

Experiências no atendimento não presencial em RHA

Vanya Sansivieri Dossi e Julieta Quayle

A parentalidade nem sempre se apresenta de forma simples e natural aos indivíduos e aos casais. Nem sempre os “caminhos da natureza” estão devidamente demarcados no mapa que se lhes é apresentado e a constituição de uma família se transforma em uma busca árdua, com inúmeros percalços. Uma caminhada em que a ansiedade, o estresse, a frustração e o luto são muitas vezes companheiros constantes. O fato desses “companheiros de viagem” não terem sido formalmente ou devidamente convidados não faz deles presenças menos assíduas; ao contrário. Fazem-se presentes sem cerimônia, sem R.S.V.P.’s, assombrando o cotidiano, trazendo vivências particulares, de estranhamento e insegurança, e ferindo por vezes profundamente esses candidatos a pais e mães.

Talvez por se tratar de aspecto fundamental para o processo de desenvolvimento e amadurecimento do sujeito, a busca e o exercício da parentalidade, quando e se ocorre, tende a tensionar e resignificar a experiência, não existindo “vacina” que exorcize ou afaste os temores e a ansiedade. Se não, vejamos o relato de uma das autoras:

Como muitos casais, após dois anos de nosso casamento, decidimos formar nossa família. E, como muitos casais, o percurso não seguiu exatamente o sonhado e planejado. Em agosto do ano 2000 meu ciclo menstrual falhou. Eu não estava grávida, mas já havia o desejo e o plano para isto acontecer. Iniciava-se aí um período de dúvidas, angústias e medos que se estendeu por cinco meses de tentativas após o reinício de cada ciclo menstrual. Naquele momento, o único pensamento que povoava minha mente era a dúvida e o medo de ser estéril. E o mesmo ocorreu com meu marido. Na época, os tratamentos de reprodução assistida não eram tão divulgados e conhecidos. O médico que então me acompanhava havia repetido por duas vezes que eu não deveria me preocupar, que era normal não conseguir engravidar nos primeiros dezoito meses. Em sua opinião não havia necessidade de investigarmos as causas. Mas nós não queríamos aguardar, pois a incerteza era angustiante e nos deixava impotentes. O médico prescreveu algumas “pílulas” para aumentar as chances de ovulação, alertando-me sobre o risco de ocorrência de gestação gemelar - e eu as tomei. Em fevereiro do ano seguinte, mesmo tendo tomado as pílulas, decidi procurar um especialista. Esperar mais tempo estava fora de questão. Eu já estava grávida e não sabia.

Este breve relato pessoal conta um pouco sobre os sentimentos e pensamentos que surgem na cabeça dos milhares de casais quando decidem formar uma família. Nem sempre esses pensamentos conseguem encontrar uma expressão, mesmo que insatisfatória e queixosa, transformando-se em doloroso “não dito”. Escoimados, escondidos, muitas vezes negados e denegados, essas fantasias, pensamentos e temores de “não potência” / “não poder” povoam o imaginário dos casais que não conseguem sucesso reprodutivo em prazo por eles considerado adequado e normal. Essa dinâmica, que pode funcionar como um círculo vicioso, frequentemente vem a comprometer o futuro reprodutivo do casal e transformar-se numa profecia auto cumprida. Profecia preenchida por silêncios, mistérios, segredos.

O desvelamento desses não ditos é fundamental, num contexto acolhedor e reflexivo, a partir de uma escuta diferenciada. Faz-se mister “dar cidadania” a essas vivências que margeiam a consciência - marginais mesmo à busca de um *locus*, à semelhança dos seis personagens de Pirandello em busca de um autor¹ que encenasse suas vidas. Tarefa nem sempre fácil. Autoria, reponsabilidade... Assim, se é verdade que a solidão é em certa medida a marca da humanidade, em seu sentido existencial, também não é menos verdadeiro que muitas vezes precisamos partilhar nosso caminho com um companheiro que nos auxilie a reconhecer o território e a compreender o que está assinalado nos mapas. Esse ofício, essa tarefa, essa ação, esse “estar junto” de forma tão particular, acaba por ser a marca da atuação do profissional da psicologia no contexto do sofrimento psíquico, particularmente quando este se vincula à dimensão da parentalidade distante/temida/perdida/idealizada. É o fundamento para o trabalho psicológico junto aos casais e indivíduos que buscam através das técnicas de reprodução assistida a solução para suas questões de infertilidade e esterilidade.

O contexto que se apresenta é de um casal que se percebe desejoso de formar sua prole, tendo que, para obter sucesso, fazer a passagem da esfera privada, familiar, para o ambiente “profissional”, estranho (em certa medida) e “público”. Suas experiências mais particulares serão investigadas, questionadas, controladas, medidas. Orientações recebidas; condutas propostas. Dito de outra forma, o casal deve fazer a transição de uma situação de vivência íntima e privada de sua sexualidade e aspirações, para uma sequencia

¹ Melhor seria dizer “diretor”, inclusive porque a metáfora se aproxima mais do ofício do profissional de saúde mental no campo da Reprodução Humana Assistida. Não o que cria, mas o que organiza – ou auxilia na organização- dos conteúdos trazidos, desvelando seu significado.

de eventos partilhados com a equipe de saúde e, nessa medida, públicos. Assim, um desejo que até então, em princípio, dizia respeito somente ao casal, passa a ser de muitos, pois quando assumem/anunciam que desejam ter filhos, respondem também às expectativas da sociedade a que pertencem e se colocam em situação de maior vulnerabilidade². Além disso, o sucesso ou insucesso das repetidas tentativas é também o sucesso ou o insucesso da equipe de RHA ³, como atestam as estatísticas compiladas pelos serviços. Essa dinâmica usualmente é percebida como o “preço a se pagar” para a realização de um desejo legítimo. Um passaporte para o tão almejado sonho: chegar ao território da parentalidade. Todavia, somente a disponibilidade para pagar os custos psicológicos, sociais e financeiros do processo não constitui, infelizmente, garantia de sucesso.

Quando esse casal descobre que a tecnologia disponível não é mágica e que o processo não é simples, fácil ou direto como imaginavam já estão comprometidos com a “causa”, e vão atrás das respostas, da solução. A partir daí, outros cenários e personagens entram na trama (médicos, laboratórios, enfermeiros), fugindo do cenário íntimo que era o leito do casal, agregando suspense e colorido ao enredo.

Neste ponto uma ampla gama de emoções já se apresentou a cada um dos membros do casal. Emoções compartilhadas ou não, sentidas de forma e intensidade diferentes, com maior ou menor sofrimento. Sabemos que a fase de diagnóstico é vivida com stress.

Diante de tudo isso a maioria dos casais relata que passam a evitar contato com a família e qualquer pessoa que lhes recorde sua decisão de ter filhos, assim como com amigos que já tem filhos, bem como de eventos sociais que os exponham às perguntas sobre quando terão os seus. Para não haver mais cobranças, é normal que não contem aos familiares e amigos que procuraram ajuda médica. E quando o fazem, muitas vezes se arrependem.

É de se pensar que com todas essas questões emocionais sabidamente implicadas no processo, o profissional da psicologia esteja ele também presente na equipe e participando do tratamento. Nem sempre isso é verdade, quer por que muitas vezes as equipes (ou esterileutas autônomos) não oferecem essa possibilidade, ou não fazem parte de uma rede

² Referimo-nos aqui, à vulnerabilidade associada às cobranças, quer pelas dificuldades apresentadas, quer pelos insucessos vividos, que colaboram para a diminuição da auto-estima, aumento dos níveis de estresse e piora da auto-imagem.

³ Guardem-se aqui as devidas proporções: obviamente, esse cômputo tem uma função científica e de avaliação da qualidade dos serviços prestados, estimativa de riscos, etc.. Mas, em certa medida, em espelho, se reproduz

ampla que contemple esse viés, como também os casais nem sempre aceitam com facilidade a oferta de acompanhamento psicológico.

Van den Broeck (2010) nos recorda que a constatação de infertilidade se associa a uma situação de crise que ele denomina “biopsicossocial”, a demandar um trabalho de aconselhamento/intervenção psicológica como parte integrante do trabalho multidisciplinar. Relata que em workshop realizado sob os auspícios da *European Society for Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), pelo grupo *Psychology and Counseling*, estabeleceu-se que a intervenção psicológica nesse contexto “oferece a oportunidade de explorar, descobrir e clarear formas de viver mais satisfatoriamente e com mais recursos quando problemas relativos à infertilidade são diagnosticados”. Tal recomendação é ratificada pelos psicólogos brasileiros.

A conduta indicada é fruto de consenso dos profissionais da psicologia que trabalham na área, tal como apresentada em consenso obtido no XVI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida⁴, é que toda equipe/profissional médico tenha em sua clínica, ou como referência, um profissional da psicologia/saúde mental que ofereça o acompanhamento psicológico a esses casais desde o processo de tomada de decisão inicial até o final do tratamento – seja esse final bem sucedido ou não em termos de prole. Nem sempre essa oferta é feita, nem sempre o atendimento psicológico é parte da rotina dos tratamentos em RHA. Mesmo quando isso ocorre, há que se lidar ainda com a resistência e a negação dos casais em se “submeter” a mais esse procedimento, quer do ponto de vista do desgaste emocional antevisto, quer no que concerne aos custos implicados.

O psicólogo, desta forma, frequentemente acaba por ser considerado um “ator coadjuvante” não esperado, e muitas vezes não é aceito num primeiro momento.

A experiência clínica aponta que uma das coisas mais difíceis nesse processo é saber qual o melhor momento para a apresentação do psicólogo, quando isso não ocorreu desde o início, quer como rotina, quer como possibilidade, ou quando sua disponibilidade não foi mencionada anteriormente. Cada história e cada casal é único, e cada membro deste casal possui sua singularidade. Existem inúmeras variáveis imbricadas e elas não dependem exclusivamente da postura, capacidade técnica ou desejo do profissional da psicologia.

⁴ | Consenso de Psicologia em Reprodução Humana Assistida, realizado durante o 16º Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, Guarujá, São Paulo, 2012, a ser lançado no 17º Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, 2013, em Bonito, MS.

São, de fato, incontornáveis, tais como: a postura do médico, o lugar do psicólogo na equipe, a postura deste diante do casal, o momento do tratamento, características do casal, forma de encaminhamento, entre outras. Nesse contexto, a reflexão acerca do lugar do psicólogo pode trazer luz aos desdobramentos que ocorrem nas modalidades de atendimento oferecidas aos casais em RHA.

LUGAR DO PSICÓLOGO – PRESENCIAL OU NÃO

A necessidade da inserção do profissional psicólogo nas equipes de Reprodução Humana Assistida vem sendo reconhecida e cada vez mais solicitada, inclusive como reflexo dos excelentes resultados de sua atuação em equipes de saúde em contextos diferenciados, que vão da prevenção aos cuidados paliativos, e da experiência cada vez mais difundida desses profissionais na área de RHA e Medicina Fetal. Porém, assim como a psicologia hospitalar, vem paulatinamente ocupando um lugar em nosso país a partir de uma “demanda da falta”. Num primeiro momento, foi dado ao psicólogo um papel secundário, paralelo e complementar ao do médico, com uma interpretação associada primordialmente à psicossomática, em sua proposta mais antiga, onde a lógica reporta que “o que não é do corpo, pertence à mente”. Embora não seja falso propor que “quando a voz cala, o corpo fala”, aqui há mais do que o renascimento de uma proposta: percebeu-se a necessidade de se trabalhar o indivíduo como um todo, de forma integrada e interdisciplinar. Assim, os psicólogos, e outros profissionais da saúde foram inseridos nas equipes de saúde, tendo como objetivo realizar um trabalho não compartimentalizado, que beneficiasse o paciente a partir da premissa de que o olhar de todos sobre a situação, bem como o conjunto de suas atuações, como uma *gestalt* bem construída, seria mais do que a soma das partes. (Romano, 1990; Quayle, 1997). Nesse contexto, Rodrigues e Falsetti (apud ROMANO, 1990, p. 79) destacam que “o primeiro fator que identifica uma equipe multiprofissional passa a ser a percepção, a crença de seus integrantes de que o conhecimento não é algo isolado e fragmentado”. Busca-se, assim, uma representação não parcial da realidade psíquica do sujeito que possibilite um trabalho integrado e integrativo. E aqui há um lugar para o profissional de saúde mental.

Dessa forma, a atuação do psicólogo em saúde, há muito vai além de buscar responder à bizarra (e dolorosamente real) forma de encaminhamentos do “paciente” aos seus

cuidados, que frequentemente se traduz em variações do seguinte tema: “O (a) senhor (a) não tem **nada**, seus exames estão normais; então vou encaminhá-lo para o psicólogo”. Tal abordagem minimamente faz com que esse profissional seja compreendido como um profissional menor, que vai lidar com o “nada”- seja o que isso possa significar imaginário social, e que o que o trabalho por ele proposto e realizado com o sujeito é secundário e de menos valor.⁵ E que ainda pode induzir a ideia de doença mental ou algo causado por seu inconsciente, o que pode gerar culpa pelo “descontrole” de si mesmo. Não é escopo aqui discutir de forma aprofunda essas questões, mas é necessário pontuá-las para que melhor se situe a entrada em cena do psicólogo e como seu trabalho é desenvolvido, a partir de adaptações dos *settings* tradicionais da clínica privada e das instituições de saúde.

Especificamente no campo da RHA, a intervenção do psicólogo se faz necessária em virtude da complexidade da própria técnica e das fantasias a ela associadas, às possibilidades de fracasso, dando lugar e voz aos envolvidos. Assim, vem a ser também um trabalho profilático. Diversos autores (Blyth, 1995; Boivinet. al., 2001; Candal, 2010; Harkness, 1992; Shenfield et al., 2005) reportam ser fundamental que os profissionais que atuam em medicina reprodutiva minimizem ou previnam qualquer tipo de dano presente ou futuro que possa advir como consequência direta ou indireta deste tratamento. A ASRM & SART, em artigo publicado recentemente, ressalta que a avaliação e acompanhamento psicológico, realizado por um profissional qualificado, é fortemente **recomendado** para todos os potenciais pacientes de um tratamento de gestação de substituição (ASRM; SART, 2012, p. 1304).

Na prática, o que se aplica na maioria dos casos, é a indicação do psicólogo para alguns casais, de acordo com o crivo do médico que os atende. Contudo, a questão que se apresenta é que nem sempre esse profissional consegue aferir as necessidades emocionais do casal, pois a escuta do inconsciente não é sua prática. O desenvolvimento de uma “cultura de ação conjunta” pode ajudar os médicos a perceberem indícios que apontam a importância do acompanhamento psicológico. E esse trabalho cabe também aos psicólogos, pois busca garantir que os encaminhamentos dos sujeitos com maior risco aconteçam. Alguns médicos tem mais sensibilidade, outros apenas querem transferir algo que sentem não poder “dar conta”, e que nem sempre diz respeito, efetivamente, ao

⁵ Em relação a essa perspectiva, sugere-se o vídeo XXXXX, disponível em XXX, em que YYY discorre sobre o tema.

trabalho do psicólogo. É frequente que a este seja solicitado um atendimento emergencial após uma consulta “pós-falha”, como se fossem capazes de resolver magicamente o luto, conter a dor e acabar com o sofrimento do casal. Ou seja, resolver o problema. Não há técnica nem abordagem em psicologia tão potente nem tão eficaz! Além disso, esse é um dos piores momentos para se expor a um “outro”, um desconhecido; isso pode funcionar como uma ruptura na relação médico-paciente sem que se ofereça ao casal, efetivamente, um lenitivo e um substituto adequado. Nesse momento o casal quer explicações, dadas por uma figura conhecida; não se vê em condições de falar sobre o que está sentindo, até porque inúmeras vezes esses sentimentos são muito intensos e não passíveis de descrição, e/ou são denegados. Querem de volta um pouco da privacidade que lhes foi tomada. Da esperança que se esvaiu pelo(s) fracasso(s) vivenciado(s). De reassseguramento. E dificilmente um estranho/estrangeiro que lhe é apresentado nesse momento tem o “*Physique de rôle*” para desempenhar satisfatoriamente o papel e obter resultados satisfatórios.

Por outro lado, é inegável que alguns casais podem se beneficiar de uma interlocução privilegiada. Qual, então a atuação possível?

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM RHA – EXPERIÊNCIAS E MODELOS

A atuação do psicólogo em saúde se pauta, antes de qualquer coisa, pela flexibilização das técnicas e rotinas, a serem customizadas e adequadas às situações, demandas e sujeitos, a partir de um diagnóstico seguro e preciso e da utilização de referenciais teóricos cientificamente embasados.

Assim, a rigor não é a utilização desta ou daquela intervenção, técnica ou abordagem que irá caracterizar um campo de atuação ou sua “correção”, nem sua efetividade. Modelos diversificados convivem de forma mais ou menos harmônica no espaço inter e intra institucional, tendo como crivo de apuração para sua manutenção a sua efetividade. Entrevistas, consultas terapêuticas, psicoterapia breve e/ou focal, individual ou de casal; grupos operativos; consultoria e assessoria psicológica para a equipe; avaliação e diagnóstico, entre outros tantos possíveis ... Enfim, é a partir da avaliação da demanda institucional, do diagnóstico situacional e do sujeito, bem como da escolha cuidadosa da proposta terapêutica e *follow up* que esse trabalho se constrói e se constitui.

Paulatinamente, pode haver a incorporação de recursos tecnológicos variados, visando um trabalho mais efetivo. Evidentemente, nesse contexto de incorporação de novas tecnologias se faz necessária uma reflexão crítica sobre o papel desempenhado pelo uso dessas ferramentas, sua função terapêutica e sua efetividade. A proposta neste capítulo é discorrer especificamente sobre o atendimento não presencial como ferramenta na atuação do psicólogo em RHA, que, por sua vez, surgiu para atender uma nova demanda no campo, como em outras áreas de atuação.

Existem evidências nacionais e internacionais sobre a relevância e efetividade do trabalho psicológico em RHA no lidar com os efeitos emocionais negativos do diagnóstico inicial de infertilidade/esterilidade. À guisa de exemplo, citamos metanálise realizada por De Liz e Strauss (2005) evidencia os aspectos positivos da psicoterapia individual e em grupo de indivíduos e casais com esse diagnóstico, com possível influência, inclusive, na taxa conceptiva, observando-se diminuição dos sentimentos de ansiedade e sintomas depressivos. Em nosso país, Gorayeb et al (2012) avaliaram o efeito de terapia cognitivo comportamental em grupo para controle de stress nas taxas de gestação de 188 pacientes submetidas à FIV ou ICSI, sendo que 93 com suporte terapêutico. Os resultados apontam uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, observando-se uma taxa de 39,8% de sucesso no grupo experimental e 23,2% no grupo controle ($p=.01$), o que sugere que essa intervenção antes e depois da FIV e ICSI se associa a um aumento do sucesso desses procedimentos.

Todavia, não existe consenso sobre o *timing* para essa intervenção. No que concerne à atuação do psicólogo em RHA, uma das questões que se apresenta é a do melhor momento para a inserção do trabalho psicológico. Como dito anteriormente, é difícil saber qual o melhor momento para abordar os pacientes que procuram o médico ou a clínica especializada. Aos poucos, protocolos e rotinas se estabelecem a partir da prática cotidiana e das características de uma dada instituição e seu caráter público ou privado. No contexto público observa-se maior liberdade na proposição de modelos diferentes, com a possibilidade de ocorrer um maior número de intervenções, uma vez que a questão dos custos do tratamento não se apresenta, diretamente, para os atores envolvidos e o esquema terapêutico associa-se de forma mais direta com o tipo de programa existente e os recursos humanos e tecnológicos disponíveis. Os pacientes tendem a participar mais diretamente e com mais frequência das atividades. No contexto privado outra realidade se

apresenta, existindo a necessidade de adequar a proposta de intervenção psicológica às possibilidades econômico-financeiras dos participantes e suas demandas. De qualquer forma, é fundamental que o psicólogo seja integrado à equipe, mesmo que desenvolva suas atividades em outro local. A integração não é garantida (embora seja facilitada) pela proximidade física, podendo ser fomentada por meio de outras atividades dos profissionais da clínica.

Apresentamos a seguir um modelo de atuação presencial de uma das autoras desenvolvido no consultório particular de um médico especialista. E foi no uso desse modelo que os atendimentos não presenciais se fizeram necessários.

A proposta previa a realização de quatro consultas terapêuticas⁶ realizadas em consonância com o ritmo do tratamento médico.⁷

Quadro 1- Modelo de consultas psicológicas em RHA

| Consulta | Momento de realização | Objetivo |
|----------|--|---|
| 1 | Durante ou após a consulta com o médico, na fase de diagnóstico e/ou indicação do tratamento | Diagnóstico situacional. Oferta de acompanhamento. |
| 2 | A partir do início do ciclo (medicação e controle de ovulação) | Lidar com a ansiedade, receios e expectativas desencadeados pelo início do tratamento; oferta de um espaço de interlocução. |
| 3 | Após a inseminação ou, nos casos de FIV, após a transferência do embrião | Acompanhamento no período de espera da confirmação (ou não) da gravidez; trabalho com fantasias e ansiedade. |
| 4 | Após o resultado do procedimento | Acolhimento e finalização do processo tanto em casos de sucesso como de insucesso. |

Este modelo, usado entre 2007 e 2011, era apresentado ao casal pela psicóloga ou pelo especialista. O contato com cada casal era feito pela psicóloga por telefone e às vezes pessoalmente, quando se entregava ou enviava por e-mail o “Programa de Acompanhamento Psicológico”. Em outras ocasiões, o médico falava sobre o atendimento e entregava folder descritivo do programa no processo de encaminhamento. Na prática, apesar da proposta, essa primeira consulta raramente acontecia tal como prevista, possivelmente porque em meio a tantos exames e procedimentos, o casal não conseguia se organizar para procurar a psicóloga ou não reconhecia a importância dessa etapa - ou temia entrar em contato com essas questões mais subjetivas envolvidas na RHA.

⁶ Não se trata, aqui, de consultas terapêuticas no sentido restrito dado pela escola winnicottiana mas, a rigor, a proposta se assemelha, uma vez que algumas características básicas são contempladas, particularmente no que concerne à idéia de que cada atendimento se volta para as necessidades trazidas no momento e que cada sessão deverá “fechar-se”.

⁷ Proposta semelhante é feita por Fernandez (2009), que enfatiza as fases do tratamento e acompanhamento psicológico em RHA sem discriminar o número de sessões em cada período.

O primeiro contato era importante para apresentar a psicóloga e o serviço, ampliando a possibilidade de que o casal pudesse recorrer à ela e ao programa se e quando sentisse necessidade, diminuindo a sensação de “estranheza” da situação e os receios de ter que lidar com o desafio de incluir mais um desconhecido nesse momento frágil que é o ciclo de tratamento. Evidencia-se aqui a importância de que o médico “apresente” e referencie o psicólogo, pontuando qual a função por ele desempenhada na equipe. O objetivo primordial desse primeiro contato era ouvir a estória da paciente/casal, oferecendo um espaço de interlocução identificando, nomeando e acolhendo os sentimentos emergentes e auxiliando na busca dos recursos para lidar com eles. Era preciso deixar claro que se tratava de um apoio durante seu percurso no tratamento, pois muitas vezes os casais não sabiam exatamente como esse atendimento psicológico poderia ajudá-los.

O objetivo do segundo encontro seria acolher e esclarecer dúvidas, apoiando o casal em suas ansiedades, medos e expectativas comuns durante o desenvolvimento dos folículos e nos dias que antecedem a inseminação, ou nos casos de FIV, a coleta dos óvulos e sêmen. Esta segunda consulta aconteceu em pelo menos 30% dos casos, pois dependia do casal conhecer ou se lembrar da possibilidade do encontro com a psicóloga, agendando a consulta na mesma data de uma das ultrassonografias. Vale lembrar que, o contato com a psicóloga nessa fase é conveniente, o casal se sente seguro em poder contar com alguém da confiança de seu médico, que represente a clínica e que possa conversar sobre as dificuldades desta fase. Alguns contatos por telefone foram feitos nessa fase.

Frequentemente, no dizer de uma paciente, “se alternam bons e maus momentos: tem ‘hora’ que a gente acha que vai dar tudo certo, que vale a pena tentar, e tem ‘hora’ que dá vontade de fugir e se esconder, não fazer mais nada” (sic). As reais incertezas da situação, a ausência de garantias – como, aliás, em qualquer processo vital, favorece o surgimento de sentimentos de menos valia, insegurança, stress e ansiedade.

A fase seguinte é vivenciada com muito temor: esperar, sem nada poder fazer é, muitas vezes, angustiante. O acompanhamento deste “compasso de espera” é fundamental (consulta 3). Alguns casais que se submeteram às técnicas de reprodução assistida relatam ser este o momento mais difícil do tratamento, aspecto descrito também por diversos autores em relação a procedimentos realizados durante o ciclo gravídico-puerperal, (por exemplo, a espera pelos resultados do diagnóstico pré-natal do feto em Medicina Fetal, descrita por Quayle, 1993; 1997). O objetivo nessa fase era mais do que acolher, era “estar

com” a paciente/casal neste período, minimizando a ansiedade, os temores e outros sentimentos que pudessem surgir durante os dias que antecederiam o exame de sangue que confirmaria ou não a gravidez (Beta HCG). O devir dessa consulta, ou das intervenções aqui realizadas, dependia do ocorrido nas anteriores.

Muitas vezes foram feitas por telefone, *email* ou *chats*, e é nela que se focam as reflexões desse texto. Para finalizar o processo, tanto nos casos de sucesso como nos de insucesso, uma consulta de fechamento (*closure*) é fundamental, ajudando a preparar o caminho para a nova realidade, seja ela referente a lidar com a perda, o luto e a decisão de tentar ou não novamente, seja o enfrentamento de uma gestação de risco relativamente aumentado. A quarta consulta usualmente só ocorria, de fato, se houvesse ocorrido algum contato com a psicóloga. Porém, várias vezes o casal procurava a psicologia nesta fase, encaminhados pelo médico como forma de ter apoio para lidar com a situação vivenciada como fracasso.

Observou-se que falhas de comunicação e outros fatores externos tendiam a dificultar o contato dos casais com a psicóloga, que optou nos últimos dois anos, por entrar em contato com o casal nas seguintes situações: após a indicação de tratamento, independente da técnica; nos casos em que a hipótese diagnóstica é menopausa precoce; nos casos de doação-recepção de gametas; e de útero de substituição.

O ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL

Como em outras áreas de atuação da psicologia, muitas vezes existe a necessidade de se adaptar a proposta de intervenção tomando em consideração as necessidades e demandas do sujeito da mesma. O surgimento e o fortalecimento de situações de caráter terapêutico em contexto não presenciais é uma realidade na área de saúde, em vários contextos, não sendo diferente na psicologia. No Brasil existem regras claras propostas pelo Conselho Federal de Psicologia⁸ que direcionam essa modalidade atendimento, particularmente quando mediadas por computador, internet e mídias semelhantes. Fundamentalmente o que se propõe é que ainda não existe um corpo de dados sobre a efetividade do processo psicoterápico nesses moldes em nossa cultura e que as iniciativas nesse sentido devem ser

⁸ Resolução CFP N.º 012/2005(revogada) e | Resolução CFP N.º 011/2012 - Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005.

voltadas para a pesquisa. Por outro lado, os atendimentos de caráter de apoio, aconselhamento e orientação podem ser realizados sistematicamente através da utilização de sites devidamente credenciados pelo conselho.

Nos últimos anos parece existir na sociedade uma tendência à maior aceitação desse tipo de intervenção, mesmo quando em caráter psicoterápico. Em outros países já se estuda, inclusive, a aceitação e a efetividade de atendimentos mediados por MSN e outras formas de comunicação pontual, utilizadas como ferramentas adicionais de um esquema terapêutico customizado. Em nosso meio Marot e Ferreira (2008, p.317) investigaram as atitudes sobre a aprovação da psicoterapia online, em uma amostra composta por 161 pessoas, através de pesquisa online postada em site da internet dedicado à saúde mental. Seus resultados apontaram que :

- a) as atitudes sobre a aprovação da psicoterapia online consistiam em uma função positiva do produto das crenças sobre a aprovação desse tipo de terapia por suas respectivas avaliações;
- b) a norma subjetiva associada à aprovação da terapia online constituía uma função positiva dos produtos das crenças normativas sobre a aprovação desse tipo de terapia pelas motivações em aderir a essas crenças;
- c) tanto a atitude quanto a norma subjetiva contribuiram para a predição da intenção de comportamentos de voto favoráveis à aprovação da terapia online, embora a atitude tivesse exercido maior influência nessa predição.

Entre as questões salientadas como importantes para a psicoterapia online destacam-se a possibilidade de manutenção do atendimento em casos de viagem e doença, bem como a possibilidade de enviar mensagens ao terapeuta a qualquer momento. Surpreendentemente, as que menos se associaram às crenças em relação a essa modalidade de atendimento foram a “facilidade de se dispensar o deslocamento até o consultório e a maior dificuldade de diagnóstico no contato feito pela internet” (Marot e Ferreira (2008, p.323). Os autores concluem:

Parece, assim, que o contato face-a-face com o terapeuta, propiciado pelas terapias tradicionais, não foi algo prioritário para os participantes da pesquisa, que deram maior importância à possibilidade de a terapia não ser interrompida em nenhuma circunstância, ainda que isso implique um processo terapêutico conduzido de forma não presencial e em diagnósticos que podem conter imprecisões.

Embora a psicoterapia não seja o foco de nossas reflexões, mas sim a possibilidade de se realizar atendimentos não presenciais, inclusive online, de forma assíncrona ou não, os achados desse estudo, embora datados de cinco anos, revelam que para o sujeito que se vê necessitando de uma interlocução diferenciada com o profissional da psicologia, as vantagens dessa modalidade superam suas desvantagens.

Cabe aqui, também, pontuar a efetividade desse tipo de abordagem em nossa cultura, em virtude de sua relativa recenticidade. São raros os estudos sistemáticos disponíveis. Em 2002 Prado apresentou os dados de sua pesquisa de mestrado acerca da psicoterapia online realizada de forma assíncrona (ou seja, não simultânea), e sem o uso de câmeras, só por meio de textos lançados num "fórum", possibilitando que as colocações do terapeuta fossem feitas de acordo com sua disponibilidade pessoal. Essa pesquisa foi realizada com a participação de 15 psicólogos e 53 pacientes voluntários durante um período de 15 semanas e constituiu sua dissertação de mestrado à USP e os resultados apontam que essa modalidade de atendimento possibilita a formação de vínculos terapêuticos, uma vez que a relação terapêutica pode se manter estável, produzindo um ambiente produtivo e que favorece o trabalho terapêutico - embora o autor faça uma advertência em relação ao cuidado necessário para a generalização dos dados obtidos, uma vez que os sujeitos do estudo não são, necessariamente, representativos da população geral. O autor ressalta ainda que quando a comunicação se dá via texto o conteúdo parece ter maior peso e valor do que o que é dito numa terapia face a face - o que traz importantes reflexões no contexto desse tipo de atendimento, exigindo do profissional extremo cuidado na utilização desse recurso e quiçá, formação específica.

Novamente, aqui se trata de um estudo voltado para o processo psicoterápico e não para atendimentos pontuais. Todavia, seus resultados apontam a viabilidade da utilização da ferramenta em outros contextos terapêuticos, como o aqui proposto e exemplificado.

O que leva ao atendimento não presencial?

Várias são as razões para que venha se configurando o atendimento não presencial em psicologia. A primeira tem a ver com a vida moderna e o tempo escasso de que dispomos. Nos grandes centros urbanos o tempo necessário para o deslocamento até uma clínica para a realização de um atendimento presencial pode funcionar, de fato, como um elemento que

desestimula essa espécie de autocuidado. Mas é claro que seria simplista acreditar que essa é a mola mestra a mover a busca por essa modalidade de intervenção, ou a única. Como já mencionado anteriormente, no contexto específico da RHA pode haver uma resistência do casal frente à oferta do apoio psicológico. Quando essa necessidade é reconhecida, nem sempre podem ou querem esse atendimento “ao vivo e a cores” (sic), pois se sentem vulneráveis, expostos, preferindo apenas dar ao psicólogo o lugar de “tirar dúvidas”, ou de representante da equipe a quem se solicita “algo”. Nesta demanda, o manejo do psicólogo em discernir e ouvir o “não dito”, abordando as questões emocionais emergentes e latentes de forma a respeitar o movimento psíquico do casal, com sensibilidade e sem extrapolar as regras é de extrema relevância, pois oferece, de fato, um espaço de interlocução àquele que o procura. Além do que demarca qual é, de fato, o papel do psicólogo e o benefício dessas intervenções. Em virtude de sua condução e seu efeito terapêutico podem, em certa medida, ser considerados como formas de atendimento não presencial que, muitas vezes, trazem a vantagem de poder ocorrer nos momentos considerados adequados pelo casal, em ambiente que lhe é familiar, podendo diminuir a inibição e a dificuldade de solicitar e receber ajuda profissional.⁹

Historicamente, é bastante comum que aconteçam diversos contatos do casal com o profissional da psicologia durante o ciclo de tratamento, seja após o resultado, no seguimento da gestação ou no pós-parto, como será apresentado em seguida. Segundo uma das autoras, nestes anos de trabalho baseado nas consultas terapêuticas foi possível observar diversos tipos de dificuldade para a realização dos atendimentos psicológicos. Um dos motivos, e talvez o principal, é a disponibilidade do (s) paciente (s). Assim como nos encaminhamentos clínicos, dependemos do que entendem sobre a proposta do acompanhamento psicológico e que com ela se comprometam. Muitas vezes, após o primeiro atendimento na clínica, presencial, há interesse em outros encontros, mas a questão “tempo disponível” é um problema, pois estão se ausentando do trabalho para diversas consultas, exames e acabam não podendo dispor de mais tempo. O outro motivo é a distância: muitos pacientes vêm de outros municípios, estados e até de outro país. Assim, surgiu a proposta deste tipo de atendimento, a partir de ocorrências cotidianas na clínica. Essa possibilidade de interlocução tem sido bem aceita por esses pacientes, especialmente por aqueles que podem se sentir demasiadamente expostos em atendimentos presenciais.

⁹ É sempre importante lembrar que esse tipo de trabalho é pautado pelos princípios éticos da profissão.

Nesse contexto, o *timing* pode ser melhor controlado pelo paciente...Estamos considerando aqui que, em todo processo, da fase diagnóstica até a sugestão e decisão do tratamento, pode haver constrangimento em aceitar mais uma pessoa nesse momento frágil. Mas, ao aceitar, o fato de não haver a presença física não impede a formação de um vínculo baseado na união de forças a partir do acolhimento, testemunho e apoio num momento frágil de suas vidas. Os recortes de atendimento trazidos a seguir tem o intuito de exemplificar situações em que essa ferramenta agrega agilidade ao processo e o fortalece.

Excertos clínicos¹⁰

Caso I – Ano 2007

Este atendimento se iniciou após o primeiro ciclo de tratamento. A causa principal da infertilidade era masculina; ambos eram jovens e o tratamento indicado foi de Inseminação Artificial. Na época, o acompanhamento psicológico era primordialmente indicado nos casos de Fertilização *In Vitro*. Porém, na fase de estimulação ovariana, avaliou-se que o fato da paciente apresentar muitos folículos poderia se constituir em risco para esse procedimento em virtude da aumentada possibilidade de ocorrência de gestação múltipla. O médico orientou para que se suspendesse o procedimento ou que se coletasse os óvulos para então fazer a FIV. O casal optou pela FIV, sem sucesso para a gravidez, porém produzindo óvulos e embriões para novas tentativas.

Na entrevista com a psicóloga após o resultado negativo da FIV (coloquialmente denominada “pós falha”), estavam decepcionados e tristes. Não “se conformavam” (sic), referindo haver muita esperança deles, do médico e da equipe, “pois a quantidade e qualidade dos óvulos foi ótima” (idem). Mas, apesar disso, não ocorreu a gravidez. Tais sentimentos são comuns e exigem a elaboração de uma perda temida, mas não esperada.

A esposa faz o seguinte comentário: “*sabe quando compramos um carro, não fazemos seguro e somos roubados? É essa a sensação*”. Relatam ainda que após a coleta de óvulos foram procurados por uma enfermeira sobre sua disponibilidade para doar a metade deles. Segundo eles, o momento escolhido para serem consultados “não foi feliz, não puderam

¹⁰ Visando favorecer o anonimato dos casais envolvidos optou-se por uma narrativa de trechos de atendimentos que foram considerados ora emblemáticos, ora originais, ora representativos do devir dessa forma de trabalho. Os dados de identificação foram retirados e os nomes apresentados são fictícios. Os casais envolvidos consentiram com a divulgação dos dados aqui relatados.

pensar direito”; aceitaram e assinaram a doação. Porém, logo a seguir se arrependeram. Foram orientados e estimulados pela psicóloga a procurar a clínica para comunicar seu arrependimento e ver o que poderia ser feito e conseguiram reaver metade dos óvulos doados.

Aspecto importante aqui, a agregar a sensação de “roubo” associada à falha conceptiva, associa-se ainda ao fato de que teriam ouvido que uma das receptoras havia engravidado, o que lhes acresceu em revolta e infelicidade. Tal dado não pode ser confirmado, uma vez que as doações correm em extremo sigilo. Mas, segundo Cy., isso a deixou ainda mais triste; sentiu-se culpada por não abrigar seu próprio embrião e gestá-lo.

É fundamental que aqui se postule a hipótese de que tal episódio - ter doado impulsivamente seus gametas – quase que os obrigava ao sucesso em seu tratamento. Todavia, sua ocorrência depõe sobre a necessidade de se refletir sobre a complexidade da situação de doação de gametas/embriões e o fato que não se trata exclusivamente de uma conduta que deva ser correta somente do ponto de vista técnico e ético. Tal assunto é abordado em profundidade em outro capítulo da presente obra, mas é essencial que o uso de embriões pontualmente excedentes para outras finalidades que não a RHA do casal biológico requer cuidado e delicadeza (Quayle, 2009).

Ano de 2010: Três anos se passaram até que pudessem tentar novamente. A partir de então começaram diversos contatos/atendimentos através de e-mails antes, durante e depois da transferência de embriões. O primeiro contato não presencial foi iniciativa de Cy.; foi escrito em azul celeste, em 26/6 e, com a liberdade típica dos e-mails, busca refazer o contato e a aliança, e é parcialmente transcrito a seguir.¹¹

Boa noite, Ψ. Tudo bem???? Vc lembra de mim, né? Então, depois de um longo tempo de espera....amadurecimento.... queremos tentar novamente. Tenho consulta com o Dr.X. Pretendo conversar, mais para saber o valor do procedimento. O Dy. acha que já se passou muito tempo, e que aquele acordo que havíamos feito não vai rolar mais.... lembra???? Ele iria fazer um preço baixo.... O que vc acha????Mas vamos ver!!!! Espero que agora tenha chegado o tão esperado momento, né????

Ao que a Ψ responde (27/6) reassegurando ao casal sobre a possibilidade de negociação com a clínica e reafirmando sua disponibilidade para favorecer os contatos, informando que deveriam marcar uma consulta com o especialista, pois alguns exames seriam novamente solicitados considerando o tempo decorrido. Informa que estará de férias nesse período,

¹¹ Não será aqui reproduzido, por falta de espaço e custos, a formatação original dos e-mails e as cores utilizadas. Quando possível e julgado importante, tais aspectos serão descritos nos comentários.

mas que espera estar presente quando o casal for iniciar o tratamento. No dia seguinte (28/06) recebe uma resposta de Cy.:

Espero que lembre.....afinal acredito que tenha batido o record de xx óvulos!!!! Bom.... tenho xx óvulos e xx embriões....o custo maior é o da clínica e o serviço dele.... sem falar no progesterona, né?rsrs Já estou fazendo exames de rotina sim.... Acredito que se tudo correr bem.... farei no final de julho...começo de agosto!!! beijo e obrigada!

A isso se segue conversa telefônica (29/06) onde são abordados seus medos e angústias, porém são reforçadas as possibilidades e seu ânimo em sentir-se novamente potente e acreditando no resultado positivo. No dia seguinte (30/6), Cy., de forma redundante, escreve (a primeira parte em preto e a segunda em vermelho; o desenho inserido é colorido no original):

Ψ, Mais uma vez... obrigada!!!! Só vc mesmo para me dar forças....para recomeçar!!!! Beijo.boas férias!!!!

Ψ, Mais uma vez.... OBRIGADAAAAA!!!! Aproveita o descanso  beijo

A consulta com o especialista é marcada e em novo contato telefônico combinam que Cy. iria contando à psicóloga o passo-a-passo, para que essa pudesse acompanhá-los à distância. Nestes contatos foram tiradas dúvidas quanto à medicação, planejamento do ciclo, questões quanto às ansiedades, confiança, esperanças e medos.

Ressalta-se aqui a agilidade de comunicação favorecida pela tecnologia. Em outras circunstâncias, esses contatos, se presenciais, tomariam tempo e poderiam não atender às necessidades do casal. Existe, aqui, um potencial de trabalhar mais prontamente com as ansiedades e conteúdos emergentes, o que exige cautela e profissionalismo. Além disso, é importante que além de se seguir a “netiqueta”, o profissional da psicologia esteja atento ao fato de que suas intervenções ficam, de fato, “marcadas”, podendo ser lidas e relidas, reassessadas quantas vezes isso se fizer necessário. Assim, além de buscar a adequação linguística, é fundamental que o psicólogo se referencie em seu arcabouço teórico ao fazer seus comentários e intervenções, tendo clareza do potencial terapêutico (ou disruptivo) que os acompanha.

O e-mail abaixo demonstrou e possibilitou a oferta de um atendimento pessoal no dia do ultrassom. Lembramos aqui a importância da sensibilidade, entrega e atenção a cada caso e cada fase e, quando possível, alternar os atendimentos não presenciais com encontros pessoais:

Não sei bem o que está acontecendo comigo... ando chorando bastante... por qualquer coisa... ou quando paro para pensar em todo o processo... no dia da ligação... sei que não devo pensar no passado... mas sabe como é a nossa cabeça, né tenho sofrido muito... de verdade! Quero muito que de certo dessa vez... afinal esperei dois anos... só quem tem desejo.. sabe o quanto foi duro... esperar... Vai sim... Me sentirei mais segura!!! beijo grande

Seguem-se então mais atendimentos não presenciais até a transferência dos embriões, com e-mails de apoio e alguns telefonemas. Esses contatos claramente tiveram efeito terapêutico, ajudando o casal a lidar com a situação. A gestação não aconteceu e o atendimento prosseguiu com alguns e-mails e um atendimento presencial, onde pôde ser trabalhada a frustração, a dor, o luto e a esperança. Como pudemos observar neste caso, o vínculo de confiança e o sentimento de apoio que assegurava e segurava as fantasias e medos foram mantidos com o apoio da tecnologia que viabilizou atendimentos não presenciais. O casal ainda tem óvulos congelados e continuam se comunicando esporadicamente com a psicóloga nestes três últimos anos.

Caso II – Ano 2007

Depois de passar por quatro especialistas e diversos tratamentos de endometriose, dois ciclos de coito natural e um ciclo para Inseminação Artificial, a paciente chega neste especialista. O primeiro atendimento com a psicóloga foi presencial e logo houve aceitação do apoio oferecido; segundo ela “não era fácil estar ali depois de tudo que já tinha passado” (sic). Neste atendimento, psicóloga e paciente retomaram o planejamento do tratamento e combinaram a modalidade de acompanhamento. A primeira e dura fase do tratamento foi a cura da endometriose, suspendendo sua menstruação, pois isso melhoraria as condições para a Fertilização In Vitro. Durante os seis meses desse tratamento, a paciente marcava as consultas com o médico e psicóloga no mesmo dia. Sentia-se ansiosa, tensa e com medo do tratamento provocar a menopausa, impedindo a Fertilização In Vitro. Assustada e preocupada, mantinha contatos por telefone com a psicóloga, pois ela morava em outro município. Esses atendimentos, presenciais ou não, foram marcados por muita angústia, medos e dúvidas sobre o processo, sobre sua responsabilidade e seu papel em tudo o que estava vivendo, suas culpas, questionamentos e, de forma compreensível dentro do processo, até certa desconfiança com relação ao médico. Foi criado um vínculo forte com a psicóloga, marcado por companheirismo e confiança, que a deixavam mais potente e segura quanto ao seu futuro. A psicóloga acompanhou a paciente em cada consulta

marcada com o médico, em todos os seus “sustos” antes, durante a gestação e também no pós-parto. Sua filha nasceu em setembro de 2008 e até hoje a psicóloga recebe mensagens e fotos da menina.

Como já referido, mesmo quando a necessidade de suporte é reconhecida, nem sempre se deseja ou suporta um atendimento “ao vivo e a cores” (sic), em virtude da vulnerabilidade e fragilidade particulares desse momento, preferindo dar ao psicólogo “apenas” o lugar de “tirar dúvidas”, ou de representante da equipe a quem se solicita “algo”. O fato de parte dos contatos se dar de forma não presencial parece possibilitar o manejo de questões emergentes respeitando esse momento particular, desde que sempre se pondere a necessidade da inserção de consultas terapêuticas presenciais e que se tenha um diagnóstico situacional bem delineado e um esquema terapêutico claro.

Este caso exemplifica a possibilidade de poder “estar com” a paciente nos momentos que ela necessitava, de formas não presenciais mas efetivas, apesar dela estar em outro município. Os contatos não presenciais fortaleceram o vínculo e favoreceram um desfecho mais satisfatório do ponto de vista emocional. E, novamente, demarca a possibilidade da manutenção do vínculo com o profissional, vínculo esse que se mantém através da utilização de equipamentos menos convencionais que possibilitam que se opere e operacionalize a função terapêutica.

Caso III – Ano de 2010/2011

S. veio de outro Estado. Era divorciada, tinha uma filha de 16 anos e estava noiva de um rapaz que não tinha filhos. Algum tempo após ser mãe, teve endometriose e precisou retirar as duas trompas. Ela e o noivo sonhavam em ter um filho e ela veio se consultar em São Paulo. Neste dia a psicóloga estava na clínica e o médico sugeriu que conversassem. S. agradeceu e reconheceu a importância desse acompanhamento, comentando o quanto achava bom poder contar com mais alguém além do médico, pois sabia o quanto ele era ocupado, reconhecendo ainda a dificuldade em estar longe de São Paulo até o tratamento.

S. mostrava-se bastante ansiosa com o casamento, com o desejo de ter mais filhos e com sua limitação física. Preocupava-se também com a reação de sua filha adolescente, que

apresentava comportamentos normais para essa fase, mas que ela temia, piorassem após seu novo casamento.

S. retornou ao seu Estado. Iria se casar em janeiro de 2011 e se iniciaram os atendimentos não presenciais. Primeiro com respostas às suas dúvidas sobre os exames. Depois, sobre a medicação e o planejamento do tratamento, que incluía instruções até que ela retornasse a São Paulo. A percepção da psicóloga era de que ela precisava estar próxima (de alguma forma) de alguém que representava seu futuro, seu desejo, e que pudesse responder sempre que necessário suas dúvidas - dúvidas essas que, na verdade, ocupavam o lugar das angústias e medos que não podiam ser reconhecidos e ditos. A psicóloga percebia seu medo de não conseguir corresponder suas expectativas e de seu novo marido, ouvia e nomeava esses sentimentos. Esses atendimentos se deram por e-mail.

Em março de 2011, após muitos e-mails e conversas por MSN planejando cada passo sincronizado para o tratamento, S. chega com o marido. Os atendimentos ao casal foram, então, presenciais. No dia da transferência ocorreu uma complicação médica que contingencialmente impediu a transferência dos embriões, que precisaram ser congelados. Segue trecho deste sofrido relato dela e do atendimento não presencial: ela estava arrasada, e não se encontrava disposta ao encontro pessoal.

S.: oi Ψ, tudo bem?

Ψ: Olá, tudo bem, e vc? como foi a transferência ontem?

S.: Ja soube que o Dr. não conseguiu fazer minha transferência

(...)

S.: pois é, ai ontem fiquei arrasada...ele vai tentar segunda com anestesia.

Ψ: pq não me ligou? eu estava no meu consultório, poderiam ter ido pra lá

S.: pq senao eu sentiria muita dor, ele vai forçar.

S.: foi tao rapido, foi cedo.

Ψ: puxa...que chato

S.: agora amanha ele vai fazer as 10:30 da manha

S.: será q ele consegue mesmo?

Ψ: eu tenho um paciente as 9:30, mas posso sair as 10h20 e ir encontra-los

S.: vc já soube de alguém que ele fez com anestesia?

Ψ: nunca soube

(...)

S.: pois é... o ideal seria eu fazer a cirurgia para dilatar o útero e passar o cateter...

S.: pra piorar tenho útero invertido e ele não conseguia achar com a ultrassom pélvica, tinha que ser com transvaginal

S.: ai vc ja viu... um monte de coisa dentro de mim!!!!

Ψ: nossa, é mesmo !!! assusta, né? Difícil...

Ψ: qdo eu chegar lá, vc estará no procedimento, dormindo

S.: então... primeiro a punsao do cisto e agora isso...

S.: mas tenho que ficar otimista né...

Ψ: sim, por mais difícil que seja

S.: acredito nele e acho ele muito competente, se não desse certo ele não faria.

Ψ: tb acho, ele sabe muito, pode confiar
S.: ficaram so 5 dos 8, blastocistos
S.: ele vai por 2 .
S.: to com medo...
Ψ: imagino
S.: ta bom então... beijos e bom domingo pra vc.
S.: o que desejo é que ele consiga, nem que eu sofra com a dor...
Ψ: Vai dar certo, vc não vai sofrer dor e vai dormir após a transferência...por causa da anestesia
S.: é... desculpe te incomodar pleno domingo...
S.: já aguentei tanta agulhada... kakaka
Ψ: ah...mas acho que vai dar tudo certo, vamos confiar
S.: tomara... Rezar...
S.: então ta linda... um beijo e se der a gente se ve amanhã!!!
S.: mas não se preocupe. se nao der pra ir eu entendo...
Ψ: ah não...estou com vcs até aqui, vou abandonar agora? nem consigo...

A psicóloga chegou ao Centro de Reprodução e S. estava acordando. Estava bem, já podia brincar e sorrir aliviada, conversaram e ali se despediram. S. retornou ao seu Estado, e os atendimentos por MSN foram mantidos. Esses atendimentos foram marcados por fortes emoções, muito medo, angústia, ansiedade, expectativas positivas e negativas se alternando e ela buscava e encontrava o acolhimento que necessitava nesses encontros virtuais. Após 'longos' quatorze dias, ela fez o exame de gravidez, que infelizmente foi negativo. S. continuava procurando a psicóloga, o que, segundo ela, a ajudava muito a refletir e buscar respostas. Questionava-se e perguntava à psicóloga se ela achava que não havia dado certo por causa da transferência após o congelamento, entre outras questões.

S. não voltou mais para São Paulo. Em 2012 enviou um e-mail para a psicóloga contando que apesar de ter gostado muito do médico, de toda a competência e postura dele, faria o tratamento em seu Estado por questões financeiras e de ordem prática, mas contava com o atendimento psicológico, caso sentisse necessidade. Desta vez, ela engravidou e teve seu tão sonhado bebê.

Considerações Finais

Os contatos e atendimentos não presenciais não visam substituir o trabalho *vis à vis* mas complementá-lo em diferentes contingências, podendo constituir importantes ferramentas terapêuticas desde que as atividades sejam conduzidas de forma ética e de acordo com a técnica. Cumpre ressaltar que, nesse contexto, é vital que se considere esses contatos como uma forma de estender a atividade clínica, com a mesma seriedade e preocupação com as

questões teóricas e práticas que perpassam qualquer atividade de caráter terapêutico devem pautar a condução dessa atividade.

Referências Bibliográficas

ASRM. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: an ASRM Practice Committee guideline. **Fertility and Sterility**, v. 97, n. 8, p. 1301-1308, 2012

BLYTH, E. Surrogacy. In: Infertility and assisted conception: Practice issues for counselors. Birmingham: The British Association of Social Workers; 1995, p. 23-39.

BOIVIN, J. et al. Guidelines for counseling in infertility: outline version. *Human Reproduction*, v. 16, n. 6, p. 1301-1304, 2001

CANDAL, L. M. La maternidad intervenida. Reflexiones en torno a la maternidad subrogada. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2010.

DE LIZ TM; STRAUSS B Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. ***Hum Reprod***;20(5): 1324-32, 2005.

FERNANDEZ, D. Módulo de Counseling para tratamentos de reprodução assistida de alta complexidade In: MELAMED, R; SEGER, L; BORGES JR, E. Psicologia e Reprodução Assistida: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Gen/Sanos, 2009.

GORAYEB R; BORSARI AC; ROSA-E-SILVA AC; FERRIANI RA Brief cognitive behavioral intervention in groups in a Brazilian assisted reproduction program *Behav Med*;38(2):29-35, 2012.

HARKNESS, C. Surrogate mother. In: The infertility book: A comprehensive medical & emotional guide. Berkeley: Celestial Arts Printing, 1992, p. 335-349.

MAROT, RSV; FERREIRA, MC. Atitudes sobre a Aprovação da Psicoterapia Online na Perspectiva da Teoria da Ação Racional .Revista Interamericana de Psicologia /Interamerican Journal of Psychology - 2008, Vol. 42, Num. 2 pp. 317-324

PRADO, OZ; MEYER, S. Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*.11(2), 2006

QUAYLE, J. Aspectos psicológicos em Medicina Fetal. In Cha, S; Zugaib, M. *Medicina Fetal*. São Paulo: Atheneu, 1993.

QUAYLE, J. Possibilidades de Atuação do Psicólogo em Medicina Fetal. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 1997.

QUAYLE, J. Embriões excedentes; relações afetivas, abandono e questões éticas. In: MELAMED, R; SEGER, L; BORGES JR, E. *Psicologia e Reprodução Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Gen/Sanos, 2009

ROMANO, BW. *Princípios para a prática da psicologia em hospitais*. 1990

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (SBRA) I Consenso de Psicologia em Reprodução Humana Assistida. Obtido durante o 16º Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, Guarujá, São Paulo, 2012; no prelo

SHENFIELD, F., PENNING, G., COHEN, J., DEVROEY, P. DE WERT, G. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, v. 20, p. 2705-2707, 2005.

TARABUSI, M; VOLPE, A; FACHINETTI, F. Psychological group support attenuates distress of waiting in groups scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynecol* ;25(3-4):273-9, 2004

VAN DEN BROECK U; EMERY M; WISCHMANN T; THORN P Counselling in infertility: individual, couple and group interventions . *Patient Educ Couns*; 81(3): 422-8, 2010