

REDES DE (IN)FERTILIDADE

Trabalho realizado no âmbito do
Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga

(2009)

Fernando Ferreira
Patrícia Pinho

Estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga, Portugal

Contactos:
fcarlos.ferreira@sapo.pt

RESUMO

A intenção deste trabalho é fazer uma abordagem a alguns dos principais aspectos da importância das redes pessoais e sociais de apoio no contexto do problema da infertilidade. Apesar de muitas vezes a rede de apoio primária, nestes casos funcionar de forma deficiente, o suporte dado pela rede secundária não compensa esta carência porque actua de forma institucional e instrumental, privilegiando os aspectos técnicos em detrimento dos aspectos emocionais e psicológicos. Um bom modelo de intervenção destas instituições precisa de abranger a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa.

Palavras-chave: Rede suporte, infertilidade

CONCEITO DE REDE

A nossa rede social, preferencialmente estável, construída estruturalmente pelo relacionamento interpessoal com familiares próximos e distantes, amigos, ligações de estudo, de trabalho e de relacionamentos resultantes da nossa participação formal ou informal em organizações comunitárias (religiosas, sociais, políticas, saúde, entre outras), constitui o depósito da nossa identidade, história e bem-estar (Sluzki, 1998).

O conceito de Rede Social ou de Rede Social Significativa apoia-se na óptica sistémica utilizada pela terapia familiar em torno da visão micro social. Nesta perspectiva, para Bateson as fronteiras do indivíduo não estão limitadas pela sua pele, mas incluem todo aquele que interage com o sujeito, indo para lá da família nuclear ou extensa e incluindo todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito, tais como os amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (Sluzki, 1996).

A definição mais alargada que conhecemos refere-se à rede social como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que estes podem ser pessoas, grupos, empresas ou outras instituições (Wellman, 1981, cf. Guadalupe 2001).

É também referida como um *“conjunto de seres com quem interactuamos de maneira regular, com quem conversamos, com quem intercambiamos sinais que nos corporizam, que nos fazem reais (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (...) [é o que] corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo”* (Sluzki, 1996, cf. Guadalupe 2001).

A rede social pode ser definida como um conjunto de relações interpessoais e sociais diferenciadas da massa anónima social estabelecidas por determinado indivíduo (Matos & Santos, 2006). Este conceito está ligado à Antropologia e Sociologia, e só mais tarde ao Serviço Social, Psiquiatria e Psicologia (Guadalupe, 2000).

Referem os primeiros estudos que dão relevo à importância das redes sociais na nossa sociedade, que estas exercem influência nos fenómenos sociais. Por assim dizer, cada pessoa está em contacto com um certo número de outras pessoas, algumas das quais estão em contacto directo entre si e outras não, formando-se um campo social a que podemos dar o nome de rede social (Barnes, 1954 cf. Guadalupe, 2000).

O conceito de Rede Social está intimamente ligado ao de Apoio Social. Este termo é de difícil definição, uma vez que se contém muitas especificidades, devido ao seu carácter multidimensional. A ideia do apoio fornecido pelas redes sociais teve origem na década de 1970 e foi consolidada nos anos 80. O desenvolvimento dos modelos ecológico e sistémico e a consequente compreensão psicossocial do ser humano têm contribuído fortemente para o interesse de estudos sobre as redes sociais através da psicologia comunitária (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002; Quesada, 1993, cf. Moreira e Sarriera, 2006).

Assim, pode-se dizer que o apoio social consiste nos recursos relacionais que uma pessoa dispõe para enfrentar diferentes situações de vida. Este conceito baseia-se no número de pessoas com as quais o sujeito se relaciona, na estrutura e qualidade destas relações, nas acções concretas executadas e na percepção que a pessoa mantém sobre todos estes aspectos (González, Martínez García, Martínez, López & Carrasco, 1998, cf. Moreira e Sarriera, 2006).

É necessário que se estabeleça a diferença entre a perspectiva qualitativa (funcional) e a perspectiva quantitativa (estrutural) do termo (Estramiana, 1992; Ballesteros, 1987; Fuster, 1997; Miller & Darlington, 2002, cf. Moreira e Sarriera, 2006). A perspectiva quantitativa enfatiza a natureza estrutural da rede de relações (família, amigos, comunidade) e mede o número de pessoas de que o indivíduo dispõe quando necessita. A perspectiva qualitativa diz respeito aos reflexos e ao significado destas relações, e da percepção que os sujeitos têm do apoio social oferecido/recebido.

A Rede Social implica um processo de construção permanente tanto em nível individual quanto colectivo. Ela é um sistema aberto que, através de uma troca dinâmica entre os seus integrantes e entre eles e outros grupos sociais, torna possível a melhor utilização de seus recursos. Cada membro da família e da comunidade beneficia das múltiplas relações que estabelecem e que favorecem o seu desenvolvimento (Rangel, 2007).

Estrutura da Rede

A rede pode ser avaliada segundo várias características estruturais (Sluzki, 1996):

Tamanho:

Faz referência ao número de pessoas ou de instituições que fazem parte da rede social. Há indicadores de que as redes sociais de tamanho médio são mais efectivas porque permitem maior mobilização de seus integrantes e parecem ser mais eficazes. Já as muito pequenas tendem a converter-se em geradoras de tensão devido a que as informações sobrecarregam o sistema. Nas redes sociais muito extensas perde-se a capacidade de efectivar as diferentes funções, por um mecanismo de inércia, o qual favorece que ninguém assuma prontamente uma acção em benefício de seus membros (Rangel, 2007).

Densidade:

É a conexão e vínculo entre os diferentes membros da rede. A densidade moderada (por exemplo, número de instituições nas quais participa um membro da rede) aumenta a eficácia deste e do seu grupo, por facilitar o intercâmbio comunicativo. Exerce pressão sobre o grupo e o indivíduo, para que este se adapte às regras grupais. Pelo contrário, uma Rede Social menor tem uma eficácia reduzida, por diminuir o potencial de mudança. Podemos entender esta característica através de uma metáfora. Quando um nó fica muito distante do outro o tecido da rede é mole demais e, quando se “joga” uma necessidade para activar uma função dela, esta passa por entre os espaços existentes. Já quando os nós ficam muito juntos, o efeito seria o de

uma cama elástica e quando se “joga” a necessidade, esta pula. Deste modo, a densidade moderada oferece um suporte flexível, que acolhe, absorvendo as necessidades e devolvendo ao sistema o que este precisa num determinado momento.

Composição e distribuição:

Refere-se ao número de instituições ou órgãos com que a pessoa, grupo, comunidade, entre outros, tecem a rede social. Quando as instituições da Rede Social são muito próximas são menos flexíveis e tornam-se ineficazes porque permitem menos confronto com a realidade maior. As pessoas passam a ter uma dependência exagerada delas e deixam de realizar acções que permitam ampliar sua Rede Social (Attneave e Ross, 1982). É considerada, também, a proporção total de membros pertencentes à Rede Social e localizados num mesmo contexto: amigos, trabalho, estudo, amizades, comunidade, lazer, fé e saúde. A diversidade de modos de pensar, de agir e de costumes facilitam um leque maior de possibilidades e opções para satisfazer as necessidades e construir um lugar social.

Dispersão:

É a distância geográfica entre os membros. Também pode ser definida como a acessibilidade aos membros e instituições componentes da rede. Esta distância afecta tanto a eficácia quanto a velocidade de resposta perante uma situação da rede. Indica a facilidade ou dificuldade para contactar os membros da rede, em função do tempo e do espaço.

Homogeneidade ou heterogeneidade:

Considera as semelhanças e diferenças sócio demográficas. Idade, sexo, cultura, nível socioeconómico e reconhecimento das pessoas e das instituições que formam a rede social. A riqueza da homogeneidade e heterogeneidade permite a auto-observação pela diferença. É pela possibilidade de nos assemelharmos aos outros que temos a consciência de pertencer. Mas é pelas distinções que conseguimos traçar que nos diferenciamos dos outros criando consciência de nós mesmos, criando finalmente identidades pessoais, grupais, nacionais, entre outras. Assim, a rede social é produtora de identidades na medida em que pertencer a ela nos permite visualizar as bases culturais compartilhadas ao mesmo tempo por outros e simultaneamente nos possibilita, como sujeitos e colectivos, distinguir-nos dos outros sujeitos e colectivos.

Função da Rede

Os membros da rede cumprem, individual ou colectivamente, diversas funções (Guadalupe, 2000).

As redes sociais caracterizam-se, além dos vínculos, da comunicação e das relações, pela organização em torno do fazer, de estruturar o tempo e o modo como este se utiliza. Desta forma, as relações sociais ajudam a dar sentido às vidas das pessoas que nelas participam, favorecendo a construção das suas identidades, propiciando-lhes a sensação de que estão ali para alguém, que têm os recursos necessários para dar conta de diversas tarefas e dar suporte social.

Assim, promovem o sentido das suas acções e práticas de cuidado social e auto cuidado, Sluzki (1997) e Cabanas, (1997), cf. Rangel (2007), definem uma série de funções das redes sociais, que podem ser solicitadas e proporcionadas pelos membros em interacção:

Companhia social:

As redes sociais servem como elemento de companhia; são transmissoras da cultura e promotoras da adaptação. Na reciprocidade desta função, quando duas ou mais pessoas, grupos, instituições se encontram na relação, a cultura reconstrói-se, recria e ambas as partes unem-se, inserem e incluem. Deste modo constroem sentidos ampliados aos costumes, criando novos rituais, novos modos de viver e de relacionar-se. É, em suma, uma nova forma de produção cultural.

Apoio emocional:

Refere-se aos intercâmbios que interligam atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, estímulo e apoio. É característico das amizades mais íntimas, com baixos níveis de ambivalência. É no apoio emocional que se vivencia o afecto, a percepção do aconchego e de pertença. Quando solicitada e oferecida esta função atinge directamente a auto-estima, a sensação de ser importante para os outros; ganha-se o sentido de ser na relação, já que esta função, além dos níveis baixos de ambivalência é percebida como incondicional, tanto ao dá-la como ao recebê-la.

Guiá cognitivo e conselheiro:

Compartilha informações pessoais e sociais, esclarece expectativas e oferece modelos de papéis. Como podemos deduzir, esta função é importante na construção pessoal da identidade, grupal e institucional. É pela necessidade de pertencer, de partilhar características similares às de outros, que a nossa identidade vai-se constituindo. Mas é também pela possibilidade de esclarecer expectativas, dos membros de uma rede realizarem papéis e tarefas diferentes, que a identidade se consolida.

Regulação social:

Função que visa a regulação social do comportamento e reafirma as responsabilidades. Permite dissipar a frustração e a violência, favorecendo a resolução de conflitos.

Ajuda material e de serviços:

Fornecem colaboração eficaz com base em conhecimentos especializados ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde. Esta é uma das funções mais estudadas, conhecida também como suporte social.

Acesso a novos contactos:

Abre as possibilidades de ligação com outras pessoas e outras redes sociais que até o presente não faziam parte da Rede Social inicial do indivíduo, família, grupo e comunidade. As funções da Rede Social estabelecem-se, portanto, na interacção entre os diversos membros que a formam. Conhecer alguém num contexto da rede possibilitará conhecer outros e assim ampliar a rede e conseqüentemente as probabilidades de exercer e solicitar as funções sociais.

Infertilidade e Rede de Suporte

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a infertilidade é definida como a incapacidade de conceber após doze meses de relações sexuais sem o recurso a métodos contraceptivos (DGS, 2008). Ela caracteriza-se ainda como sendo um acontecimento de vida stressante ou como uma crise não normativa, pois representa uma situação não específica do ciclo vital e tem resultados imprevisíveis (Newton et al., 1999 cf. Karlidere et al. 2007; Koropatnick et al., 1993 cf. Slade 2007). Desta forma, não falamos apenas de um momento de transição na vida familiar como o nascimento de um filho, mas falamos também numa crise não-normativa, visto que o desejo deste filho passa por uma série de outras situações interdependentes que poderão contribuir ou não, para a nascença desta criança. A maternidade/paternidade apresenta-se como um marco de transição do ciclo vital, exigindo uma reorganização dos recursos (materiais, humanos e afectivos). Ao averiguar o papel das redes primárias na manutenção do bem-estar familiar (Portugal, 2005), quando falamos em infertilidade, o apoio recebido e percebido pelo casal torna-se ainda mais indispensável (Cousineau, et al., 2008).

Numa situação de infertilidade, os cônjuges podem lidar de forma diferente e esta reacção pode variar de acordo com a etiologia da infertilidade (Mahlstedt, 1985, cf. Cousineau, et al.,

2008). A infertilidade, e as abordagens para o diagnóstico e tratamento para a fertilização podem levar a alterações emocionais tais como a depressão e a ansiedade, a disfunção sexual ou ainda, problemas de relacionamento, os quais poderão agravar os factores inerentes à própria infertilidade (Wright et al., 1991; Hammarberg et al., 2001; Ramezanzadeh et al., 2006 cf. Cousineau et al., 2008; DGS, 2008). A problemática desta situação poderá forçar os recursos de apoio social e mecanismos do casal, enfraquecendo ao mesmo tempo a sua energia física e emocional para lidar adequadamente com esta dificuldade (Boivin, Scanlan, & Walker, 1999).

A qualidade do relacionamento (Newton et al., 1999 cf. Cousineau et al., 2008) e comunicação (Schmidt, Christensen, & Holestein, 2005) com o parceiro, tem desta forma, grande impacto sobre o estado emocional de pessoas inférteis. Tanto os homens como as mulheres relutantes em discutir as suas dificuldades ao nível da infertilidade com outras pessoas podem ver o parceiro como uma fonte imprescindível ao nível do apoio (Hirsh e Hirsh, 1989 cf. Cousineau et al., 2008).

Por outro lado, constatou-se que as pessoas vítimas de infertilidade relatavam com frequência sentimentos de isolamento (Imerson McMurray, 1996 cf. Cousineau et al., 2008). Na realidade, Schmidt et al. (2005) relataram que o perigo de isolamento aumentava para os casais que não tinham conseguido uma gravidez. Tal observação poderá explicar-se no facto da infertilidade poder ameaçar a auto-estima, devido à sua natureza potencialmente estigmatizante. O estigma pode ser definido como um sentido negativo inerente à diferença social, isto é, de forma socialmente definida fora da norma desvalorizando o indivíduo, o que numa situação de infertilidade poderá traduzir-se neste isolamento e consequente possível perda de potenciais fontes de apoio (Goffman, 1963 cf. Cousineau et al., 2008).

Gonzalez (1995) constatou que casais sem filhos, que não tinham comunicado com outras pessoas as suas dificuldades de fertilidade, sofriam de perguntas sarcásticas e comentários desfavoráveis acerca do seu comportamento sexual e consequentes resultados ou ausência deles, isto é, o facto de não conseguir uma gravidez. Estas experiências, segundo este autor, poderiam resultar no aumento destes sentimentos de medo de falar acerca destas dificuldades, comportamentos de isolamento e retirada de situações sociais (cf. Cousineau et al., 2008).

Ainda segundo Sluzki (1996), estes efeitos negativos ao nível interpessoal levam não apenas a situações de evitamento de contactos sociais como também a uma maior inactividade e resistência da activação da rede social (cf. Guadalupe, 2001).

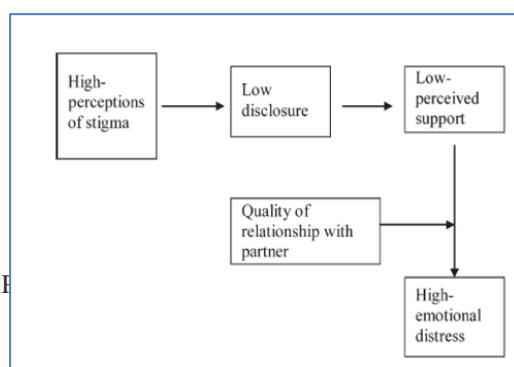


Ilustração 1 - Predictive Model for Emotional Distress in Infertility

Como tentativa de explicação deste ciclo vicioso, Cousineau et al. (2008) desenvolveram num estudo um modelo para prever os níveis de stress emocional inerentes à situação de infertilidade. Segundo eles, as pessoas que sofrem de infertilidade podem sentir essa situação como estigmatizante, o que poderia levar a uma menor abertura do casal em relação à expressão das suas dificuldades de infertilidade perante os outros. Por conseguinte, este medo de reprovação social poderia levar ao menor apoio social recebido.

Outra tentativa de compreensão desta dinâmica ao nível das interações no âmbito de uma situação de infertilidade foi o estudo de Schmidt et al. (2005) sobre a comunicação e mecanismos de coping numa situação de infertilidade após doze meses de tratamento. Verificou-se que os pacientes utilizavam várias estratégias e estas foram relacionadas de acordo com as várias expectativas inerentes aos próprios resultados do tratamento. Observou-se que quanto mais os pacientes mantinham uma postura aberta em relação aos seus problemas com os outros, mais esperavam apoio por parte do sistema de cuidados de saúde como também, mais reflectiam acerca das diversas possibilidades de se tornarem pais. Por outro lado, como anteriormente visto este estudo comprova uma vez mais os efeitos positivos inerentes à boa comunicação com o parceiro no intuito, de diminuir os sintomas stressantes inerentes à própria situação. Descobriu-se ainda, que um dos principais benefícios das intervenções que têm como objectivo melhorar a comunicação e gestão do stress seria contribuir para a tomada de decisão para conseguir falar das próprias dificuldades com outras pessoas. Desta forma, referem que não era a estratégia em si utilizada pelo paciente que era problemática, mas sim a forma como exprimiam estas mesmas dificuldades às outras pessoas. Assim, descobriram que estas dificuldades, ao nível da comunicação das mesmas, estariam a contribuir para os sentimentos negativos associados à situação de infertilidade. Como o afirma Sluzki (1996), a doença tem uma tendência a fragilizar o doente reduzindo a sua capacidade para activar os vínculos relacionais da rede e, não sendo estimulado, este intercâmbio de relações e inter-relações pode vir a diminuir (cf. Guadalupe, 2001).

Já num estudo no Reino Unido realizado por Boivin et al. (1999), se demonstra que os casais inférteis procuram apoio essencialmente no parceiro, familiares e amigos quando estão angustiados, existindo menos recursos dispensados na procura de um apoio mais formal, tais como o aconselhamento psicossocial ou ainda, os grupos de apoio. Neste estudo, ainda se pôde verificar por ordem (do mais privilegiado ao menos privilegiado) as diferentes fontes de apoio

eleitas de acordo com cada participante do estudo, são eles: o cônjuge, a família e os amigos, os meios de comunicação as informações, os livros, os técnicos de saúde especializados no aconselhamento e os grupos de apoio. No mesmo estudo, verificou-se ainda que 50% das mulheres afirmam ter recorrido a informações em suporte de papel as quais eram fornecidas na clínica, tais como, os jornais e os artigos ou ainda, os documentários televisivos sobre os aspectos emocionais da infertilidade como forma de lidar com este problema. Embora a documentação e a informação nos meios de comunicação social favoreçam o apoio prestado no intuito de esclarecer os pacientes para poderem decidir adequadamente entre as diversas opções disponíveis, parece improvável que o mesmo apoio tenha algum efeito no que diz respeito ao nível dos aspectos mais emocionais. Contudo, os documentários televisivos sobre casais submetidos à Fertilização In Vitro (FIV), foram vistos por muitos dos pacientes no estudo, os quais relataram sentimentos de tranquilização por descobrirem que não eram os únicos a terem dificuldades em conseguir lidar com a infertilidade. Além disso, muitos sentiram que tais documentários ou artigos ajudavam a sua família e os seus amigos a compreenderem melhor o impacto que a infertilidade pode ter nas suas vidas. Esta constatação sugere que os meios de comunicação, não devem ser subestimados (Boonmongkon, 2001).

Por outro lado, para além do apoio facultado pelo sistema familiar, conjugal ou ainda pelos amigos e os próprios meios de comunicação, é essencial referir o papel de relevo do apoio dos técnicos de saúde no âmbito da reprodução medicamente assistida.

Segundo Boivin et al. (2007), a consulta de infertilidade difere das demais pois são privilegiados os aspectos pessoais e psicossociais da pessoa ou do casal infértil em detrimento do próprio diagnóstico de uma doença, isto é, segundo este autor, o apoio emocional e psicossocial seria o foco da consulta de aconselhamento com o objectivo de auxiliar a própria pessoa doente e/ou o casal para conseguirem lidar com esta situação. Cabe ao médico informar o paciente acerca de todas as possibilidades de serem pais, inclusive a possibilidade de adopção e não se restringir apenas às técnicas de reprodução assistida. Todo este processo entre o médico e o paciente inicia-se com a relação terapêutica culminando com o resultado do próprio tratamento (no caso de uma técnica de reprodução assistida). Mais do que fornecer as diversas opções de tratamento ao paciente, o fundamental é assegurar que este compreenda as implicações das suas escolhas (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007).

Contudo, apesar da maioria dos estudos empíricos suportarem os benefícios do paciente na preparação psicológica para proceder a qualquer intervenção, na prática, a maioria da informação e do apoio à disposição dos casais centra-se apenas nos aspectos médicos e técnicos da consulta e do tratamento tendo havido pouca informação disponível para ajudar estes pacientes a lidarem com os aspectos psicossociais e emocionais inerentes ao tratamento da infertilidade (Boivin, 2003; Domar, 2006 cf. Cousineau et al., 2008).

Por outro lado, as várias opções relativas ao tratamento para a reprodução medicamente assistida ainda estão condicionadas por outros factores. Por exemplo, os sujeitos com maior capacidade económica não hesitarão em consultar serviços privados nomeadamente para acelerar todo o processo e assim também aumentar as suas hipóteses reprodutivas nomeadamente quando já recorrem a estes serviços numa idade tardia. Outros com menor capacidade financeira, ou ainda, com menor apoio ao nível da rede social, terão de entrar na longa lista de espera dos serviços públicos pois os serviços oferecidos no mercado não constituem alternativas aos serviços estatais devido aos elevados custos. No entanto, esta escolha tem como base a rede social do próprio casal (apoio financeiro por exemplo). Neste tipo de situação, os vínculos fortes permitem um acesso mais facilitado e de qualidade relativamente aos laços mais fracos, isto é, a qualidade destas relações poderia influenciar esta tomada de decisão (Portugal, 2005).

Há no entanto que lembrar que a doença pode também potenciar a formação de novas redes, nomeadamente ao nível das relações com os serviços sociais e de saúde, assumindo estas esferas relacionais um carácter central nomeadamente no que diz respeito aos apoios instrumental e emocional ao doente e à sua rede, nomeadamente quando falamos dos grupos de apoio os quais poderão ter um papel fundamental na quebra do isolamento através da partilha de sentimentos inerentes a situações de vida semelhantes.

Desta forma poderemos referir de acordo com Sluzki (1996) que a rede social isto é, não apenas a família, os amigos e equipa médica como também, a rede mais alargada e ainda os meios de comunicação poderão, neste contexto, consistir como que um regulador do stress para diminuir as reacções mais negativas perante a ameaça de uma nova situação não-normativa (cf. Guadalupe, 2001).

Caso

Esmeralda (nome fictício) casou quando tinha 27 anos e o marido 35. Ambos estavam decididos a engravidar passado pouco tempo de se terem casado. Desta forma, após o casamento ela deixou de tomar a pílula para conseguir engravidar, tendo o “pressentimento” de que “pegava logo à primeira”. No fim de 4 meses sem quaisquer resultados, opta por consultar a sua ginecologista contando-lhe o sucedido. Nesta consulta ficou resolvido proceder-se à realização de análises e de um espermograma. Contudo, com os resultados destes primeiros exames nada se verificou de anormal, tendo a sua ginecologista pedido para continuarem a “treinar”. Para Esmeralda foi realmente a primeira etapa de um longo processo muito difícil recorrendo com frequência ao apoio da sua mãe, irmã e companheiro, segundo a qual, este processo não poderia ter conseguido ultrapassar sem este precioso apoio. Esta fase foi caracterizada por ela como muito cansativa pelo facto de se encontrar em permanente ansiedade perante os resultados dos inúmeros testes de gravidez realizados na altura. Passaram, desde a primeira consulta, 8 meses quando resolveu recorrer novamente à sua ginecologista no intuito de proceder a novos exames mais detalhados. É então reencaminhada para a maternidade onde realiza os tais exames através dos quais não se verifica qualquer anomalia, sendo-lhe diagnosticada uma infertilidade inexplicável. É aconselhada a inscrever-se numa consulta em hospital público. Contudo, a longa lista de espera faz com que uma vez mais recorra a ajuda dos familiares no intuito de conseguir obter estes tratamentos de que necessitava num hospital privado. Conseguindo finalmente o apoio financeiro necessário para levar a cabo os tratamentos no hospital privado, resolve então marcar uma primeira

consulta. Entretanto, afastou-se muito dos amigos. Neste momento ainda é seguida no hospital pelo médico e sua equipa, os quais, segundo ela, lhe voltaram a dar esperança.

Diagrama e Comentário da Rede

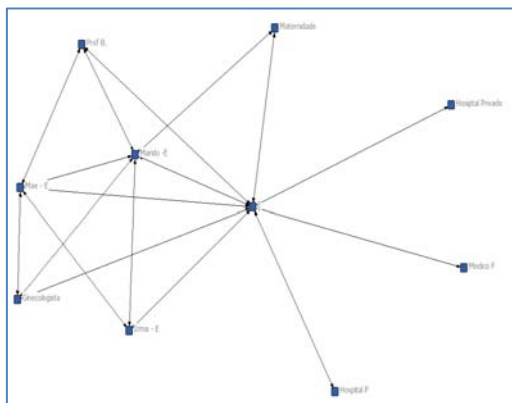


Ilustração 2 - Diagrama da rede de E aplicada ao problema

Numa primeira análise da rede de Esmeralda, verificamos alguns pormenores que denunciam alguma fragilidade, podendo ser considerada uma rede mínima, muito localizada, pouco flexível, fomentando uma dependência grande dos seus membros e possivelmente sobrecarregada com o problema.

Ao nível da rede primária, de natureza fundamentalmente afectiva e constituída no seu núcleo pela família (Guadalupe, 2009), verificamos que só a família dela é apresentada como fazendo parte desta rede. Isso poderá dever-se a uma noção de que outros familiares não poderão ser considerados como fontes de suporte. Também a rede de amigos e colegas de trabalho é inexistente neste caso específico do problema da fertilidade. Como foi dito anteriormente, casais que vivem esta problemática tendem a isolar-se, tornando-se relutantes à discussão do problema com outros e reagem desta forma ao estigma da incapacidade. Esta situação gera ansiedade, problemas de relacionamento e, por vezes, depressão. Não havendo interacção com outros membros deixam-se de mobilizar apoios na rede tornando-a mais escassa, com a agravante de que as redes muito pequenas tendem a converter-se em geradoras de tensão, devido a que as informações sobrecarregam o sistema (Rangel, 2007).

Ao nível da rede secundária, que pode ser definido como um conjunto de pessoas reunidas pela mesma função em quadro institucionalizado (Guadalupe, 2009), esta apresenta os intervenientes no processo de forma meramente institucional e instrumental. Por outras palavras, a descrição que a utente faz do uso destes serviços referem-se apenas a funções instrumentais. A dimensão psicológica e emocional é passada para segundo plano, desprezando-se assim uma área em que é sabido existir grande necessidade de apoio. Sendo a dimensão emocional indissociável

de todas as outras, as dificuldades a este nível terão obviamente repercussão a outros níveis, incluindo-se a própria fertilidade.

Ao nível do sistema da reprodução medicamente assistida, a falha centra-se no acompanhamento psicológico quer a nível individual, quer ao nível do casal.

CONCLUSÃO

Os efeitos negativos que advêm das experiências negativas dos casais nestas condições levam a situações de evitamento de contacto social e maior inactividade e resistência da activação da rede social. No caso concreto do problema da (in)fertilidade, o apoio da rede institucional privilegia os aspectos ligados à condição médica e menospreza a dimensão psicológica de emocional do problema. Perante uma situação stressante como esta em que o casal tende a fechar-se e isolar-se refugiando-se na rede familiar e de amigos, o sistema deveria reforçar a ajuda com apoio psicológico e potenciar o efeito dos grupos de apoio.

Também os técnicos de saúde desta especialidade deverão estar em condições de ultrapassarem a prestação meramente diagnóstica e informativa do serviço e assentarem toda a sua actuação técnica nos aspectos relacionais

Muitos estudos têm evidenciado uma estreita relação entre a qualidade do sistema de suporte social pessoal, saúde e possibilidade de sobrevivência dos sujeitos, incluindo factores muito variados tais como enfarte do miocárdio, recuperação de perturbações psicológicas, tuberculose, acidentes, recaídas de internamentos, entre outros (Sluzki, 1998).

Existe ampla evidência de que uma rede pessoal que seja estável, sensível, activa e confiável protege a pessoa contra as enfermidades, actua como agente de ajuda, afecta a pertinência e rapidez de utilização dos serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência, sendo portanto promotora da saúde e bem-estar (Sluzki, 1996).

REFERÊNCIAS

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J., & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical. *Human Reproduction* , V.22, N.6, 1506-1512.

Boivin, J., Scanlan, L., & Walker, M. (1999). Why are infertile patients not using psychological counselling? *Human Reproduction* , V.14 N°5, 1384-1391.

Boonmongkon, P. (2001). Family networks and support to infertile people: Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction". *WHO Headquarters* , 281-286.

Cousineau, T., Traci, C., Green, C., Corsini, E., Seibring, A., Marianne, T., et al. (2008). Online Psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* , V.23 N°3, 554-566.

Cristina, P., Remoaldo, A., Cristina, H., & Machado, F. (2007). Infertilidade no Concelho de Guimarães - Contribuição para o Bem-Estar Familiar. (U. d. Minho, Ed.)

DGS. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS.

Guadalupe, S. (2001). Intervenção em Rede e Doença Mental. *II Encontro Serviço Social e Saúde Mental* . Lisboa: Hospital Sobral Cid.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa Universidade Coimbra.

Guadalupe, S. (2000). *Singularidade das redes e redes da singularidade*. Dissertação não publicada, Coimbra: ISMT.

Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Stuçigil, L., Özmenler, K., et al. (2007). Is there a gender difference in infertile couples without an axis I psychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support and sexual function? *Turk Psikiyatri Dergisi* , V.18 N°4.

Matos, A., & Santos, L. (2006). Apoio das Instituições de Protecção Social às Famílias Multiproblemáticas. *Rev.Psicol.Soc.Instit. Londrina* , 3 N°1, 1-23.

Moreira, M., & Sarriera, J. (2006). Satisfação e Composição da Rede de Apoio Social a Gestantes Adolescentes. *Psicologia em Estudo* , 781-789.

Portugal, S. (2005). Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. (I. S. hamburgo, Ed.) *Simpósio "Família, redes sociais e saúde"* .

Rangel, M. (2007). Redes Sociais-Pessoais: Conceitos e Metodologia. *Tese de Doutoramento* . Porto Alegre: Universidade Católica Rio Grande Sul.

Schmidt, L., Christensen, U., & Holestein, B. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* , V.20 N°4, 1044-1052.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction* , V.20 N°11, 3248-3256.

Slade, P., O'Neill, C., Simpson, J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction* , V.22 N°8, 2309-2317.

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Sluzki, C. (1998). Migration and Disruption of Social Network. In M. McGoldrick, *Visioning Family Therapy: Race, Culture and Gender in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.