

A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade

Maria de Jesus Correia
(coordenadora)



C4



A PSICOLOGIA NA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: INTERVENÇÕES, PRÁTICAS E CONTEXTOS NUMA MATERNIDADE

Maria de Jesus Correia
(coordenadora)

Titulo: *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, práticas e contextos numa Maternidade*

1ª Edição.

Novembro 2012

ISBN- 978-989-8463-39-5

Capa: Paula Mangia

Composição: Paula Mangia

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Sobre os Autores:



Alexandra de Sá Leonardo.

Licenciada em Psicologia (Clínica) pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
Mestre em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
Psicóloga Clínica no Serviço de Genética Médica do Hospital de Santa Maria . Membro da Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família (POIESIS)



Ana Maria Fatela

Médica
Assistente graduada de Ginecologia Obstetrícia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa



Anabela Farias

Psicóloga Clínica
Psicóloga no Centro de Desenvolvimento da Criança
Hospital Garcia de Orta



Arícia Garrido Silva

Licenciada em Fisioterapia e Pós-graduada na área da Saúde da Mulher.
Fisioterapeuta no Serviço de Fisioterapia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa na área da uroginecologia (incontinência urinária, prolapso pélvico e pós-parto) e na obstetrícia, realizando classes de preparação para o nascimento.

**Custódia Sousa**

Enfermeira desde 1975;

Enfermeira especialista de saúde Infantil e Pediátrica desde 1989; Enfermeira Chefe desde 1995; Licenciada em História pela Faculdade de Letras de Lisboa; Mestre em Bioética pela Universidade Católica de Lisboa; Doutoranda em Bioética pela Universidade de Católica de Lisboa.

Atualmente membro da Comissão de Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

**Dr.ª Fátima Xarepe:**

Licenciatura em Serviço Social - ISSS Lisboa

Mestrado em Psicologia da Saúde - ISPA

Pós-graduação em Protecção de Menores - Universidade de Direito de Coimbra. Terapeuta Familiar - Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Coordenadora do Serviço Social da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Coordenadora do Núcleo de apoio a crianças e jovens da Maternidade Dr. Alfredo do Costa

**Graça Pinto**

Assistente Hospitalar de Ginecologia-Obstetrícia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Coordenadora da Unidade de Medicina da Reprodução da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Graça Silva**

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica do ISPA.

Psicóloga Clínica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Desenvolve a sua actividade clínica na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Interesse pelas técnicas expressivas e criativas como auxiliares de diagnóstico e meio facilitador no âmbito das intervenções psicoterapêuticas



Maria Leonor Rolo Duarte

Psicóloga Clínica

Técnica Superior de 1ª Classe ,Unidade da Primeira Infância,
Departamento de Psiquiatria Infantil e Juvenil , Departamento de
Psiquiatria Infantil e Juvenil do Hospital de D. Estefânia



Lília Brito

Licenciatura em Psicologia pela faculdade de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade de Lisboa

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica do ISPA.

Psicóloga Clínica e psicoterapeuta

Psicóloga do Serviço de Psicologia Clínica da Maternidade Dr.
Alfredo da Costa responsável pela área de intervenção em
Psicologia Pediátrica. Docente no ISPA



Maria de Jesus Correia

Licenciada em Psicologia pela faculdade de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade de Lisboa

Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica pelo Instituto
Superior de Psicologia Aplicada

Psicóloga clínica e psicoterapeuta

Coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica da Maternidade
Dr. Alfredo da Costa. Docente no Instituto Superior de Psicologia
Aplicada. Formadora na área da saúde sexual e reprodutiva



Maria José Alves

Médica

Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Coordenadora da Unidade da Adolescência e da Consulta de
Interrupção Voluntária da Gravidez da Maternidade Dr. Alfredo
da Costa. Voluntária da Associação para o Planeamento da
Família de que foi Presidente ente 2000-2005



Manuela Amaral

Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa



Sara Sereno, psicóloga Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Mestre em Psicologia da Gravidez e Parentalidade pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Formadora na área da Saúde Sexual e Reprodutiva.



Drª Tânia Gamanho:

Licenciatura em Serviço Social

Mestrado em Serviço Social e Política Social pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Assistente Social na Maternidade Dr. Alfredo da Costa



Vânia Lopes

Licenciada em Psicologia Clínica pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Psicóloga Clínica com intervenção no âmbito da infertilidade. Actividade clínica em consultório privado.

ÍNDICE

Capítulo 1 - À volta da Gravidez.....	12
Gravidez e Transição para a Maternidade: Investigação e Intervenção.....	13
Impacto psicológico no puerpério: Ajustamento emocional, satisfação com o parto e confiança nos cuidados maternos.....	22
Quando a Gravidez Não Acontece: Intervenção Psicológica na Infertilidade...	36
Diagnóstico Pré-Natal e Anomalias Fetais: Intervenção Psicológica no Serviço de Genética do Hospital de Santa Maria.....	48
Intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência: Um caminho para a prevenção da gravidez	62
Capítulo 2 - Do comportamento à saúde infantil.....	70
Psicologia e Pediatria: Interfaces.....	71
Riscos e Intervenção na Primeira Infância – A Experiência da Unidade da Primeira Infância.....	80
A Experiência de Intervenção Psicológica no Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Garcia D’Orta.....	88
Capítulo 3 - Territórios da ginecologia.....	95
Intervenção de Grupo na Uroginecologia: Intercepções Psicofisiológicas.....	96
Sintomatologia da Menopausa: um olhar.....	108
Menopausa : o olhar da Psicologia.....	119
Capítulo 4 - Internamento hospitalar: especificidades.....	127
Internamentos Prolongados: A Intervenção no Serviço de Medicina Materno Fetal.....	128
Intervenção, necessidades e preocupações nas unidades de cuidados neonatais.....	141
Intervenção da psicologia e da equipa de enfermagem no internamento do serviço de ginecologia: Apoio e satisfação dos utentes.....	151
O enquadramento Social do Internamento: Serviço Social da MAC.....	160

PREFÁCIO

Este livro nasce na sequência da comemoração dos 20 anos do Serviço de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), materializada na realização de um Encontro científico.

Ao longo destes 20 anos a presença da psicologia clínica na MAC permitiu consolidar uma área específica de saberes e práticas nos diferentes contextos da saúde da mulher, da criança e da sua família. Se inicialmente esta área se centrava numa psicologia da gravidez e da maternidade foi posteriormente entendida como uma psicologia da parentalidade e mais tarde num enquadramento alargado à saúde da mulher numa tentativa permanente de fomentar a integração prática e conceptual.

Neste Encontro comemorativo, reflectiu-se e discutiu-se multidisciplinarmente sobre as intervenções, as práticas e os contextos da psicologia na área da saúde da mulher e da criança.

Obviamente que não se esgotaram todas as áreas onde a psicologia clínica tem desenvolvido intervenção/ investigação neste contexto específico; escolhemos quatro grandes eixos que nos parecem ilustrativos deste trabalho: a gravidez e as suas vicissitudes, a criança e a sua família, a ginecologia e, finalmente a especificidade do internamento hospitalar no óptica da saúde da mulher e da criança.

O conjunto de trabalhos aqui publicados reflecte portanto a troca de experiências e a partilha de um conjunto de profissionais de saúde que, trabalhando nesta área quer na MAC quer noutras instituições que consideramos de referência, se reuniram no I Encontro do Serviço de Psicologia Clínica da MAC. Espelham um leque de temas de intervenção e investigação abordados da forma como inscrevemos a psicologia neste contexto, de forma interdisciplinar; reflectem a integração dos saberes da psicologia, da obstetrícia, da pediatria, da ginecologia, da enfermagem, da fisioterapia e da assistência social.

A estrutura desta obra pretende evidenciar então os referidos quatro grandes eixos onde estes saberes e práticas se entrecruzam.

Assim, no primeiro capítulo andaremos “À volta da gravidez”. Maria de Jesus Correia, Sara Sereno e colaboradoras, apresentam dois trabalhos que se inscrevem numa mesma linha de investigação cujo objectivo é contribuir, clínica e cientificamente, para a compreensão da vivência do período gravítico puerperal. Com as suas conclusões esta linha de investigação pretende promover uma abordagem mais ampla, integrada e gratificante do período gravidez - parto- puerpério e consequente relação deste com a confiança e segurança nos cuidados maternos.

Numa outra perspectiva, Vânia Lopes e Graça Pinto conduzem-nos ao tema da infertilidade; quando a gravidez não acontece. Neste trabalho, as autoras reflectem sobre a compreensão profunda e as implicações da infertilidade nas vertentes psicológica e médica. Propõem ainda um modelo de intervenção multidisciplinar facilitador de uma vivência adaptativa da situação.

Ainda à volta da gravidez Alexandra Leonardo tece algumas considerações sobre o impacto, no casal, de um diagnóstico pré natal de complicações fetais. A partir de casos clínicos explicita a mais valia da intervenção psicoterapêutica que realiza no serviço de genética do Hospital de Santa Maria.

Um outro ângulo de abordagem à volta da gravidez prende-se com o facto de, a vasta experiência clínica da Unidade da Adolescência da MAC ter permitido enquadrar uma das grandes preocupações nesta fase de desenvolvimento; prevenir a gravidez indesejada. Sara Sereno e M^a José Alves trazem-nos precisamente um dos caminhos para essa prevenção: um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. Num primeiro momento explanam sobre o contexto de surgimento do projeto e, em seguida, desenvolvem os seus objectivos e o modo como os concretizam.

No segundo capítulo desta obra reflecte-se e enquadra-se a dinâmica que articula “do comportamento à saúde infantil”.

Lília Brito introduz a temática da interface da psicologia com a pediatria concretizando a actividade e as tarefas desenvolvidas no âmbito daquilo que define a psicologia pediátrica. Assim, apresenta a intervenção clínica desenvolvida em unidades de internamento neonatais e na consulta de neonatologia e desenvolvimento onde o foco principal incide simultaneamente na criança e na família.

Ainda no âmbito da intervenção em clínica infantil Leonor Duarte traz-nos o contributo do modelo de intervenção da Unidade da Primeira Infância do Hospital D. Estefanea. Destaca a importância da saúde mental em detrimento da psicopatologia, da individualização dos cuidados e do destaque dado à observação da relação criança-pais.

Anabela Farias traz-nos a experiência da intervenção psicológica no Centro do Desenvolvimento da Criança (CDC) do Hospital Garcia D’Orta. Apresenta o objectivo e o modelo de intervenção da consulta de psicologia bem como a sua população alvo e principais problemáticas trabalhadas.

No capítulo três entramos em territórios da ginecologia, outra das áreas em que perspectivamos uma clara abordagem multidisciplinar; Arícia Silva e Vânia Lopes mostram a interceção psicofisiológica que está subjacente a um projecto de intervenção em uro ginecologia. Com este trabalho, e após algumas considerações sobre a incontinência urinária e o seu impacto no bem-estar psicológico da mulher/casal, as autoras apresentam um modelo de intervenção/recuperação que interliga as dimensões da psicologia e da fisioterapia.

Ainda em territórios da ginecologia encontramos a menopausa; Ana Fatela conduz-nos, no seu olhar de médica, à definição e caracterização deste período descrevendo igualmente a sintomatologia associada.

Com este enquadramento cria-se o espaço para o olhar da psicologia onde Graça Silva resume dois modelos teóricos de abordagem; descreve as questões psicológicas e as exigências adaptativas presentes, pano de fundo para a apresentação do protocolo de intervenção estabelecido pela psicologia com a consulta de menopausa.

Também as especificidades do internamento no contexto de um hospital que cuida da saúde da mulher e da criança merecem atenção da equipa multidisciplinar. Deste modo, o capítulo quatro é dedicado a trabalhos desenvolvidos no âmbito dos três internamentos da Maternidade - obstetrícia, pediatria e ginecologia.

No primeiro trabalho apresentado, Manuela Amaral e Maria de Jesus Correia tecem algumas considerações sobre a importância e as características do modelo de abordagem que se desenvolve em situações de internamento prolongado no serviço de medicina materno fetal onde, para além de toda a vulnerabilidade própria de uma gravidez se acrescem as intercorrências obstétricas que tornam a vivência do internamento povoada de inquietações e fragilidades.

Custódia Sousa e Lília Brito trazem-nos as necessidades e preocupações relacionadas com a intervenção nas unidades de cuidados neonatais; fazem um enquadramento holístico e filosófico sobre a dimensão do cuidar considerado subjacente à articulação dos técnicos e à prestação de cuidados com foco na família.

Graça Silva e colaboradoras discorrem sobre a importância do cuidar específico num internamento de ginecologia apresentando ainda os primeiros resultados de um estudo de avaliação da satisfação das utentes face ao apoio fornecido na relação enfermeiro – doente.

Por fim, Tânia Gamanho e Fátima Xarepe apresentam a intervenção, as práticas e os protocolos do serviço social nos três internamentos (Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria) evidenciando a importância da

articulação dos vários profissionais de saúde para o sucesso da resposta específica exigida.

Apesar da sua pequena expressividade no meio de toda a possível intervenção, prática e reflexão no quadro da psicologia clínica na saúde da mulher e da criança, a publicação deste livro pretende contribuir, à sua medida, com o testemunho da articulação realizada entre diferentes grupos profissionais de técnicos de saúde, desejando, de alguma forma ser uma referência para quem se interesse por conhecer as interfaces da psicologia clínica em saúde, com foco na mulher e na criança.

Maria de Jesus Correia

Capitulo 1

À VOLTA DA GRAVIDEZ

GRAVIDEZ E TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO

Maria de Jesus Correia & Sara Sereno

É indiscutível que gravidez, parto e puerpério se enquadram num ciclo marcante na vida da mulher, do homem e da sua família; São mais do que acontecimentos biológicos, são acontecimentos integrantes e integradores da transição da mulher para a maternidade.

Algumas investigações nesta área, consideram que o parto mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo e expectativas que põem à prova a competência feminina de gerar, a competência para cuidar e a competência para amamentar o recém-nascido.¹

Consideram-no como um momento muito importante na vida da mulher sendo a forma como esta o vivencia, determinante para o seu bem-estar psicológico e para o modo com o se virá a relacionar com o bebé.²

Outras linhas de investigação relacionam, por um lado a utilização da epidural com a maior satisfação com o parto e com relação mais adequada com o bebé e por outro lado, a qualidade da experiência de parto com o funcionamento da mãe na relação com o bebé após o parto.^{3, 4}

Também a paridade tem sido uma variável estudada neste âmbito; relacionam a paridade com a satisfação com o parto e com a confiança nos cuidados maternos nomeadamente considerando as primíparas como tendo vivências mais negativas e mais medos face

ao parto e as múltiparas como descrevendo partos mais fáceis e maior nível de auto-eficácia no cuidado ao recém-nascido.^{5, 6, 7}

Objectivo

É neste campo de estudos vasto e polémico onde o Serviço de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa deu início a um conjunto de estudos cujas principais conclusões e implicações práticas passamos a desenvolver.

Consideramos três grandes zonas de investigação com três objectivos principais:

1º Caracterizar o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé em mulheres com parto eutócico e com parto distócico;

2º Perceber o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, em mulheres primíparas e múltiparas;

3º Perceber como se associam diferentes aspectos relativos à experiência e satisfação com o parto com dimensões dos cuidados ao RN e confiança materna em mulheres com parto eutócico e mulheres com parto distócico.

Método

Feito o pedido de autorização junto da Comissão de Ética para a Saúde da MAC procedeu-se à recolha da amostra nas enfermarias de puérperas a mulheres a partir do 2º dia de puerpério, entre Outubro de 2008 e Março de 2009.

Após a apresentação da investigação, dos seus objectivos, da distribuição da folha de informação e assinatura do consentimento informado pelas interessadas, foram entregues os questionários de auto-preenchimento.

Participantes

As participantes neste estudo foram 251 puérperas da MAC com idades compreendidas entre os 15 e 43 anos ($M=29,74$).

Estas 251 mulheres foram divididas em quatro grupos de acordo com o tipo de parto que tinham tido. Assim:

- 1º grupo: Eutócico Sem Epidural (Grupo ESE), 50 mulheres (19.9%);
- 2º grupo: Eutócico Com Epidural (Grupo ECE), 77 mulheres (30.7%);
- 3º grupo: Distócico por Cesariana (Grupo DC), 71 mulheres (28.3%);
- 4º grupo: Distócico Instrumental por Fórceps/Ventosas (Grupo DI), 53 mulheres (21.1%).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário Sócio-Demográfico (construído para o efeito)
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS) adaptada para a população portuguesa.⁸ Esta Escala é constituída por 21 itens em que cada um é uma frase que remete para estados emocionais negativos; organiza-se em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress.
- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).² Este questionário é constituído por 104 questões referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com respostas do tipo Likert. Organiza-se em oito subescalas: 1- Condições e cuidados prestados, 2- Experiência positiva, 3- Experiência negativa, 4 – Relaxamento, 5-

Suporte, 6 – Suporte do companheiro, 7 – Preocupações, 8 – Post-parto.

- Mother and Baby Scales (MABS). 9 Esta escala de 64 itens que avalia a emocionalidade negativa dos recém-nascidos; os seus comportamentos de alerta; as percepções dos pais acerca da sua própria confiança na prestação de cuidados ao bebé. Organiza-se em oito subescalas: 1 Instabilidade/Irregularidade; 2- Irritável durante a alimentação; 3- Estado de alerta/reactividade; 4- Estado de alerta durante a alimentação; 5- Facilidade; 6- Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé; 7- Falta de confiança para alimentar o bebé; 8- Confiança global.

Relativamente ao 1º objectivo: caracterizar o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé concluímos que, por um lado, independentemente do tipo de parto todas as mulheres estão ajustadas aos níveis de ansiedade, stress e depressão e ainda que, por outro lado, não é o tipo de parto mas a forma como a mulher lida com a experiência de parto, que se relaciona com a confiança nos cuidados maternos.¹⁰

Relativamente ao 2º objectivo: Perceber o impacto psicológico do puerpério e relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebé, em mulheres primíparas e múltiparas confirmámos os dados da literatura. Deste modo, concluímos que as primíparas estão em maior situação de risco relativamente ao impacto psicológico do puerpério; têm maiores níveis de ansiedade e stress; referem maior experiência negativa com o parto e maiores preocupações quanto a si próprias e ao recém-nascido; evidenciam ainda, maiores dificuldades com os bebés e menos confiança em cuidá-los.¹¹

Por último, fomos tentar perceber como se associam diferentes aspectos relativos à experiência e satisfação com o parto com diferentes dimensões dos cuidados ao RN e confiança materna em mulheres com parto eutócico e mulheres com parto distócico através dos resultados obtidos no QESP e no MABS.¹²

Obtivemos associações significativas, (apesar de moderadas ou fracas), entre algumas subescalas (variáveis) de experiência e satisfação com o parto e algumas as subescalas quer no parto distócico.

Verificámos que três dimensões fundamentais de avaliação e satisfação com o parto se relacionam significativamente com o modo como a mulher se ajusta aos 1ºs momentos de maternidade quer em termos de percepção do RN quer em termos de confiança materna. Estas dimensões são: Percepção de experiência positiva; Preocupações e vivência do Post parto.

Assim, os resultados mostraram-nos que a dimensão Percepção de experiência positivado parto, caracterizada por confirmação de expectativas, autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência avaliada pelo

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto se associa com as dimensões: Percepção estado de alerta/reactividade do RN, Facilidade em cuidar e Confiança global avaliadas pelo MABS.

Por outro lado, mostraram-nos que a dimensão Preocupações (relativamente a si própria e ao bebé) que se centra em receios em torno da saúde e dos procedimentos físicos, avaliada pelo Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto se associa com as dimensões: Percepção de instabilidade e de irregularidade bem como de irritabilidade durante a alimentação no recém-nascido e

ainda com as dimensões falta de confiança para cuidar e alimentar o recém-nascido e dificuldade em cuidá-lo avaliadas pelo MABS.

Os resultados mostraram ainda que a dimensão Post parto, relacionada com as vivências do início do puerpério nomeadamente em torno da quantidade de mau estar e dor sentidas durante o post parto e com o impacto destas queixas nos cuidados ao recém-nascido, avaliada pelo Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto se associa com a percepção de instabilidade e irregularidade no recém-nascido bem como com a falta de confiança para cuidar e alimentar o recém-nascido (principalmente nos partos eutócicos) avaliadas pelo MABS.

Conclusões Finais

Este conjunto de estudos permitiu-nos chegar a três grandes conclusões finais:

1. Não é o tipo de parto mas a forma como a mulher o vivencia que é importante para a sua avaliação do parto e para o modo como se relaciona com o seu bebé.
2. As primíparas têm maior risco de insatisfação com o parto, de ajustamento emocional no puerpério e maiores inseguranças nos cuidados maternos
3. Para a melhor confiança nos cuidados maternos, são fundamentais a vivência positiva da experiência de parto, a inexistência de preocupações sobre si própria e sobre o bebé e a qualidade da vivência do post-parto.

Implicações práticas

Estas conclusões da investigação na área da gravidez e transição para a maternidade podem contribuir para reforçar, repensar e reajustar a nossa intervenção multidisciplinar.

Assim, apresentamos de uma forma esquemática (figura 1) como pensamos poder articular na gravidez, parto e puerpério um contributo facilitador de uma melhor vivência do período gravídico puerperal tendo como objectivo final o bem-estar global da mulher/mãe e consequente mais valia para a sua relação com o bebé.

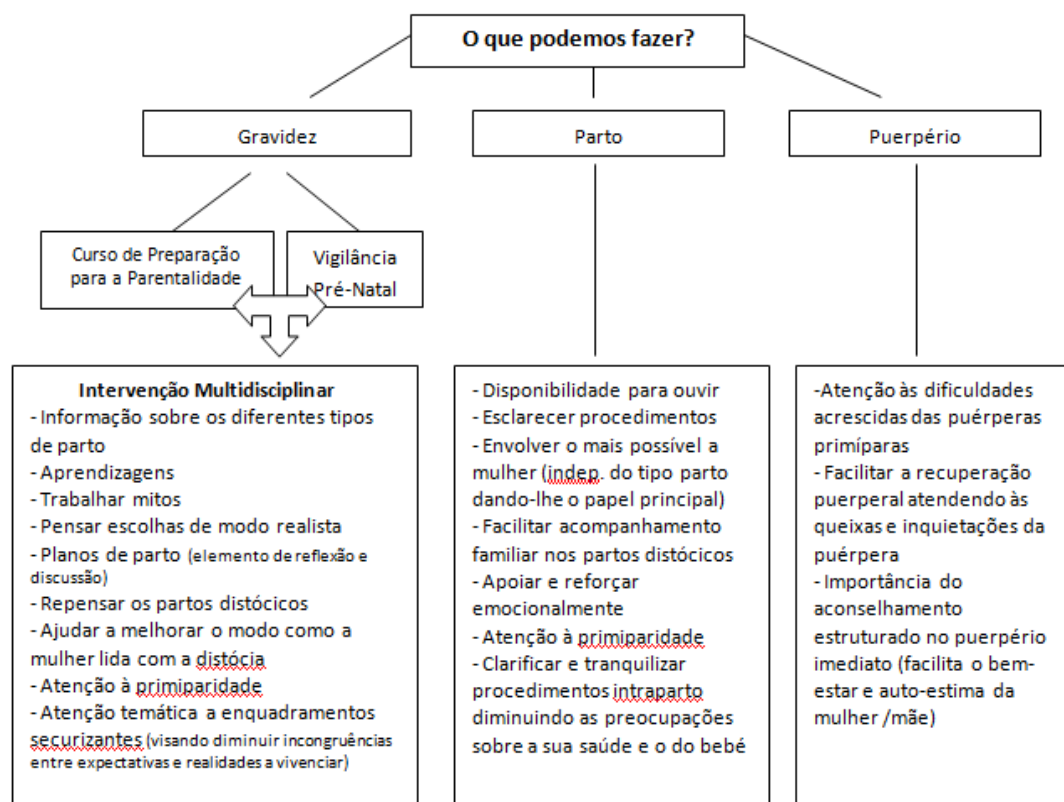


Figura 1 – Esquema relativo às implicações práticas das conclusões dos estudos

Referências

- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C.(2005)O Antes e o Depois:Expectativas e Experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Critica*.1(2),pp. 247-254.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003b). Tipo de parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXVI (6), 265-306.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 8 (1), 49-66.
- Fish, M., Stifer, C. & A. Belsky, J. (1993). Early patterns of mother-infant dyadic interaction: infant, mother and family demographic antecedents. *Infant Behavior and Development*, 16, 1-18.
- Waldenstrom, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*. 31(2)102-107.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doença*, 2004, 5 (2), 229-239.
- Wolke, D. (1995).Parent's percepctions as guides for conducting NBAS clinical sessions. In Brazelton, T.B. & Nugent, J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Mac Keith, London.

Sereno, S., Correia, M.J., Rodrigues, A.S., Salgado, A.I. & Pereira, J. (2009) Impacto psicológico no puerpério: ajustamento emocional, satisfação com o parto e confiança nos cuidados maternos. Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Correia, M.J. & Sereno, S. (2009). Satisfação com o parto, ajustamento emocional no puerpério e confiança nos cuidados maternos em primíparas e múltiparas. Actas do 8º Congresso de Psicologia da Saúde.

Correia, M.J. (2010). Parto e Cuidados Maternos: Que relação? Trabalho não publicado.

IMPACTO PSICOLÓGICO NO PUERPÉRIO: AJUSTAMENTO EMOCIONAL, SATISFAÇÃO COM O PARTO E CONFIANÇA NOS CUIDADOS MATERNOS

Sara Sereno, Maria Jesus Correia, Sofia Rodrigues, Ana Salgado, Joana Pereira & Fernanda Casquilho

Do ponto de vista psicológico, o parto constitui-se como um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante ao longo de vários meses acabam por tomar uma dimensão real, confirmando ou não as esperanças e medos que circundam o parto. Podemos considerar que o parto é algo que acompanha todo o processo de gestação e puerpério, uma vez que ele é já antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua a ser referido após o nascimento do bebé, na forma de lembranças e sentimentos, fazendo parte da história da mãe. Por outro lado, o parto, por si só, não é um acontecimento neutro pois mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa que põem à prova a competência feminina de gerar, a competência materna de cuidar, a competência física de suportar as dores, e, ainda, a alimentação do filho através da amamentação.

Deste modo, perceber as vivências de parto a analisar as dimensões que interferem na qualidade dessas vivências, torna-se fundamental na compreensão do impacto que a experiência de parto tem em áreas vitais ao bom desenvolvimento da mãe e do bebé e, consequentemente, da díade a estabelecer.

São múltiplos os factores que influenciam a experiência de parto e a qualidade dessa mesma experiência. A experiência de parto está relacionada com factores como a idade, o estado civil, a escolaridade, a história psicopatológica, possíveis problemas obstétricos ou

adversidades de vida, o tipo de parto e de anestesia, os primeiros contactos com o bebé, o peso do bebé e a antecipação do parto. Já a qualidade da experiência do parto depende de uma multiplicidade de factores individuais, sociais e situacionais como a presença ou não de uma figura de apoio significativa, a participação activa ou não da mulher nas decisões a tomar relativamente ao parto, o controlo percebido, a duração do parto, o tratamento recebido da equipa médica, o sofrimento e o estado da mãe e do bebé, as expectativas prévias da grávida, a utilização ou não de métodos analgésicos e, principalmente, o tipo de parto, a dor sentida durante o parto e a possibilidade de contacto com o bebé imediatamente depois do parto. Segundo Peterson (1996), pode concluir-se que a experiência do parto produz efeitos na auto-estima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar a sua disponibilidade emocional para com o seu bebé imediatamente após o parto.

O tipo de parto e de anestesia administrada (ou não) são variáveis que estão associadas à experiência e satisfação com o parto. Por outro lado, a investigação tem procurado perceber como se relacionam a experiência de parto e o comportamento materno.

A investigação realizada no sentido de perceber a influência do tipo de parto na experiência de parto e no estabelecimento da relação com o bebé, tem, então, assinalado persistentemente que o tipo de parto interfere na experiência da mulher e, consequentemente, na percepção e satisfação com o parto, bem como no estabelecimento da ligação inicial da mãe ao bebé e nos cuidados que lhe dedica. É neste campo de investigação tão vasto e, por vezes mesmo polémico que o Departamento de Psicologia Clínica da MAC, no âmbito da sua actividade de investigação clínica, pretende realizar um estudo exploratório com puérperas (com parto eutócico e cesariana) cujo principal objectivo é caracterizar o impacto psicológico do puerpério e

relacioná-lo com a satisfação com o parto e com a confiança da mãe na prestação de cuidados ao bebê.

Método

Trata-se de um estudo transversal, e tendo em conta os objectivos que se propõe estudar, foi realizado de forma exploratória e comparativa.

Participantes

Esta amostra é constituída por 251 puérperas utentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Quanto ao tipo de parto, podemos dividir a amostra em 4 grupos: Eutócico Sem Epidural (Grupo ESE), constituído por 50 mulheres (19.9%), Eutócico Com Epidural (Grupo ECE), constituído por 77 mulheres (30.7%), Distócico por Cesariana (Grupo DC), constituído por 71 mulheres (28.3%) e Distócico Instrumental por Fórceps/Ventosas (Grupo DI), constituído por 53 mulheres (21.1%).

Os sujeitos da amostra têm idades compreendidas entre 15 e 43 anos, com uma média de aproximadamente 30 anos e o tempo de gestação está compreendido entre as 30 e as 42 semanas, e com uma média de aproximadamente 39 semanas.

Material

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram:

- Questionário sócio-demográfico, construído para o efeito e através do qual se pretende obter informação social e demográfica relativa às participantes, nomeadamente: idade, estado civil, etnia, habilitações literárias, profissão, agregado familiar e religião.
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)⁷: é uma escala constituída por 21 itens em que cada um é uma frase que remete para estados emocionais negativos. A DASS organiza-se em três sub-

escalas (depressão, ansiedade e stress) às quais correspondem 7 itens. Os resultados de cada sub-escala são determinados pela soma dos resultados dos 7 itens. A escala fornece três valores, um por sub-escala, em que o mínimo é 0 e o máximo 21. Aos valores mais elevados em cada subescala correspondem estados afectivos mais negativos.

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)⁸. É um questionário de auto-relato constituído por um total de 104 questões referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com respostas do tipo Likert. Este instrumento possui as seguintes subescalas: 1- Condições e cuidados prestados; 2- Experiência positiva; 3- Experiência negativa; 4- Relaxamento; 5- Suporte; 6- Suporte do companheiro; 7- Preocupações; 8- Pós-parto. A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala. A pontuação da escala total será obtida através da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada for a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva será a percepção da mulher na dimensão avaliada pela subescala. Consequentemente, quanto mais elevada a cotação da escala total, mais positiva a antecipação do parto.

- Mother and Baby Scales (MABS)⁹. Esta escala avalia a emocionalidade negativa dos recém-nascidos e os seus comportamentos de alerta, assim como as percepções dos pais acerca da sua própria confiança na prestação de cuidados ao bebé. Este instrumento encontra-se dividido em duas grandes áreas: “O seu bebé e os seus sentimentos” e “A alimentação do meu bebé (ao longo dos últimos dias)”. As respostas aos itens são do tipo Likert e variam entre 0 (de maneira nenhuma) e 5 (muito/ muitas vezes). As subescalas relativas ao recém-nascido foram desenvolvidas para reflectir os comportamentos que ocorrem naturalmente no bebé: 1-

Instabilidade/Irregularidade; 2- Irritável durante a alimentação; 3- Estado de alerta/reactividade; 4- Estado de alerta durante a alimentação e 5- Facilidade. Quanto à confiança materna, existem três sub-escalas: 6- Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé; 7- Falta de confiança para alimentar o bebé; 8- Confiança global. As subescalas são cotadas totalizando os itens individuais por cada subescala separadamente, sendo que em algumas subescalas a cotação é invertida.

Procedimento

A realização desta investigação cumpriu os procedimentos exigidos pela Comissão de Ética para a Saúde da MAC no sentido de obter a necessária autorização para a recolha da amostra. Esta decorreu entre Outubro de 2008 e Março de 2009. A recolha da amostra foi feita nas enfermarias de puérperas e a mulheres a partir do 2º dia de puerpério.

Após a apresentação da investigação e dos seus objectivos bem como na distribuição da folha de informação e assinatura do consentimento informado pelas interessadas, foram entregues os questionários de auto-preenchimento.

Tratamento estatístico dos resultados

Procedeu-se em primeiro lugar à testagem dos pressupostos de aplicação do Teste ANOVA. Para testar a distribuição amostral realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a homocedasticidade foi efectuado o Teste de Levene. Depois de validados os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias, foi então realizado o Teste ANOVA, de modo a comparar as médias obtidas nas subescalas nos diferentes grupos da amostra. Nas situações em que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, realizou-se a posteriori o Teste de Tukey para discriminar entre que grupos se verificavam as diferenças.

Resultados

Na figura 1 encontram-se as médias das subescalas da DASS por tipo de parto.

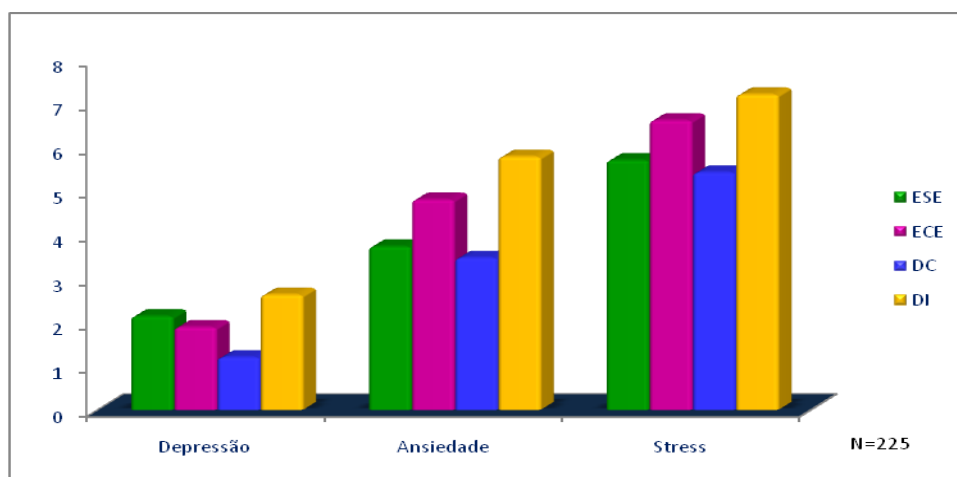


Figura 1: Médias da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress por tipo de parto

Na escala DASS apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala ansiedade ($F=3.863$; $p=0.01$) para um $\alpha=0.05$. De acordo com o teste de Tukey, as médias dos scores nos grupos ESE e DI são significativamente diferentes ($p=0.032$) e nos grupos DI e DC ($p=0.016$). Portanto, verificamos que os níveis de ansiedade são significativamente mais elevados no parto distócico instrumental do que no parto distócico por cesariana e eutócico sem epidural.

Na figura 2 encontram-se as médias das subescalas do QESP por tipo de parto.

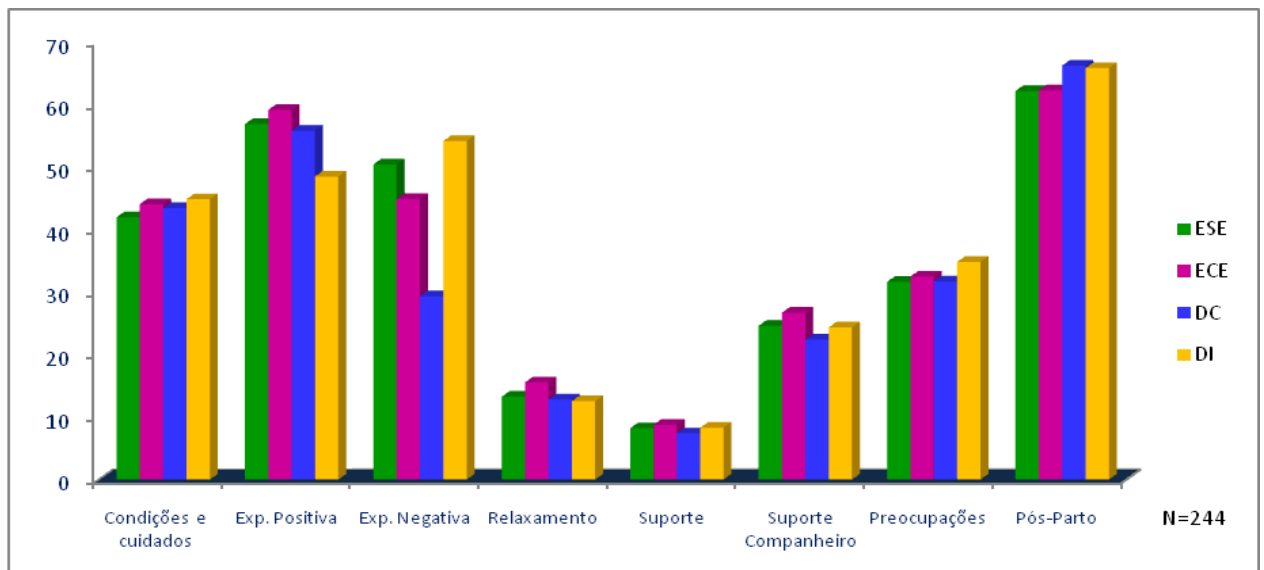


Figura 2: Médias do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto

Através do teste ANOVA, verificámos que na escala QESP existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: Experiência Positiva ($F=9.334$; $p < 0.001$); Experiência Negativa ($F=33.450$; $p < 0.001$); Relaxamento ($F=6.162$; $p < 0.001$); Suporte ($F=3.440$; $p=0.018$); Suporte do Companheiro ($F=7.130$; $p < 0.001$) para um $\alpha=0.05$. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na subescala Condições e Cuidados Prestados nem na subescala Preocupações.

De acordo com o teste de Tukey, na subescala Experiência Positiva as diferenças verificam-se entre os grupos: ECE e DI ($p < 0.001$); ESE e DI ($p=0.002$); DI e DC ($p=0.006$). Deste modo, verificamos que a Experiência Positiva é significativamente inferior no parto distócico instrumental do que nos restantes.

Na subescala Experiência Negativa as diferenças encontram-se nos grupos: ECE e DI ($p=0.001$); ECE e DC ($p < 0.001$); ESE e DC ($p < 0.001$); DI e DC ($p < 0.001$). Ou seja, a Experiência Negativa é significativamente superior no parto distócico instrumental comparativamente com o parto distócico por cesariana e eutócico com epidural.

Para a subescala Relaxamento as diferenças verificam-se nos grupos: ECE e ESE ($p=0.033$), ECE e DI ($p=0.004$), ECE e DC ($p=0.001$). Portanto, o Relaxamento é significativamente superior no parto eutócico com epidural do que nos restantes.

Nas subescalas Suporte e Suporte do Companheiro as diferenças encontram-se nos grupos: ECE e DC ($p=0.014$ e $p<0.001$ respectivamente). Assim, o Suporte e o Suporte do Companheiro é significativamente superior no parto eutócico com epidural do que no distócico por cesariana.

No QESP Total existem diferenças estatisticamente significativas ($F=10.098$; $p<0.001$) para um $\alpha=0.05$. Estas diferenças verificam-se entre os grupos: ECE e DC ($p<0.001$); ESE e DC ($p=0.002$); DI e DC ($p<0.001$). Desta forma, verificamos que a antecipação do parto é significativamente mais negativa no parto distócico por cesariana comparativamente com as restantes. No entanto, na subescala pós-parto, em que se verificaram diferenças estaticamente significativas, o teste de Tukey não diferenciou entre que grupos.

Na figura 3 encontram-se as médias das subescalas MABS por tipo de parto.

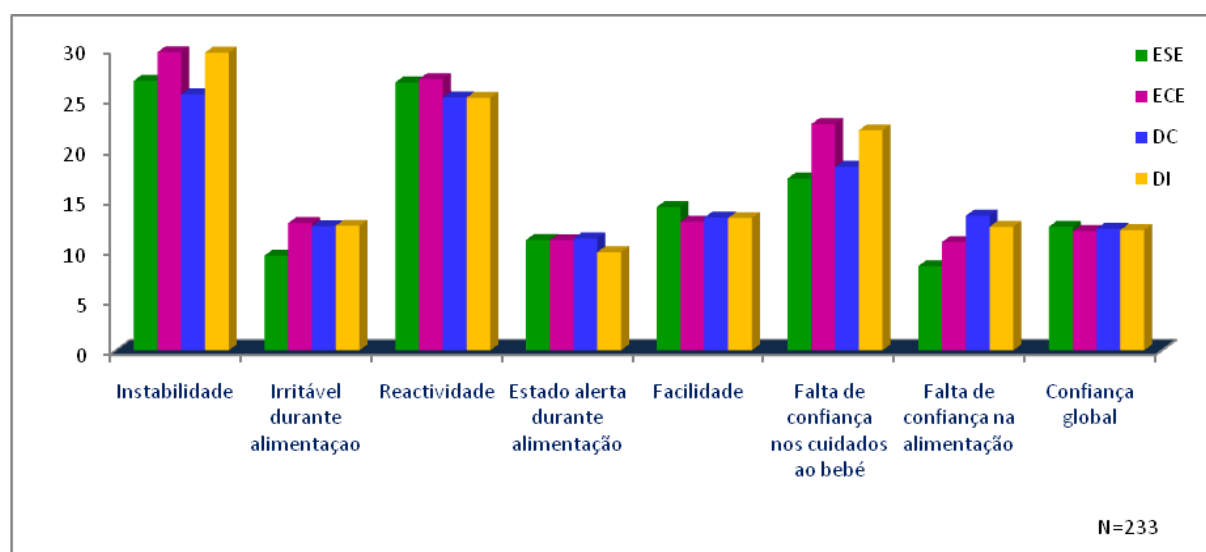


Figura 3: Médias do Mother and Baby Scales

Com recurso ao teste da ANOVA para a escala MABS, encontramos diferenças estatisticamente significativas na subescala Irritável durante a alimentação ($F=2.809$; $p=0.040$); na subescala Falta de confiança nos cuidados a prestar no bebé ($F=3.613$; $p=0.014$) e na subescala Falta de confiança para alimentar o bebé ($F=5.673$; $p=0.014$) para um $\alpha=0.05$.

De acordo com o teste de Tukey, na subescala Irritável durante a alimentação, verificam-se diferenças entre os grupos ESE e DI ($p=0.05$), ou seja, as mulheres que tiveram um parto distócico instrumental classificam os seus bebés como mais irritáveis.

Na subescala Falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé, as diferenças encontram-se entre os grupos ESE e ECE ($p=0.05$), logo, existe maior confiança para prestar cuidados ao bebé nas mulheres que tiveram um parto eutócico sem epidural.

Na subescala Falta de confiança para alimentar o bebé, estas diferenças verificam-se entre os grupos ESE e DI ($p=0.011$) e ESE e DC ($p=0.001$), portanto, verificamos que a confiança para alimentar o bebé é significativamente superior no parto eutócico sem epidural comparativamente com o parto distócico por cesariana e o parto distócico instrumental.

Nas restantes subescalas (Instabilidade, Reactividade, Estado de alerta e Facilidade), as mulheres não identificam diferenças em relação às reacções do bebé. Também na subescala que remete para a Confiança global, não se verificam diferenças significativas nos diferentes tipos de parto.

Discussão

Ao nível do ajustamento emocional da mulher verificamos que os valores de Depressão, Ansiedade e Stress de todas as mulheres estão abaixo da zona de risco, ou seja, todas as mulheres, independentemente do tipo de parto, estão ajustadas ao nível

psicológico; apesar das mulheres com parto distócico instrumental apresentarem valores significativamente mais elevados ao nível da ansiedade, não atingem zona de risco.

No que respeita à experiência e satisfação com o parto, não se encontraram diferenças significativas entre os quatro grupos em relação às expectativas, quanto às condições físicas e humanas da Instituição, nem em relação às preocupações quanto a si própria e ao bebé (confiança total).

Em relação à percepção do bebé e confiança materna, não há diferenças significativas na percepção dos comportamentos dos bebés nas áreas de Instabilidade, Reactividade, Alerta na alimentação e Facilidade, bem como na confiança materna global.

Assim, podemos dizer que, de um modo geral os nossos dados contrariam a literatura sobre esta temática. Ressaltamos apenas que as mulheres com partos distócicos (DC e DI) são as que apresentam mais vivências negativas em torno do parto e são também as que tem mais inseguranças em torno de alguns cuidados prestados ao bebé, o que vai encontro com a literatura. Para uma melhor visualização da distribuição dos resultados onde se encontraram diferenças significativas consoante os tipos de parto, apresentamos as figuras 4 e 5 referentes às vivências positivas e negativas respectivamente.

Vivências positivas do ajustamento psicológico no puerpério (Figura 4):

- ✓ As vivências mais positivas estão associadas aos partos eutócicos;
- ✓ As mulheres que tiveram um parto eutócico com epidural evidenciam vivências mais positivas em relação ao parto, no entanto são as mulheres que tiveram um parto eutócico sem epidural que se destacam positivamente na relação com o bebé;

- ✓ As mulheres que tiveram um parto distócico por cesariana apresentam também valores significativos de satisfação com o parto (apesar de demonstrarem uma antecipação do parto mais negativa);
- ✓ Nas mulheres com parto distócico instrumental não se verificam vivências positivas com diferenças significativas em relação aos outros tipos de parto.

		ESE	ECE	DC	DI
QESP	Satisfação com experiência de	X	X	X	
	Relaxamento no TP e P		X		
	Apoio prestado por pessoas		X		
MABS	Bebês não irritáveis	X			
	Maior confiança na prestação de	X			
	Maior confiança para alimentar o	X			

Figura 4: Resumo das vivências positivas com diferenças significativas

Vivências negativas do ajustamento psicológico no puerpério (Figura 5):

- ✓ As vivências mais negativas acontecem nos partos distócicos com mais destaque para o distócico instrumental;
- ✓ As mulheres que tiveram um parto distócico instrumental têm valores mais elevados de ansiedade, o que revela maior fragilidade no ajustamento psicológico, descrevem mais medo e dor no trabalho de parto e parto e são elas quem percebe os bebês como mais irritáveis e têm menos confiança a alimentar o seu bebê;
- ✓ As mulheres que tiveram um parto distócico por cesariana são as que antecipam mais negativamente o parto; são também elas que se sentem menos apoiadas pelas figuras afectivamente significativas e que estão menos confiantes para alimentar o seu bebê (no entanto, apresentam valores significativamente elevados na satisfação com o parto);
- ✓ Parece-nos curioso que as mulheres que tiveram parto eutócico com epidural apesar de não descreverem nada negativo em torno da

vivência do parto se sentirem com menos confiança nos cuidados ao recém-nascido.

		ESE	ECE	DC	DI
DASS	Ansiedade				X
QESP	Medo e dor em relação ao TP e P				X
	Antecipação negativa do parto			X	
	Falta de suporte do companheiro e			X	
MABS	Bebês mais irritáveis				X
	Menos confiança na prestação de		X		
	Menos confiança para alimentar o			X	X

Figura 5: Resumo das vivências negativas com diferenças significativas

Implicações Práticas

Com base em tudo o que fomos descrevendo e discutindo parece-nos importante poder esquematizar como pensámos nas implicações práticas deste trabalho ao nível dos cuidados pré natais em completa articulação com todos os técnicos de saúde envolvidos no processo. Assim, apresentamos a figura 6 ilustrativa desta nossa reflexão:

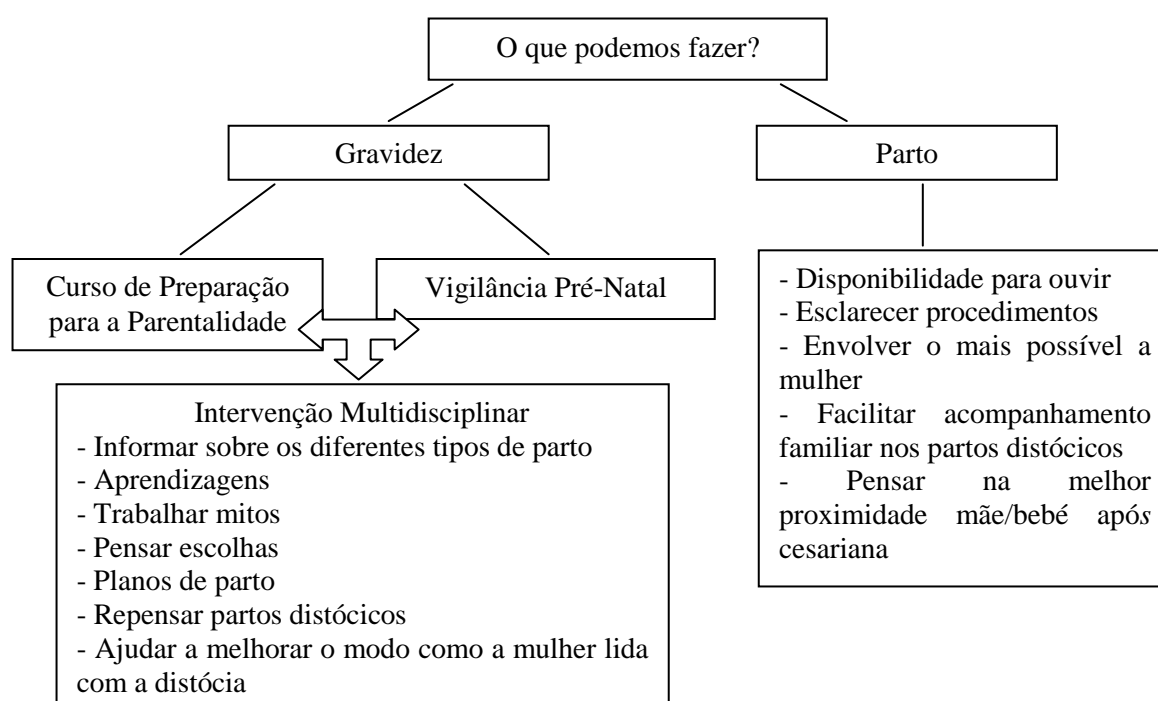


Figura 6: Implicações práticas

Limitações

Não podemos deixar de fazer alusão a algumas limitações do nosso estudo que julgamos importantes destacar:

- Amostra apenas constituída por utentes da MAC o que não permite generalizações dado que apenas trabalhamos num contexto muito específico;
- A prova MABS, de origem Inglesa, não se encontra aferida para a população portuguesa o que implica algumas condicionantes na sua abordagem;
- A óbvia possibilidade de recusa de mulheres em colaborar no estudo, filtra desde logo a população dado que nos apercebemos que eram as “mais aflitas” e com “maiores dificuldades” as que não encontravam momentos para colaborar.

Referências

- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 8 (1), 49-66.
- Costa, R. A. G. (2004). Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Minho. 222 pp.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.

- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003b). Tipo de parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXVI (6), 265-306.
- Domingues, R., Santos, E. & Leal, M. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 20, (supl.1), S52-S62.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 203-217.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2005) O Antes e o Depois: expectativas e Experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), pp. 247-254.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doença*, 2004, 5 (2), 229-239.
- Wolke, D. (1995). Parents' perceptions as guides for conducting NBAS clinical sessions. IN Brazelton, T.B. & Nugent, J.K. "Neonatal Behavioral Assessment Scale", Mac Keith Press, London.

QUANDO A GRAVIDEZ NÃO ACONTECE: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA INFERTILIDADE

Vânia Lopes & Graça Pinto

Infertilidade: Definições e Conceitos

A infertilidade é definida pela Organização Mundial de Saúde como a incapacidade de conseguir uma gravidez após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas. Subdivide-se em infertilidade primária e secundária, consoante a ausência ou presença de uma gravidez anterior.

Em cada ciclo a possibilidade natural de cada casal conseguir engravidar ronda os 25%. Assim, em circunstâncias normais, 84% dos casais conseguem engravidar após 1 ano.

A prevalência da infertilidade é difícil de estimar e os dados nem sempre são concordantes mas, estima-se que afecte entre 15 e 20% da população em idade reprodutiva. Embora os últimos dados apontem para alguma estagnação nestes números, a procura dos Serviços de Saúde continua a aumentar. A elevada solicitação de cuidados parece encontrar-se associada à maior divulgação dos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) e uma maior aceitação da procura dos cuidados.

A resposta terapêutica aos casais inférteis conheceu uma enorme expansão nas últimas décadas. Um olhar retrospectivo indica que bastaram apenas alguns anos para que casais que não conseguiam engravidar naturalmente por condicionantes orgânicos, hoje tenham

uma resposta bastante diferenciada e uma esperança acrescida de virem a ser pais.

Um dos principais factores que exerce uma enorme influência na capacidade de procriar é a idade. O pico da fertilidade na mulher situa-se nos 25 anos e diminui progressivamente após os 30 anos. Entre os 35 e os 40 anos um terço das mulheres tem problemas de fertilidade e entre os 35 e os 44 anos o risco de infertilidade é duas vezes superior comparativamente com as mulheres que têm entre os 30 e os 34 anos.

A idade da mulher é determinante quer no risco de infertilidade quer no sucesso dos tratamentos de PMA, com o qual tem uma relação inversa. No homem existem ligações mais ténues e nem sempre confirmadas, não havendo uma limitação temporal tão definida e tão unânime.

Na reprodução a idade da mulher é um factor determinante e incontrolável, mas não é o único. A história de anomalias menstruais, as alterações significativas de peso, as infecções sexualmente transmissíveis, a doença inflamatória pélvica, o consumo de tabaco, álcool ou drogas e a exposição a poluentes ambientais, são aspectos que não facilitam por si só a fertilidade. O ritmo de vida acelerado, o stresse, e as profissões de risco nomeadamente pelo contacto permanente com elevadas temperaturas e produtos de toxicidade elevada, funcionam igualmente como ameaças à fertilidade

Estes aspectos podem afectar quer o elemento feminino quer o elemento masculino. E se até recentemente se pensava que a mulher seria a única “responsável” pela infertilidade, esse mito desfez-se com a revelação de prevalências semelhantes entre as alterações espermáticas (aproximadamente 40%) e os factores femininos. Nas mulheres pela complexidade do sistema reprodutor, as dificuldades

podem encontrar-se em diferentes níveis: alterações tuboperitoneais, alterações uterinas ou disfunções ovulatórias.

A etiologia da infertilidade pode resultar de uma combinação entre factores femininos e masculinos, mas também pode ser impossível de explicar após extensivos exames clínicos, sendo então designada como infertilidade inexplicada ou de causa desconhecida. Parece assim que ainda há um longo caminho a percorrer na investigação em torno da infertilidade.

A abordagem médica da infertilidade implica o cruzamento de diversos factores no sentido de procurar um diagnóstico preciso e ajustar a intervenção terapêutica, sendo por isso essencial uma investigação exaustiva da história médica e sexual do casal e diversos exames complementares.

A história médica deve contemplar a história menstrual da mulher, os antecedentes de dor, infecção ou cirurgia pélvica, a história obstétrica, nomeadamente abortos e curetagens, a função hipofisária, tiroideia e suprarenal, sendo importante explorar no homem a presença de trauma, cirurgia ou infecção, a caracterização da profissão e a história de hábitos.

Para além da consulta médica com o casal é importante a realização de exames objectivos, nomeadamente um exame geral sumário, um exame ginecológico e um exame urológico, se os antecedentes do homem o justificarem. A avaliação masculina implica a realização de um espermograma. É frequente a necessidade de realização de exames específicos como a histerossalpingografia e a histeroscopia para a caracterização do factor uterino e tubário.

Enquadramento Psicossocial da Infertilidade

“Mudam-se os tempos mudam-se as vontades”. Esta expressão aplica-se na perfeição a toda a contextualização que envolve a fertilidade. Presentemente um filho é encarado como um bem precioso que apenas é desejado em pleno quando alguns requisitos se encontram cumpridos, essencialmente no que concerne à estabilidade profissional e financeira. Assim, hierarquicamente embora um filho seja o objectivo central de vida do casal é também aquele que conta com exigências mais elevadas.

Por todo este investimento, começa a antecipar-se o sofrimento que pode decorrer caso não seja possível o cumprimento do objectivo da parentalidade, quando desejado.

Desde a percepção da dificuldade conceptiva até à resolução da mesma há geralmente um percurso moroso que pode levar anos. Pode existir um enorme hiato temporal entre a necessidade de concretização do projecto de parentalidade associado geralmente ao desejo de parentalidade e a chegada de um filho.

É um percurso extremamente incerto dado que uma gravidez pode suceder pouco tempo após o início das tentativas, sem ajuda técnica ou em última instância não suceder ao fim de vários tratamentos de PMA. Geralmente é um percurso com início mas sem perspectiva concreta de final.

Pode ser também a primeira grande contrariedade da vida de um casal, a primeira grande frustração, um aspecto que pela primeira vez não é passível de controlo.

Há ainda um contexto social que pressiona porque é esperado que um casal após algum tempo de vida em comum tenha um filho. De

facto, é um objectivo que vem cumprir não só o desejo dos futuros pais, mas igualmente dos outros familiares próximos, que dependem da chegada desse novo elemento, para realizarem o seu papel de avós, de tios ou outras ligações significativas. A urgência é particularmente comum nos futuros avós, que estão a entrar numa fase do ciclo de vida que implica reestruturações e onde começam a surgir algumas limitações, tornando-se fundamental a introdução de novas esperanças. Embora não dependa dos avós o nascimento dos netos, maioritariamente existe um grande desejo que aconteça rapidamente, pelo que é exercida alguma pressão sobre os filhos, na tentativa destes poderem cumprir um desejo de todos.

A impossibilidade de ter um filho e a percepção de que é uma esfera que ultrapassa o domínio privado do casal podem funcionar como potenciais focos de vulnerabilidade.

A infertilidade pode ter diversos efeitos emocionais na vida do casal¹, que por sua vez podem não ser facilitadoras da ocorrência de uma gravidez. Destacam-se: o desânimo, ilustrado por comentários frequentes na vertente clínica como “para quê continuar a trabalhar imenso se não tenho filhos”, frustração, “todos conseguem menos eu”, culpabilidade associada muitas vezes ao castigo cristão “se não tenho é porque Deus não quer”, choque/ negação “nunca pensei que isto me pudesse acontecer”, ansiedade, perda de controlo “ agora que tenho estabilidade, tudo para acolher um filho, não consigo”, baixa auto-estima “não valho nada, nem um filho consigo ter”, implicações com a identidade e representação de uma falha narcísica.

Segundo alguns autores² a vivência psicológica da infertilidade tem diversas fases, análogas a um processo de luto, inerente à perda de uma fertilidade que se esperava sem dificuldades, designadamente:

- Fase de negação – Quando os casais estão há algum tempo a tentar engravidar sem sucesso mas têm a esperança de vir a conseguir, existe um aumento da consciência relativamente à dificuldade em engravidar até que com o passar dos meses o medo aumenta e favorece o pedido de ajuda médica.
- Fase de mobilização – Corresponde ao primeiro passo dentro do contexto médico. Quando os casais começam a fazer exames, embora saibam da possibilidade da infertilidade um diagnóstico positivo vai provavelmente representar um choque e uma descrença. Os problemas podem começar a emergir na relação de casal face à primeira perda decorrente da infertilidade: uma concepção sem problemas
- Fase de imersão – Respeita ao período em que os casais chegam às Consultas de Apoio à Fertilidade. É um período particularmente exigente e complexo, porque implica exames exaustivos e tratamentos médicos. Funciona como uma etapa de transição em que ainda não se conseguiu engravidar, em que o projecto permanece em suspenso, sem possibilidade de viragem da página da vida para a parentalidade. Os casais oscilam entre a esperança de conseguir e o desespero de não ter um filho, passam por procedimentos médicos morosos, perdem a privacidade e o controlo do seu corpo. Os procedimentos técnicos acabam por abordar e interferir com uma vertente tão íntima como a sexualidade. Os casais passam pelo sofrimento relativo à possibilidade de não terem um filho, sendo uma fase particularmente exigente na vida de um casal. No final desta fase, a impossibilidade de ter filhos pode viabilizar a recomendação da utilização de gâmetas de dador, o que pode ser aceite com alguma naturalidade, ou como uma equação complexa entre as questões pessoais e sociais. Os casais que experimentam repetidas falhas no

tratamento começam a desesperar por terem um filho geneticamente relacionado.

- Fase de resolução – Começa a delinear-se quando se perspectiva o final dos tratamentos médicos, o luto por um filho geneticamente relacionado e a focalização noutras possibilidades de vida tais como a adopção ou a vida sem filhos.

- Fase do legado – Engloba a etapa derradeira do percurso do casal infértil e implica o balanço da experiência da infertilidade, que pode ter efeitos devastadores ou por outro lado pode representar um forte caminho para a maturidade devido às dificuldades encontradas.

Este é um trajecto emocional que, felizmente, os casais nem sempre percorrem até ao fim. Grande parte das vezes conseguem ter filhos geneticamente relacionados embora, ainda assim, a experiência no âmbito da infertilidade adquira sempre uma significação no ciclo de vida do casal. A vivência deste percurso e o seu simbolismo também vão variar em função das estratégias pessoais e características de personalidade.

Contudo, existem alguns factores de risco para uma vivência patológica deste percurso³. Ser mulher constitui por si só um factor de risco na vivência da infertilidade. O tipo de infertilidade é também um factor determinante. A infertilidade primária, ou seja quando não existem filhos na presente relação de casal é um aspecto de risco na vivência patológica da situação. Uma vivência mais negativa da infertilidade pode ainda suceder quando a parentalidade é encarada como objectivo de vida central e muitas vezes único, quando se utilizam estratégias de coping de evitamento, como é o caso do pensamento mágico e quando existem antecedentes psicopatológicos como a depressão, ansiedade ou stresse e reacções exacerbadas anteriores a outros acontecimentos de vida significativos.

As relações conjugais instáveis podem constituir um factor de risco suplementar. Na prática clínica os casais manifestam frequentemente que a dificuldade conceptiva veio piorar a relação e têm esperança de que a chave para a resolução das dificuldades está na chegada de um filho. Tendem a descurar as implicações e intensos desafios que um filho traz à vida de um casal, havendo um olhar parcial na medida que atribuem à infertilidade a principal razão do desconforto, embora muitas vezes esse mal-estar esteja muito para além da incapacidade conceptiva.

O baixo suporte social bem como a existência de uma enorme pressão social e de circunstâncias que recordem constantemente a infertilidade, podem funcionar como aspectos pouco facilitadores.

Relativamente à fase de tratamentos os factores de risco incluem os efeitos secundários dos medicamentos, como as alterações de humor, as ameaças a uma gravidez, como a perda embrionária, os insucessos em tratamentos anteriores e os momentos de tomada de decisão como o início ou a finalização dos tratamentos.

Por todas estas particularidades da vivência da infertilidade torna-se essencial a abordagem psicológica dos casais com problemas de fertilidade.

Intervenção Psicológica na Infertilidade

Na Maternidade Alfredo da Costa realizamos por protocolo uma consulta psicológica com o casal em dois momentos cruciais⁴, aquando do início do processo e antes da realização de tratamentos de procriação medicamente assistida. O objectivo central da consulta é verificar o ajustamento emocional do casal e as estratégias utilizadas para lidar com a situação.

A consulta psicológica inicial consiste numa entrevista clínica que pretende averiguar o percurso do casal, nomeadamente a duração da infertilidade, o percurso do pedido de ajuda até chegarem à MAC, a vivência da infertilidade no que concerne a cada um dos elementos e ao casal, a presença de preocupações, medos, fases difíceis, o desejo de parentalidade, a importância de um filho para o casal e o imaginário de um filho. É também necessário avaliar a dinâmica de casal, se existe comunicação, ou se cada um dos membros vive isoladamente a situação, o enquadramento social e familiar, as expectativas para o processo e o equacionar de perspectivas de futuro, caso não seja possível um filho biológico.

Para complementar a entrevista são utilizados dois testes psicológicos, uma escala de ansiedade e depressão, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e o Questionário sobre Fertilidade e Qualidade de Vida (FERTIQOL).

Esta consulta psicológica pretende perceber a vivência emocional da situação e obter um conhecimento dos processos psicológicos do casal. A entrevista pode por si só ser terapêutica, na medida em que fornece um espaço para que o casal possa partilhar a vivência pessoal. É uma consulta de extrema importância porque permite identificar precocemente as situações que necessitam de acompanhamento psicológico e desmistifica os medos da consulta de psicologia, levando a que os casais possam identificar o seu mal-estar e a possibilidade de recorrer à consulta em caso de necessidade.

A consulta de psicologia não pretende avaliar os casais no sentido de os incluir ou excluir do processo. Procura fornecer um suporte emocional para uma experiência potencialmente difícil, embora existam casos em que é importante trabalhar com o casal no sentido

de ponderar o enquadramento mais favorável para a chegada de um filho.

Com base na primeira consulta é então delineada a proposta terapêutica, pode perceber-se que pelo ajustamento emocional o casal não necessita de seguimento, o casal pode necessitar mas não se encontrar receptivo ao mesmo, pode ser necessária uma entrevista psicológica no seguimento do processo, uma psicoterapia individual ou uma psicoterapia de casal.

As entrevistas psicológicas de seguimento são realizadas nos casos em que é importante pontuar o avançar do processo, perceber a adaptação do casal à mudança, ou quando aguardam novas informações médicas, como o resultado dos exames de diagnóstico ou o encaminhamento terapêutico, nomeadamente a necessidade de procriação medicamente assistida.

No decorrer da consulta inicial ou nas entrevistas de seguimento pode verificar-se a indicação para psicoterapia. Entre as problemáticas mais frequentes estão as perturbações adaptativas, os quadros de ansiedade, depressão e problemas na relação.

A psicoterapia de apoio individual está indicada nos casos em que existem indicadores de sofrimento pessoal, nomeadamente mal-estar pessoal ou sintomatologia ansiosa, associada a um objectivo não conseguido, ao tempo de espera ou à dependência de técnicos. A sintomatologia depressiva geralmente associa-se à desvalorização pessoal, baixa auto-estima e desinteresse.

Por outro lado, a psicoterapia de apoio ao casal está indicada quando se verificam dificuldades na dinâmica de casal. Permite a abertura comunicacional, permite um conhecimento aprofundado da visão do/a companheiro/a, possibilita a negociação e o respeito da posição do

outro, assegurando que ambos dispõem de informações necessárias às várias decisões a tomar ao longo do processo.

Por vezes existem questões pessoais de base que necessitam de intervenção prévia para que seja possível trabalhar na dinâmica de casal.

Deve destacar-se que em todo o caso, a psicoterapia de apoio pretende facilitar a expressão emocional, proporcionar uma escuta empática, identificar a causa da dificuldade emocional, através de um conhecimento aprofundado. Pretende ainda ajudar o utente ou o casal a conseguir uma melhor qualidade de vida, promover e melhorar a adaptação psicológica, reforçar as capacidades e a auto-estima, facilitar decisões conscientes e facilitar o desenvolvimentos de projectos ajustados à situação.

Segundo uma revisão de literatura que incluía estudos com intervenções controladas levada a cabo por Hammerli e colaboradores em 2009, concluiu-se que as intervenções psicológicas com pelo menos 6 sessões têm maior efeito na saúde mental e nas taxas de gravidez. O mesmo estudo revelou que as intervenções psicológicas são particularmente eficazes no aumento das taxas de gravidez dos utentes que não recorrem a PMA, pelo que os autores sugerem que a intervenção psicológica pode constituir um tratamento alternativo para utentes que não estão propostos para esse tipo de procedimentos⁵.

Conclusão

A infertilidade enquanto acontecimento indutor de stresse pode funcionar como um risco de desorganização emocional mas também

como uma excelente oportunidade de amadurecimento e crescimento pessoal.

Apesar das vicissitudes introduzidas pela infertilidade a vivência da mesma é muito variável e essencialmente preocupante quando recai sobre outras vulnerabilidades.

Assim, mais do que o perfil da pessoa com problemas de infertilidade, existem pessoas que na sua singularidade e perante as suas características de personalidade têm mecanismos próprios para lidar com situações adversas.

Referências

Stanton A, Dunkel-Schetter C. Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research. New York: Plenum Press, 1991.

Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf C, Weinshel M. Couple Therapy For Infertility. New York: The Guilford Press, 1999.

Moreno A, et al. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. Sociedad Española de Fertilidad, 2008.

Faria C. Aspectos Psicossociais do Casal Infértil. In A. Moreira (Org.) Andrologia Clínica, 2000. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia. 163-170.

Hammerli K, Hansjorg Z, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. Human Reproduction Update 2008, 15(3), 279-295.

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E ANOMALIAS FETAIS: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO SERVIÇO DE GENÉTICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Alexandra Sá Leonardo

Com o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico pré-natal, é hoje possível identificar anomalias, numa fase muito precoce do desenvolvimento humano: fase fetal. O diagnóstico pré-natal permite revelar anomalias, síndromes, mutações, alterações genéticas, doenças congénitas ou tardias, antes mesmo do nascimento; permite informar os casais acerca de prognósticos e confrontar o casal com decisões complexas, como a continuação ou a interrupção de uma gravidez em curso. O diagnóstico pré-natal é considerado, por isso, uma revolução na história da medicina.

Na maioria dos casos, é no segundo trimestre que os resultados das técnicas de diagnóstico pré-natal são conhecidos, fase em que a mulher habitualmente já cumpriu, na classificação de Colman e Colman (1994), a tarefa da aceitação da gravidez e a tarefa da aceitação da realidade do feto. Se a grávida já tinha a percepção dos movimentos fetais quando recebe os resultados, então já acontecia uma espécie de comunicação entre ela e o feto. Esta comunicação pode ser sentida com grande prazer pela grávida, como se o futuro bebé “falasse” com ela e a pudesse reconhecer como sua futura mãe. A diferenciação feto/ grávida por um lado (sem perda ao mesmo tempo da identificação com o feto) é a razão pela qual a grávida fala com o seu bebé, nesta fase da gestação, lhe atribui gostos e vontade

próprios. A partir daqui, é atribuída ao feto uma intenção própria. Esta fase foi denominada fase de diferenciação, pelos autores Colman e Colman (1994) e por Raphael-Leff (2001); fase de individualização, por Brazelton e Cramer (1993); fase de incorporação/diferenciação fetal, por Burroughs (1995).

As técnicas de diagnóstico pré-natal ocorrem na etapa mais dinâmica do processo de representação mental do bebê pelos seus futuros pais e podem contribuir para essa construção imaginária. A partir das ecografias, por exemplo, o casal vê o feto parecer-se cada vez mais com a forma humana. É nesta fase que os progenitores esperam conhecer o sexo do bebê, imaginam nomes para ele e começam a organizar o espaço lá de casa para o receberem. Serge Lebovici (1993), psiquiatra e psicanalista francês, diz-nos:

Todos nós fomos, durante a vida intra-uterina, o bebê imaginário dos nossos pais e sobretudo das nossas mães (...). Ela pode temer que ele tenha uma doença ou uma malformação mas, mesmo assim, ela planeia a futura biografia dele (p. 265).

Não será de estranhar, portanto, que o casal fique em choque quando descobre que o bebê real não corresponde ao bebê saudável imaginário (porque tem uma anomalia ou malformação, um diagnóstico de doença genética ou outra, uma anomalia/mutação genética herdada ou de novo).

É nesta fase que o psicólogo clínico do serviço de Genética é chamado a intervir e a fazer parte da equipa da consulta de Aconselhamento Genético. Naquela consulta, os progenitores podem obter informação relativa ao diagnóstico, história natural da doença e eventual terapêutica, o modo de transmissão de uma doença familiar e riscos de recorrência, os riscos e limitações dos métodos de diagnóstico pré – natal. Nas palavras de Roelofsen e colegas (1993):

À medida que a tecnologia se torna mais complexa, o aconselhamento tem, paralelamente, de se desenvolver. Não é fácil lidar com informação médica e técnica, fazer uma avaliação dos resultados destes testes e decidir em função deles. O Aconselhamento Genético tem de providenciar a informação necessária e óptima, ajudar o indivíduo na interpretação dos riscos, a lidar com eles e a prevenir preocupações e ansiedades desnecessárias, bem como estimular opções individuais (p.746).

O objectivo principal do Aconselhamento Genético é permitir que o casal tome decisões informadas. Isso justifica-se a dois níveis: eticamente, porque respeita o princípio da autonomia do casal, e psicologicamente porque o prepara também para os possíveis resultados e consequências. Os profissionais parecem estar de comum acordo no que respeita à não - directividade do Aconselhamento Genético (nesse sentido a expressão “aconselhamento” tem de ser aqui esclarecida: não se trata de dar conselhos médicos).

Ainda que o Aconselhamento Genético seja dirigido ao casal, na prática é a mulher que se responsabiliza pelas decisões na área materno - fetal. Da nossa observação, as grávidas procuram o apoio dos companheiros, mesmo que sendo elas as responsáveis pela decisão última, e quem assina o termo de consentimento. Da nossa experiência directa com os casais, percebemos que aos companheiros é, na maioria das vezes, solicitado um papel activo na decisão.

Depois desta exposição, fica evidente a importância de integrar na equipa de Aconselhamento Genético, o psicólogo clínico. Este profissional deve acompanhar a grávida, preferencialmente o casal, nas diferentes fases deste processo. Pode colocar-se a necessidade

de apoiar a grávida e seu companheiro na tomada de uma decisão relativamente às técnicas de diagnóstico, colaborar no processo psicológico de aceitação do bebê quando encontradas anomalias fetais e ainda o apoio terapêutico aquando de uma interrupção terapêutica da gravidez (ITG). Esta necessidade de acompanhamento psicológico já foi reconhecida no nosso programa nacional de diagnóstico pré-natal, e é neste contexto que exercemos funções no serviço de Genética Médica do Hospital de Santa Maria.

Gostaria agora de focar o grupo de utentes que passa pela experiência de uma ITG, uma vez que entre 2001 até à data, acompanhámos, no Serviço de Genética, mais de 200 casais que foram confrontados com diagnósticos pré-natais de mau prognóstico como trissomias (21, 18, 13), defeitos do tubo neural, anomalias várias, doenças hereditárias (Paramiloidose Familiar, doença de Huntington), entre outras, que optaram pela interrupção da gravidez (após obtida a aprovação da Comissão Técnica para a Certificação da Interrupção Terapêutica da Gravidez do Hospital de Santa Maria).

Decisões de ITG

Em 1996, Harriet Drake que pertence ao Psychology and Genetics Research Group da Universidade de Londres, com as colegas Theresa Marteau e Margaret Reid da Universidade de Glasglow, organizaram um estudo que comparava as opiniões de diferentes grupos, de três países (Portugal, reino Unido e Alemanha) acerca de uma ITG para nove situações de anomalias fetais. Os grupos eram: geneticistas, obstetras, grávidas e “leigos” (sujeitos da população geral). Para avaliar as atitudes (intenção) de fazer ou não uma ITG, era-lhes questionado se fariam uma interrupção de gravidezes em que se tinham detectado anomalias físicas e/ou cognitivas, que variavam

na severidade e também na idade de expressão, a saber: fenda labial/palato; espinha bífida; anencefalia; fibrose quística; doença de Huntington; doença de Alzheimer; Síndrome de Turner; Síndrome de Down e Síndrome de Klinefelter. Concluiu-se que a maioria das pessoas, independentemente dos grupos ou países, decidiria fazer uma ITG, para os casos de anencefalia, síndrome de Down e espinha bífida, por oposição à fenda labial/palato, à doença de Alzheimer, síndrome de Turner e síndrome de Klinefelter. Portanto, são as anomalias com prognóstico mais grave/limitativo da vida da criança, com implicação na autonomia e esperança média de vida, que parecem ser preponderantes para a decisão de uma ITG, nos diferentes países. Verificou-se também que os profissionais de saúde têm uma motivação mais positiva para a ITG do que os “leigos”. Isto pode estar relacionado com variados factores. Por um lado, é preciso lembrar que de se está a avaliar uma intenção, mais do que uma decisão real; segundo, os médicos têm um contacto directo com as diferentes anomalias e, portanto, podem ter uma percepção de maior gravidade das diferentes anomalias. Há ainda a hipótese de os médicos terem uma avaliação mais positiva dos serviços obstétricos do que os leigos.

O impacto psicológico da ITG

O psicólogo Rocha (2010) fez uma avaliação do impacto emocional a longo-prazo da ITG nas mulheres portuguesas, a partir de diferentes centros obstétricos nacionais. Entre os autores participantes encontra-se a colega anfitriã, a Dra. Maria de Jesus Correia. Também o nosso serviço colaborou neste estudo, porque incluiu as senhoras do Serviço de Genética do Hospital de Santa Maria. O colega Rocha procedeu a uma avaliação em três fases: quinze dias depois da ITG; seis meses

depois da ITG e sete anos depois (o que corresponde ao presente ano). Foi possível concluir neste estudo que, entre a primeira e segunda fase de avaliação, tinha havido um decréscimo significativo dos níveis de depressão (avaliado pelo Beck Depression Inventory), não se tendo verificado o mesmo decréscimo após sete anos. Mas o que gostaria de reforçar aqui, sobretudo, foi um outro achado: este estudo permitiu demonstrar de forma mensurável que, mesmo depois de sete anos, se encontravam evidências da ITG enquanto um acontecimento de vida de impacto traumatizante (avaliado pelo Impact of Event Scale), com consequências que se fazem repercutir continuamente na vida da mulher.

Estes dados estão de acordo com outros estudos. Em 2007, um estudo desenvolvido na Alemanha revelava que a ITG pode ser um acontecimento de vida de impacto major na vida da mulher, originando quadros psiquiátricos e processos de luto complicado para algumas mulheres, mesmo depois de catorze meses da expulsão. Entende-se por luto complicado aquele que cumpre com os critérios definidos por Horowitz e colaboradores (1997), entre estes: sintomas intrusivos, por exemplo, memórias ou fantasias intrusivas relacionadas com a pessoa; e sintomas de evitamento e falha de adaptação, como sentimento de estar distante de tudo ou estar vazio, após catorze meses da expulsão.

O luto

Todos os processos de luto obrigam à tarefa dolorosa de relembrar a pessoa querida no sentido de se dar uma separação daquela enquanto pessoa real, em interacção. A morte perinatal apresenta o desafio especial de fazer um processo de luto em que não existem memórias de interacção.

A equipa de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria que dá assistência a estes casos está preparada e formada para poupar a mulher à exposição do feto, após a sua expulsão. Vários casais afirmam que preferem não ter uma imagem visual do feto, impossível de esquecer depois. A literatura, porém, não sustenta esta posição, defendendo que só depois de concretizado e tomado por real, se pode esquecer e dar início ao luto do feto. Alguns casos da nossa prática clínica sustentam esta posição.

Caso 1: Recordo aqui o caso de uma jovem adulta que fez o pedido de ver o feto. Esta mulher tinha vivido a experiência anterior de duas perdas, do seu pai e uma grande amiga, com lutos muito dolorosos, na verdade patológicos, porque não evolutivos. Em ambas as situações a jovem não tinha concretizado o corpo dessas pessoas. O seu pai era pescador e havia morrido em alto mar, o seu corpo nunca fora recuperado. No caso da sua grande amiga, ela tinha falecido de repente, numa ocasião em que a utente estava ausente do país, numa viagem prolongada ao estrangeiro, não tendo sido possível a sua presença no ritual fúnebre. Não estranhamos portanto a necessidade de esta jovem adulta ver o bebé até aqui fantasiado, para depois poder finalmente separar-se dele.

Se a gravidez é, por si só, uma experiência rica em fantasias e fantasmas, e se o bebé é mais fantasiado do que real, numa situação em que se encontram anomalias fetais, este bebé ganha uma nova representação mental para a mulher e para o homem. Se por um lado algumas destas mulheres parecem evitar ver o feto porque o representam como algo “defeituoso” ou “monstruoso”, também há casos em que pode permitir alívio.

Caso 2: Há cerca de um mês apoiei um casal, ambos com idades inferiores a 30 anos, que decidiu fazer uma interrupção, porque o feto

tinha graves defeitos do tubo neural, perfeitamente visíveis, mesmo para alguém leigo. Em contacto posterior com o casal, como faço sempre, eles verbalizaram que estavam aliviados com a decisão que tinham tomado, porque concretizaram a gravidade da situação, depois de verem o feto. Ou seja, o facto de terem observado o feto permitiu-lhes concretizarem-no como bebé imperfeito, por oposição àquele que é fantasiado, o bebé saudável, e isso tornou mais real a gravidade da anomalia aliviando o casal de culpa e facilitando o processo de luto.

O luto numa perspectiva do casal

Em geral, as investigações apontam para um processo de luto mais lento e mais intenso nas mulheres do que nos seus companheiros (Meyerstein, 2001). É chamado o luto incongruente (Peppers & Knapp, 1980). Estas dissonâncias, ao contrário do que se possa pensar, podem ser, até certo limite, uma função protectora da dinâmica do casal que desta forma se mantém ligado.

Segundo Klass (1988), a morte de um filho tem um efeito paradoxal na relação do casal porque assim como pode causar um efeito de estranheza (estrangement) entre ambos, também pode reforçar o vínculo entre eles.

Smart (1992) descreveu três padrões de ajuda: a) mutuamente apoiantes; b) o marido como o primeiro apoiante; c) apoio mútuo de baixo nível. Da nossa experiência clínica, os homens são os principais apoiantes das mulheres nestes processos de luto, e são também quem menos recebe esse apoio por parte dos outros. Em geral, a comunidade espera que sejam os homens a apoiarem as mulheres e os próprios sentem que têm esse papel.

Caso 3: Há uns anos fui chamada a ver uma senhora em internamento que havia perdido o seu bebé no terceiro trimestre da gravidez, sem que alguma vez se tivesse concluído acerca do diagnóstico. A mulher foi verbalizando o sentimento de falta do apoio do marido, reclamando que ele estava a desviar o suporte da rede alargada, familiares e amigos, sobre si. Dizia que ele chorava e que tinha um discurso de vítima. Ela, que já se sentia desvalorizada no seu papel de maternidade, tomou isto como um ataque à sua feminilidade, como se lhe fosse negado o processo físico a que tinha sido sujeita. Esta senhora veio sozinha a algumas consultas e este casal acabou mesmo por se separar.

Caso 4: Mais recentemente apoiei um casal que decidiu fazer uma ITG devido a síndrome de Down. O casal esteve sintónico durante a decisão e o internamento, até à fase posterior, já depois do regresso a casa. Nas sessões que se seguiram, o casal foi-se revelando mais afastado. Ele queixava-se que ela não evoluía, como se estivesse a fazer um culto ao bebé perdido. Ele começou a sentir que a mulher estava a viver isoladamente e a desligar-se dele e do filho que já tinham. A senhora dizia-se incapaz de esquecer (fazer o luto) ao ritmo que o marido exigia. Ele não se preocupava em ter outro filho, estava sim inquieto com o sentimento de estar a perder a família que sempre teve. A senhora estava mais resistente em aceitar que não tivessem outro filho, mas com muito medo de nova perda.

Este feto que não nasceu passa a ser não- nomeável e vai ter o poder de assombrar o sonho do próximo bebé, aquele que ainda não foi concebido. Ajudar os casais a partilharem o luto (entre si, entre a rede familiar e com a comunidade) passa por tornar nomeável este feto, torná-lo real e aceitar a sua perda para salvar a representação de um novo bebé imaginário.

Silvestre e Fresco (1980), referiram-se ao diagnóstico pré-natal como uma “revolução” que se fez insurgir na área da medicina/obstetrícia, mas sobretudo na história reprodutiva de um casal. O diagnóstico pré-natal levanta novos desafios à psicoterapia de casal.

A ITG e a psicoterapia psicanalítica do casal: modelo genealógico de Benghozi

No modelo genealógico de Benghozi a família é, metaforicamente, uma rede formada de vínculos (2009, 2005, 1997, 1996) que se cruzam na vertical (vínculos filiativos) e na horizontal (vínculos afiliativos). Se, como Benghozi nos diz, o vínculo não é uma relação, então durante a gestação o casal pode já estar a fazer a construção de um novo vínculo filiativo com o bebê, mesmo antes de viver uma relação com ele. Coincidente com as técnicas de diagnóstico pré-natal, o casal está a fazer um trabalho de malhagem da rede familiar.

Benghozi diz-nos que esta malha tem uma função continente, no sentido de Bion, e que uma crise narcísica pode ser um ataque aos continentes familiares (Benghozi, 2003). Pensamos que a experiência de ITG é uma crise narcísica que ataca os continentes familiares: íntimo, privado e social da família, e que é uma crise narcísica individual e grupal.

Caso 5: Para exemplificar aqui o ataque narcísico individual vou dar o exemplo de uma mulher de 36 anos que depois de ter vivido a perda espontânea de três fetos, no primeiro trimestre das gravidezes, teve uma quarta gravidez de um feto que finalmente evoluiu para o segundo trimestre, mas que se verificou ser um síndrome de Down. Depois de uma ITG, esta mulher resolveu pedir apoio, uma vez que viveu as perdas sem as partilhar com amigos ou familiares. Numa certa sessão, já com 6 meses de apoio, esta mulher comentou comigo que considerava o útero como um frigorífico. Disse-lhe que

habitualmente ouvíamos ser comparado a um forno, onde as coisas crescem e pedi-lhe que me falasse um pouco mais daquela imagem. Começou por dizer que o frigorífico serve para manter os alimentos, para conservá-los. Mas de repente, recordou-se numa espécie de flash visual que, quando em criança, a sua avó tinha em casa um frigorífico que lhe dava imensa vergonha, porque estava desligado e era usado apenas como um armário onde se guardavam os objectos mais despropositados. Era um frigorífico que não funcionava e ela esperava que ninguém na aldeia descobrisse.

Apesar de o reconhecimento de o bebé que não nasceu ser fundamental para o trabalho de luto pelo casal, ele é muitas vezes não reconhecido. A ITG é um acontecimento que causa culpa e vergonha e por isso o bebé será não-nomeável, não-pensável, não-elaborável, não-confessável e pode precipitar um ataque aos vínculos intersubjectivos do casal, um buraco na malha familiar.

Considerando que os vínculos são veículos de transmissão intergeracional, o que acontecerá a este material psíquico não elaborado? Este material psíquico não pensável está longe de ser inócuo porque é transmissível e põe em risco a vinculação ao bebé que for concebido a seguir à perda. A gravidez que se segue a uma ITG é uma experiência que assume a função de memória do impensável familiar, assim como o novo bebé é memória do impensável feto perdido.

Em 2004, O' Leary chamou a nossa atenção para a perturbação da vinculação com o novo bebé quando o casal nega que mesmo depois de ter perdido um bebé tem um vínculo com ele. Este autor dá o exemplo dos fenómenos do síndrome de replacement child, em que a mulher vê no novo bebé o feto que perdeu, e o síndrome da criança vulnerável, porque o novo bebé saudável será sempre sentido como

frágil e desprotegido. Este material psíquico pode ser deslocado também sobre os filhos que já existiam e aparecer, por exemplo, sob a forma de uma angústia de perda do filho que é saudável. Portanto, o novo bebé ou os filhos anteriores podem herdar este material psíquico que não foi elaborado pela geração anterior, ocorrendo uma transmissão de tipo transgeracional (Benghozi, 2005).

Apoiar este casal significa tornar o bebé, que não nasceu, nomeável e confessável, contruir uma nova narrativa com o casal, salvar a capacidade de projectar um novo bebé imaginário. Por outras palavras, fazer uma re-malhagem da rede familiar (Benghozi, 2009). Disponibilizar suporte terapêutico ao casal significa, segundo este modelo genealógico de Benghozi, viver uma co-construção de uma função continente alternativa, um neo-continente grupal.

Referências

- Colman, A., & Colman, L. (1994). Gravidez: A experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
- Raphael-Leff, J. (2001). Pregnancy: The maturation phases In Psychological processes of childbearing. London: Chapman & Hall.
- Burroughs, A. (1995). Uma introdução à enfermagem maternal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (1993). A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar.
- Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: from filliation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272.
- Roelofsen, E., Kamerbeek, L., Tymstra, T.J., Beekhuis, J., & Mantingh, A.(1993). Women's opinions on the offer and use of maternal serum screening. *Prenatal Diagnosis*, 13, 741-747.

- Drake H., Reid M., Marteau T. (1996). Attitudes toward termination for fetal abnormality: comparisons in three European countries. *Clinical Genetics*, 49: 134-140.
- Rocha, J. C. (2010). Longitudinal evaluation 7 years termination of pregnancy (TOP) on the context of prenatal diagnosis (in press).
- Kersting A., Kroker K., Steinhard J., Ludorf K., Wesselman U., Ohrmann P., Arolt V. & Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *European Archives Psychiatry Clinical Neurosciences* 257: 437-443.
- Horowitz M.J., Sigel B., Holen A., Bonnanno G.A., Milbrath C. & Stinson C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiat*, 154: 7904-7910.
- Peppers., L., & Knapp, R. (1980). *Motherhood and mourning*. New York: Praeger.
- Meyerstein, I. (2001). A systemic approach to fetal loss following genetic testing. *Contemporary Family Therapy*, 23 (4): 385-402.
- Klass, D. (1988). *Parental grief: Solace and resolution*. Springer, New York.
- Smart, L. (1992). The marital helping relationship following pregnancy loss and infant death. *Journal of family issues*, March: 81-98
- Leon, I. (1986). Psychodynamics of perinatal loss. *Psychiatry*, 49: 312-324.
- Silvestre, D., & Fresco, N. (1980). Reactions to prenatal diagnosis: An analysis of 87 interviews. *American Journal Orthopsychiatry*, 50(4), 610-617.

- Benghozi, P.(2009). A traição como herança. Desconstrução e Neocontinente Narrativo- Tópica de um apoio transcontinente In Clínica Psicanalítica de Casal e Família. São Paulo: Santos Editora.
- Benghozi, P. (2005). Once upon a time...the Psychoanalytic Couple and Family Psychotherapy, EFPP, Stockolm.
- Benghozi, P.(1997). Conceptualisation et clinique de l'effraction: crise narcissique, corps groupal généalogique et attaque dès contenants identitaires In L' Effraction.Paris: Brocken M., L'Harmattan.
- Benghozi, P.(1994). Porte-a-honte et maillage dès contenants généalogiques familiaux et communautaires en thérapie familiale. Le groupe familial en psychothérapie. Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe, 22, Toulouse, Erès.
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. Arch Womens Ment Health 7: 7-18, p. 7-18.

INTERVENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA: UM CAMINHO PARA A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ

Sara Sereno & Maria José Alves

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba o sexo, identidades de género e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais; e influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental.

A palavra adolescência, etimologicamente, tem a sua origem na palavra latina *adolescere*, que significa crescer. Adolescente é, então, aquele que cresce ou está em fase de crescimento. A puberdade e as transformações corporais e hormonais constituem uma das características principais da adolescência, contribuindo para o desenvolvimento da identidade sexual de cada um, sendo muito importante nesta fase adquirir os conhecimentos que permitam conhecer o conteúdo desta transformação pubertária e limites desta mesma.¹

É necessário pois criar competências básicas gerais nos adolescentes que visem construir e reconhecer a sua identidade pessoal, cuidar de si de forma autónoma, ter uma capacidade crítica face às diversas situações, fazer escolhas adequadas e tomar as suas decisões, ou seja, criar competências para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, numa perspectiva global do desenvolvimento.

Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados, daí que a melhoria de um facilita a melhoria de outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração de outros. Assim, a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controle da fertilidade e à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade e todas as outras problemáticas inerentes à saúde sexual e reprodutiva.

Sendo a adolescência um período da vida essencial na formação e crescimento pessoal de todos os indivíduos, provocando alterações a nível físico, cognitivo, social, hormonal e emocional, é certamente uma fase de grande conflito interno e externo para todos aqueles que a estão a atravessar. Neste sentido, é fundamental o investimento em programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva dirigidos aos jovens que passam agora por estas transições, dificuldades e dúvidas, visto que aqueles que estiverem mais e melhor informados terão maiores e melhores possibilidades de reduzir significativamente o número de novos contágios de IST's como também de evitar uma gravidez não planeada e indesejada.

O Projecto

Os Psicólogos da equipa da Unidade da Adolescência (UA) com colaboração dos restantes técnicos da unidade estão desenvolver

desde Setembro de 2009 um projecto de Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) na Adolescência.

Este projecto nasce a partir do interesse demonstrado por algumas escolas, e dirigido à equipa da UA, no sentido de desenvolvermos nas escolas, acções de sensibilização nesta área. E, por outro lado, a crescente experiência clínica da Consulta de Grávidas Adolescentes da MAC fornece-nos dados estatísticos acerca da gravidez adolescente e interrupção voluntária da gravidez adolescente, que se revelam elevados e se traduzem numa situação de risco bio-psico-social. Percebe-se desta forma o elevado número de gravidez na adolescência contrastantes com a pouca e/ou inadequada informação ao nível da prevenção dos riscos associados à sexualidade.

Associam-se ainda outras necessidades identificadas, como as dificuldades de acesso a serviços de saúde e ao planeamento familiar (PF) por parte dos jovens; reduzido trabalho em rede na comunidade, e ausência de suporte técnico e especializado para implementação da Educação Sexual nas Escolas.

Nasce assim a possibilidade de desenvolver pontes Comunidade Escolar-Serviços de Saúde que nos parecem de particular relevo.

Após realização de algumas dessas sessões nas escolas, pareceu-nos mais interessante trazer os adolescentes à MAC; enquadrá-los no espaço e objectivos da UA (e sua equipa multidisciplinar) e desenvolver com eles as acções na própria MAC.

Quais os objectivos?

O objectivo geral deste projecto de intervenção é promover, através de sessões de sensibilização, uma vivência positiva, saudável e responsável da sexualidade durante a adolescência, fundamentando-

se em informação científica sobre as alterações psicológicas da adolescência, bem como sobre a sexualidade neste período de vida. Concretamente, o que nos preocupa são as situações de gravidez não desejada e de infecções sexualmente transmissíveis durante a adolescência, pelo que o objectivo principal é AGIR PELA PREVENÇÃO.

Acima de tudo, disponibiliza também um espaço, um rosto, um técnico com quem é possível abordar estas questões, promovendo uma articulação estreita entre as Escolas e a UA como um recurso privilegiado de esclarecimento, atendimento e aconselhamento em SSR.

É pretendido que este projecto contribua para que os adolescentes possam desenvolver o sentido do valor e dignidade da vida humana, construindo e garantindo o respeito por si próprios e pelos outros, tomando consciência de que a dignidade pela vida humana engloba inúmeros factores, entre eles as questões da saúde sexual e reprodutiva, pretende-se ajudar a descobrir o valor da sexualidade e que reflectam sobre o significado que esta tem na vida, para que assim a possam integrar na sua maturação emocional e também estabelecer relações saudáveis e gratificantes com todos os outros indivíduos da sociedade, adquirindo aptidões pessoais de autonomia e comportamentos responsáveis que lhes permitam ultrapassar com confiança e sucesso as dificuldades que lhes se depararem.

Em que consiste?

Este projecto de intervenção materializa-se, então, numa sessão de sensibilização para grupos de adolescentes, realizada semanalmente com os diferentes grupos de escolas ou instituições interessadas, com o objectivo de chegar ao maior número de jovens possível, no sentido

de passar informação científica e organizada sobre as alterações psicológicas da adolescência, bem como sobre a sexualidade neste período de vida.

Para o ano lectivo 2009/2010, foram celebrados protocolos com 5 escolas da área geográfica da MAC (Passos Manuel; Luísa de Gusmão; Luís de Camões; Filipa de Lencastre; Afonso Domingues).

Realizam-se sessões semanais de 2horas, com grupo de cerca de 20 adolescentes (entre 9º e 12º ano), recorrendo a metodologias activas, como visionamento de filmes, role-playing, trabalhos de grupo, dinâmicas de grupo, debate, brainstorming, etc.

Indicadores

No final da sessão, é desejável que os participantes aumentem e solidifiquem os conhecimentos acerca:

- Das várias dimensões e expressões da sexualidade;
- Das componentes anátomo-fisiológicas, psico-afectivas e socioculturais da expressão da sexualidade humana;
- Da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das suas diferenças individuais, com especial enfoque na adolescência;
- Dos mecanismos de reprodução e da necessidade de planeamento familiar;
- Dos métodos contraceptivos existentes;
- Dos riscos existentes ao nível da sexualidade;
- Dos recursos existentes para resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva.

Que desenvolvam atitudes:

- De aceitação do corpo sexuado, do prazer e da afectividade;
- De vivência da sua sexualidade de forma positiva e saudável;
- De prevenção em saúde sexual e reprodutiva, quer ao nível da prevenção de gravidez não desejada como das infecções sexualmente transmissíveis.

E competências para:

- Expressar os seus sentimentos e opiniões;
- Tomar decisões e aceitar as decisões dos outros;
- Comunicar acerca do tema da sexualidade;
- Adoptar comportamentos informados em matérias como a contracepção e a prevenção das IST's.

As nossas estatísticas...

No ano lectivo de 2009/2010 efectivámos protocolos com 5 escolas da área de referência da MAC e até à data realizámos 20 sessões, abrangendo 361 alunos.

A adesão das escolas foi francamente superior ao esperado. Na sequência da aprovação da Lei n.º 60/2009, os docentes dos ensinos básico e secundário ficam obrigados a desenvolver actividades relacionadas com a educação sexual, em contexto e período lectivo definidos, embora sem conteúdos programáticos superiormente referenciados e sem a existência de programas de formação abrangentes e universais que orientem os docentes para a intervenção nestas matérias.

O Projecto, iniciado em Setembro 2009, permitiu-nos o contacto com a comunidade escolar que nos foi referenciando as dificuldades na

implementação da referida legislação e falta de suporte técnico para tal.

Daqui nasce a extraordinária adesão das escolas a solicitar a participação dos seus alunos, bem como vários pedidos de formação para professores nesta temática, contrastando com a nossa impossibilidade de resposta principalmente nesta última vertente, adiada para posterior projecto a elaborar mas já necessitando de financiamento de suporte essencialmente a materiais e recursos humanos.

Assim, tendo em conta a nova oportunidade de intervenção que se abre, este momento poderá, se forem criadas condições favoráveis e se for disponibilizada ajuda técnica aos docentes, constituir um momento ímpar na universalização da abordagem desta problemática em contexto escolar.

Reflexão Final

Este projecto assenta essencialmente na área da Psicologia da Saúde Sexual e Reprodutiva.^{2, 3} A psicologia tem um papel importante nesta área, uma vez que, através da sua investigação e intervenção torna possível a alteração de comportamentos de risco ao nível sexual, bem como a promoção de outros que sejam protectores da saúde, permitindo também o alívio de situações de sofrimento que comprometam o bem-estar do indivíduo, sempre tendo em consideração dimensões do funcionamento cognitivo e emocional que se revestem de grande pertinência nesta área de actuação.

Promover uma Educação para a Sexualidade, contribuindo para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais

responsável da sexualidade...um caminho para a prevenção da gravidez...

Referências

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi.
- Nodin, N. (2005). Saúde sexual e reprodutiva – Características e conceitos. In I. Leal (Ed.), Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp.95-125). Lisboa: Fim de Século.
- Nodin, N. (2005). Intervenção em saúde sexual e reprodutiva. In I. Leal (Ed.), Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp.127-150)). Lisboa: Fim de Século.

Capítulo 2

Do comportamento à saúde infantil

PSICOLOGIA E PEDIATRIA: INTERFACES

Lília Brito

A intervenção psicológica desenvolvida no serviço de pediatria desta instituição designa-se por Psicologia Pediátrica e enquadra-se numa área específica da psicologia clínica da saúde, aplicada à criança e família.

Embora em Portugal o seu início tenha surgido por volta da década de 80, com a entrada dos psicólogos nos contextos de saúde, a sua história é mais longa nos EUA. Na década de 60 e 70 a necessidade de cuidados não só médicos, nos hospitais dos EUA geram a entrada dos psicólogos para as unidades de saúde¹. O número crescente destes profissionais criou uma situação propícia à criação de uma sociedade que congregue os profissionais com uma prática comum. Surge por isso a Society for Pediatric Psychology em 1968, que delineou o papel do psicólogo pediátrico, como “...aquele que lida com crianças em contextos interdisciplinares como hospitais, serviços pediátricos e centros de desenvolvimento...”², definindo a sua especificidade e a construção de um corpo de conhecimentos. O Journal of Pediatric Psychology nasce em Dezembro de 1975 e em 1982 é publicado o primeiro “Handbook for the practice of pediatric psychology”, por J. Tuma².

A psicologia pediátrica sendo uma psicologia aplicada aos contextos de saúde, tem características próprias que decorrem das características do próprio serviço e dos utentes que o procuram. A multiplicidade de tarefas que cabe ao psicólogo pediátrico dá conta desta situação. Por exemplo fazem parte do âmbito do trabalho do psicólogo pediátrico a intervenção

nas perturbações de desenvolvimento ligadas a fases específicas ou situações reactivas, problemas neonatais, situações de não progressão ponderal, doença crónica da criança, situações traumáticas e outros tipos de situações inerentes aos vários serviços de saúde infantil.

No serviço de pediatria desta instituição, dada a sua especificidade, a intervenção do psicólogo incide no apoio, acompanhamento e avaliação da criança/família com problemáticas associadas ao nascimento de risco (prematuridade, asfixia, malformações, toxicodependência, adolescência e outras situações). A organização do serviço de pediatria (distribuído por unidades de internamento neonatais e consulta externa de neonatologia e desenvolvimento) permite, que este apoio e intervenção se organize ao longo de um contínuo, que vai desde o nascimento até à idade pré-escolar.

A Intervenção Psicológica nas Unidades de Cuidados Neonatais

A intenção psicológica nas Unidades de Cuidados Neonatais, pode ser definida como uma intervenção na crise. Tem um carácter intensivo dado se circunscrever ao período de internamento de bebé e tem como objectivo o apoio à parentalidade e a promoção e desenvolvimento de estratégias emocionais e comportamentais mais adaptativas. A intervenção pode ser individual, ao casal ou à família. O “setting” é variável e pode ser feito em gabinete de psicologia, nas UCIN, ou ainda na enfermaria junto da mãe.

A intervenção na crise tem como objectivo:

- Ajudar a reconstruir os acontecimentos próximos e na altura do parto e nos primeiros dias nas UCIN^{3,4}. Este aspecto é de extrema importância dado as mães apresentarem nos primeiros tempos uma espécie de “confusão emocional” e um sentimento de “irrealidade” sem

conseguirem perceber e dar um sentido à experiência pela qual estão a passar. Expressões como: “ainda levo a mão à barriga como se estivesse grávida”, “por vezes ainda sinto o bebé mexer dentro de mim”, “é um pesadelo, ainda não acredito que aconteceu” são reveladoras deste estado emocional. Ainda se o bebé nasceu de cesariana com anestesia geral, sentir que será que o bebé é meu?, pode persistir durante vários meses.

- Ajudar os pais a reconhecerem, aceitarem e a expressar os seus sentimentos, muitas das vezes confusos e ambivalentes, explicando que estas reacções emocionais resultam de uma resposta de stress normal a um acontecimento vivido como traumático;
- Tranquilizar, clarificar e informar sobre o meio envolvente de uma UCIN e sobre as percepções acerca da criança e do seu problema;
- Ajudar a elaborar a ansiedade e os estados depressivos decorrentes da situação;
- Prevenir um luto patológico, nas situações em que ocorre a morte do bebé;
- Ajudar o casal a lidar em conjunto com a situação;
- Facilitar a comunicação com outros profissionais;
- Identificar indicadores de risco psicológico, como por exemplo a depressão materna, ou níveis de ansiedade disfuncionais.
- Prestar apoio psicoterapêutico (individual ou ao casal) em caso de necessidade.

De salientar que o modo como os pais reagem à situação de crise, não está só directamente relacionada com a gravidade do problema que o bebé apresenta, mas também com as características da família.

Para se intervir eficazmente com a família, é preciso em primeiro lugar conhecê-la. Quanto mais grave for a percepção que os pais fazem acerca do problema da criança, pior é a sua adaptação; o apoio emocional e social bem como a satisfação conjugal, estão igualmente relacionados com o nível de adaptação; a existência de um projecto de parentalidade, a coesão familiar, a ausência de conflitos, a capacidade em expressar afectos e a estabilidade, predizem a capacidade dos pais para lidarem com a situação.^{4,5,6}

Por outro lado a existência de depressão ou outras problemáticas psicológicas dos pais aumentam as dificuldades bem como são potenciais risco para o desenvolvimento afectivo futuro da criança^{5,6}.

Os problemas clínicos da criança associados a prognósticos fatais ou de deficiência, estão igualmente associados a maiores níveis de perturbações psicológicas ao nível da parentalidade^{5,6,8}.

A abordagem psicológica junto das famílias é feita através da Entrevista Clínica ou de Diagnóstico⁷, que nos permite avaliar a necessidade psicológica de seguimento em Psicoterapia de Apoio.

A psicoterapia de apoio é por excelência uma intervenção utilizada em situações de crise, com limites de tempo que são organizados em função das necessidades internas e externas dos pais com quem estamos a lidar. Não existe um padrão estabelecido, pode durar apenas algumas sessões e circunscrever-se ao período mais crítico e de maior risco do bebé, acompanhar todo o internamento da criança, ou ainda prolongar-se nos primeiros anos de vida da criança.

A Intervenção Psicológica na consulta de neonatologia e desenvolvimento

As problemáticas do nascimento (quer físicas e/ou psicossociais) podem eventualmente ter repercussões ao nível do desenvolvimento físico da criança e ser revestidas de consequências desenvolvimentais e psicológicas⁸. Podem ainda ser agravadas ou suportadas pelas próprias dinâmicas familiares e/ou contexto social envolvente, nem sempre adaptativas e promotoras de um crescimento emocional saudável.

Se nos reportarmos à prematuridade, que representa a maioria da população desta consulta, para além dos riscos de alterações de desenvolvimento e comportamento que estas crianças podem vir a desenvolver, existem ainda outros relacionados com o exercício de uma parentalidade angustiada e ansiosa e muitas vezes perdida na compreensão das necessidades específicas deste bebé.^{4,8}

A intervenção psicológica nesta consulta traduz-se num acompanhamento das situações de inclusão na CND, com especial atenção para as situações de prematuridade e tem como objectivos: (1) Observação e despiste precoce de riscos de desenvolvimento/comportamento infantil (2) Intervenção precoce ao nível das dificuldades de relação família/criança (3) Consultas de apoio aos pais.

Pretende-se que esta intervenção tenha uma vertente avaliativa do desenvolvimento psicomotor, comportamental e afectivo da criança, mas também preventiva, ao potencializar os factores de protecção, para o desenvolvimento emocional e comportamental da criança.

Nesta intervenção distinguem-se três grandes áreas de actuação:

1) Consultas de rastreio

A consulta de rastreio baseia-se numa entrevista clínica à família e criança, com a finalidade de: perceber as adaptações afectivas e funcionais à parentalidade; a qualidade e dinâmica interactiva

pais/criança; identificar perturbações na criança ao nível psíquico e comportamental.

Esta abordagem permite detectar eventuais situações problemáticas e, caso se torne necessário intervir de forma específica e focal, ou encaminhar para outras instâncias competentes.

2) Avaliação Desenvolvidor e Comportamental da criança

Na prática psicológica utiliza-se o que vulgarmente se chama de baby tests dos 0-3 anos de idade, dada a necessidade prática de descobrir os atrasos importantes no desenvolvimento e alterações comportamentais, em continuidade com a abordagem médica.

Destacam-se as escalas de desenvolvimento psicomotor da Bayley e Griffiths, que proporcionam uma informação normativa do estado global da criança, nomeadamente ao nível da locomoção, competências pessoais-sociais, capacidades auditivas e de linguagem, coordenação óculo-manual e de realização em actividades de cariz prático.

São também utilizadas nas crianças em idade pré-escolar (5-6 anos) outra metodologia de avaliação intelectual/cognitiva, grafo-perceptiva, de estruturação e organização espacial e afectivo/emocional.

A utilização destas escalas e testes, mais do que uma necessidade de fornecer referências estatísticas suficientemente documentadas, inclui uma abordagem que leva em conta a dimensão interactiva e relacional. Por outras palavras uma avaliação de desenvolvimento tem que integrar o contexto da interacção, da mesma forma que a avaliação das interacções necessita também situá-las num contexto desenvolvimental.

3) Consultas de apoio aos pais.

Esta intervenção é especialmente destinada aos pais e crianças pequenas que apresentam dificuldades ao nível da relação. A avaliação destas dificuldades, manifestadas pela criança nos seus comportamentos

(alterações no sono, alimentação, choro, agitação ou birras muito frequentes, dificuldades ao nível do processo de separação-individuação, e nas interacções sociais) está na maior parte das vezes relacionada com dificuldades dos pais em interagirem com a criança de um modo positivo e saudável.

A intervenção, procura sobretudo identificar essas interacções e fazer compreender aos pais a sua influência no comportamento da criança tentando modificá-las num sentido positivo.

O apoio e suporte às funções parentais, com o objectivo de promover práticas educativas mais adaptadas e confiantes é assim uma intervenção psicológica privilegiada no contexto da CND.

Modelos de consulta e colaboração interdisciplinar

Em relação aos modelos de consulta, verifica-se que na prática não existe uma forma única do psicólogo pediátrico trabalhar.

A intervenção pode funcionar de uma forma não directa com os utentes, mas apenas como acção auxiliar junto dos técnicos, emitindo pareceres ou recomendações.

Em colaboração directa, a psicologia observa, avalia e intervém em aspectos específicos que facilitam e complementam o trabalho dos outros técnicos.

A intervenção pode incidir sobre os pais, sobre a criança, sobre os pais e a criança simultaneamente, ou ainda sobre os outros técnicos. Na maior parte das vezes a intervenção inicia-se a partir dos pedidos dos outros técnicos, mas em algumas situações com base em critérios definidos previamente.

Conclusão

A intervenção psicológica no serviço de pediatria da maternidade Dr. Alfredo da Costa pode ser definida como uma prestação de cuidados de saúde na área da clínica psicológica infantil, cujo foco incide simultaneamente na família e na criança. Enquadra-se numa área específica da psicologia nos contextos de saúde, designada de Psicologia Pediátrica.

Sendo uma intervenção aplicada a um contexto tão específico como o é a maternidade, ela possui características próprias que decorrem das características do próprio serviço e dos utentes que o procuram.

A multiplicidade de tarefas que o psicólogo desenvolve neste contexto, justifica-se pela organização do próprio serviço (unidades de internamento neonatais e CND). Contudo na prática clínica o foco da intervenção (seja em que momento for) será sempre a família, a criança e os cuidados parentais, nunca podendo ser diferenciados um do outro.

Articulando-se em estreita colaboração com os pediatras, introduz uma abordagem comportamental na sua prática clínica, através de um conjunto de saberes e técnicas (entrevista de diagnóstico, testes psicométricos, aconselhamento, psicoterapia individual/casal). Procura ainda alertar para a importância dos pais/família como potencializadores ou não do desenvolvimento, nomeadamente a sua influência para a saúde mental da criança.

Referências

White, S. (1991). A developmental history of the Society of Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(4), 395-410.

- Kazac, A. E.; Segal-Andrews, A. M.; Johnson, K. (1995). *Pediatric Psychology Research and Practice: A Family/Systems Approach*. Handbook of Pediatric Psychology. New York: The Guilford Press
- Barros, L.(2006). O bebé nascido em situação de risco. «A unidade de cuidados intensivos de como unidade de promoção do desenvolvimento». in: C. Canavarro *Psicologia da gravidez e maternidade*, 14: 235-254, Coimbra: Quarteto Editora.
- Tracey, N. (2000). *Parents of Premature Infants-Their emotional world*. London: Whurr.
- Carter, J. D., Mulder, R. T. & Darlow, B. A. (2007). Parental stress in the NICU: the influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health*, 1: 40-50.
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, C. M. A. & Darlow, B. A. (2007). Infants admitted to a neonatal intensive care unit: psychological status at 9 months. *Acta Paediatrica*, 96: 1286-1289.
- Leal, I (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Ispa.
- Eiser, C.; Eiser, J.R.; Mayhew, A. G.; Gibson, A. T. (2007). Parenting the premature infant: balancing, vulnerability and quality of life. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 46 (11): 1169-1177

RISCOS E INTERVENÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA – A EXPERIÊNCIA DA UPI

Maria Leonor Rolo Duarte

A Unidade da Primeira Infância é um serviço de saúde mental infantil, que se destina a crianças dos 0-5 anos. Faz parte do Departamento de Psiquiatria Infantil e Juvenil do Hospital de Dona Estefânea e foi fundada em 1983, pela Dr^a Maria José Gonçalves. É actualmente chefiada pelo Dr. Pedro Caldeira e dela faz parte uma equipa pluridisciplinar composta por pedopsiquiatra, psicóloga, enfermeiras e técnica de serviço social a par de um número variável de estagiários, internos e voluntários.

Tem como princípios fundadores a actividade clínica ligada à reflexão, à formação e à investigação. Funciona como um serviço aberto, centrado na promoção da saúde mental.

A sua acessibilidade traduz-se na forma como os pedidos de consulta são realizados: directamente, sem outros intermediários que não os progenitores ou cuidadores da criança.

O trabalho clínico assenta numa visão de saúde mental e individualização de cuidados, na primazia da observação e da relação.

A Saúde Mental

Apesar da UPI ser um serviço de psiquiatria infantil, o modelo centrado na saúde mental, em detrimento da psicopatologia, é implementado através de uma prática que incrementa os factores de

protecção e as forças bem como as potencialidades da criança e da família. Em detrimento dos factores de risco, das falhas e dos deficits, encarados sobretudo como desafios, prepondera uma atitude que visa conhecer, desenvolver e valorizar as competências no sentido de levar a família a adaptar-se à criança real.

A resiliência, como capacidade para resistir e lidar com a adversidade e para recuperar de crises e traumas, constitui uma preocupação central nesta abordagem.

A promoção das capacidades e de relações gratificantes, através da criação de respostas adequadas às necessidades da criança e do respeito pela especificidade de cada família, tem como objectivo gerar um ambiente de saúde e de bem estar mútuo. O olhar privilegiado sobre a criança em vez da doença mantém a esperança e dá suporte ao investimento ao longo da vida.

O Diagnóstico

Nesta mesma linha, o diagnóstico enquanto ferramenta de sistematização e conhecimento, é encarado de forma aberta e evolutiva. A sua discussão permite um espaço para a curiosidade e para a dúvida e mantém viva a capacidade para nos surpreendermos.

Após a primeira consulta, à enunciação de hipóteses diagnósticas segue-se um diagnóstico provisório, passível de alterações ao longo do processo da avaliação e de intervenção. Por sua vez, o conceito de diagnóstico evolutivo reforça o investimento nas potencialidades de desenvolvimento da criança e da família bem como no trabalho clínico. Contraria-se assim uma visão determinista, fechada e fatalista da psicopatologia da primeira infância.

A saída do diagnóstico pode surgir em função da existência de categorias diagnósticas como a perturbação da adaptação ou a perturbação reactiva. Todavia, e de uma forma geral, a perspectiva de uma evolução positiva tem por base a investigação das capacidades emergentes ou variáveis da criança e, através da intervenção, a criação de condições em que estas se manifestem de forma duradoura e consistente, no sentido de as desenvolver e consolidar.

A esta visão aberta do diagnóstico, alia-se a abrangência e complexidade introduzidas pela classificação diagnóstica em uso, a DC 0-3 (Zero to Three, 1994) onde os diferentes síndromes da psicopatologia da primeira infância são estudados ao longo de um continuum de cinco eixos de aprofundamento da análise e da sistematização: Eixo I – perturbação da criança, Eixo II- perturbação da relação, Eixo III- outras perturbações, Eixo IV- Stress psicossocial, Eixo V- funcionamento emocional. Evita-se deste modo, o diagnóstico reducionista, limitado à descrição de quadros sintomáticos.

Quer pelo enfoque dado à perturbação da criança quer por categorias diagnósticas como a Perturbação Regulatória, que faz incidir a luz sobre as características da criança, nomeadamente em termos de sensibilidade e reactividade assim como capacidade de processar a informação e planear a acção, a DC 0-3 constitui ainda uma contribuição para reforçar o olhar sobre as características específicas de cada criança.

Por sua vez, o cuidado colocado na comunicação às famílias do diagnóstico envolve uma atitude empática, relativamente ao impacto potencialmente negativo, bem como uma atitude de partilha do conhecimento e o compromisso de cuidados continuados. A relação assim estabelecida transforma a Upi numa referência para as crianças

e as famílias mesmo para além da idade limite e com assinalável frequência mesmo após a alta.

A Individualização dos cuidados

Cada criança e cada família é encarada do ponto de vista da sua especificidade e as propostas de avaliação e de intervenção têm em conta as características próprias de cada um.

O quadro de avaliação e de intervenção, que se sobrepõe em algumas situações clínicas, é estabelecido e gerido de forma partilhada e procura criar um modelo de cuidados flexível e individualizado.

Através da observação livre e sistematizada, procura-se conhecer as diferentes capacidades da criança, a expressão destas capacidades e os níveis a que estas se manifestam, os seus laços afectivos e também o seu ritmo, os seus gostos e interesses, com o objectivo de traçar um perfil único e a forma de intervenção mais adequada a esse perfil. Neste sentido, a avaliação e a intervenção são com frequência ligados a outros contextos de vida da criança através da comunicação estabelecida com as creches e jardins de infância e com os serviços de saúde e de educação especial. Procede-se à recolha e partilha de dados e, em algumas situações clínicas, à reunião de técnicos e progenitores, procurando dar consistência e criar coesão ao tratamento da criança.

A tomada em consideração da individualidade de cada progenitor, da relação conjugal, da organização familiar, dos laços e das relações alargadas, da situação face aos factores da realidade, do “modus

vivendi “ próprio levam a uma abordagem da família como uma célula viva e única, que a criança integra e simultaneamente transforma.

Um plano diversificado de cuidados inclui consultas de vigilância, psicoterapia pais-criança, acompanhamento psicoterapêutico individual à criança e por vezes também à mãe, grupo terapêutico de crianças, grupo de mães e bebés e um programa de intervenção na gravidez. O modelo DIR (Development, Individuality and Relationship) (ICDL, 2000) na sua vertente “Floortime” é aplicado às crianças com suspeita de Perturbação da Relação e da Comunicação. Tem ainda lugar uma consulta para Bebés Irritáveis.

A Observação

Em situação livre ou semiestruturada, directa ou registada por escrito ou videogravada, a observação do bebé e da criança pequena é um instrumento privilegiado. Na medida em que, pelas características da primeira infância, a linguagem dos comportamentos adquire um papel fundamental, a sua observação dá uma voz à criança e confere-lhe um lugar de destaque na compreensão a abordagem de cada situação.

A observação constitui a base do trabalho de avaliação e de intervenção

Porque permite conhecer a criança real com a sua cor, género e funcionamento próprio. Ao mesmo tempo, este olhar prolongado e partilhado sobre a criança, proporciona aos pais um modelo para a observação e compreensão da sua criança real

Também a interacção entre os pais e a criança forma um dos objectos de estudo mais antigos e específicos da UPI, pelo esclarecimento do papel de cada um dos intervenientes e das trocas que se vão

produzindo na interacção entre todos. Pode assim observar-se o contributo da criança na formação das suas relações e também para a criação dos seus próprios pais.

A Relação

O estabelecimento de uma relação protectora e de satisfação entre os pais e a criança, num sistema de recompensas e gratificação mutua forma um dos objectivos essenciais do trabalho desenvolvido.

A relação é entendida como o quadro matricial no seio do qual a criança se desenvolve e como tal a criança é vista por si mesma e no quadro das suas relações.

É conhecida a importância atribuída aos primeiros anos de vida e ao estabelecimento das primeiras relações. O apoio à relação pais-criança, a ter lugar desde a gravidez e dos primeiros dias de vida, promove as competências naturais dos progenitores e também do próprio bebé, pela diminuição de vulnerabilidades e pelo incremento dos factores de protecção.

A relação entre profissionais e a criança e entre estes e a família produz conhecimento e é um elemento activo na intervenção. Através de uma relação terapêutica, estabelece-se um clima relacional favorável à mudança sob a base do qual vai tendo lugar a evolução da criança. A aliança terapêutica é o alicerce deste sistema vivencial.

A observação e a escuta empática bem como a disponibilidade ao longo do tempo por parte dos profissionais criam modelos e reforçam os laços entre a criança e a sua família. Por sua vez, as vicissitudes destas relações entre famílias e técnicos encontram um espaço de compreensão e partilha no seio da equipa pluridisciplinar.

Também as relações entre os diferentes profissionais, elementos da equipa de base e elementos flutuantes, produzem dinâmicas próprias que, de uma forma mais ou menos generalizada, geram um funcionamento mais aprofundado e de maior qualidade e ao mesmo tempo de criatividade e de renovação.

As relações com profissionais, instituições e serviços, traduz-se numa atitude de promoção da saúde mental quer promovendo a articulação quer transferindo conhecimentos e competências no sentido de otimizar recursos e criar mais respostas especializadas para os bebés e crianças pequenas.

A reflexão, a formação e a investigação

A reflexão visa o aprofundamento do estudo dos casos clínicos e traduz-se na sua discussão em reuniões clínicas e de orientação e também nas reuniões de interacção. Com idêntico propósito, tem lugar actividade de supervisão.

Uma filosofia de permanente aprendizagem por parte da equipa multidisciplinar a par dos elementos em formação produz a consulta e o estudo da literatura científica e a sua discussão.

Reuniões periódicas abertas às educadoras de infância visam transmitir conhecimentos especializados e dar suporte à sua actividade. A ligação a outros serviços quer da comunidade local quer a nível nacional e internacional vêm promovendo a difusão e a partilha da informação sobre a saúde mental da primeira infância.

A participação em encontros e reuniões científicas e a elaboração de trabalhos e de projectos de investigação são prática corrente do serviço e visam não apenas o aprofundamento ou a transmissão do conhecimento mas também a melhoria do trabalho clínico.

A inovação constitui igualmente uma das preocupações centrais da UPI.

Deste modo, pelo seu carácter próprio a Unidade da Primeira Infância constitui um serviço de modelo aberto, flexível, complexo em sistemática construção.

Referências

ICDL - Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (2000). Clinical Practice Guidelines. Bethesda, MD: IC DL Press.

Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs (1994).Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood .Arlington, VA

A EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL GARCIA D'ORTA

Anabela Farias

A minha actividade no serviço de Pediatria desenvolveu-se na Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento (UND) até Abril de 2007, data a partir da qual entrou em funcionamento o Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), equipa que integro e que considero ter feito parte da “construção” do mesmo...

O CDC tem como objectivos primordiais:

A criação de uma equipa que apoie o atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, permitindo a investigação, a avaliação e tratamento/intervenção;

A promoção de uma ligação com a comunidade para a avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança;

Contribuir na formação de profissionais intra e extra-hospitalares, nas diferentes áreas, quer através de estágios específicos, quer de acções de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e segurança social;

Desenvolver actividade científica através da elaboração de trabalhos e projectos de investigação clínica.

A Equipa do CDC é multidisciplinar, sendo constituída actualmente por 23 técnicos, designadamente por médicos (pediatras do Desenvolvimento, Fisiatras e Neuropediatras), psicólogos clínicos,

enfermeiros, diversos terapeutas (Terapia Ocupacional Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Psicomotora), técnicos de serviço social e professores entre outros profissionais que visam o apoio global e especializado às crianças.

Funciona como consulta de referência, recebendo crianças dos vários sectores do serviço, de outros serviços do hospital e, na sua larga maioria, do médico assistente.

As múltiplas vertentes destes casos implicam a necessidade de uma colaboração e articulação com outros técnicos, nomeadamente a Pedopsiquiatria, e extra-hospitalares (Equipas dos Apoios Educativos/Intervenção Precoce e Centros de Saúde).

A actividade assistencial do CDC está organizada em seis consultas individualizadas:

Neuropediatria, Desenvolvimento, Epilepsia, Reabilitação Pediátrica, Seguimento de Recém-nascidos de risco e Psicologia.

Actividade clínica da consulta de psicologia do CDC

A Consulta de Psicologia dispõe actualmente de quatro psicólogas clínicas que integram e apoiam as consultas de Neuropediatria, Desenvolvimento, Epilepsia e Seguimento de Recém-Nascidos de alto risco, não recebendo referências externas.

A consulta de psicologia do CDC é uma consulta que tem como objectivo esclarecer um diagnóstico a fim de elaborar um plano conjunto de intervenção numa perspectiva multidisciplinar.

Para tal, é importante ter em conta a multiplicidade de situações, a frequente complexidade da sua avaliação e diagnóstico e as múltiplas vertentes que é necessário tomar em consideração na orientação de cada caso, não só pelo tipo de patologias, como também pela

abordagem dos casos, inserida numa família e com a sua comunidade envolvente.

Na consulta de Psicologia são observadas crianças com patologia/perturbação/sintomatologia variada, nomeadamente:

- Atrasos globais ou específicos do desenvolvimento psico-motor:

O desenvolvimento motor é um processo de mudanças no comportamento motor e cognitivo que envolve a maturação do sistema nervoso central.

Durante os primeiros anos de vida o desenvolvimento obedece a uma sequência ordenada, mas existe considerável variabilidade individual influenciada pelo contexto de cada criança.

Sempre que sejam identificadas pela consulta de desenvolvimento, alterações no desenvolvimento psicomotor é da competência da Psicologia a realização de uma observação e avaliação formal do desenvolvimento de forma a ser discutido com o pediatra o tipo de intervenção.

Esta intervenção é realizada essencialmente pela terapia ocupacional, técnica de psicomotricidade ou educadora especializada/intervenção precoce. Contudo a psicologia está muitas vezes presente também neste processo de intervenção e sempre em parceria com estes técnicos, família e escola.

- Dificuldades globais ou específicas de aprendizagem escolar:

As dificuldades nos processos de aprendizagem e/ou na progressão escolar, constituem um motivo frequente na consulta do desenvolvimento.

E porque as dificuldades escolares são um sintoma, todas estas crianças são referenciadas à consulta de Psicologia.

As causas mais frequentes são dificuldades globais ou específicas do funcionamento cognitivo, mas também défices sensoriais, perturbações emocionais/relacionais, entre outras...

É igualmente importante ter em conta os quadros psicopatológicos associados, tal como a depressão e ainda os factores etiopátogénicos, que podem ser sociais, do desenvolvimento e ainda reactivos, tal como acontecimentos de vida, traumatismos...

- Hiperactividade:

A Hiperactividade é cada vez mais um motivo de consulta. Do ponto de vista clínico estas crianças apresentam muitas vezes dificuldades de atenção: baixa resistência a distractores, baixa memória de trabalho, fraca persistência para atingir objectivos ou tarefas, dificuldade em voltar á tarefa após interrupção e sintomas sintomatologia ao nível da hiperactividade e impulsividade: com diminuição da inibição verbal e motora, impulsividade na tomada de decisão, impaciência, incapacidade de esperar, excesso de movimentos irrelevantes e verbalizações.

Na consulta de psicologia, tentamos fazer o diagnóstico diferencial entre a hiperactividade que surge em contexto neurológico, como por exemplo no caso dos grandes prematuros e a hiperactividade/instabilidade /agitação de uma criança como sintoma que pode corresponder a uma enorme variedade de situações, tais como quadros psicopatológicos, que podem ir desde as simples perturbações reactivas, a quadros graves de desorganização do pensamento ou quebra do sentido da realidade como nas psicoses.

- Seguimento de Recém-Nascidos (RN) de Risco (Consulta de Follow Up):

Esta consulta destina-se à vigilância dos RN que tendo estado internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.G.O. necessitem de um acompanhamento diferenciado.

A equipa é constituída por dois neonatologistas do corpo clínico da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, uma Pediatra do Desenvolvimento e uma Psicóloga Clínica, contando ainda com a colaboração de duas enfermeiras.

No âmbito desta consulta participo no protocolo nacional de observação/avaliação de todas as crianças que nasceram com peso inferior a 1500g. É realizada uma avaliação do desenvolvimento aos 3 e aos 5 anos - com a aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths.

Após a avaliação, sempre que se detectem problemas ao nível do seu desenvolvimento, globalmente ou em áreas específicas, participo na orientação do caso e no estabelecimento da interligação com os meios da comunidade (ex. integração em jardim de infância, pedido de apoio de Educação Especial...), em colaboração com a Educadora do CDC.

- Perturbações da relação e da comunicação/P.E.A.:

Esta consulta destina-se ao diagnóstico, avaliação, intervenção (neste momento está em curso a elaboração de um programa de intervenção que desenvolverei seguidamente) e orientação das crianças com perturbação do espectro do autismo, sendo composta por um médico, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma psicomotricista, uma terapeuta da fala e uma educadora/professora.

O autismo é uma perturbação do desenvolvimento global da criança, caracterizado por défice na interacção social recíproca, défice na

comunicação, por comportamentos, interesses e actividades restritivas ou repetitivas.

O diagnóstico diferencial com outras perturbações globais ou específicas do desenvolvimento é realizado num grupo multidisciplinar. Cabe à psicologia a recolha da história clínica e a observação desta criança, bem como uma avaliação formal do desenvolvimento e eventual orientação para o médico a fim de realizar exames complementares de diagnóstico, para a terapia ocupacional ou técnica de psicomotricidade para a elaboração de um perfil sensorial e ainda para a terapia da fala que avalia estas crianças através de uma escala de comunicação pré-verbal ou do instrumento TALC.

Esta equipa após a avaliação global da criança reúne-se no sentido de discutir a sua orientação/seguimento, tal como são realizadas pela Psicologia consultas terapêuticas com os pais e ainda reuniões com a escola e formação aos educadores destas crianças.

Pretende-se desta forma melhorar a capacidade e interacção da criança, encontrar estratégias de intervenção adequadas ao nível de desenvolvimento motor e emocional da criança, normalizar processamento sensorial e ainda orientação à família e articulação com a escola.

Análise reflexiva do meu percurso profissional enquanto psicóloga clínica numa equipa multidisciplinar

O meu objectivo na Equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança foi sempre o de aprender, mas integrando este “mais saber”, na minha identidade enquanto Psicóloga clínica.

Assim a equipa fornece diferentes tipos de intervenção, existindo áreas de interesse comuns e específicos, mas sempre com grande

respeito relativamente às diferentes abordagens, sendo a Psicologia uma área considerada imprescindível.

Penso que a minha identidade profissional baseia-se actualmente na minha formação e experiência clínica, na especificidade da observação/avaliação psicológica, na prática do diagnóstico diferencial e obviamente com um estilo de pensamento próprio, que tem um modelo teórico de referência.

Assim a Psicologia Clínica, sem se confundir partilha ligações estreitas, no Centro de Desenvolvimento da Criança, com a Neuropediatria, com a Pediatria do Desenvolvimento e com a Pedopsiquiatria.

Pela prática da minha actividade no Centro de Desenvolvimento da Criança, julgo que aprendi a ligar, o que hoje para mim é indissociável: O conhecimento neurobiológico da criança, o conhecimento do desenvolvimento psicoafectivo e ainda a qualidade da relação. Reforçando sempre a ideia, que não é fácil nos tempos actuais, que os rótulos, tal como as receitas são pobres e perigosos...dada a heterogeneidade da criança.

Apesar da evolução do meu trabalho, se desenvolver por outros caminhos, como se este se tivesse ramificado... persiste sempre a disponibilidade empática e o respeito pelo outro, bem como, o de acreditar que cada criança constitui sempre um encontro único, porque ela é única...

Capítulo 3

Territórios da ginecologia

INTERVENÇÃO DE GRUPO NA UROGINECOLOGIA: INTERCEPÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS

Vânia Lopes & Arícia Silva

Desde 1998 que existe na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) a Unidade de Uroginecologia e Reconstrução do Pavimento Pélvico que procura dar resposta às situações de prolapso uro-genital e incontinência urinária (IU), entre outras.

Existem vários Serviços que colaboram com a Consulta de Uroginecologia, nomeadamente o Serviço de Fisioterapia e o Serviço de Psicologia.

Actualmente, o Serviço de Fisioterapia intervém maioritariamente em situações de IU, incontinência fecal (IF), prolapso uro-genital (grau I e II) e lacerações pós-parto (grau III e IV). Intervém com menor incidência em disfunções uroginecológicas durante a gravidez, pré e pós cirurgia pélvica e disfunções sexuais.

Relativamente ao Serviço de Psicologia, este tem contribuído no apoio às utentes, encaminhadas para o Serviço de Fisioterapia e que apresentam como diagnóstico clínico IU.

Com este artigo pretende-se expor a interligação, que actualmente existe na MAC, entre a intervenção da Fisioterapia e da Psicologia na reabilitação de utentes com IU.

Continência vs Incontinência

A continência é definida como a capacidade de uma pessoa acumular urina, gases e/ou fezes, com controlo consciente sobre o tempo e

lugar para urinar e evacuar, enquanto que a incontinência é a perda involuntária de urina, gases e/ou fezes, que pode ser demonstrável objectivamente, constituindo um problema social ou higiénico. Quantitativamente trata-se de incontinência urinária quando esta perda é superior a 2g².

Os factores que podem predispor à IU foram classificados por Bump como:

- Predisponentes – o género, a carga genética, a raça, a cultura, as alterações neurológicas ou do colagénio e a anatomia;
- Desencadeantes – o parto vaginal, a cirurgia pélvica e a radiação com lesão dos músculos e nervos pélvicos;
- Promotores – o estilo de vida, o nível de actividade física desenvolvida, os hábitos tabágicos, a ingestão de líquidos, os hábitos e horários de esvaziamento da bexiga ou do intestino, os irritantes nas dietas como o álcool, bebidas gasosas, chocolate, café, determinados frutos, entre outros;
- De descompensação – idade e todas as situações degenerativas a ela ligadas.

Tipos de Incontinência

Os distúrbios da micção e a IU são sinais de disfunção uretrovesical. Existem vários tipos de IU, mas os mais frequentes são a IU de Esforço (IUE), a IU de Urgência (IUU) e a IU mista (IUM).

Na IUE a mulher perde urina involuntariamente quando aumenta a pressão intra-abdominal em actividades como tossir, rir, levantar objectos ou fazer esforço físico. O problema nestes casos é que a pressão intra-vesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina³. Os seus factores etiológicos podem ser anomalias esfínterianas, traumatismos, lesão dos nervos ou do tecido

conjuntivo, aumento da pressão intra-abdominal frequente, deficiência de estrogénios e envelhecimento.

Já a IUU é designada pela eliminação involuntária de urina acompanhada da urgência em urinar e podem ser distinguidos dois tipos:

- a incontinência sensorial com urgência miccional, que é caracterizada pela hipersensibilidade da bexiga, sem a actividade involuntária do músculo detrusor. Os sintomas consistem, além da incontinência, em polaquiúria sem a presença de urina residual, em urgência miccional e noctúria. Os factores etiológicos podem ser a hipersensibilidade devida a infecção, maus-tratos, inflamação ou corpo estranho². Estas mulheres podem ter ainda desequilíbrios psiquiátricos que tanto podem ser a causa como a consequência da incontinência;

- a incontinência urinária motora por necessidade urgente, conhecida pelo Síndrome da Bexiga Hiperactiva, associa-se principalmente à hiperactividade do músculo detrusor no sentido da sua instabilidade durante a fase de enchimento da bexiga. Apesar de ainda não se conseguir detectar a causa está mais relacionada com distúrbios neurológicos, ingestão de cafeína, álcool, chá, e hábitos miccionais inadequados.

A IUU surge frequentemente associada a gestos simples do dia-a-dia, como por exemplo lavar a louça ou a introdução da chave na porta ao chegar a casa e é definida pela vontade forte e inadiável de urinar.

Enquanto que a IUM representa uma combinação da IUE e IUU.

Prevalência da Incontinência Urinária

De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia, existem 60 milhões de pessoas no mundo com IU e 600 mil em Portugal (cerca

de 20% da população). A sua distribuição é de 1 homem para cada 3 mulheres e o grupo etário mais abrangido são as mulheres após a entrada na menopausa.

A IU é frequentemente encarada como uma consequência directa do processo de envelhecimento, mas na realidade não o é. Verifica-se a coexistência de factores exteriores ao tracto urinário, que afectam a continência e que são mais frequentes nos idosos. Segundo, Rane (1999) a IU afecta pelo menos uma em cada dez mulheres, e não necessariamente as mais velhas, dado que uma elevada percentagem, cerca de 40%, apresenta idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos.

Na MAC, no período de Maio de 2009 a Abril de 2010, 317 mulheres, que apresentaram um diagnóstico clínico de IU, realizaram a primeira sessão de grupo de fisioterapia, das quais 169 tinham menos de 60 anos de idade e 148 mais de 60 anos.

Intervenção da Fisioterapia

Na sua maioria a IU é um estado crónico de aparecimento progressivo e é percepcionada como uma situação sem solução. Todavia, os esforços por parte dos profissionais de saúde, peritos e envolvidos nesta problemática, revelam um propósito e uma promessa de êxito .

De acordo com alguns estudos a IU é uma condição com tratamento, devendo este ir de encontro às causas e relevando a condição física/clínica da mulher .

Dada a complexidade do problema torna-se fortemente necessário o apoio de várias valências: a farmacologia, a cirurgia, a fisioterapia e a psicologia.

Na MAC, a intervenção da Fisioterapia (**Figura1**) inicia-se com uma primeira sessão de grupo (sessão de ensinosa), realizada

sensivelmente um mês após a entrega da prescrição médica. Esta sessão inicia-se com uma avaliação verbal de cada utente, e posteriormente é realizada a reeducação dos músculos do pavimento pélvico (MPP) através da explicação dos factores etiológicos que podem levar à IU, dos vários tipos de IU, do ensino da localização e função dos MPP e dos exercícios de Kegel; e por fim é feita a reeducação dos hábitos diários (cuidados na micção, ingestão de líquidos, higiene e cuidados pessoais e responsabilização/motivação para aplicar os ensinamentos desta sessão no dia-a-dia).

Três meses após esta sessão é realizada uma segunda sessão de grupo (sessão de reavaliação) onde, consoante as melhorias referidas pelas utentes, é referenciada a alta da Fisioterapia, ou são iniciados os tratamentos individuais de Fisioterapia ou então as utentes são encaminhadas para uma Classe de Reeducação Postural e do Pavimento Pélvico.

Presentemente, estas sessões encontram-se divididas em quatro grupos – IU com mais de 60 anos, IU com menos de 60 anos, prolapso uro-genitais e puérperas (**Figura 2**).

Esta intervenção inicial da Fisioterapia é realizada por grupos, pois permite a partilha de experiências entre as utentes, otimiza a gestão de recursos humanos, favorece uma maior motivação dada pelo grupo, permite uma abordagem profissional mais direccionada para as situações clínicas específicas e permite a colaboração de outros profissionais de saúde, nomeadamente da Psicologia.

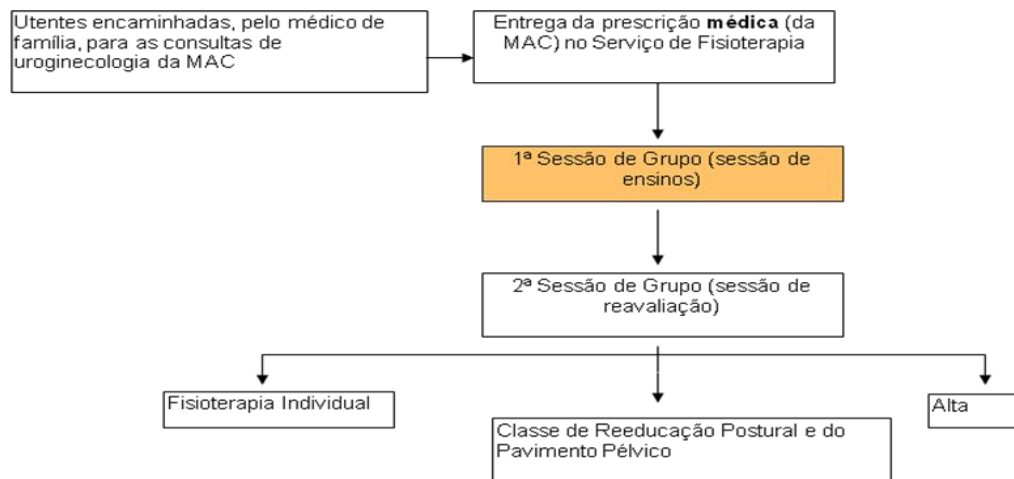


Figura 1 – Percurso das utentes no Serviço de Fisioterapia, da MAC. O rectângulo colorido representa a intervenção actual do Serviço de Psicologia da MAC.

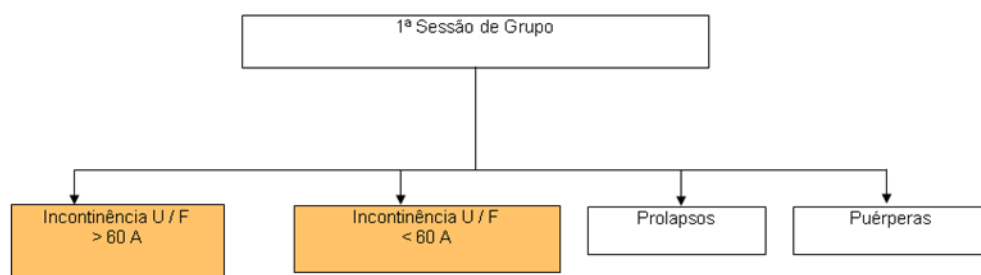


Figura 2 – Grupos onde o Serviço de Fisioterapia da MAC, intervém, distribuídos por diagnósticos clínicos diferenciados. Os rectângulos coloridos representam a intervenção actual do Serviço de Psicologia da MAC.

Inicialmente estas sessões começaram por ter a participação exclusiva do fisioterapeuta, mas após o contacto com as utentes e através dos seus históricos o Serviço de Fisioterapia necessitou de pedir a colaboração do Serviço de Psicologia, porque começou a notar uma elevada prevalência de determinados factores, como antecedentes depressivos e outras psicopatologias.

Por sua vez a literatura também reforça a importância da colaboração da Psicologia na recuperação da IU.

Intervenção da Psicologia

Actualmente o Serviço de Psicologia da MAC, realiza a sua primeira intervenção na primeira sessão de grupo de Fisioterapia e apenas nos grupos de IU (**Figura 1 e 2**).

A abordagem da psicologia no contexto dos grupos organizados pela fisioterapia surgiu pela referência constante das utentes a dificuldades do foro psicológico, nomeadamente os antecedentes depressivos, a toma de medicação para os “nervos” e para dormir, alterações a nível do contacto, nomeadamente embotamento afectivo, agitação ou manifestações externas de tristeza. A presença de sintomatologia psicológica nas utentes com problemas uroginecológicos ditou por isso a necessidade de colaboração psicológica nos grupos.

Por outro lado, a intervenção da fisioterapia incide nos factores mecânicos e físicos da incontinência e implica um papel dinâmico das utentes na sua própria recuperação. Desta forma, solicita-se a colaboração das utentes e reforça-se que o auto-investimento é essencial na obtenção dos efeitos desejados. Pelo que também nesse âmbito a psicologia pode ter um papel fundamental facilitando a motivação e a adesão das utentes às recomendações fornecidas.

Uma compreensão psicológica da incontinência remete para os seus efeitos a nível do mal-estar, do desconforto que pode provocar, mas por outro lado esse mal-estar pode potenciar o aumento das perdas urinárias, perfazendo assim um ciclo vicioso.

Hunt (1995)⁴ referenciou que o papel dos factores psicológicos na incontinência urinária tem sido reconhecido, embora tenha recebido pouca investigação sistematizada.

Um estudo realizado com quase 10000 mulheres com incontinência urinária de urgência identificou que cerca de 60% dessas mulheres apresentavam sintomatologia ansiosa e 40% sintomatologia depressiva⁵.

Segundo alguns autores a psicoterapia pode ter um impacto positivo nos sintomas urinários.

Nesta fase a abordagem psicológica inicial é realizada na primeira sessão de grupo. Na primeira sessão, a psicóloga tem como principal objectivo a sensibilização das utentes para os factores psicológicos e a distinção entre uma vivência normal e uma vivência patológica, que pode estar associada à incontinência ou ir para além da mesma. Sendo essencial o enquadramento da vivência da incontinência e a perspectiva do impacto que a mesma pode ter na vida quotidiana.

A IU pode associar-se a sentimentos de perda de controlo, falta de confiança, desconforto, culpabilidade, fragilidade, insegurança, vergonha, tristeza e sentimento de baixa atractividade. Ao nível dos pensamentos é frequente a sensação de que “os outros vão perceber”, “se soubessem iam gozar comigo”, “não posso fazer nada” ou “isto é normal da idade e não há muito a fazer”.

Quando ao nível do sentir existe um elevado mal-estar pode haver uma manifestação ao nível do condicionamento de determinados comportamentos, nomeadamente a restrição de determinadas actividades, o afastamento dos contactos sociais, o evitar de situações de exposição ao exterior, o que pode conduzir ao isolamento. Podendo ainda haver um comprometimento ao nível da relação sexual no sentido de acautelar situações embaraçosas.

Neste âmbito, a incontinência pode condicionar comportamentos e reactivar vulnerabilidades, exigindo muitas vezes uma intervenção psicológica individual.

As utentes podem chegar à consulta de psicologia por diversas vias, quer após a sensibilização no contexto de grupo, porque as utentes se identificam com alguns dos aspectos referidos, sentem a necessidade e pela disponibilidade referida recorrem à consulta de psicologia. As utentes podem recorrer posteriormente porque a disponibilidade se mantém ou ser encaminhadas pela fisioterapeuta, dado que o contacto de proximidade estabelecido nas sessões individuais permite perceber algumas necessidades e facilitar na obtenção de ajuda.

A consulta de psicologia pretende numa primeira fase avaliar as necessidades concretas da utente, percebendo através da entrevista clínica, a queixa principal, o enquadramento pessoal e familiar, o suporte social, a existência de doenças e antecedentes psicopatológicos e os acontecimentos de vida significativos. Quando é pertinente o complemento da entrevista pela necessidade de maior esclarecimento com vista à compreensão psicológica, são utilizadas provas psicológicas no âmbito da sintomatologia geral, ansiedade, depressão e personalidade.

Quando após a consulta psicológica inicial se verifica a necessidade de intervenção psicológica a abordagem utilizada é a psicoterapia de apoio.

A psicoterapia de apoio pretende promover uma relação de confiança, que permita a elaboração das questões levantadas e que permita uma base para o estabelecimento de novas ligações externas. A psicoterapia pretende restabelecer o equilíbrio psicológico, promover o desenvolvimento emocional, obter uma melhoria sintomática, fortalecer as defesas e melhorar a adaptação ao meio. Sendo por vezes ainda adequado o encaminhamento para uma consulta de psiquiatria a fim de complementar a terapêutica com a utilização de psicofármacos.

A periodicidade e duração da intervenção são variáveis consoante a gravidade da situação e capacidade de mobilização verificada. As problemáticas mais frequentes são as perturbações ansiosas, depressão e perturbações de personalidade.

A IU acaba por ser, habitualmente apenas o que leva as utentes a recorrerem aos serviços de saúde, na realidade as necessidades são múltiplas ou não se enquadrasse numa etapa do ciclo de vida em que começam a surgir algumas limitações, sendo encarada como uma fase de balanço de vida e que exige inúmeras reestruturações e mudanças, nem sempre aceites com tranquilidade. A necessidade de suporte psicológico pelo contexto apresentado parece ser bastante pertinente, sendo contudo importante a realização de investigação sistematizada nesta área a fim de identificar necessidades e delinear uma intervenção progressivamente mais específica e ajustada.

Conclusão

A mulher, desde que começa a perder algumas gotas de urina até necessitar a utilização de grandes protecções, experimenta sentimentos como tristeza, perda de interesse pela vida, depressão, medo de perder o cônjuge e sentimentos negativos quanto à sua aparência.

Estas mulheres preocupam-se com a possibilidade de serem rejeitadas ou evitadas pelos outros. Tentam controlar as manifestações da sua incontinência, através da utilização de protecções (ex: pensos), ou ajustando os seus hábitos de vida (não viajam, deixam de realizar actividade física, actividade sexual, evitam algumas actividades sociais, frequentam apenas locais onde têm um acesso fácil às casas de banho, entre outros).

A mulher com IU está, pois, inserida neste contexto e, assim, não só se pode sentir deprimida, como se vê confrontada com questões que interferem em grande medida com o seu corpo, com a sua sexualidade e, de uma forma geral, com a sua personalidade.

No âmbito da Consulta de Psicologia acaba por se perceber que, por vezes, a IU é o que aproxima as utentes do serviço de saúde, ou seja, é a “ponta do iceberg”, é o que as leva a procurar ajuda profissional, mas por vezes, existem outras temáticas muito preocupantes. Em seguimento psicológico são recorrentes as referências a dificuldades nas relações familiares, perda ou doença de entes queridos, a entrada na menopausa, a saída da vida activa, a saída dos filhos de casa (ninho vazio), antecedentes familiares complicados, entre outros **(Figura 3)**.

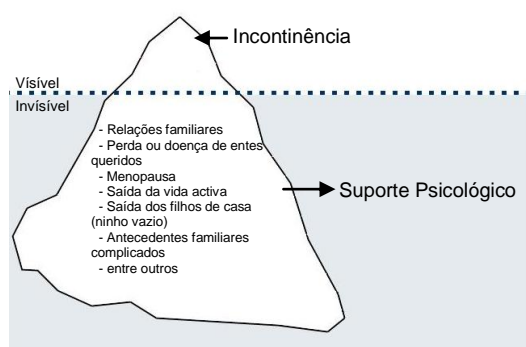


Figura 3 – Reflexão psicológica

Desta forma podemos referir que tanto para o Serviço de Fisioterapia como para o Serviço de Psicologia da MAC, faz sentido a interligação entre estas duas naturezas de reabilitação às utentes a quem foi clinicamente diagnosticada IU, pois assim estas mulheres são submetidas a uma intervenção e, consecutivamente, recuperação não só física, mas também psíquica e social.

As perspectivas futuras para ambos os Serviços consistem em alargar a colaboração da Psicologia com a Fisioterapia nos grupos de prolapso uro-genitais e puérperas, e realizar projectos de investigação nesta área com o objectivo de conhecer aprofundadamente as necessidades desta população e ajustar estratégias de intervenção.

Referência

- Azevedo A. Incontinência Urinária – Impacto no feminino. Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005.
- Henscher U. Fisioterapia em Ginecologia. Livraria Editora Santos, 2007.
- Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. Acta Urológica 2007, 24; 1: 79-82.
- Hunt J. Irritable bladder syndrome: A void in the research? British Journal of Clinical Psychology 1995,34:435-446.
- Perry S, McGrother C, Turner K. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: Development of a psychological model. British Journal of Health Psychology 2006, 11: 463-482.
- Chertok L, Bourguignon O, Guillon F, Aboulker P. Urethral syndrome in the female (Irritable Bladder): The expression of fantasies about the urogenital area. Psychosomatic Medicine 1977,39;1:1-10.
- Macaulay AJ, Stern RS, Holmes DM, Stanton SL. Micturation and the mind: Psychological factors in the aetiology and treatment of urinary symptoms in women. British Medical Journal 1987, 297:540-543.

SINTOMATOLOGIA DA MENOPAUSA: UM OLHAR

Ana Maria Fatela

Com a melhoria dos cuidados médicos e das medidas de higiene aumentou a expectativa de vida (figura 1), mas tão gradualmente que no início do século XX, metade das mulheres morriam antes de atingir o climatério. Está estimado que o nº total de mulheres entre 45-65 anos aumente de 436 milhões em 1995 para cerca de 570 milhões em 2005 (figura 2). Mais de 80% deste aumento ocorre nos países desenvolvidos. Projecção semelhante foi feita pelo Instituto Nacional de Estatística para Portugal (figura 3).

A pós-menopausa é um período normal e fisiológico. No entanto, suscita uma série de problemas potenciais que podem eventualmente afectar a qualidade e duração da vida

A IMS (International Menopause Society)¹homogeneizou conceitos com o fim de estabelecer definições no campo da menopausa e limitar a confusão dos termos.

Menopausa – É um evento, não um período de tempo. O termo só se pode aplicar de maneira retrospectiva um ano após a última menstruação.

Peri-menopausa - inclui o período de tempo imediatamente anterior a menopausa (quando se iniciam as mudanças biológicas, endocrinológicas e clínicas) até um ano após a última menstruação.

Pré-menopausa – período de tempo desde a menarca até ao último período menstrual.

Pós-menopausa - Período de tempo que se inicia com a última menstruação.

Climatério – Período em que ocorre um declínio progressivo da função ovárica (transição de um estado reprodutivo para um não reprodutivo).

O termo, menopausa natural ou espontânea utiliza-se quando a falência ovárica ocorre gradualmente e sem intervenção médica ou de qualquer evento externo. Nos países ocidentais a média da idade da menopausa são os 51 anos (entre os 45 e 56 anos)²

A menopausa cirúrgica designa a situação decorrente de uma intervenção cirúrgica em que são removidos ambos os ovários. Ao contrário da espontânea a menopausa cirúrgica acontece de forma inesperada e habitualmente associa-se a um quadro sintomático mais exuberante.

Menopausa precoce utiliza-se para designar a ocorrência da menopausa antes dos 40 anos.

A falência ovárica é um processo que se inicia muitos anos antes da menopausa e está directamente relacionada com a redução do capital folicular dos ovários. A menopausa dá-se quando o nº de folículos se situa abaixo dum limiar crítico, cerca de 1000, independentemente da idade³. O primeiro sinal biológico de falência ovárica é o aumento de FSH, reflexo da diminuição da qualidade folicular que leva a redução da síntese e secreção de estradiol. Os níveis de estradiol diminuem progressivamente nos anos que precedem a menopausa, permanecendo, os níveis mais ou menos estáveis até ao ano anterior à cessação do desenvolvimento folicular³. Os valores de FSH doseados no sangue são geralmente superiores a 30 mUI/ml. Numa fase posterior, assiste-se a um aumento da LH, em média 3 vezes superior ao da pré-menopausa. Com o desaparecimento dos folículos, os níveis elevados de gonadotrofinas levam o tecido ovárico resstante a produzir androgénios, essencialmente, androstenediona e

testosterona, apesar disto, os níveis de testosterona são inferiores aos da pré-menopausa.

A produção de estrogénios pelos ovários cessa com a menopausa, mas os seus níveis podem, nalgumas mulheres serem significativos pela aromatização extraglandular, no tecido adiposo, dos androgénios.

Nas mulheres com menopausa cirúrgica além da privação estrogénica têm também privação dos androgénios produzidos pelo ovário.

Durante o período do climatério mais de 50% das mulheres queixam-se de sintomas agudos ou transitórios intensos, enquanto que outras têm perturbações mínimas ou não apresentam quaisquer queixas. As diferenças sócio-culturais têm influência sobre a expressão clínica das alterações biológicas no que respeita a vivência da menopausa nos vários grupos étnicos.

A clínica associada à falência ovárica manifesta-se por etapas (quadro1).

Os sintomas vasomotores são o sintoma mais típico, manifestado por cerca de 70 a 80% da população ocidental e cerca de 10% da asiática. Podem aparecer na peri-menopausa ao mesmo tempo que se iniciam as irregularidades menstruais. São descritos como uma súbita sensação de calor da extremidade superior do corpo, associada a vermelhidão da face, pescoço e tórax, que podem ser seguidos de sudorese. Habitualmente manifestam-se também durante a noite, estão associados a suores nocturnos que perturbam o sono⁴ A sua duração varia entre 6 meses a 5 anos, na maioria persistem 2 anos. Factores associados com a intensidade dos sintomas são um índice de massa corporal aumentado, tabagismo, pouca actividade física e ooforectomia bilateral. Cerca de 3% das mulheres descrevem afrontamentos 15 anos após a menopausa, sendo alguns de intensidade moderada a severa.⁵ Como causa provável da sua génese

existem várias hipóteses, entre elas as alterações no centro termo regulador associadas a picos de LH na ausência de estrogénios. Há uma pequena elevação na temperatura central que condiciona vasodilatação periférica^{6,7}. Detectaram-se alterações na produção de alguns neurotransmissores como norepinefrina, serotonina e dopamina que vão causar desequilíbrios entre eles na área termoreguladora do hipotálamo

As flutuações hormonais, com hipoestrogenismo determinam a redução da biodisponibilidade dos neurotransmissores, o que poderia estar na base da depressão e da detioração do rendimento cognitivo. Surgem alterações do humor, ansiedade, irritabilidade e diminuição da capacidade de lidar com os problemas. Estes sintomas, associados aos vasomotores e suores nocturnos levam a alterações do sono com grande instabilidade emocional, levando nalguns casos a humor depressivo. No estudo Study of Women`s Health Across the Nation a prevalência de alterações de humor aumentou da fase da pré para a perimenopausa de 10 para 16,5%.⁸ Tanto a memória como as capacidades cognitivas, vão-se modificando ao longo da vida. Os efeitos dos estrogénios no sistema nervoso central, não se conhece com exactidão, embora lhe sejam atribuídos função na protecção dos neurónios do stress oxidativo, aumento da disponibilidade para alguns neurotransmissores e da expressão de receptores do neurotransmissor, aumento de expressão de factores neurotróficos importantes para a função e sobrevivência neuronal, estimulação da ramificação dos axónios promovendo a sinaptogénese e aumento do fluxo sanguíneo cerebral. Pensa-se que os estrogénios melhorem a função cognitiva, em parte modulando a actividade da acetilcolina nos neurónios basais do diencéfalo e telencéfalo, sistema que está relacionado com a aprendizagem e a memória.^{9,10,11}

Dado a origem embriológica comum da vulva, vagina, trigono vesical e uretra, todos eles com muitos receptores estrogénicos, o

hipoestrogenismo leva a alterações semelhantes. Existe uma relação causal entre a deficiência de estrogénios e as alterações do tracto genital inferior. Os estrogénios podem afectar a continência por algum dos seguintes mecanismos: Aumento da resistência uretral, aumento do limiar de sensibilidade da bexiga, aumento da sensibilidade dos receptores adrenérgicos no musculo liso uretral e promovendo o relaxamento do detrusor, mediado pelos mesmos receptores. A nível vesical os estrogénios afectam directamente a função do detrusor através de modificações nos receptores muscarínicos e por inibição do movimento extracelular dos iões de cálcio na célula muscular. O estradiol reduz a frequência das contrações rítmicas espontâneas do detrusor. O hipoestrogenismo leva a alterações tróficas dos tecidos de revestimento que consistem em diminuição da espessura do epitélio, dos tecidos de suporte e do colagénio e diminuição da vascularização local.¹²

O hipoestrogenismo, na mucosa vaginal manifesta-se por diminuição do calibre e do comprimento do canal vaginal com encurtamento dos fundos de saco. As pregas da mucosa tornam-se menos proeminentes, o epitélio torna-se friável e seco e adquire uma cor pálida.¹³

Com o deficit de estrogénios o glucogénio vaginal diminui e o PH torna-se alcalino, um meio que impede o crescimento dos lactobacilos, pelo que aumenta a proliferação de microorganismos como estreptococos, estafilococos E. Coli.

Na vulva o hipoestrogenismo leva à perda da gordura subcutânea no monte-de-vénus e grandes lábios, o pelo púbico diminui. Diminui o tamanho dos pequenos lábios, do clitóris e a pele torna-se mais fina e perde elasticidade.¹⁴

Resumindo nos quadros 2 e 3 as diferentes alterações observadas no aparelho genito urinário.

As mudanças na sexualidade que se encontram na pré e pós menopausa podem ser causados por factores hormonais e não hormonais. A atrofia genital contribui para a disfunção sexual feminina pela disparêunia, que está estreitamente relacionada com a libido. O hipoestrogenismo causa além da secura vaginal, diminuição da percepção sensorial periférica e o contacto da pele com a roupa ou o parceiro podem causar dor.

O efeito da privação de estrogénios na pele leva a diminuição da actividade mitótica da camada basal da epiderme, diminuição da vascularização e da hidratação. O hipoestrogenismo também é capaz de alterar a estrutura das fibras elásticas, independentemente da idade cronológica e induzir diminuição do colagénio¹⁵ e elasticidade alterando o seu aspecto da pele, tornando-a mais espessa, seca e enrugada. Estas alterações são agravadas por factores externos como o sol e o tabaco. A alteração da relação sérica de estrogénios e androgénios, agravado pela redução da proteína transportadora (SHBG), provocam também um desenvolvimento piloso, que pode atingir um grau de hirsutismo moderado

Numa etapa mais tardia da pós-menopausa manifestam-se as consequências mais graves decorrentes da carência de estrogénios nos sistemas arterial e esquelético, a doença cardiovascular e osteoporose.

Está agora bem estabelecido que a doença cardiovascular representa a principal causa de morte na mulher, como no homem, mas em idade mais tardia e é cerca de 10 vezes superior ao das mortes causadas por cancro da mama.

Depois dos 50 anos, uma mulher tem 65% de probabilidade de desenvolver hipertensão arterial, 46% de vir a sofrer de doença coronária e 31% de morrer de doença coronária.¹⁶

Numerosos estudos epidemiológicos demonstram claramente, que na mulher, o risco de doença cardiovascular aumenta, não só com a idade, mas também com a menopausa.^{16,17} Num estudo de corte, publicado em 2009, com follow up de longa duração, foi concluído que a ooforectomia bilateral antes dos 45 anos estava associada a aumento da mortalidade cardiovascular.¹⁸

O papel dos estrogénios, no aparelho cardiovascular, dá-se essencialmente, a dois níveis, actuando no perfil lipídico e directamente na parede vascular. Após a menopausa há aumento do colesterol total, das LDL e dos triglicéridos e diminuição das HDL, especialmente a fracção HDL2.¹⁹ A lipoproteína (a) aumenta depois da menopausa e o tamanho das LDL torna-se mais pequeno e mais denso.²⁰ O aumento da oxidação das LDL, leva a uma LDL modificada que causa depósitos de gordura no endotélio, que origina disfunção endotelial, com alteração na produção de óxido nítrico e prostaciclina, que intervêm na vasodilatação. A proliferação e migração de células musculares lisas dá início à lesão arteriosclerótica formando a placa fibrosa. Outros factores que contribuem para danificar o endotélio são as alterações inflamatórias e a deposição de monócitos circulantes que se convertem em macrófagos. A mulher na menopausa tem uma deterioração do metabolismo da glicose²¹ com redução do número de receptores periféricos de insulina levando a intolerância à glicose e hiperinsulinémia.

Os principais factores de risco da doença cardiovascular são a hipertensão arterial, a diabetes, dislipidémias, obesidade e tabagismo; factores estes modificáveis por hábitos de vida saudáveis.

Osteoporose é definida como uma redução na massa e na qualidade do osso, com disrupção da microarquitetura óssea e fraqueza resultando num aumento da fragilidade óssea e aumento do risco de fractura (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis

Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2001). O pico de massa óssea é alcançado cerca dos 35 anos, sendo determinado por factores genéticos, hormonais e ambientais.

A perda de massa óssea aumenta após os 40 anos, cerca de 1,5% ano até à menopausa; após a menopausa a taxa de reabsorção aumenta para 2 a 3% ano e mantém-se constante 8 a 10 anos, resultando numa perda final que pode atingir os 40%. A massa óssea mantém-se constante pelo equilíbrio da formação e reabsorção, influenciado por esteroides sexuais e citocinas.²² Os osteoclastos são os responsáveis pela reabsorção óssea e os osteoblastos pela formação, asseguram a síntese dos diferentes constituintes da matriz óssea cuja mineralização controlam. A perda óssea associada as menopausa e ao envelhecimento acontece por prevalecer a reabsorção sobre a formação. Os mecanismos de acção dos estrogénios sobre o osso têm uma acção genómica mediada por receptores e não genómica que inibe a apoptose. A redução afecta indirectamente o tecido ósseo, através da diminuição da absorção de cálcio pelo intestino e aumento da sua excreção urinária. Neste período de vida a maioria das mulheres têm baixa ingestão de cálcio, de Vitamina D, proteínas e energia no total; há também diminuição do exercício em carga com declínio da massa muscular. A redução da calcémia estimula a hormona paratiroideia que mobiliza cálcio do osso, agravando ainda perda massa óssea. Esta perda é mais acentuada no osso trabecular, pelo seu metabolismo mais elevado e maior volume levando a aumento do risco de fracturas por fragilidade nas extremidades distais dos ossos longos. A importância da osteoporose está directamente relacionada com a gravidade dos seus efeitos: fracturas osteoporóticas, morbilidade, mortalidade e custos inerentes à terapêutica. No mundo o risco durante a vida de uma mulher ter uma fractura osteoporótica está estimado em 30-40%. Na Europa cerca de 30% das mulheres com 50 ou mais anos têm

osteoporose. As fracturas vertebrais aumentam linearmente com a idade e as da anca exponencialmente. Todas as fracturas estão associadas a morbilidade, mas as da anca, também a mortalidade (aproximadamente 20% de mortalidade ao primeiro ano). Após o 1º ano, cerca de 20% ainda necessitam de cuidados de enfermagem.²³ Fracturas sintomáticas podem produzir significativa morbilidade, devido à dor crónica. No entanto há diminuição da qualidade de vida nas fracturas sintomáticas e assintomáticas, relacionadas com as deformações (cifose, abdómen protuberante), redução da função pulmonar, perda da auto-estima, alterações do sono, depressão, perda da independência, etc. Em Portugal os custos anuais com o tratamento das fracturas da anca ultrapassam os 50 milhões de euros. Prevenir a osteoporose é identificar os factores de risco (quadros 4 e 5) e actuar nos modificáveis através de medidas higienodietéticas aplicadas a população nas fases mais precoces da vida. É importante seleccionar criteriosamente as situações que necessitam terapêutica. Um grupo de trabalho da OMS construiu um modelo de calculo do risco de fractura a 10 anos - FRAX (Fracture Risk Assessment Tool)²⁴ encontra-se disponível “on line”, constituindo importante ajuda na decisão terapêutica maximizando a relação custo-eficácia dos tratamentos.

A menopausa é um acontecimento biológico natural na vida da mulher, pode ser um período crítico para algumas e uma transição satisfatória para outras. Com o aumento de esperança de vida, a longevidade não se traduz em anos livres de doença. Reduzir factores de risco com medidas de estilo de vida saudáveis pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da mulher após a menopausa.

Referências

<http://www.imsociety.org>

- Meshia M, Pansini F, Modena AB, et al., on the ICARUS Study Group. Determinants of age at menopause in Italy: results from a large cross-sectional study. *Maturitas*. 2000;34:119-25
- Rannevik G, Jeppsson S, Bjerre B, et al., A longitudinal study of the perimenopausal transition: altered profiles of steroid and pituitary hormones. *Maturitas*. 1995;21:103-13
- Thurston R, Bromberger J, Joffe H, et al. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? *Menopause*. 2008;15:841-7
- Barnabei VM, Grady D, Stovall DW, et al. Menopausal symptoms in older women and the effects of treatment with therapy. *Obstet Gynecol*. 2002;100:1209-18
- Freeman EW, et al. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*. 2005;12:258-66
- Sherwin BB, Suranyi-Cadotte BE. Hormones and depression: What are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Biol Psychiatry*. 1990;28:339-48
- Bromberg JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord*. 2007;103:267-72
- Weiland NG, et al. Effects of estrogen on cognition and mood. *J Comp Neurol*. 1997;388:603-12
- Shughrue PJ, et al. Sex steroid control mood, mental state and memory
- Shughrue PJ, et al. Estrogen binding and estrogen receptor characterization in the cholinergic neurons of the rat basal forebrain. *Neuroscience*. 2000;96:41-9

- Roy S, Cailouette JC, Roy T, Faden JS. Vaginal PH is similar to FSA for menopause diagnosis. *Am J Obstet Gynecol*.2004;190:1272-7
- Grodstein F, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of developing urinary incontinence. *Obst Gynecol*.2004;103:254-60
- Notelovitz M. Clinical Opinion: The Biologic and Pharmacologic Principles of Estrogen Therapy for Symptomatic Menopause. *MedGenMed*.2006;8(1):85
- Castelo-Branco C. et al. Piel y terapia hormonal sustitutiva. *Ginecología y Obstetría Clínica* 1002:6(4):191-200
- Mosca L, Manson JÁ, Sutherland S, et al. Cardiovascular disease in women. *Circulation*. 1997;96:2468-82
- Rosano GM, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climateric* 2007;10Suppl 1:19-24 review
- Rivera CM, Grossardt BR, et al. Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy. *Menopause*.2009;16:15-23
- Jensen J, Nilas L, Christiansen C. Influence of menopause on serum lipids and lipoproteins. *Maturitas*. 1990;12:321
- Stevenson JC. Are changes in lipoproteins during HRT important? *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103 (S13):39-44
- Jackson RA. Mechanisms of age-related glucose intolerance. *Diabetes care* 1990;13(S2):9-19
- Seeman E, Delmas P. Bone quality- The material and Structural Basis of Bone Strength and Fragility. *N Engl J Med*.2006;354:2250-61
- Cooper C. All fractures are associated with morbidity. *Am J Med*; 103(2A):12s-19s
- www.shef.ac.uk/FRAX

MENOPAUSA: O OLHAR DA PSICOLOGIA

Graça Silva

Inúmeras mulheres das Ciências e das Artes têm procurado descrever o que acontece durante a menopausa. Recordamos, de imediato, Charlotte Buhler, Helen Deutsch, Joan Erikson, Virgínia Woolf, Simone de Beauvoir e Sidonie Colette, entre muitas outras (Mori & Coelho, 2003)¹.

Etimologicamente, a menopausa é definida como a cessação definitiva dos ciclos menstruais (do grego mén “; mênstruo + pausis, “cessação), decorrente do declínio da função dos ovários.²

A menopausa pode ocorrer naturalmente ou resultar de determinado tipo de intervenções cirúrgicas, nomeadamente, após uma Histerectomia (extirpação do útero), uma Ovariectomia bilateral (extirpação dos dois ovários) ou Anexetomia (extirpação dos ovários e das trompas).

O acontecimento da menopausa introduz a experiência humana e interior da inevitabilidade do envelhecimento, a noção da marcha irreversível do tempo, pelo que é encarada pela maioria das mulheres com apreensão e desconforto (Machado, 1997)³.

Envelhecer implica ter de lidar com perdas reais e simbólicas: perda da juventude, força, energia; perda da beleza de outrora; da possibilidade de engravidar; da libido e alterações ao nível da sexualidade; perdas cognitivas e oscilações da estabilidade

emocional; perdas e mudanças nos papéis social, profissional e pessoal da mulher (Carvalho & Coelho, 2006; Machado, 1997)^{4, 3}.

A partir de Kraepelin foi descrito um quadro psicopatológico associado ao período da menopausa denominado “Melancolia Involutiva” (Carvalho & Coelho, 2006)⁴. Este quadro caracterizava-se pela presença de depressão, ansiedade, agitação, insónias severas; e era acompanhado de sentimentos de culpa e somatizações, que podiam atingir graves proporções.

Segundo Apolinário (2001, citado por Carvalho & Coelho, 2006)⁴ até à década de 1970, alguns autores defendiam a ideia de uma entidade psiquiátrica que seria específica da menopausa. Com os resultados dos primeiros estudos epidemiológicos, não veio, contudo, a confirmar-se um maior risco de morbilidade psiquiátrica.

Conforme a revisão de Mori & Coelho (2003)¹, Gustav Jung, referia-se ao aparecimento de uma mudança subtil, muitas vezes despercebida, que acontecia tanto nos homens como nas mulheres por volta da meia-idade - mudança no carácter - por vezes acompanhada do aparecimento de depressões; Erick Erikson encarava a tarefa evolutiva e a crise emocional inevitável e exigida nesta fase da vida como a antítese entre a criatividade versus a estagnação; Donald Winnicott valorizava a importância das primeiras experiências de vida e de um ambiente facilitador, determinantes para a sobrevivência e estruturação psíquica, necessárias para o confronto com as crises e conflitos inevitáveis, nesta fase da vida.

O posicionamento dos vários autores acerca da menopausa varia segundo os Modelos Bio-médico ou Sócio-cultural. O primeiro Modelo salienta o impacto das alterações corporais sentidas e sofridas pelas mulheres. O segundo conceptualiza a menopausa como um processo de desenvolvimento normativo, com um impacto mínimo ou nulo na

vida da mulher, sendo as variáveis sócio-culturais as moduladoras da forma como as mulheres experimentam os sintomas (Deeks, 2003, citada por Pimenta, Leal e Branco, 2007)⁵.

A compreensão e a abordagem da menopausa devem ser encarados como um problema multifactorial sendo basilar a valorização da experiência individual.

Como descreve José Gil (1997)⁶, no seu livro *Metamorfoses do Corpo*, sobre a experiência individual, tudo o que se constrói sobre o sujeito e o seu «interior», são hipóteses. Da subjectividade do outro, não se tem senão uma experiência indirecta, pelo que um dos grandes riscos acerca desta avaliação é tomar-se o “exterior” pelo “interior”.

A menopausa inscreve-se como um tempo de transformações e metamorfoses pelo que a mulher necessita realizar inúmeras adaptações: 1 – na relação consigo mesma, ao nível da auto-estima, auto-percepção e imagem, nos valores e qualidades afectiva, intelectual, criativa e produtiva, para além do aspecto físico, baseado no ideal de beleza da juventude; e no retomar novos estímulos e projectos para a vida; 2 – na relação com o par, estabelecem-se novas regras, podem surgir novos papéis e objectivos distintos; é uma etapa para incentivar ou redescobrir a sexualidade, pode ocorrer uma separação, divórcio já que o outro também pode enfrentar dificuldades similares ou pode surgir uma viuvez; 3 – na relação com os filhos, que podem ter idades diferentes e estar a atravessar etapas distintas; se já não co-habitam pode surgir o sentimento de abandono, solidão; 4 – na relação com os pais da própria ou com os do seu par, com o cuidar destes, com a morte de algum, sendo que as mulheres, as filhas e as noras ainda permanecem como as principais cuidadoras; 5 – na relação profissional, etapa produtiva pela experiência adquirida mas

também fonte de insegurança pelas novas gerações e resultado do stress dos sintomas; confronto com a reforma ou necessidade de trabalhar, sobrecarga de responsabilidades; 6 – na relação com a comunidade, no interesse renovado pelos outros, a mulher procura aqueles que sabe que a compreendem, podendo ocorrer a vontade de participar em trabalhos comunitários e voluntários (Peyton, 2007)7.

Em síntese: as alterações do humor e a depressão podem resultar de doenças físicas (por exemplo, hipotireoidismo); de condições de stress psicológico, social e cultural; determinadas pelas condições sócio-económicas e, ainda, pela singularidade das histórias de vida. O grande obstáculo é a mulher sentir e recear que, com o tempo tornam-se mais escassas, as possibilidades de acesso a uma melhor qualidade de vida.

O Serviço de Psicologia tem dado, desde sempre, uma resposta aos pedidos de Consulta para estas utentes.

Para a Saúde da Mulher é importante oferecer um espaço para a escuta psicológica, pois o mal-estar geral por vezes representa a face visível das questões invisíveis relativas à história de vida. As queixas são frequentemente lamentos de uma outra ordem. São dores psíquicas, dores da alma. No “espaço interior” há assim dores profundas, segredos mais ou menos íntimos, vergonhas mais ou menos enterradas. E, não poder falar ou não ter local para o fazer, não significa não “precisar de falar”. A mulher acaba por o fazer por meio de sintomas, queixas “aqui e acolá”.

No Protocolo de Intervenção Psicológica, recentemente elaborado, 2009, definiu-se como Objectivo Geral - auxiliar a mulher a elaborar as perdas biopsicosociais de modo a atenuar o sofrimento desadaptativo. Como Objectivos Específicos pretende-se: esclarecer sobre as alterações físicas e psicológicas que podem ocorrer; conter e

modificar as alterações psicológicas e/ou comportamentais que surgem; promover e facilitar estratégias de coping e mecanismos de defesa para atenuar o sofrimento psicológico; estimular hábitos e comportamentos de vida saudável; avaliar e encaminhar para outras Consultas Médicas de Especialidade; incentivar e orientar para grupos de apoio diversificados.

A primeira intervenção psicológica consta de Consultas de Avaliação e Diagnóstico.

Estas primeiras consultas podem ser suportadas apenas pela Entrevista Clínica ou através da aplicação de Provas e Testes Psicológicos, nomeadamente, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar/HADS; Escala de Sintomas/SCL-90; Prova do Desenho; Inventário de Auto-Avaliação da Ansiedade/STAI; Questionário da Depressão de Beck, da Qualidade de Vida, da Relação do Casal e Sexualidade da Mulher.

As consultas futuras inscrevem-se, frequentemente, na modalidade de Psicoterapias de Apoio.

Para além do recurso à Consulta/Entrevista Clínica e Psicoterapias de Apoio que privilegiam a escuta psicológica, vários autores sublinham a eficácia junto destas mulheres de Técnicas de Relaxamento, Estratégias de natureza Cognitivo-comportamental e Intervenções de Grupo (Irvin et al, 1996; Hunter & Myra, 2003; Netto, 2005; Alder et al, 2006; Hunter, 2009)8,9,10,11,12.

Como critérios de elegibilidade e referência para a Consulta de Psicologia privilegiamos: 1 - Mulheres com sinais e sintomas de Sofrimento Emocional desadaptativo e prolongado, nomeadamente, com Problemas e Perturbações da Adaptação e do Humor; Problemas de Ansiedade generalizada e/ou associados a Doença orgânica; 2 - Mulheres com Factores de Risco associados à sua História de Vida:

mulheres confrontadas com a menopausa precocemente; com poucas ou inexistentes redes de apoio e suporte; com relações afectiva e familiar não protectoras, fontes de sofrimento desorganizador; que apresentam estratégias inadequadas ou ineficazes para lidar com as doenças, os tratamentos e o envelhecimento; com estilos de vida não saudável e de risco; com existência de antecedentes de psicopatologia e perdas múltiplas, e finalmente, mulheres com dificuldade em estabelecer relações de parceria e confiança com os Serviços.

Como obstáculos para a intervenção psicológica Identificamos os seguintes factores: Pessoais – desconhecimento da consulta, receio do estigma, atitude passiva – “não adianta, não vale a pena, é assim a vida”; Técnicos - desconhecimento da consulta, ideia ou convicção de que “o apoio e a intervenção psicológica de pouco adianta”, “o sofrimento emocional faz parte da vida” e, finalmente, Institucionais – o privilegiar da doença física e não valorizar os problemas psicosociais, percepção de que o apoio humanizado substitui a intervenção psicológica.

Como conclusão, não queremos deixar de sublinhar, que a singularidade impõe que os comportamentos, as reacções emocionais e as consequências comportamentais não são sempre iguais. Estas diferenças resultam da influência e combinação de vários factores: idade de manifestação da menopausa, forma e intensidade de aparecimento dos sintomas; problemas de saúde associados; história pessoal, conjugal e familiar; situação sócio-económica e/ou profissional; meio e cultura envolventes; investimento realizado no corpo e forma como é vivida a sexualidade, antecedentes psicopatológicos.

Estas diferenças devem ser compreendidas e respeitadas nas opções e intervenções terapêuticas a seleccionar.

Como sugestões e recomendações salientamos:

- 1 - O sofrimento emocional das mulheres deve ser devidamente reconhecido, avaliado e tratado;
- 2 - O despiste e o encaminhamento para a consulta de Psicologia devem ser realizados na consulta médica e de enfermagem em função dos elementos clínicos preditivos;
- 3 - As utentes devem ser informadas da existência desta Consulta e encaminhadas, caso necessitem e aceitem este tipo de apoio.

Referências

- Coelho, V., Mori, M. A Vida Ouvida: A Escuta Psicológica e a Saúde da Mulher de Meia-Idade, 2003:<http://www.revispsi.uerj.br/v3n2/.../artigo4v3N2.htm/>
- Dexeus, S., Pàmies, T. A Mulher depois dos 40 anos. Mem Martins: publicações Europa-América, 1979.
- Machado, M. «A Mulher em Fase Lunar» in Isabel Pereira Leal (Ed.). Sexualidade e Parentalidade, Pensar hoje o que se vem pensando. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada: 27-32, 1997.
- Coelho, V., Carvalho, I. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. Psico-USF, v.11, n.1, 113-122, Jan./Jun, 2006: <http://www.psico.com/tiemp/>
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J. Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão da literatura. Análise Psicológica, 2007,3 (XXV): 455-466.

- Gil, J. Metamorfoses do Corpo. Antropos. Lisboa: Relógio d'Água Editores, 1997.
- Peyton, D. La Atención de los Síntomas Psicológicos durante el Climaterio Femenino: <http://www.scielo.org.co/scielo>, 2007.
- Irvin, J. et al. The Effects of Relaxation Response Training on Menopausal Symptoms. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1996, Vol. 17, nº 4, p.2002-2007: <http://informahealthcare.com>.
- Hunter, M. Cognitive Behavioural Interventions for Premenstrual and Menopausal Symptoms. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2003, vol 21, 3 August, 183-193.
- Netto, J. Descrição de uma Intervenção Psicológica com Mulheres no Climatério. 2005. 15(31).277-285: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/>
- Alder, J. et al. Cognitive-Behavioural Group Intervention for Climacteric Syndrome. Psychother Psychosom, 2006, 75, 298-303: <http://content.Karger.com/produktedb>
- Hunter, M. An evaluation of a health education interventions for mid-aged women: five year follow-up effects upon knowledge, impact of menopause and health. Patient Education and Counseling, 2009, vol. 38, nº 3, 249-255: <http://linkinghub.elsevier.com>
- Gonçalves, O., Saraiva, R. Anatomias da Psicoterapia: A Cabeça também é Corpo. Revista Portuguesa de Psicossomática. 1999. Vol.1, nº1, Jan/Jun, (63-77).

Capitulo 4

Internamento Hospitalar: Especificidades

INTERNAMENTOS PROLONGADOS: A INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Manuela Amaral & Maria de Jesus Correia

“A espectacularidade de um corpo que se modifica para fazer nascer um outro ser, encerra justificadamente, o elemento mágico suficiente para, nem as explicitações mais douradas da ciência contemporânea mais sofisticada, fazerem diminuir o encantamento e o mistério. Mas a gravidez, pelo menos no mundo dito desenvolvido, já não é um tempo e um lugar de intimidade... é uma fase cada vez mais rara e tardia do ciclo de vida da mulher, profundamente medicalizada e psicologizada. A gravidez já não é um tema inscrito com naturalidade no ciclo de vida, antes um período super investido de espera e de reflexão.” (Isabel Leal)

Como é retratado nesta citação, a gravidez deixou de ser encarada enquanto acto natural e íntimo, para passar a ser um acto super investido e adiado, que vem a consumir-se mais tarde, fora do período de maior fertilidade do casal, com consequentemente necessidade de maior intervenção médica e apoio psicológico.

O apoio e cuidado à grávida com internamento prolongado pressupõem um trabalho em equipa. E dentro da equipa, uma grande

articulação e complementaridade, no respeito pelo domínio de intervenção de cada um.

Sendo o enfermeiro, o profissional que na equipa de saúde, dada a sua proximidade e permanência junto da grávida/família internada, se encontra em melhor posição para detectar precocemente qualquer alteração. As suas dinâmicas cuidativas devem ter em conta as alterações somáticas e psíquicas necessárias a cada etapa da gestação e detectar precocemente qualquer desvio.

Só intervenções ajustadas e partilhadas permitem atenuar ou resolver qualquer desajuste, criando condições para um ambiente favorecedor do bem-estar e desenvolvimento harmonioso, neste ciclo de vida familiar. É o que procuramos fazer no Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF).

Em primeiro lugar, é fundamental estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família. Relação que exige um profissional disponível e próximo, com uma atitude de escuta activa, empática, cordial. É com base nesta relação de confiança que surge a oportunidade para detectar situações de risco.

Não devemos esquecer que a gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, gera profundas alterações físicas e psíquicas, sociais e culturais... alterações que os preparam para a parentalidade.

Parentalidade□ entendida enquanto acção de tomar conta, de assumir novas responsabilidades, que desencadeiam comportamentos e expectativas.

A hospitalização na gravidez, sobretudo quando há um internamento prolongado, pressupõe que há intercorrências. Esta situação pode colocar o feto e/ou a mulher em risco e condicionar negativamente o

resultado da gravidez e a adaptação do casal a esta nova etapa de vida. O que não é raro, pois estima-se que aconteçam intercorrências em 10 a 25% das gravidezes.

Se um certo nível de ansiedade faz parte da natureza humana, como resposta fisiológica ao medo, perigo, ameaça...durante toda a gravidez os níveis de ansiedade da mulher (e do homem) estão muito elevados, o que se deve à vivência de um processo que não podem controlar e não sabem como vai terminar. As manifestações fisiológicas de ansiedade (taquicardia, “opressão no peito”, náuseas, vômitos, obstipação/diarreia, tensão muscular...), também são mais intensas e devem ser precocemente detectadas e valorizadas.

Na gravidez de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo de “alto risco”, diferente das ditas “normais”. Não devemos esquecer que durante a gravidez tudo vem “ao de cima”, vivências e experiências passadas, que se vão reflectir na forma como a mulher/casal investe na gravidez

A Hospitalização é um factor desencadeante/agravante da ansiedade na grávida, em que os factores psicossociais, nomeadamente o seu nível socioeconómico, situação profissional e apoio familiar desempenham um importante papel.

Muitas vezes esquecemos que o simples repouso, habitualmente prescrito, pode ter um impacto emocional e social importante nas mulheres e nas suas famílias.

Estas gestantes apresentam risco aumentado não só de ansiedade, mas também de depressão (perturbação psicopatológica que atinge cerca de 10% das grávidas e que tende a persistir após o parto, interferindo na vinculação).

Depressão que nem sempre é fácil de diagnosticar; a fadiga, insónia, alterações do apetite, perda de energia, são muitas vezes interpretados como fazendo parte dos desconfortos “normais” da gravidez

No entanto, é incontestável, que mulheres deprimidas têm mais:

- ☐ Complicações obstétricas e neonatais
- ☐ Partos prematuros
- ☐ Bebés de baixo peso

No SMMF estas vivências são diárias e temos de estar preparados para lidar com:

- ☐ Experiências negativas actuais ou anteriores (gravidezes difíceis, complicadas, com patologia associado – hipertensão, diabetes, risco de aborto, de parto pré-termo, abortos e mortes fetais anteriores, malformações fetais, filhos anteriores com deficiência
- ☐ Medo do parto e das intervenções obstétricas
- ☐ Conflitos familiares
- ☐ Problemas socioeconómicos.

Se por um lado as mulheres se sentem reconfortadas e protegidas sob os cuidados dos profissionais de saúde, por outro, sentem-se culpadas por deixar as suas responsabilidades familiares e profissionais. Tal acarreta muitas vezes:

- ☐ Alterações emocionais, da privacidade, da intimidade
- ☐ Preocupações acrescidas com a sua saúde e a do bebé
- ☐ Preocupações relacionadas com a organização familiar
- ☐ Impedimento de cuidar dos outros filhos em casa
- ☐ Impacto na relação conjugal

- ☐ Impacto na futura relação mãe/filho
- ☐ Impacto na vivência de futuras gravidezes
- ☐ Sentimentos de abandono, desamparo, falta de controlo
- ☐ Frequentes alterações de humor, tédio, solidão
- ☐ Elevação dos níveis de ansiedade e depressão.

Podemos assim referir como factores de stress ligados ao internamento:

- ☐ Percepção do papel de “doente”
- ☐ Inversão de papéis (de cuidadora, passa a dependente)
- ☐ Incerteza em relação à evolução da situação
- ☐ Preocupações em relação ao bem-estar do bebé
- ☐ Preocupações familiares e profissionais sobretudo com a pouca (ou nenhuma) assistência prestada aos outros filhos, quando os há
- ☐ Cansaço face à espera (mesmo sabendo os riscos de um parto pré-termo, desejam-no para pôr fim à situação)
- ☐ Sentimento de “prisão”, de tédio, de invasão de intimidade
- ☐ Falta de privacidade, desconforto, rotinas diferentes

Estas mulheres, não se sentem doentes, nem incapacitadas, mas... estão muitas vezes de repouso absoluto, por períodos de várias semanas, senão meses, confinadas a um espaço de 1, 60m/ 2 m, limitado por um cortinado, onde têm de efectuar todas as suas necessidades fisiológicas mais básicas, como alimentação e eliminação, numa sala que partilham com mais 5 a 7 mulheres, (e por vezes as respectivas visitas) onde tudo se ouve e onde por mais diligências que se façam, não se pode falar de conforto, privacidade, intimidade...No entanto, a capacidade técnica e experiência de toda a

equipa multidisciplinar, leva as grávidas a confiar em nós e a procurarem-nos, mesmo após o desfecho, positivo ou não, das suas gravidezes.

Assim como leva estas grávidas a estabelecer com as suas companheiras de enfermaria uma relação de proximidade, que se prolonga após o internamento. Dada a forma como vivem as alegrias e tristezas de cada uma.

Outras vezes a rejeição do grupo ou ao grupo, é tal que temos de ponderar a mudança de sala. Outras, uma mudança para junto da janela, para que possam ver a rua e o sol e não se sintam tão “presas”, mesmo permitindo o uso das novas tecnologias (telemóvel e computador).

Nas situações de internamento prolongado, não podemos ser rígidos com as regras, temos de ir ao encontro das necessidades destas grávidas, a nossa relação muitas vezes tem de ir para além da relação terapêutica e sermos a amiga, a mãe de que elas estão a precisar.

Temos de entender e aceitar o porquê de naquele dia, a sua fixação ser ter alta para ir à depilação, quando lhe estamos a tentar dizer que a sua situação se agravou – há que respeitar os mecanismos inconscientes de defesa, que fazem com que não entendam as preocupações da equipa de saúde.

Muitas vezes há mesmos que ponderar o risco e deixar estas grávidas ir a casa, mesmo que seja apenas por algumas horas, a sua saúde mental assim o exige.

Porque não deixar a família trazer determinado alimento, mesmo que este seja desaconselhado se isso a fizer sentir-se melhor, ou porque não facilitar a visita de alguém significativo fora do horário estabelecido.

O que para nós pode ser insignificante para elas é muitas vezes prioritário.

A adaptação ao internamento vai depender muito da forma como a grávida (família):

- ☐ Se sente acolhida, confiante, segura
- ☐ Da estrutura da sua personalidade e do seu suporte familiar, conjugal, social...
- ☐ Desejo e significado da gravidez
- ☐ Projecto de maternidade (parentalidade)
- ☐ Das suas expectativas (nem sempre realistas face à situação)

Perante estas grávidas/família o Enfermeiro deve:

- ☐ Mostrar-se disponível
- ☐ Reconhecer a sua ansiedade e levá-la a exprimir as suas perturbações
- ☐ Dar o tempo necessário para entrar em contacto com as suas emoções e as expresse
- ☐ Manifestar compreensão
- ☐ Reconhecer o direito a ter medos e inseguranças;
- ☐ Aceitar os mecanismos de defesa inconscientes
- ☐ Informar/Esclarecer com a ajuda de questões de clarificação e de validação (nada é mais angustiante que a falta de informação ou como muitas vezes referem “ uns dizem uma coisa outros dizem outra”)
- ☐ Oferecer frequentes reforços positivos
- ☐ Desencadear estratégias para aumentar a auto-estima

- ☐ Fomentar a presença do companheiro ou pessoa significativa.

É fundamental que o Enfermeiro consiga:

- ☐ Identificar precocemente grávidas em risco
- ☐ Valorizar e promover comportamentos potenciadores de um estado emocional mais positivo

Quando estamos perante um casal com internamento prolongado não devemos falar só de contracções, CTG's pouco reactivos e percentis. Os sentimentos negativos devem ser explorados e compreendidos, mas sobretudo há que valorizar e encorajar os sentimentos positivos.

A adaptação à parentalidade gera necessidades que a equipa multidisciplinar e nomeadamente o enfermeiro, deve prever e procurar dar resposta através do apoio/aconselhamento/ajuda/encaminhamento adequados, neste caso para a intervenção do psicólogo, se for essa a vontade da grávida/família.

Intervenção Psicológica

No contexto de internamento prolongado numa enfermaria de grávidas, o trabalho do psicólogo reveste-se de particular importância e de algumas especificidades.

Uma destas especificidades prende-se com o setting terapêutico cujas características importa relembrar: Acontece nas enfermarias, junto à cama da mulher, ao alcance da vista e da audição de colegas de quarto ou profissionais em movimento; tal retira alguma privacidade e há que arranjar estratégias para lidar com estas diferenças.

Deste modo, exige-se: uma postura física diferente, um tom de voz ajustado, uma maior concentração de atenção, algum cuidado na

interacção verbal e não verbal e um esforço para evitar interrupções de modo a harmonizar esta intervenção clínica. 1

O pedido (ou a percepção deste) vem quase sempre dos outros técnicos de saúde e, no SMMF parte muitas vezes do enfermeiro, aquele que mais tempo está com a mulher, que melhor a vem a conhecer quando o internamento se prolonga.

Na sequência deste pedido, é feito um rastreio para caracterizar/avaliar o equilíbrio psicológico da mulher e a sua adaptação ao internamento (por vezes este rastreio já funciona como apoio psicológico) e estabelecido um projecto terapêutico com características variáveis de acordo com a situação.

Algumas questões de interdisciplinaridade

Trabalhar em interdisciplinaridade requer atenção particular a alguns aspectos nomeadamente clarificar perante os outros técnicos as características da nossa intervenção e ter o cuidado de dar uma resposta rápida aos pedidos bem como feedback a quem solicitou a intervenção psicológica.

Consideramos ainda relevante ter alguns cuidados no âmbito da comunicação interdisciplinar. Assim, parece-nos fundamental ter em conta:

- 1- Bom senso na troca de informações
- 2- Respeito pelo segredo profissional
- 3- Assertividade na relação entre os diferentes profissionais
- 4- Confrontação (se necessário)
- 5- Bom humor sempre que possível e adequado.

Ao psicólogo importa ajudar à equipa multidisciplinar a conseguir transformar a hospitalização da grávida e o ajuste da sua família numa ocasião de aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

Cabe minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização; a intervenção psicológica neste período visa ainda prevenir a saúde mental e física da mãe e do bebé com o objectivo de estimular uma ligação mais saudável entre ambos.

O psicólogo, deve ser capaz de integrar verdadeiramente a equipa de saúde colaborando na definição de normas e regras para o melhor atendimento.

Importa usar metodologias várias, breves e eficazes para controlo de ansiedade e prevenção de perturbação do comportamento.

São frequentes as alusões na literatura psicológica a que as enfermarias de grávidas, facilmente se transformavam em espaços onde o sofrimento psicológico, para lá do físico, facilmente se desenvolve dificultando o emergir de recursos individuais adaptativos de oposição à adversidade do momento. 2

Tal compreende-se pelo facto de, para além da vulnerabilidade da gravidez se acrescer todo um enquadramento vulnerabilizante de internamento.

Para melhor ilustrar toda esta dinâmica de intervenção escolhemos apresentar-vos o caso clínico da Sónia.

O Caso Clínico – Sónia

A Sónia, é uma mulher de 25 anos, grávida pela primeira vez e que, após diagnóstico de ruptura de bolsa amniótica às 23 semanas fica internada no Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr.

Alfredo da Costa. O Serviço de Psicologia foi chamado após 3 dias de internamento.

A Sónia, mostrava dificuldade de adaptação ao internamento que se previa prolongado (e de repouso absoluto) e apresentava choro frequente.

Foi feita uma 1ª consulta (rastreo psicológico) e percebeu-se um contacto fácil com o e um bom entendimento da importância de uma ajuda psicológica dado o sofrimento que a invade (ansiedade e queixas depressivas).

Refere uma 1ª gravidez, descrita como planeada e desejada num contexto relacional de cerca de 2 anos, sentido como estável e gratificante. Descreve-se como profissionalmente activa (empregada de comércio); refere antecedente depressivo aos 20 anos enquadrado à data como reactivo à dificuldade em arranjar emprego após finalização da vida escolar (“senti-me inútil e perdida; ninguém me ajudava”). Reside em Évora bem como toda a família.

Com a fragilidade emergente à data de uma nova contrariedade (internamento) percebemos uma mulher com uma personalidade frágil; um exemplo da convergência de vários factores que, em conjunto tornam a situação da Sónia de grande desequilíbrio psicológico:

Personalidade frágil + vulnerabilidade da gravidez + vulnerabilidade do internamento

Foi estabelecido um projecto de intervenção com relevo para metodologias breves e eficazes de controlo da ansiedade e valorização narcísica conducentes à diminuição do sofrimento e das alterações do comportamento.

Esta intervenção psicoterapêutica, passa ainda por: ajudar a mobilizar recursos adaptativos; incentivar à expressão das suas dúvidas aos profissionais; pensar alternativas que facilitem o passar do tempo (enxoval para bebe não era o mais indicado dado o não ser situação de bom prognóstico); a Sónia redescobriu o desenho e a pintura que não fazia há algum tempo e também funcionavam como terapêuticos.

POR outro lado, desta intervenção também fazem parte: avaliar recursos familiares e conjugais de suporte e, se necessário, remobilizá-los (falar com marido e irmã no sentido de rever programa de visitas de forma a distribuí-las da melhor forma dado que a família vivia em Évora).

Percebeu-se ainda a necessidade de desenvolver algum trabalho de suporte ao marido, bastante inquieto com a situação e com dúvidas quanto à melhor forma de lidar com a Sónia.

Desta intervenção fez ainda parte a necessidade de sensibilizar os restantes profissionais de saúde envolvidos (médicos e enfermeiros) para as características particulares da Sónia, suas necessidades e contexto. Era importante: facilitar visitas fora de horas, pois familiares e marido vêm de longe e trabalham; que os médicos e enfermeiros explicassem claramente o que ia acontecendo na sua situação obstétrica uma vez que a Sónia evidenciava grande preocupação/confusão sobre o que se passava consigo e com o seu bebe e o silêncio dos profissionais desencadeava agravamento do quadro de ansiedade.

Conclusão

Este trabalho, visou reflectir essencialmente sobre uma experiência conjunta de vários anos de trabalho multidisciplinar, com progressivos acertos e frequentes constatações de melhoramento.

O que pretendemos transmitir, não é uma pesquisa teórica de fundo, mas uma análise e reflexão da nossa prática no internamento do Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC onde, para benefício dos seus utentes, procuramos, sem perder identidade profissional, integrar as diferentes áreas do saber numa compreensão holística da mulher grávida e da sua família.

Referências

- Soifer, R. (1992). Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas
- Lisboa, R.; Loureiro, A.L.; Lucas, P.(1995). Intervenção psicológica em situação de internamento obstétrico. *Análise Psicológica*. XIII (1/2). 67-72.

INTERVENÇÃO, NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS

Custódia Sousa, Carina Araújo, , Enfermeira da Unidade de Cuidados Neonatais, **Purificação Moita**, Enfermeira da Unidade de Cuidados Neonatais, & **Lília Brito**

“O cuidado a outrem não se esgota nas suas dimensões técnicas, científicas, éticas, deontológicas e/ou outras, este reclama “o inusitado”

que a necessidade a satisfazer no momento, requer”

Custódia Sousa

“Somos anões às costas de gigantes”, diria um autor da Idade Média. Edgar Morin e Clifford Geertz, citados por SAVATER confirmam esta máxima ao afirmarem “(...) que os seres humanos actuais não são o simples resultado da evolução biológica mas a obra de arte criada pela capacidade prática dos nossos antepassados”(SAVATER , 2004)

Com efeito, o que somos, o que sabemos, como entendemos o mundo, como percebemos as coisas, como compreendemos os outros e nos compreendemos a nós próprios, hoje, espelha todo o caminho percorrido pelos que nos antecederam. Foi-nos, por estes, imputada uma responsabilidade que, de modo inexplicado, pressiona-nos a não delapidarmos a herança do seu conhecimento. Mas de que modo? Concedendo-lhe valências de progressão. Isto é, mantendo-nos ligados umbilicalmente à raiz do conhecimento, tornando-nos

capazes de recriar o nosso património de saber, quer reconfigurando a sua orgânica de pensamento e até dando-lhe uma roupagem inovadora, quer transformando esse conhecimento num veículo do futuro de nós próprios.

Devemos persistir, parece agora inteligível, na senda do desenvolvimento, do progresso, da evolução. E somente deste modo asseguraremos que a humanidade, a sua espécie, a sua civilização, se conservem na terra.

Se esta máxima se estende a todas as áreas da vivência humana, em matéria de cuidados de saúde torna-se particularmente flagrante, dado que os cuidados de saúde exigem a articulação entre as necessidades reais e as necessidades holísticas do ser humano. Tais necessidades oscilam, muitas vezes, ao sabor dos contextos histórico, social, político, cultural, o que justifica por si só a obrigação deontológica de os profissionais de saúde se manterem em contacto com o Know-how herdado.

Conscientes de que contribuem activamente para a criação de um futuro saudável dos outros, os cuidadores encontram-se aqui para reflectir em conjunto sobre a temática objectivada na vertente Articulação de Cuidados.

Cuidados: Uma abordagem filosófica

O cuidado ao RN/Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, impõe de facto, múltiplas preocupações, sendo que entre elas se destacam a articulação de cuidados e também os cuidados em parceria porque nestes últimos relembram a importância do envolvimento dos pais em todo o processo de cuidar.

Como poderemos, antes de mais, definir articulação de cuidados? Várias foram as definições encontradas. Todavia, partamos da experiência obtida no interior do sistema de saúde:

A) “Articular” pressupõe delinear pontes entre as várias disciplinas, consideradas actualmente indispensáveis para o cuidado ao paciente. E, daí, hoje falar-se tanto sobre interdisciplinaridade e complementaridade de saberes. Ou seja, recorrer-se a meios técnicos humanos e institucionais diversificados para garantir a salvaguarda do seu melhor interesse;

B) Entende-se como o “cuidado” algo que, por excelência, se cola à atenção global que os profissionais de saúde prestam à pessoa que, circunstancialmente, se apresenta como um paciente a tratar. No nosso caso, mesmo como um pequeno ser a acolher, que possa vir a ser e a existir como uma pessoa em plenitude.

Noutros termos, cuidar do Outro compatibiliza-se com o exercício da articulação de saberes, porque articular saberes implica articular cuidados. E se nos especializarmos nesta arte da articulação para o melhor interesse da criança, por certo não a desmembraremos em partes compartimentadas nem tampouco bloquearemos a emergência da sua individualidade e singularidade, isto é, não desrespeitaremos a sua dignidade.

Os ingredientes que poderão dar significado ao cuidado articulado poderão ser vários consoante a necessidade, não só específica, como também prioritária, a satisfazer no RN/Família. Todavia entendemos que três princípios devem nortear e justificar a satisfação desse cuidado: a pre-sença, a pre-ocupação, e a responsabilidade. Sob este prisma, faremos uso do pensamento de alguns filósofos da modernidade e da contemporaneidade Martin Heidegger, Emmanuel Levinas e Paul Ricoeur.

A pre-sença é o estágio ontológico do Dasein ou ser-aí, porque neste estágio o ser-aí é determinado pela presença do ser entre os entes. Só o Homem existe como um ser-aí, isto é, como um ser que se revela no tempo.

No nível da pre-sença, Heidegger entende que o Homem difere dos restantes entes porque se transforma, porque evolui permanentemente, porque questiona acerca do ser. O Homem só realiza o seu ser na pre-sença e como ser-no-mundo. Por outras palavras, o humano só se realizará quando se compreender, quando encetar a busca pela compreensão do seu próprio ser-no-mundo que o envolve. E esta compreensão terá lugar no ambiente da sua existência, pois que o ser-aí é o Homem e o mundo em simultâneo, na sua realidade finita e imediata. Como refere Heidegger - «este ente que somos nós próprios em cada caso e que tem, entre outras possibilidades de ser, a de questionar, designamo-la na nossa terminologia sob o nome de Dasein». O mundo do ser é também o mundo de outras pre-senças, em última análise, o Outro. O que significa dizer que a pre-sença, está-num-mundo-com-os-outros, e em relação- com-os -outros. Como diria Heidegger “A própria existência é um modo de ser daquele ente que está aberto para a abertura do ser”. Entendido assim o mundo imbrica-se num contexto de relações. Estar no mundo significa habitá-lo, envolver-se, e não simplesmente encontrar-se nele de modo inerte, como uma coisa. É o “mundo da vida”, no sentido Husserliano.

Pre-ocupando-se com o Outro, é um aspecto primordial do Ser-aí ou Dasein. Significa solicitude, atenção cuidadosa para com o Outro, atenção às suas manifestações de desconforto e de sofrimento, no caso particular do ser enfermo. No limite, poder-se-ia afirmar que ao não nos sentirmos tocados pelo ser enfermo não nos pre-ocupamos convenientemente com ele. E se abandonarmos esta preocupação

com o Outro, abandonaremos a premissa deontológica que prevê a obrigação de prestarmos um bom cuidado de saúde.

O cuidado abrange assim a preocupação. Para sermos rigorosos, teremos que abordar um terceiro conceito – o de “cuidado mútuo” -, que se firma na coexistência em relação aos outros. Aliás, e agora antecipando o ponto de vista de Levinas, o ser-aí nasce no mundo e é posto apressadamente em relação. Sem ter sido avisado, co-habita o mundo com “alguém”. Mas ao coexistirmos com outrem, também o acolhemos – a noção de cuidado pode, nestes termos, traduzir-se em acolhimento.

Como refere na sua obra *Totalidade e Infinito*, a essência do acolhimento, aponta, para o « (...) autêntico reconhecimento (...) do Outro na sua liberdade, dignidade e diferença radicais, bem como do respeito pelas suas fragilidades e valorização das suas potencialidades». (Levinas, 1980). Quer com isto dizer que, na relação com o Outro somos confrontados, com a sua fragilidade, e simultaneamente apercebemo-nos que este Outro Eu é igualmente finito e pode morrer.

Na prática neonatal, o encontro com o Outro denuncia esta percepção. A de que o Outro Eu necessita de cuidado. Um cuidado por vezes emergentemente técnico, mas que não pode deixar de reconhecer o Outro que clama por ser acolhido num contexto de confiança, enriquecido pela experiência da intersubjectividade.³ Este encontro/cuidado deverá revestir-se de sentido de responsabilidade e de preceito profissional.

Paul Ricoeur encontra igualmente oportunidade para explanar o sentido da fragilidade. A propósito, dirá este autor: “(...) a fragilidade do outro (...) visto como alguém que necessita de cuidados, fará com que as melhores acções possíveis sejam escolhidas, pois é aquele

que é frágil e, portanto, depende do outro, acredita no cumprimento das obrigações daquele que cuida .”(Ricoeur, 2008)

É o cuidado que nos empossa de responsabilidade e de caridade, diga-se, para com aqueles que, por eles próprios, não se podem cuidar. A questão acerca da responsabilidade surge-nos, em última instância, na óptica da intervenção a um tempo individual e global sobre o RN/Família, em circunstâncias que amplamente justificam a articulação das diferentes disciplinas da saúde.

Intervenção, Necessidades e Preocupações

O enorme desafio que representa para nós profissionais de Saúde, cuidar de alguém tão dependente, indefeso, frágil e vulnerável no mundo hostil - o RN grande prematuro e/ou com doença grave - numa unidade onde a tecnologia e o conhecimento ao nível da medicina neonatal existem como forma de combater as suas limitações, exige uma reflexão cuidada da nossa prática.

Na verdade, substituir a natureza, substituir a biologia, é tarefa diríamos, quase sobre humana. Com razão, Sá defende que “o corpo materno, o seu calor, o seu cheiro e os seus ritmos proporcionam a segurança básica e tornam o bebé mais confiante para se aventurar em novas experiências (...) as repercussões dos cuidados maternos, não são apenas físicos, mas também se desdobram no que podemos chamar de impacto emocional (...)”, (Sá, 2001).

O tão “estafado” conceito da “Humanização dos Cuidados” não passa apenas por belíssimas instalações e sorrisos circunstanciais, mas sobretudo por se entender a complexidade do indivíduo que nos procura. Isto não é simples, nem fácil. Reclamam uma sabedoria prática a qual passa pela compreensão das necessidades totais do

outro sendo, que estas se expandem pelas diferentes dimensões do humano (fisiológicas, sociais, psicológicas e espirituais, entre outras).

Desta assumpção se infere que todos nós, somos únicos na nossa individualidade e pessoalidade, mas também complexos e múltiplos nas necessidades a satisfazer. Esta condição remete para o imperativo de que a abordagem aos RN/Famílias deva corresponder a estes requisitos intrinsecamente humanos. Assim se justifica a necessidade da articulação entre todos os saberes, entre as várias disciplinas e entre as práticas dos diferentes profissionais.

A separação e total desarticulação dos vários serviços sejam eles médico, psicológico, social ou religioso, servem unicamente para diminuir o indivíduo, uma vez que em função de uma única dimensão se omitem outras. O cuidado neste caso revela um descompasso entre o bem cuidar e o menos bem cuidar.

A parceria de cuidados remete para a intervenção dos profissionais da saúde e, envolve vários aspectos relativamente ao nível de autonomia familiar e da interacção cuidador/família, que incluem o envolvimento parental, a participação parental, a parceria com os pais e os cuidados centrados na família.

Assim, na literatura consultada é possível encontrar a referência a um conjunto de princípios/ atributos e estratégias que se consideram fundamentais para a existência de parceria no processo de cuidados de enfermagem e de psicologia.

Os Cuidados Centrados na Família constituem uma das maiores evoluções neste campo de intervenção, e vieram redefinir o papel dos pais/família, que da mesma forma que os RN, passaram também a ser alvo dos cuidados dos profissionais (Barros, 2006).

Nesta abordagem mais abrangente, o foco da intervenção foi alargado e passou a incluir não só a criança como também os pais e o ambiente cuidador, com especial atenção para promoção do bem-estar dos membros da família e do sistema familiar. Com a introdução destes modelos de intervenção que enfatizam o ambiente cuidador, os princípios dos cuidados centrados na família e a sua implementação receberam uma grande atenção nos cuidados intensivos neonatais.

Os cuidados centrados na família revelam-se assim como uma abordagem holística, que suporta os pais no seu papel de cuidadores, sendo básico e fundamental nos cuidados neonatais. Esta abordagem evidencia também a colaboração entre pais e profissionais e a possibilidade dos pais cuidarem do recém-nascido sob supervisão, mantendo as funções familiares. É o RN e família que está no centro da atenção dos cuidadores. O enfermeiro neste caso articulado com a psicologia (dentro das respectivas especificidades e saberes), contribuirá desta forma para que se mantenham ou desenvolvam a força dos papéis e laços familiares, promovendo a sua normalidade. A relação baseada no respeito mútuo é uma das condições exigidas ao cuidado que se centra na família.

A comunicação através do diálogo constitui-se como o elemento do cuidado centrado na família com maior incidência. A comunicação é uma ferramenta de apoio essencial, que dá acesso ao princípio da autonomia permitindo a imprescindível parceria entre os técnicos e RN/família.

A parceria é uma experiência partilhada. É um processo recíproco, interactivo. Para decidir é preciso estar informado. A informação adequada e sem reservas (na forma de partilha) é essencial. Na opinião de Squire parece haver uma evidência crescente dos benefícios na prestação de informação de saúde às pessoas e a

eficácia da parceria. A assertividade na comunicação veicula o processo de construção de parceria, passando pela explicitação clara de interesses e expectativas e pela negociação através do diálogo.

Conclusão

“A separação e total desarticulação dos vários serviços, sejam eles médico, psicológico, social ou religioso, servem unicamente para diminuir o indivíduo, uma vez que em função de uma única dimensão... se omitem as outras”.

Araújo, Carina (2010)

Referências:

HEIDEGGER, M., *Être et Temps*, Éditions Gallimard, 1951

LEVINAS, Emmanuel, *Totalidade e Infinito*, Edições 70, Lisboa, 1980.

CASEY, Anne, “Partnership nursing: influences on involvement of informal carers”, *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd., 22 (1995),pp-1058-1062.

BARROS, L.(2006). O bebé nascido em situação de risco. «A unidade de cuidados intensivos de como unidade de promoção do desenvolvimento». in: C. Canavarro *Psicologia da gravidez e maternidade*, 14: 235-254, Coimbra: Quarteto Editora.

HEIDEGGER, Martin, *Ser e Tempo*, I e II, 14ª edição, Editora Vozes, S. Paulo, 1995.

LEVINAS, Emmanuel, *Ética e Infinito*, Edições 70, Lisboa, 1982.

MENEZES, Magali Mendes de., *A EDUCAÇÃO NO DESEJO: A LINGUAGEM E A ÉTICA EM EMMANUEL LÉVINAS*, FEEVALE GT-17: Filosofia da Educação, [s.l.],[s.d.]

RICOEUR Paul, Lo Just 2, Estudos, Lecturas y ejercicios de etica aplicada, Editorial Trotta, Madrid, 2008, pp. 58-69.

SÁ, E. A Psicologia do Feto e da Criança. Fim de Século, Col. Escola de Pais, Vol. 6, 2001.

SQUIRE, A.,Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos para a prática. Loures, Lusociência, 2005.

SAVATER, F. A Coragem de Escolher, Dom Quixote, Lisboa, 2004.p.79.

VIEIRA, Margarida M. S., “Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada”. In: Servir. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol.43, (nº3Maio-Junho 1995) pp.114-117.

INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA E DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA – UDA: APOIO E SATISFAÇÃO DAS UTENTES

Graça Silva, Olinda Moreira, Marta Pires, Nádía Afonso, Sónia Ribeiro & Remédios Agudo

No contacto diário com as utentes do Serviço de Internamento de Ginecologia, atendidas pela Psicologia, escutamos com frequência: “Sinto-me bem tratada e apoiada mas não consigo deixar de estar insegura, inquieta e necessitar chorar”; “Não me consigo abstrair e relaxar...a senhora da cama ao meu lado ressonou a noite toda e não consegui descansar...Talvez esteja muito inquieta”; “Prefiro não falar muito para não me angustiar”; “Quero estar internada o mínimo tempo porque quero voltar às minhas rotinas fundamentais”; “Prefiro ficar o máximo tempo possível internada porque não tenho em casa ninguém que cuide de mim”. Ultrapassado o momento crítico do internamento e da intervenção cirúrgica também escutamos: “A urgência deste internamento e todos os problemas que tive de resolver até esse momento, foram uma espécie de anestesia para a angústia que senti quando soube que tinha de ser operada ...”; “Ao entrar para o bloco fixei-me na imagem de uma cruz que a minha mãe me ofereceu quando era criança”; “Na altura pensei que tinha de sobreviver porque tenho os meus filhos para criar”, “O segundo internamento custou-me muito mais, recordei tudo o que tinha passado”; “Enquanto o Doutor não veio falar comigo não descansei...estava com a ânsia de saber mais alguma coisa”.

Verificamos pelos exemplos destas pequenas narrativas que estão presentes afectos intensos quando uma pessoa, neste caso uma mulher, é internada e necessita de cuidados médicos: insegurança, medo, ansiedade, angústia. A insegurança resulta da incerteza, do desconhecido; o medo decorre da ameaça - da doença, dos tratamentos; a ansiedade respeita à expectativa do que pode vir a acontecer; a angústia emerge, em regra, quando as defesas da pessoa são incapazes de lidar com a situação em que se encontra.

Como observamos pelas anteriores transcrições e outros relatos de utentes, um internamento hospitalar pode igualmente provocar inúmeros sentimentos, como por exemplo, impotência, frustração, hostilidade, culpa, negação, regressão, dependência, ansiedade, desconfiança, insegurança, desamparo e oscilações de humor.

Qualquer tipo de cirurgia torna-se assim num acontecimento de vida que desencadeia o aparecimento de stress pela ameaça que representa para o sujeito.

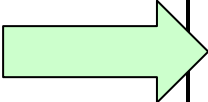
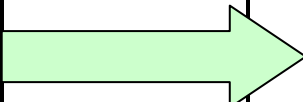
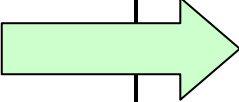
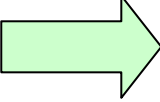
Segundo Contrada et al (1994)¹, a pessoa perante a informação e a necessidade de ter de realizar uma cirurgia desenvolve uma “representação interna” deste problema. Esta percepção e “representação interna” envolve elementos objectivos e elementos subjectivos, que se transformam no “problema interno” a resolver.

Os elementos e problemas objectivos são: a cirurgia é para tratar mas afecta o corpo e mutila; a cirurgia interfere no tempo de recuperação; a cirurgia afecta as actividades e as funções no pós-operatório.

Os elementos e problemas subjectivos, já descritos anteriormente, são: as respostas emocionais, as preocupações e os sentimentos sobre o ser capaz de lidar com a cirurgia, a ansiedade perante as perdas, os sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade, entre outros.

O confronto com a “representação interna” do stress associado à cirurgia desencadeia a activação de mecanismos de defesa, respostas de auto-regulação individual. Previamente à cirurgia, o foco é no bem-estar físico e emocional, no ser capaz de controlar a ansiedade, o humor deprimido, a depressão. Após a cirurgia o foco é no retomar dos papéis familiar, profissional e social.

Contrada et al, em 1994¹, procuraram sintetizar e sistematizar através do presente quadro, as fases e adaptações necessárias face às ameaças da experiência cirúrgica.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; background-color: #d9ead3;">Fases</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; background-color: #d9ead3;">Ameaças</div> </div>	I – Decisão da Necessidade de Intervenção Cirúrgica	II – Consulta pré-operatória, Admissão Hospitalar, Cirurgia	III – Recuperação pós-operatória	IV – Efeitos a longo prazo e recuperação
<u>Ameaças Físicas</u> anestesia, incisão, ressecção, reconstrução, cateterização, complicações físicas, infecções				
<u>Efeitos Funcionais e Subjectivos após Intervenção</u> dor, desconforto, desorientação, fadiga, perda de capacidades físicas				
<u>Perda dos Valores e dos Papéis Sociais Atribuídos</u> familiares, profissionais, lazer				
<u>Efeitos a Longo Prazo</u> necessidade de outros tratamentos, dor crónica, limitações funcionais				

Para Hunter, J. et al. (2007)², os factores que afectam as capacidades adaptativas e defensivas dos sujeitos face à experiência de doença e internamento hospitalar são: 1) Factores Individuais – Presença de Psicopatologia; Capacidades Adaptativas Anteriores (Tipo de Personalidade e características predominantes; Estilos de coping e mecanismos de defesa; Tipo de Vinculação ou Attachement; Momento ou etapa da vida em que se encontra a pessoa); Experiências prévias com situações traumáticas; Sentido atribuído ao acontecimento;

2) Meio Intra-hospitalar - Características da Doença, Tratamentos Prestados e Tipo de Setting; Impacto Traumático do Acontecimento;

3) Meio Extra-hospitalar - Recursos Económicos e Sociais envolventes, Contexto Social e Cultural, Família e Amigos.

São assim inúmeras as adaptações e tarefas exigidas à mulher internada que justificam os cuidados e o apoio da Psicologia. Pensemos no impacto de uma mastectomia³, de uma histerectomia^{4,5} ou vulvectomy^{6,7}, na sequência de diagnósticos associados a patologias oncológicas ou outras.

A Intervenção e o apoio da Psicologia no Internamento de Ginecologia - UDA acontece:

1) Por protocolo estabelecido, quando é realizado o rastreio de todas as utentes internadas para cirurgia, encaminhadas através da consulta de Senologia e Ginecologia Oncológica;

2) Por pedido, quando são encaminhadas pela enfermagem, pela própria ou pelo médico, as utentes que vão ser sujeitas a intervenções cirúrgicas várias e que evidenciam sinais e/ou sintomas de sofrimento emocional intenso e desadaptativo.

O sofrimento é considerado desadaptativo quando em regra é notório, exuberante, não cede após a intervenção e o apoio dos restantes

técnicos ou auxiliares do serviço e interfere com o bem-estar da própria e das restantes mulheres internadas.

No Internamento de Ginecologia a Intervenção Psicológica assume características especiais. Em regra a resposta é rápida e breve; a privacidade é reduzida, encontrando-se sujeita a interrupções inevitáveis e imprescindíveis; a disponibilidade da utente é imprevisível; o pedido pode não ser do próprio o que pode levantar ambiguidades e inquietações a desmistificar.

Os principais objectivos da Intervenção Psicológica são:

- 1) Avaliar o estado emocional da utente, a intensidade do seu sofrimento e as capacidades adaptativas face à doença e ao internamento;
- 2) Estabelecer uma vinculação para continuar o apoio após a alta do internamento; promover e facilitar a adaptação da mulher ao internamento e doença; providenciar um sentido e coerência para os cuidados que estão a ser implementados; evitar o risco de desadaptação/desorganização e solicitar a intervenção de outros profissionais, quando esta é necessária.

A intervenção psicológica apoia-se no discurso e narrativa das utentes, investiga sobre a vivência de experiências anteriores, fantasias, maneira singular de enfrentar os problemas, dificuldades e crises. Não é somente acerca da doença que se diagnostica. A intervenção psicológica possibilita um espaço para a mulher expressar os seus sentimentos, expectativas, apreensões, ansiedades, medos e fantasias.

O trabalho psicológico é sobre o “sentir da mulher”, valorizando-se a subjectividade decorrente da experiência de vida, dimensão e características particularmente intensificadas pelo modo como esta mulher as significou ou pontuou.

De igual modo, o único cuidado de enfermagem que vale a pena é o integral, que vê cada utente como um indivíduo que vale por si só e como um ser humano a respeitar⁸.

A enfermagem articula ciência e arte ao cuidar da pessoa no seu todo: corpo, pensamento lógico e sentimentos⁸ e os enfermeiros proporcionam cuidados holísticos de enfermagem (... cuidados biológicos, psicológicos e socioculturais às pessoas, de forma a que estas sejam tratadas como um todo)”⁸.

Decorrente das preocupações da equipa de enfermagem relativamente à qualidade dos cuidados dispensados no Serviço de Internamento de Ginecologia, está a ser realizado um estudo sobre a satisfação das utentes face à ao apoio fornecido pela(o)s enfermeira(o)s no decorrer do internamento.

Os três principais objectivos deste estudo são:

- 1) Caracterizar do ponto de vista socio-demográfico as utentes do internamento de Ginecologia;
- 2) Melhorar a qualidade de prestação de cuidados de enfermagem e, finalmente,
- 3) Possibilitar aos utentes uma participação na construção de um cuidar em saúde, à sua medida.

Com o estudo numa fase inicial, são apenas apresentadas as respostas obtidas junto de uma pequena amostra de mulheres internadas.

O Instrumento a utilizar será um questionário composto por 33 questões. Contudo, neste trabalho, circunscrevemos os resultados apenas às 12 questões e afirmações que:

- 1) Caracterizam as utentes na perspectiva socio-demográfica;

2) Nos informam sobre a percepção das mesmas acerca da qualidade dos cuidados prestados e, finalmente, nos esclarecem sobre a relação enfermeiro/utente.

As questões e afirmações seleccionadas foram assim as seguintes: “Qualidade global dos cuidados prestados”; “Disponibilidade, cortesia e simpatia do enfermeiro”; “Rapidez da resposta em situação de urgência”; “Existe profissionalismo na equipe de enfermagem”; “O enfermeiro ouviu com atenção tudo o que eu (utente) disse”; “Fui (eu, utente) capaz de partilhar a informação necessária com o enfermeiro”; “O enfermeiro explicou as coisas de forma fácil de entender”; “Recebi a Informação que necessitava do enfermeiro”; “O enfermeiro respondeu às minhas Perguntas”; “O enfermeiro fez-me sentir parte integrante dos cuidados de saúde”; “O enfermeiro despendeu o tempo necessário comigo”.

As opções de resposta das utentes face às questões e afirmações colocadas variam entre: “muito má”, “má”, “razoável”, “boa” e “muito boa”; e, “discordo plenamente”, “discordo”, “concordo” e “concordo plenamente”.

No presente, o tratamento dos dados baseou-se na análise estatística e descritiva do cálculo das percentagens.

As principais conclusões obtidas até ao momento são:

- 1) A maioria das utentes da amostra encontra-se na faixa etária compreendida entre os 45 e os 64 anos, é casada ou vive em união de facto e como habilitações académicas, tem o ensino secundário e está activa profissionalmente;
- 2) A qualidade global dos cuidados de enfermagem prestados é classificada pela maioria das utentes como “muito bons”;
- 3) O profissionalismo da equipe de enfermagem foi de igual modo classificado pela maioria das utentes como “muito bom” e “bom”;

4) Face à afirmação “o enfermeiro explicou as coisas de forma fácil de entender”, todas as utentes da amostra classificaram com “concordo” e “concordo plenamente”; 5) Perante a afirmação “O enfermeiro fez-me sentir parte integrante dos cuidados de saúde”, a maioria das utentes da amostra seleccionaram a resposta “concordo plenamente”.

Numa primeira análise, podemos já afirmar que a percepção das utentes inquiridas quanto aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem no Serviço de Internamento de Ginecologia é bastante positiva. Para que esta percepção se possa manter parece-nos importante valorizar a formação dos técnicos, a necessidade de reduzir o rácio enfermeiro/utente e clarificar as utentes acerca das funções/limites destes técnicos. São aspectos fundamentais também a valorizar:

- 1) A importância de dar tempo às utentes para exporem as suas dúvidas;
- 2) A necessidade de disponibilizar todos os esclarecimentos solicitados e, finalmente,
- 3) Possibilitar às utentes que estas assumam um papel mais activo nos seus cuidados de saúde.

Terminamos este trabalho convictos da importância de se valorizar e investir na qualidade da relação profissional de saúde/utente e na relação inter-pares por forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos diferentes técnicos, junto das mulheres do Serviço de Internamento de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Referências

- Contrada, R. et al. Psychological Preparation for Surgery: Marshaling Individual and Social Resources to Optimize Self-Regulation. *International Review of Health Psychology* 1994, 3: p. 230.
- Hunter, J. et al. Teaching Consultation-Liaison Psychotherapy: Assessment of Adaptation to Medical and Surgical Illness. 2007. *Academic Psychiatry*, 31(5), 367-374: <http://ap.psychiatryonline.org>.
- Guthrie, E. et al. Psychosocial Status of Women Requesting Breast Reduction Surgery as Compared with a Control Group of Large-Breast Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, 45 (4), 331-339.
- Baldaro, B. et al. Psychological Distress of Conservative and Nonconservative Uterine Surgery. A Prospective Study. *Journal of Psychosomatic Resesarch* 2003, 54, 357-360.
- Kjerulff, K. et al. Effectiveness of Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*. 2000. 95 (3). 319-326.
- Tamburini, M. et al. Quality of Life and Psychosocial State after Radical Vulvectomy. *Journal of Psychosomatic Obstretics and Gynaecology* 1986 (5), 263-269.
- Schultz, W. et al. Sexual Rehabilitation of Radical Vulvectomy Patients. A Pilot Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1986 (5), 119-126.
- Bolander, V. *Enfermagem Fundamental, Lusodidacta* (1998:308).

O ENQUADRAMENTO SOCIAL DO INTERNAMENTO - SERVIÇO SOCIAL DA MAC

Tânia Gamanho & Fátima Xarepe

O Objectivo principal da Intervenção do Serviço Social no Internamento, é contribuir para uma melhor qualidade na prestação dos cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva, respondendo a dificuldades de natureza material e psicossocial dos utentes e das crianças, intervindo em diferentes problemáticas de acordo com o Despacho do Ministério da Saúde 31292/2008:

- Exclusão Social
- Habitação precária;
- Gravidez Não Viglada
- Imigração;
- Morte-Fetal;
- Seropositividade;
- Violência Doméstica;
- Adolescência;
- Adições;
- Desemprego;
- Doenças Mentais;
- Rejeição de Crianças;
- IVG's

O Protocolo da Intervenção Social na MAC obriga a:

- Avaliar os casos sinalizados pelas diferentes equipas (médica; enfermeira; psicóloga);
- Gerir a alta da utente com os outros profissionais de saúde;
- Prevenir situações de negligência, maus-tratos e abuso no Recém-Nascido;
- Detectar precocemente factores de risco nas situações;
- Promover a informação dos direitos das mulheres e crianças;
- Apoiar socialmente a mulher, criança e famílias;
- Encaminhar as situações de risco social e carências sociais para serviços da rede social (IPSS; Centros de Saúde; Segurança Social; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais);
- Promover a protecção da mulher e da criança socialmente;
- Diminuir a taxa média de internamento por razões sociais;
- Apoio aos familiares na Prestação de cuidados ao doente; e encaminhamento para a rede de cuidados continuados no âmbito dos internamentos de Ginecologia;

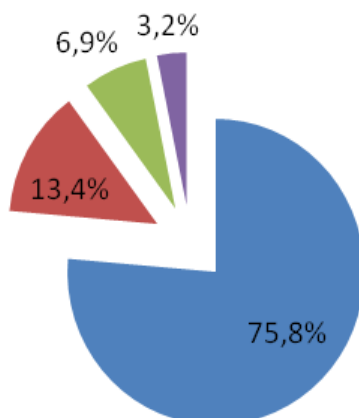
Análise Social

De acordo com o trabalho estatístico realizado em 2009, a Intervenção Social na MAC, corresponde a um total de 28 525 de actos sociais informatizados, destes foram efectuadas 1 151 chamadas ao Serviço Social solicitadas pelos profissionais da MAC (Médicos, Enfermeiras, Psicólogas...).

Destas 1 151 chamadas verificou-se que (Gráfico 1):

Chamadas do Internamento

■ Obstetrícia ■ Neonatologia ■ Urgências ■ Ginecologia



- 879 Chamadas (75,8%) eram provenientes do Internamento de Obstetrícia;
- 155 Chamadas (13,4%) foram recebidas do Internamento de Neonatologia;
- 80 Chamadas (6,9%) do Serviço de Urgência;
- 37 Chamadas (3,2%), solicitadas pelo Internamento de Ginecologia;

Das 1 151 chamadas realizadas ao Serviço Social:

- 55,5% (639) das utentes não tinham processo social e;
- 44,4% (512) das utentes já eram acompanhadas socialmente;

Destacamos aqui a importância do acompanhamento social pré-natal, ou nos casos de Ginecologia, pré-internamento, ganhos quer para as utentes, como para a intervenção hospital: menos dias de internamentos por razões sociais; qualidade na resposta social a qual pode ser programada com os serviços da rede social...

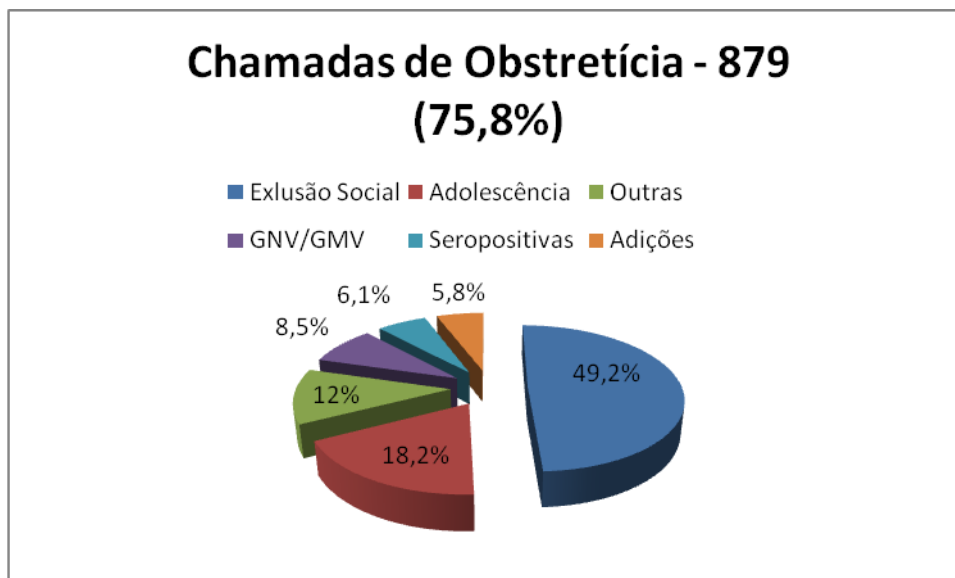
Motivos das Chamadas ao Serviço Social

Em geral a maioria das chamadas ao Serviço Social têm como motivo a Exclusão Social:

- Desemprego;
- Disfuncionalidade familiar;
- Pobreza;
- Más condições habitacionais;
- Ausência de apoio social e/ou familiar;

No entanto em cada internamento verificou-se uma diversidade nos motivos de chamadas ao internamento:

Internamento de Obstetrícia – 879 Chamadas (75,8%) do total

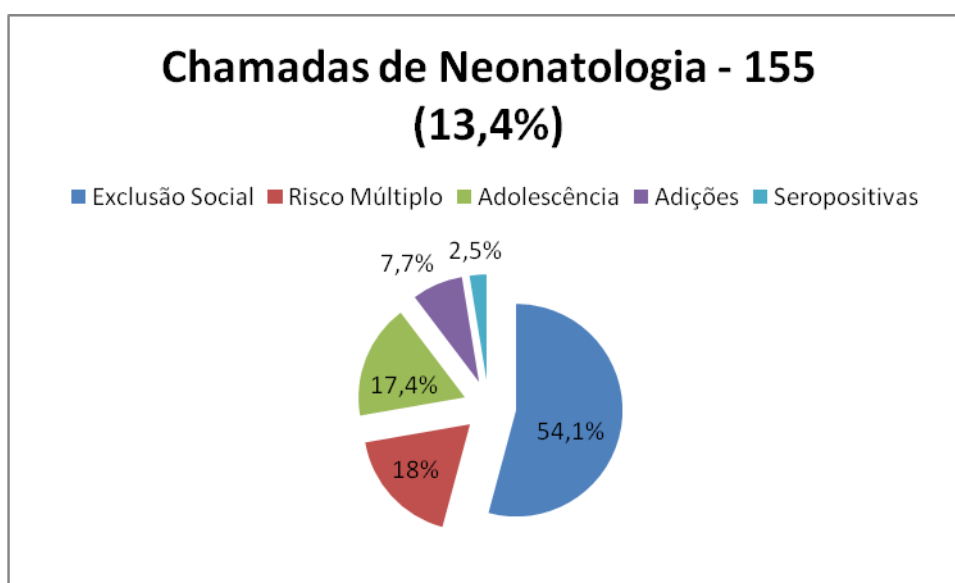


Este gráfico apresenta-nos que além de pedidos para avaliação do Serviço Social para situações de Exclusão Social (49,2%), outros motivos necessitam igualmente desta avaliação tais como:

- Adolescência – 18,2%
- Outras (Morte Fetal; Informações sobre Direitos; Foro Psiquiátrico...) – 12%

- Gravidez Não Viglada ou Mal Viglada – 8,5%
- Seropositivas – 6,1%
- Adições – 5,8%

Internamento de Neonatologia – 155 (13,4%) das 1 151 Chamadas (Gráfico 3)



Tal como em Obstetrícia, também no internamento de Neonatologia se verificam pedidos de avaliação social a outras situações além das de Exclusão social (54,1%):

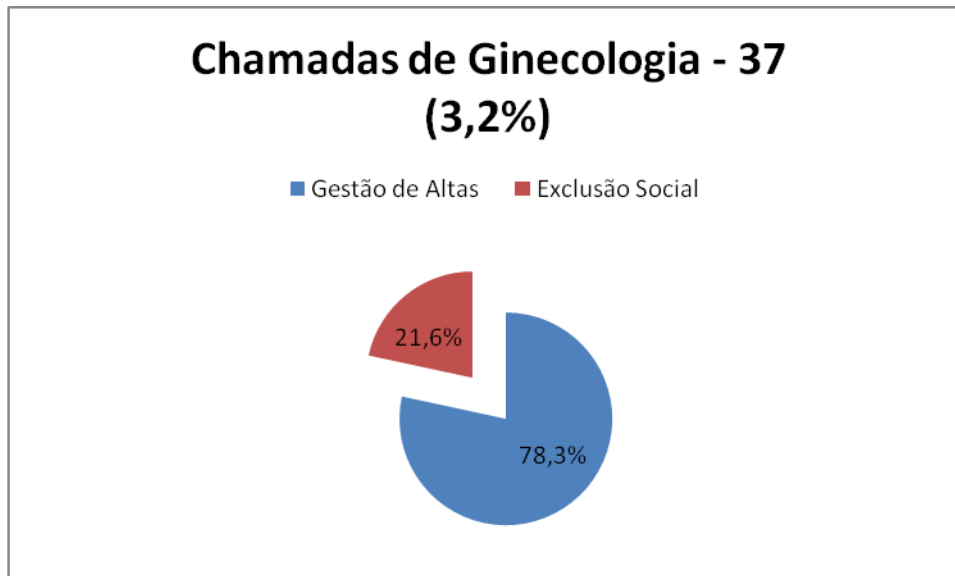
- Risco Múltiplo (Trissomia 21; Foro Psiquiátrico; Informação sobre Direitos...) – 18%
- Adolescência – 17,4%
- Adições – 7,7%
- Seropositivas – 2,5%

Serviço de Urgência – 80 (6,9%) das 1 151 Chamadas

- No Serviço de Urgência é solicitada a avaliação do Serviço Social em diversas situações de Risco – Violência Doméstica;

Sem-Abrigo; Violações; Abusos Sexuais; Mulheres Sem Suporte Social; Rejeição do Recém-Nascido; Situações de Doença Oncológica...

Internamento de Ginecologia – 37 (3,2%) das 1 151 Chamadas (Gráfico 4)



No internamento de Ginecologia a especificidade de situações tem outra natureza mais específica neste sentido, a par da Exclusão Social (21,6%) o outro motivo predominante solicitado para a intervenção do serviço Social refere-se à:

- Gestão de Altas com vista ao adequado encaminhamento da utente para a rede de cuidados continuados após alta clínica – 78,3%

Ao Serviço Social da MAC chegam diariamente sinalizações de outras entidades (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, Tribunais; Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia; Centros de Saúde; IPSS's) de situações de risco social, no sentido de se acompanhar, vigiar, prevenir e assegurar a protecção dos recém-nascidos na altura do seu nascimento. Em articulação com as respectivas entidades da

rede social programa - se a alta, de acordo com o contexto sócio-familiar.

Respostas Sociais

Em relação às repostas sociais no Internamento, constata-se que:

- Em 67,7% das utentes foi-lhe prestado:
 - apoio social;
 - apoio informativo: Direitos de Cidadania (parentalidade; registo de crianças; esquema de protecção Social....);
 - aconselhamento;
 - apoio material (transportes; enxovais e medicamentos);
- Em 40,2% das situações, houve a necessidade de encaminhamento para entidades da rede social: IPSS's, Segurança Social; Comissões de Protecção; Tribunais; Centros de Saúde; equipamentos de apoio à criança; centros de emprego e formação profissional....

Situações de Risco Social

Em 2009 nasceram na MAC 434 crianças com factores de risco social; cujas mães pertenciam aos seguintes grupos:

- Imigrantes – 47,9%;
- Adolescentes – 21,9%;
- Carência – 13,4%;
- GNV – 11,5%;
- VIH – 10,3%;

- Toxicodependentes – 9,2%;
- Doenças Mentais – 4,8%;
- Diabéticas – 3,9%;
- Violência Doméstica – 2%;
- Gemelar – 1,8%.

Quanto ao encaminhamento destas crianças, verificamos que a maioria foi encaminhada para a Família Restrita como verificamos no quadro seguinte:

Encaminhamento da Criança	Total		Total
Família	280 (64,5%)	Família Restrita	278
		Família Alargada	2
Centro de Acolhimento	15 (3,4%)	Abandono	1
		Adopção	4
Crianças que ainda não nasceram	75 (17,3%)		
Institucionalizada com a mãe	13 (3%)		
Total de Crianças em Risco em 2009		434	

Apesar do elevado número de crianças de risco em apenas 3,3% foi necessário o protelamento de alta social, sendo que a média de dias do protelamento foi de 12,3 dias (Tempo mínimo foi de 1 dia; tempo máximo chegou aos 56 dias a aguardar orientação e deliberação de medida por parte dos serviços da rede social).

Conclusão

Concluimos que a intervenção do Serviço Social da MAC nos internamentos, passa pela detecção de vivências individuais e sócio-familiares problemáticas na grávida/ puérpera e Recém - Nascido ou, da mulher do foro ginecológico, com vista ao acompanhamento; a uma resposta de qualidade, atempada e de referência face a cada uma das situações sinalizadas, tendo em conta a multidisciplinaridade dos vários profissionais que actuam nesta área (Assistentes Sociais; Médicos; Enfermeiras; Psicólogos; Nutricionista...) que é fundamental para o sucesso desta resposta.