

Preservação da fertilidade na paciente com câncer do colo uterino

MARCOS DESIDÉRIO RICCI
ARÍCIA HELENA G. GIRIBELA
NILSON ROBERTO DE MELO

Calcula-se que 10% a 15% das pacientes com câncer do colo uterino se encontram em idade reprodutiva, sem prole constituída. Nos países desenvolvidos, as mulheres habitualmente têm a primeira gestação entre a terceira e quarta décadas da vida. No século XX, o tratamento cirúrgico padrão do câncer do colo uterino de estágio inicial foi a histerectomia radical de Wertheim.

A partir do início dos anos 1990, o desenvolvimento da cirurgia laparoscópica contribuiu para despertar novamente o interesse pela histerectomia radical vaginal ou operação de Schauta-Amreich em pacientes estadiadas como IA a IIA. Com isso, Daniel Dargent desenvolveu, publicando em 1994, a traquelectomia radical, uma versão modificada da cirurgia de Schauta, que objetiva preservar a função reprodutora¹. A técnica inclui a remoção do colo uterino e paramétrio, com preservação do corpo uterino. A parametrectomia continua sendo indispensável, uma vez que recente estudo, publicado por Benedetti-Panici *et al.* em 2000, demonstrou o acometimento neoplásico subclínico dos paramétrios em 30% a 60% das pacientes com câncer estágio IB-IIA². A linfadenectomia pélvica pode ser feita por videolaparoscopia ou extraperitoneal. Os linfonodos pélvicos removidos são analisados por exame de congelação no intra-operatório, bem como a margem de ressecção endocervical, que orienta na preservação do corpo uterino.

Ao revermos a literatura, podemos observar que os relatos acerca da preservação da fertilidade para o câncer do colo uterino são escassos. As alternativas recaem entre o manejo cirúrgico conservador, com preservação do corpo uterino e anexos, à transposição dos ovários, seguida pela fertilização com base em técnicas de reprodução assistida, como a criopreservação de gametas ou pré-embriões e a doação temporária do útero, a “barriga de aluguel”.

Tseng *et al.*, em 1997, relatam o tratamento de 12 pacientes com carcinoma microinvasor que, submetidas a conização sob visão colposcópica, não apresentaram, no estudo anatomopatológico, evidência de invasão vascular ou linfática³. Após seguimento médio de 6,7 anos, não ocorreu nenhuma recorrência local ou a distância, e quatro gravidezes a termo foram identificadas neste grupo.

Roy e Plante, em 1998, seguiram 30 pacientes tratadas com linfadenectomia pélvica videolaparoscópica seguida por traquelectomia vaginal radical por câncer do colo uterino estágio IB (n = 20), IA1 (n = 1), IA2 (n = 7) e IIA (n = 2)⁴. Após seguimento médio de 25 meses, houve uma recorrência pélvica em uma das quatro pacientes do grupo que apresentou invasão vascular no estudo histológico da peça cirúrgica. Somente seis pacientes engravidaram com sucesso.

Martin *et al.*, em 1999, reportam o caso de uma paciente em idade reprodutora com carcinoma epidermóide invasor do colo uterino estágio IB1, tratada com traquelectomia radical segundo técnica de Dargent, mais tele e braquiterapia adjuvante⁵. A terapia de reposição hormonal foi prescrita após o término do tratamento radioterápico, e, um ano após, ela engravidou, levando a gestação até o pré-termo sem intercorrências.

Morice *et al.*, em 1998, procuraram verificar a manutenção do potencial fértil de pacientes com câncer pélvico que foram submetidas à irradiação pélvica com conservação uterina⁶. O estudo envolveu 37 pacientes, sendo 27 portadoras de adenocarcinoma de células claras de vagina e/ou cérvix, 9 com disgerminoma puro de ovário e 1 com sarcoma parauterino. Houve 18 gravidezes em 12 pacientes, sendo que destas, 16 foram obtidas espontaneamente e 2 por fertilização *in vitro*.

Duska *et al.*, em 1998, descrevem o caso de uma paciente de 38 anos, com diagnóstico obtido pela

conização com cirurgia de alta frequência, de carcinoma epidermóide estágio IA2 com grau II histológico e invasão vascular⁷. Desejosa de engravidar, sofreu estimulação ovariana e, por fertilização *in vitro*, produziu cinco embriões, congelados a seguir. A paciente foi então submetida a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral mais radioterapia pós-operatória, pela presença de metástase em linfonodo pélvico. Sua irmã, que já havia consentido, recebeu quatro embriões e engravidou, mas, no primeiro trimestre, sofreu um abortamento.

A cirurgia de traquelectomia pela técnica de Dargent, que representa atualmente o pilar da preservação da fertilidade em paciente com câncer do colo uterino, é acompanhada de altas taxas de abortamento e trabalho de parto prematuro. Dargent *et al.* (1994), reportando uma série clínica com 47 pacientes, registraram 28 gestações (59,5%), com 13 nascimentos a termo (27,6%)¹. Utilizando a mesma técnica, Plante e Roy (1999), Covens *et al.* (1999) e Shepherd *et al.* (1998), registraram taxas de gestação e nascimento de 41,4% e 19,5%, 15,6% e 9,3%, e 70% e 30%, respectivamente^{4,8,9}. A taxa de recidiva global, publicada pelas quatro séries, foi de 3,1%. Esta taxa é semelhante àquela encontrada em séries históricas de pacientes tratadas por histerectomia radical. Objetivando reduzir as taxas indesejáveis de abortamento e trabalho de parto prematuro, Dargent recentemente passou a utilizar a técnica de Saling, um tipo de "circlagem" desenvolvida para uso em pacientes com abortamento habitual¹⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dargent D, Brun JL, Roy M et al. Pregnancies Following Radical Trachelectomy for Invasive Cervical Cancer. *Gynecol Oncol* 1994;52:105.
2. Benedetti-Panici et al., 2000.
3. Tseng CJ, Horng SG, Soong YK, Hsueh S, Hsieh CH, Lin HW. Conservative Conization for Microinvasive Carcinoma of the Cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:5,1009-10.
4. Roy M, Plante M. Pregnancies after Radical Vaginal Trachelectomy for Early-stage Cervical Cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:6,1491-6.
5. Martin XJ, Golfier F, Romestaing P, Raudrant D. First Case of Pregnancy after Radical Trachelectomy and Pelvic Irradiation. *Gynecol Oncol* 1999;74:2,286-7.
6. Morice P, Thiam Ba R, Castaigne D et al. Fertily Results after Ovarian Transposition for Pelvic Malignancies Treated by External Irradiation or Brachytherapy. *Hum Reprod* 1998,13:3,660-3.
7. Duska LR, Toth TL, Goodman A. Fertility Options for Patients with Stages IA2 and IB Cervical Cancer: Presentation of Two Cases and Discussion of Technical and Ethical Issues. *Obstet Gynecol* 1998;92(4 Pt 2):656-8.
8. Covens A, Shaw P, Murphy J et al. Is Radical Trachelectomy a Safe Alternative to a Radical Hysterectomy for Patients with Stage IA-B Carcinoma of the Cervix? *Cancer* 1999;86:2273-9.
9. Shepperd J, Crawford R, Oram D. Radical Trachelectomy: a Way to Preserve Fertility in the Treatment of Early Cervical Cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:912-6.
10. Dargent D, Martin X, Roy M et al. Identification of a Sentinel Node with Laparoscopy in Cervical Cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:241.

Marcos Desidério Ricci é diretor do Núcleo de Oncologia Genital do Centro de Referência da Saúde da Mulher. Arícia Helena G. Giribela é médica colaboradora do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Nilson Roberto de Melo é presidente da SBRH, diretor científico da Sogesp e professor livre-docente do Departamento de Ginecologia da FMUSP.

Ultra-sonografia do primeiro trimestre da gestação

MARCELO GIACOBBE

A aplicação da ultra-sonografia na medicina revolucionou o contexto da abordagem clinicodiagnóstica. A evolução tecnológica dos equipamentos, com a possibilidade de exame em tempo real, imagem em escala de cinzas, o desenvolvimento de transdutores endocavitários de alta frequência e com imagem harmônica, tem permitido uma análise mais pormenorizada e segura das características morfológicas e estruturais em diferentes situações clínicas.

Em obstetrícia, a ultra-sonografia é utilizada para o diagnóstico e acompanhamento da gestação, avaliação do crescimento fetal, do volume de líquido amniótico, da maturação e implantação placentárias, estudo do bem-estar fetal e no rastreamento e identificação de malformações congênitas. Também é imprescindível sua utilização na monitorização de procedimentos, como redução embrionária seletiva, transfusão intra-uterina, biópsia de vilos coriais, amniocentese e derivações fetais.

A ultra-sonografia endovaginal do primeiro trimestre realizada nessas condições técnicas e o incremento da experiência dos ultra-sonografistas com o método têm permitido a detecção cada vez mais precoce de anomalias do desenvolvimento gestacional. Na prática clínica diária, não é freqüente o acompanhamento ecográfico rigoroso da gestação no primeiro trimestre, a não ser pela realização de um exame para a confirmação da datação gestacional ou em caso de hemorragias do primeiro trimestre da gestação. Entretanto, o seguimento seriado da gestação normal durante o primeiro trimestre é surpreendente pela amplitude das variantes da normalidade do desenvolvimento, bem como pela identificação de algumas situações como, por exemplo, a redução espontânea das gestações múltiplas, que pode passar despercebida em alguns casos.

SONOEMBRIOLOGIA

Consiste nas modificações da anatomia da gestação inicial normal, que podem ser facilmente observadas ecograficamente com grande riqueza de detalhes morfológicos. É importante que todos os profissionais envolvidos na avaliação da gestação inicial estejam familiarizados com a evolução normal da embriologia. A evolução cronológica desse período por via endovaginal pode ser resumida como segue:

◆ Da 4^a à 5^a semana: o primeiro achado ecográfico da gestação inicial é o espessamento endometrial, que tem aspecto hiperecogênico devido às modificações de decidualização endometrial induzidas pela ação da progesterona. A persistência da imagem do corpo lúteo após o 25^o dia do ciclo menstrual com sua intensa vascularização em forma de anel (identificado ao mapeamento Doppler em cores) associado ao espessamento endometrial é sinal ecográfico de suspeita gestacional. Um pequeno saco gestacional já pode ser observado ao redor do 28^o ao 32^o dia do ciclo menstrual, medindo cerca de 2 a 3 mm de diâmetro e em correspondência a uma dosagem sérica do beta-HCG entre 750 e 1.000 mUI/mL.

◆ Da 5^a à 6^a semana: verifica-se aumento da dimensão do saco gestacional com delimitação do seu anel ecogênico circunjacente característico (reação trofoblástica decidual), podendo-se identificar o sítio de implantação, a decídua capsular e parietal (Figura 1).

A vesícula vitelina (VV) é observada ao redor do final da 5^a semana de gestação, quando o diâmetro do saco gestacional é de 8 a 10 mm (Figura 1). A VV deve ser obrigatoriamente visualizada quando o saco gestacional tem 20 mm de diâmetro médio, e sua não-visualização nessas condições é indicativa de gestação anembrionada.

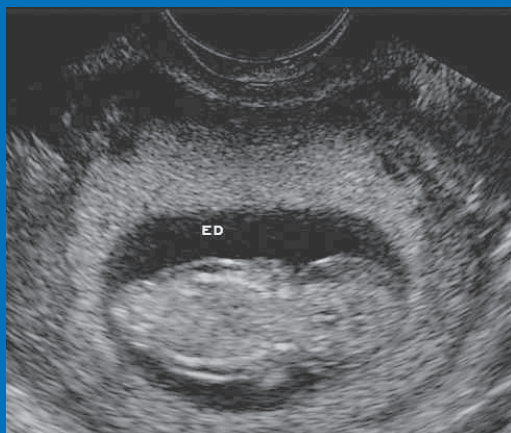


Figura 1. Feto com síndrome de Down, idade gestacional de 11 semanas, com edema corpóreo generalizado à cardiopatia.

◆ Da 6^a à 7^a semana: ao redor do 42^o dia, verifica-se o embrião como estrutura adjacente à parede da VV, com dimensões entre 2 e 3 mm. Os batimentos cardíacos são eventualmente identificados nessa fase e devem ser obrigatoriamente visualizados quando o comprimento cabeça-nádegas for ≥ 5 mm.

◆ Da 7^a à 8^a semana: o desenvolvimento do cordão umbilical e a expansão da cavidade coriônica proporcionam uma posição mais central do embrião no saco gestacional. É possível distinguir o pólo cefálico do tronco, a projeção dos esboços dos membros superiores e inferiores, e verifica-se uma região anecóide no interior do pólo cefálico que corresponde ao rombencéfalo, situado na região da fossa posterior.

◆ Da 8^a à 9^a semana: é possível diferenciar o cório liso do cório frondoso. Os membros superiores podem ser mais facilmente visualizados, e verificam-se pequenos movimentos de encurvamento do embrião.

◆ Da 9^a à 10^a semana: verifica-se a herniação fisiológica do intestino embrionário na face ventral do embrião, próximo à base do cordão umbilical, que regride acentuadamente na décima semana gestacional. Os membros superiores e inferiores apresentam-se articulados e com movimentação espontânea freqüente.

◆ Da 10^a à 11^a semana: neste ponto, termina o período embrionário e inicia-se o período fetal. É possível identificarem-se alguns pontos de ossificação fetal. Após a 11^a semana, já é possível estabelecer diagnósticos como acrania, exencefalia e, mais tardiamente, a anencefalia fetal. Os plexos coróides são visualizados como estruturas ecogênicas no interior do encéfalo.

◆ Da 11^a à 12^a semana: ocorre maior definição do aspecto morfológico fetal, com morfologia bastante semelhante à do feto no segundo trimestre da gestação. Os elementos anatômicos estão praticamente definidos, mas ainda alguns detalhes não podem ser visualizados devido às suas reduzidas dimensões.

◆ Da 12^a à 14^a semana: já é possível, nesta fase, a realização da primeira ultra-sonografia morfológica fetal devido ao aspecto humano habitual fetal. Apesar de a ultra-sonografia endovaginal propiciar imagem com maior riqueza de detalhes, a abordagem vaginal apresenta mobilidade restrita, dificultando a realização de alguns cortes por via vaginal. Após a 11^a semana gestacional, o exame vaginal pode e deve, sempre que necessário, ser complementado pela avaliação via abdominal, que permite que se realize maior quantidade de cortes e varreduras com o transdutor.

TRANSLUCÊNCIA NUCAL

A síndrome de Down é a aneuploidia mais freqüente na vida extra-uterina. Sua ocorrência e a de outras aneuploidias está associada a diversos fatores, entre eles, a idade materna avançada e o antecedente de aneuploidias em gestações anteriores. Entretanto, mais de dois terços dos casos ocorrem em filhos de casais sem risco conhecido. O diagnóstico pré-natal dessas alterações é possível através do cariótipo fetal obtido por biópsia das vilosidades coriônicas ou amniocentese. Por se tratar de exame invasivo, com risco de perda gestacional estimado em 0,5% a 1% dos casos, diversas pesquisas foram realizadas nos últimos anos em busca de marcadores que pudessem, de forma conjunta com os fatores de risco já conhecidos, auxiliar na indicação da coleta do cariótipo fetal.

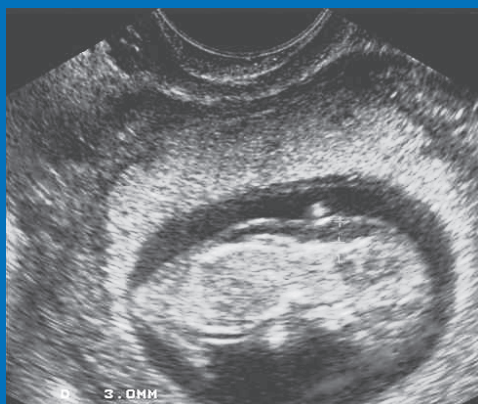
A translucência nucal (TN) consiste no melhor marcador ultra-sonográfico do primeiro trimestre da gestação para diagnóstico de anomalias fetais. A alteração da espessura da translucência nucal correlaciona-se positivamente com alterações cromossômicas e cardiopatias fetais, mas também é encontrada em algumas síndromes genéticas fetais (Figura 2). Apresenta sensibilidade de 80% no diagnóstico dessas anomalias cromossômicas quando associada à idade materna, com uma incidência de 5% de resultados falso-positivos. Sua acurácia é superior quando comparada com a acurácia da idade materna isoladamente ou associada ao teste bioquímico quádruplo realizado no segundo trimestre de gestação (alfa-feto proteína, beta-HCG, estriol e proteína-A plasmática associada à gestação).



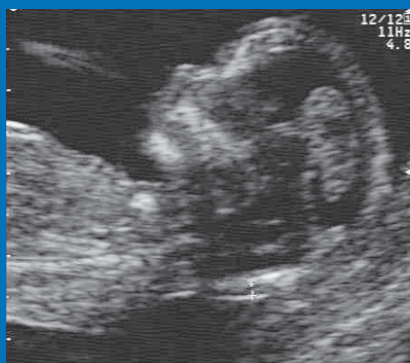
a)



b)



c)



d)

Sua aferição deve ser realizada entre 11 e 14 semanas de idade gestacional por ultra-sonografistas treinados para esta finalidade. Existem publicações demonstrando que o rastreamento pela TN não é eficaz quando realizado por profissionais não treinados. As alterações do fluxo no duto venoso ao mapeamento Doppler em cores e a alteração do perfil fetal, com diminuição da incisura nasal e hipoplasia/agenesia do osso nasal, associam-se à trissomia do 21 e podem ser consideradas como tendo um papel coadjuvante nesse rastreamento.

TN AUMENTADA E CARIÓTIPO NORMAL

A maioria dos fetos com TN aumentada e cariótipo normal apresentam-se normais após o nascimento. Entretanto, os defeitos cardíacos e algumas síndromes genéticas e malformações fetais estão associadas ao aumento da espessura da TN em fetos com cariótipo normal ou anormal. A avaliação morfológico-genética fetal deve ser obrigatoriamente realizada ao redor de 20 semanas de idade gestacional nestes casos. Além das cardiopatias, as hérnias diafragmáticas, malformações esqueléticas e as síndromes de Jarcho-Levin e Smith-Lemli-Opitz estão associadas ao aumento da TN.

Alguns estudos sugerem que o aumento da TN pode ser decorrente de uma insuficiência cardíaca fetal de instalação precoce, principalmente quando associada à presença de fluxo anormal no duto venoso. A presença de fluxo ductal anormal pode ser também um fenômeno transitório durante o primeiro trimestre. Portanto, é inadequado considerar que as alterações observadas apresentam valor essencial no rastreamento de

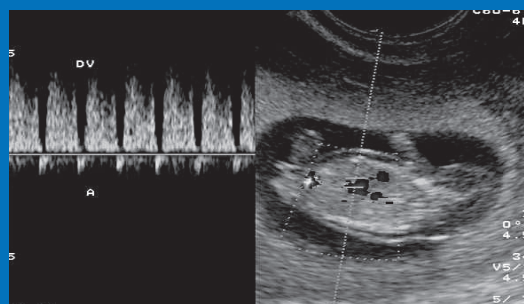


Figura 2. a) e b): representação esquemática da correta medição da TN; **c)** TN anormal em feto com trissomia do cromossomo 21; **d)** TN normal.

Figura 3. Dopplervelocimetria anormal do duto venoso em feto com síndrome de Down mostrando inversão da onda "A" (fluxo retrógrado) durante a contração atrial.

cromossomopatias. Parece mais adequado considerar que as alterações do fluxo sanguíneo no duto venoso apresentam papel auxiliar nessa tarefa.

DOPPLER VELOCIMETRIA UTEROPLACENTÁRIA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

A circulação uteroplacentária pode ser facilmente avaliada através da ecografia por via endovaginal. Sua aplicabilidade prática é limitada devido à sobreposição dos valores dos índices de impedância vascular dos vasos miometriais (artérias uterinas, arqueadas, radiais e espiraladas), retrofoblásticos e da região intervlosa das gestações normais quando comparadas com gestações anembrionadas e abortamentos retidos. Entretanto, algumas peculiaridades podem ser observadas nesses grupos:

- A quantidade de vasos miometriais (artérias e veias) identificadas pelo Doppler de amplitude (*Power Doppler*) é menor nas gestações normais do que a quantidade identificada nas gestações anormais.
- O fluxo no espaço intervlosa pode ser identificado, em alguns casos, muito precocemente na gestação normal, mas sua presença é mais

frequentemente constatada após a décima semana de idade gestacional. A presença de fluxo no espaço intervlosa é mais frequente nas mulheres com aborto do que nas mulheres com gestação normal.

- Ocorre uma diminuição da impedância vascular nas artérias uterinas, com diminuição do índice de resistência (IR) e do índice de pulsatilidade (IP) à medida que progride a idade gestacional nas artérias uterinas. Essa diminuição é mais discreta nas demais artérias miometriais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pastore AR, Cerri GG. *Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia*. Ed. Revinter, 2003.
2. The Fetal Medicine Foundation. *Ultra-Sonografia no primeiro trimestre da gestação e rastreamento de anomalias cromossômicas*, 1996.
3. Giacobbe M, Zeferino LC, Franzin CMMO, Faundes A. Uteroplacental Circulation during the First Trimester of Abnormal and Normal Pregnancy. *Reprod Biomed Online*, 4(1):60-5, 2001.

Marcelo Giacobbe é doutor pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e médico da Profert

O casal infértil e os efeitos criados no corpo. Uma abordagem psicossomática contemporânea

VERA MALUF
ESDRAS G. VASCONCELLOS

A pesquisa na área da infertilidade constitui-se hoje em um universo amplo e de muitas vertentes teóricas. Fazendo revisões de várias publicações literárias e científicas, podemos olhar a infertilidade feminina e masculina e dizer que existe um ângulo em que tanto a medicina como a psicossomática e a psiconeuroimu-

nologia convergem e nos contam de alterações que começam na cabeça.

O processo menstrual mensal, que é o grande significador da feminilidade e da fertilidade, começa no cérebro, através do sistema nervoso central (SNC), do hipotálamo e da hipófise.

O SNC influencia o hipotálamo que, por sua vez, libera o CRF (*catecolamina reacting factor*), o qual, então, provoca na glândula hipófise a secreção e liberação dos hormônios LH (luteinizante) e FSH (foliculo estimulador). Esses hormônios são reguladores do crescimento dos folículos, sendo que é o LH quem causa o pico da maturação do óvulo.

Esta realidade tão básica do funcionamento do corpo da mulher nos permite inferir o quanto o SNC influencia o equilíbrio orgânico feminino. Processo similar pode ser observado na produção e maturação dos espermatozoides no órgão sexual-reprodutor masculino.

Fatores intrínsecos e extrínsecos influenciam o funcionamento do SNC, em uma atividade constante, ininterrupta e extremamente veloz. Esse processo é, ao mesmo tempo, automático e criativo. Nosso corpo depende da nossa vontade e, ao mesmo tempo, está sujeito a ela. Essa interdependência fascinante e paradoxal nos constitui.

Podemos dizer que há saúde quando existe equilíbrio entre os fatores físico, psíquico e químico do nosso corpo. Quando alcançamos este equilíbrio, nosso sistema imunológico funciona bem, conectado com uma imensa rede de células, órgãos e estimuladores químicos, todos trabalhando em total harmonia e defendendo nosso organismo de disfunções. Quando ocorrem falhas graves no funcionamento do sistema imunológico, aparecem então os distúrbios e, conseqüentemente, a doença.

Ao buscarmos as origens multifatoriais das enfermidades humanas, nós nos perguntamos: "Em que se constitui o corpo? O que vem primeiro, o ovo ou a galinha? Quem começa o quê? É a disfunção física que leva ao abalo psíquico e químico? Ou, inversamente, a disfunção psíquica é que leva ao abalo físico e químico? Ou ainda, será a disfunção química que desencadeia o abalo físico e psíquico?"

A resposta a estas perguntas só será satisfatória se contemplarmos as dimensões biológicas, psíquicas e também sociais da vida humana. A constituição do humano não está só no biológico, mas também nos caminhos da sua criação a partir da criança, em que se inserem o psíquico e o social.

Todos temos tendência a somatizar (exteriorização de um processo emocional e/ou mental através de evidências biológicas sintomáticas) cada vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência

habituais. A memória de traumas, que está sempre na base da maioria das alterações somáticas, encontra-se no corpo amigdalóide do sistema límbico, que é o grande significador das emoções.

Essa visão da complexidade do ser foi pesquisada pela Dra. Helen Dunbar em 1933 e forneceu a base principal para a formação da psicossomática, com observações sistemáticas e aplicação de uma metodologia científica na pesquisa da psicogênese. A seguinte definição foi publicada na revista da *American Psychosomatic Society*, fundada em 1939 pela própria Dra. Dunbar: "O objetivo da psicossomática é estudar a inter-relação dos aspectos psicológicos e fisiológicos do funcionamento normal e anormal do corpo e integrar a terapia somática na psicoterapia." (Ramos D., 1994).

Wischmann (2003) traz uma visão contemporânea da complexidade do ser ao concluir, em recente pesquisa sobre fatos e mitos da infertilidade psicogênica, que "um exclusivo ponto de vista psicológico/psicodinâmico sobre a complexidade da infertilidade é tão inadequado como um restrito ponto de vista somático. A infertilidade deve sempre ser tratada como uma inteireza psicossomática."

Diante de condições estressoras internas ou externas, ambos, a mulher e o homem, reagem e, inconscientemente, provocam em si alterações físicas e psíquicas, impedindo o funcionamento perfeito de seu organismo.

Na clínica psicológica, constatamos com freqüência os seguintes aspectos estressores que acompanham a infertilidade:

- Lembranças intra-uterinas (inconscientes);
- Lembranças (conscientes e/ou inconscientes) da primeira infância;
- Falta de toque e afetividade durante a infância;
- Medo (consciente e/ou inconsciente) da gravidez;
- Medo da deformação corporal provocada pela gravidez;
- Medo (explícito ou escondido) da maternidade;
- Perda de ente querido em virtude de gravidez ou parto.

Essas lembranças vêm geralmente acompanhadas de estados de angústia, irrealidade de vida, vazio existencial, irritabilidade, irrealização do prazer sexual e sensação de perda geral.

É comum também o aparecimento de vários outros medos subjacentes, os quais trazem em si uma ambivalência na significação do desejo da gravidez e maternidade:

- medo do estranho;
- abortos espontâneos;
- gestação múltipla;
- bebê imperfeito;
- riscos de prematuridade;
- medo do nascimento.

Medos e traumas sobrecarregam o funcionamento natural do sistema neuroendócrino, provocando sua “deshomeostatização”, o que, por sua vez, vai afetar a capacidade de defesa do sistema imunológico. Essa interferência acontece sobretudo nos casos de estresse crônico, em que os medos e traumas existentes – fatores, portanto, intermitentes de estresse – geralmente, distam de longo tempo na história de vida dos pacientes. Dentre os muitos hormônios que se alteram com esses fatos, observa-se que a secreção dos esteróides sexuais fica altamente comprometida, criando então efeitos dificultadores do engravidamento: na mulher, o ciclo menstrual e a ovulação tornam-se desregulados, surgem miomas e cistos uterinos e/ou ovarianos; nos homens, a produção de espermatozoides cai vertiginosamente.

Consideremos ainda dois fatos importantes: é conhecido que as mulheres são, por natureza, mais reativas imunologicamente que os homens (Tartakovsky, DeBaetselies, Feldman e Segal, 1981), e que os hormônios sexuais têm a capacidade de regular as respostas imunológicas, e estas, por outro lado, determinam em grande parte a aceitação fetal (*fetal acceptance*).

McCruden e Stimson (1991) afirmam que os próprios hormônios sexuais colaboram tanto para o impedimento da gravidez quanto para uma imunossupressão fetal específica. Segundo esses autores, durante a gravidez, a imunidade humoral eleva-se, enquanto a imunidade celular decresce.

É possível então conceber que todos esses caminhos distintos, porém complementares, processariam a dificuldade de engravidar. O efeito do estresse crônico – provocado pela latência e/ou consciência dos acima mencionados medos e traumas – desequilibra a homeostase do sistema neuroendócrino e imunológico, interferindo no sistema sexual-reprodutor e causando alterações hormonais importantes (Vasconcellos, 2000), criando condições contrárias para

que o engravidamento ocorra e aumentando a resistência imunológica ao desenvolvimento do feto.

A escuta terapêutica da clínica psicológica possibilita que esses medos e traumas estressores sejam revistos e reavaliados, ajudando o paciente a reverter sua posição defensiva. O tratamento restrito à área delimitada do órgão sexual reprodutor estreita a amplitude real do problema. É muito importante diminuir o nível de ansiedade e estresse do paciente, pois o ser humano é muito mais que seu útero, ovário, pênis ou testículos, e o processo regulador destes órgãos, como dissemos no início desse artigo, começa na cabeça.

É possível ressignificar o processo da infertilidade, do tratamento e da gravidez, preparando-se para uma maternidade/paternidade saudável e plenamente aceita. O quanto se consegue carregar de afeto a experiência vivencial entre paciente e terapeuta – promovendo assim uma real troca humana – faz toda a diferença para o resultado final, que é a grande afirmação do desejo de ter um filho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCruden AB, Stimson WH. Androgen receptor in the human thymus. *Immunology Letters* 1981;8:49-53.
2. Ramos DG. *A psique do corpo*. São Paulo, Summus Editorial, 1994.
3. Tartakovsky B, Debaetselies P, Feldman M, Segal S. Sex Associated Differences in the Immune Response against Fetal Histocompatibility Antigens. *Transplantation* 1981;32:395-7.
4. Vasconcellos EG. Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In: Angerami-Camon (org): *Psicologia da saúde*. São Paulo, Editora Pioneira, 2000.
5. Wischmann TH. Psychogenic Infertility – Myths and Facts. *Journal Assist Reprod Genet* 2001;20 (21):485-94.

Vera Maluf é psicóloga clínica, membro do Comitê de Psicologia da SBRH e mestranda em Psicossomática na PUC/SP. Esdras Guerreiro Vasconcellos possui graduação em Psicologia e Doutorado na Universidade de Munique, Alemanha. É professor de Pós-Graduação na USP e PUC/SP, diretor científico do Instituto Paulista de Stress, Psicossomática e Psiconeuroimunologia, diretor científico da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática – Regional SP e membro da Academia Paulista de Psicologia – cadeira nº 10.