).

Nesta perspectiva, o EESMO deve informar o casal sobre a importância da realização deste estudo, desmistificando os seus medos e receios, tendo em conta, que o casal se sente vulnerável à exposição de uma área muito íntima.

ALTERNATIVAS NA INFERTILIDADE

Apesar da identificação precoce de casos de risco, dos esclarecimentos sobre Saúde Sexual Reprodutiva e Infertilidade, nem sempre é possível a concretização espontânea do projecto de gravidez pelo casal.

A Organização Mundial Saúde considera a infertilidade uma doença e determina que assiste ao casal o direito de acesso ao tratamento devido em tempo útil (Sousa e Sá, 2007).

É comum nos dias de hoje, o encaminhamento destes casais para centros de especialidade, com o objectivo de diagnóstico e possível realização de PMA.

São várias as Técnicas de PMA, legisladas pela Lei nº 32/06 de 26 de Julho: Inseminação Artificial (IA), Fertilização "in vitro" (FIV), Transferência Intratubária de gametas (GIFT), Transferência Intratubária de zigotos (ZIFT), Injecção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e Transferência de Embriões (TE).

Ao EESMO cabe detectar, através de uma observação atenta, sentimentos negativos, que segundo Camarneiro, Geada, Santos e Teixeira (2004), são: a raiva, tristeza, culpa e ansiedade que podem vir a afectar a auto estima e auto imagem da mulher/casal. Nesta fase, o EESMO deve apoiar emocionalmente o casal, alertando para a morosidade do processo, bem como deverá informar a mulher/casal que, uma vez que são os principais implicados no processo, têm a liberdade para aderir ou desistir, caso assim o desejem.

É importante que o casal se sinta envolvido neste processo, participando activamente e acreditando num futuro sempre possível.

Contudo, sabemos que mesmo nos casos de PMA a taxa de sucesso é baixa, podendo a concretização desse futuro passar por outras opções, tais como: adopção, família de acolhimento ou decisão pela vida a dois. No entanto, esta decisão passa pela existência de um alto ajustamento conjugal, numa relação de alteridade.

Contudo, não podemos negar que a falta de um filho que concretize o seu sonho pode ser motivo de profundo sofrimento do casal. Se os filhos podem libertar o casal das amarras do tempo, a verdadeira fecundidade está no amor/relação que conduz a uma abertura aos outros que um casal sem filhos pode manter, desde que esteja disponível para olhar em torno de si. Na realidade, o casal só é realmente estéril quando se refugia num egoísmo a dois e perde a capacidade de se dar (Biscaia, 2001).

CONCLUSÃO

A infertilidade assume-se como um tema actual, estando directamente implicada no crescimento demográfico (reposição de gerações), na consequente estabilidade social e político económica do país, bem como no bem-estar pessoal e familiar. Nesta perspectiva, os órgãos governamentais, reconheceram a infertilidade como problema, propondo medidas de participação nos tratamentos de PMA.

O conhecimento das elevadas percentagens de casais in-

férteis associado às directivas governamentais deve ser encarado como um reforço ao investimento nesta área por parte do EESMO.

A importância de uma abordagem global, pelo EESMO, nos cuidados à mulher/casal resultará em melhores cuidados de saúde, aumentará a satisfação da equipa e utentes, reduzirá reacções psicossociais negativas e ajudará a mulher/casal a aceitar e integrar melhor as suas experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biscaia, J. (2001). O casal e a fecundidade. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. e Renaud, M. *Novos desafios à Bioética* (p. 61-68). Porto: Porto Editora.
- Quinn, E. e Lowdermilk, D. (2001). Problemas Relacionados com a Reprodução. In Bobak, J., Lowdermilk, D.; Jessen, M. e Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (p. 898-918). (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Camarneiro, A., Geada, A., Santos, M. e Teixeira, O. (2004). Vivências da infertilidade na mulher que quer ser mãe. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº10, Agosto, p 58-67.
- Carvalho, J. (2006). Sociedade Portuguesa de Medicina e Reprodução. Retirado em 28-12-07 do Web site: <http://www.spmr.pt/>
- Carvalho, J. (2006). Sociedade Portuguesa de Medicina e Reprodução. Retirado em 28-12-07 do Web site: <http://www.apinfertilidade.org/veractualidade-id-3.html>
- Côto, R., Leite, L. e Sardo, D. (2007). Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Retirado em 18-01-08 do web site: <http://www.ordemdos-enfermeiros.pt>
- Leal, I., Pereira, A. (2005). Infertilidade algumas considerações sobre causas e consequências. In Leal, I. *Psicologia da gravidez e parentalidade* (p. 151-170). Lisboa: Fim de Século Edições
- PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 32/2006, de 26 de Julho. Procriação Medicamente Assistida.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. (Vol. II – orientações Estratégicas). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Remoaldo, P. e Machado, H. (2007) A infertilidade no Concelho de Guimarães. Contributos para o bem estar familiar retirado em 18-01-08 do web site: <http://www.apinfertilidade.org/displaycient-id-5.html>
- Sousa, M. e Sá, R. (2007) Legislação Portuguesa sobre Procriação Medicamente Assistida. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*: nº44/45, Janeiro/Junho 2007, p 19-26, retirado em 21-01-08 do Web site: <http://www.apf.pt>