



COMITÊ NACIONAL DE PSICOLOGIA

Psicopatologia silenciosa na Reprodução Humana Assistida

Autoras: Cássia Avelar, Helena Prado, Kátia Straube, Rose Marie Melamed

Comitê de Psicologia SBRH: Arielle Nascimento, Cássia Avelar, Débora Farinati, Flávia Giacon, Helena Montagnini, Helena Prado, Juliana Roberto dos Santos, Kátia Straube, Lia Mara Dornelles, Luciana Leis, Rose Marie Melamed, Simone Perelson, Valéria Teixeira, Vanya Dossi. **Coordenadora:** Helena Prado.

Highlight

O sofrimento psíquico na Reprodução Humana Assistida nem sempre se apresenta de forma evidente ou é espontaneamente comunicado pelo paciente. Ansiedade, tristeza, sentimentos de fracasso, desesperança, retraimento e dificuldades relacionais podem coexistir com a continuidade aparentemente funcional do tratamento. Nesse contexto, a expressão “psicopatologia silenciosa” é proposta não como uma categoria diagnóstica, mas como uma construção clínico-conceitual que chama atenção para manifestações de sofrimento pouco verbalizadas, minimizadas ou não reconhecidas. Identificá-las exige ampliar o olhar para além dos parâmetros biomédicos, integrando escuta qualificada, rastreamento e acompanhamento psicológico ao cuidado reprodutivo, sem transformar em doença mental as reações humanas diante da infertilidade.

Introdução

A Reprodução Humana Assistida (RHA) é frequentemente compreendida a partir de sua dimensão biomédica, envolvendo diagnóstico da infertilidade, avaliação da reserva ovariana, estimulação hormonal, obtenção de gametas, fertilização, desenvolvimento embrionário, transferência embrionária e confirmação ou não da gestação. Paralelamente a esse percurso altamente protocolizado, desenvolve-se uma experiência subjetiva que nem sempre encontra espaço proporcional no cuidado assistencial. Ansiedade, sintomas depressivos, estresse e comprometimento da qualidade de vida constituem manifestações relevantes entre pessoas que vivenciam a infertilidade e os tratamentos reprodutivos.^{1,2}

É nesse intervalo entre o sofrimento vivido e aquele efetivamente reconhecido que se propõe a expressão “psicopatologia silenciosa”. O termo não corresponde a uma categoria diagnóstica estabelecida, mas é empregado, neste contexto, como uma construção clínico-conceitual para descrever manifestações de sofrimento psíquico pouco verbalizadas, minimizadas ou não identificadas ao longo do tratamento. O “silêncio”, portanto, não significa ausência de sintomas, mas a possibilidade de que ansiedade, tristeza, sentimentos de fracasso, desesperança, retraimento e sofrimento relacional estejam presentes sem serem espontaneamente comunicados ou reconhecidos como demandas de cuidado.

Psicopatologia silenciosa no percurso da Reprodução Humana Assistida

A própria organização da RHA pode contribuir para essa invisibilidade. Exames, doses medicamentosas, resposta ovariana, número de oócitos, desenvolvimento embrionário e probabilidades de sucesso constituem parâmetros indispensáveis à condução médica, porém são mais facilmente mensuráveis do que a experiência subjetiva. A European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) reconhece que pacientes apresentam necessidades emocionais, relacionais, sociais e cognitivas ao longo do tratamento e recomenda que as equipes estejam preparadas para identificar indivíduos em maior vulnerabilidade psicossocial.³

A expansão das técnicas de Reprodução Assistida e dos bancos de gametas também introduz situações que podem desafiar a avaliação psicológica tradicional. Em determinados contextos, por exemplo, pacientes podem adquirir oócitos provenientes de diferentes doadoras e mantê-los criopreservados, não apenas como parte de uma estratégia reprodutiva, mas também buscando ampliar possibilidades de escolha relacionadas a características fenotípicas desejadas para futuros filhos.

Embora esse comportamento, isoladamente, não constitua uma categoria diagnóstica reconhecida, sua compreensão clínica pode exigir atenção às expectativas depositadas sobre a parentalidade e aos significados atribuídos à escolha de características físicas. Em alguns casos, aspectos como perfeccionismo, necessidade de controle, idealização da parentalidade e valorização acentuada de atributos estéticos podem emergir e merecer exploração cuidadosa, sem que sejam automaticamente interpretados como sinais de psicopatologia.

A experiência contínua de antecipação e incerteza também caracteriza esse percurso. Esperam-se resultados de exames, resposta à estimulação, fertilização, desenvolvimento embrionário, implantação e confirmação da gravidez. Diante de resultados negativos, podem surgir experiências sucessivas de perda, como ciclos interrompidos, ausência de fertilização, falhas de implantação ou perdas gestacionais.³ Quando essas experiências se sucedem, um novo ciclo pode ser iniciado antes que o impacto emocional do anterior tenha sido elaborado. A

continuidade técnica do tratamento, portanto, não corresponde necessariamente a uma continuidade psíquica sem rupturas.

Nesse contexto, é fundamental distinguir sofrimento emocional de transtorno mental. Ansiedade diante de um resultado, tristeza após um ciclo negativo, medo e ambivalência são respostas compreensíveis e não devem ser automaticamente patologizadas. Entretanto, reconhecer determinada reação como compreensível não significa considerá-la clinicamente irrelevante. Sua intensidade, duração, repercussão funcional, recursos de enfrentamento, relações interpessoais e histórico de saúde mental devem ser considerados. Instrumentos estruturados de rastreamento podem auxiliar na identificação de pacientes em situação de maior vulnerabilidade, desde que consideradas suas propriedades psicométricas e possíveis diferenças culturais.⁴

Reconhecer a psicopatologia silenciosa implica, assim, ampliar a pergunta clínica. Mais do que investigar a presença de um transtorno, é necessário compreender como o paciente está sustentando emocionalmente o tratamento. Alterações persistentes no sono, na concentração, na sexualidade, na conjugalidade, no funcionamento profissional, no convívio social, na autoestima e na capacidade de projetar o futuro podem sinalizar necessidades de cuidado, mesmo quando o paciente continua comparecendo às consultas e seguindo adequadamente os protocolos.

A dimensão relacional também merece atenção, pois parceiros submetidos ao mesmo processo podem vivenciá-lo de maneiras distintas e em tempos diferentes. O desejo de prosseguir imediatamente pode coexistir com a necessidade de pausa do outro. Homens também podem apresentar repercussões psicológicas relacionadas à infertilidade, ainda que nem sempre as expressem diretamente. O silêncio, portanto, não deve ser interpretado como ausência de sofrimento.

Essa perspectiva exige, ainda, cautela diante de associações entre sofrimento emocional e resultados reprodutivos. Ansiedade, estresse ou tristeza não devem ser convertidos em responsabilidade do paciente pelo sucesso ou fracasso do tratamento. Discursos como “relaxe” ou “pense positivo” podem acrescentar culpa a uma experiência que já é emocionalmente exigente.

A integração da dimensão psicológica ao percurso reprodutivo favorece uma abordagem preventiva, longitudinal e interdisciplinar. O cuidado psicológico não precisa ser exclusivamente reativo, acionado somente diante de crises ou sintomas intensos. Escuta qualificada, psicoeducação, rastreamento e encaminhamento, quando necessário, permitem reconhecer precocemente necessidades psicossociais sem transformar em doença mental as reações humanas diante da infertilidade.

Considerações finais

O conceito de psicopatologia silenciosa contribui para tornar visíveis manifestações de sofrimento que podem permanecer encobertas pela funcionalidade aparente do paciente durante a Reprodução Humana Assistida. Entre o bem-estar e um transtorno mental formalmente constituído existe um campo de vulnerabilidades, perdas, medos, ambivalências e esgotamento que também merece atenção clínica.

Reconhecer essas experiências não significa patologizar a infertilidade, mas compreender que o sofrimento pode ser relevante mesmo quando não aparece como demanda espontânea de atendimento. Cabe à equipe criar condições para que ele seja identificado, nomeado e acolhido ao longo do percurso reprodutivo.

Uma assistência integral em RHA, portanto, não deve perguntar apenas se o tratamento pode continuar, mas também como aquela pessoa ou aquele casal está conseguindo continuar. Entre a indicação médica, a possibilidade técnica e o desejo de ter um filho existe um sujeito que espera, teme, perde, ressignifica e decide. Tornar essa dimensão visível, sem transformá-la automaticamente em doença, constitui uma contribuição fundamental da Psicologia para o cuidado contemporâneo em Reprodução Assistida.

Referências

- BRAVERMAN, A. M.; DAVOUDIAN, T.; LEVIN, I. K.; BOCAGE, A.; WODOSLAWSKY, S. Depression, anxiety, quality of life, and infertility: a global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, v. 121, n. 3, p. 379–383, 2024. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.013.
- ZHOU, Y.; ZHENG, Q.; XU, C.; LI, Y.; LI, T.; LI, L. et al. Silent battles, global insights: anxiety and depression in the world of assisted reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v. 42, n. 4, p. 1317–1329, 2025. DOI: 10.1007/s10815-025-03422-8.
- GAMEIRO, S.; BOIVIN, J.; DANCET, E.; DE KLERK, C.; EMERY, M.; LEWIS-JONES, C. et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, v. 30, n. 11, p. 2476–2485, 2015. DOI: 10.1093/humrep/dev177.
- MARKOPOULOU, A.; PAPADIMITRIOU, N.; TSIMTSIOU, Z.; GOULIS, D. G.; HAIDICH, A. B. Screening on distress in fertility treatment (SCREENIVF): a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 307, p. 203–210, 2025. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.02.029.