

PSICOLOGIA DA SAÚDE

SEXUALIDADE GÉNERO E SAÚDE



Editado por
ISABEL LEAL & J. PAIS RIBEIRO



ISPA | Instituto Universitário

edições
ISPA

UM CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM SITUAÇÕES DE PERDA PERINATAL: RESULTADOS DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Ana Fonseca^{1,2,3} / *Anabela Araújo Pedrosa*² / *Maria Cristina Canavarro*²

¹FPCE, Universidades de Coimbra; ²Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra / Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Universidade de Coimbra; ³FPCE, Universidade de Lisboa

Estudo apoiado pelas bolsas FCT, SFRH/BD/47053/2008, e SFRH/BD/3168/2000

O reconhecido impacto de uma perda perinatal na adaptação materna (Badenhorst, & Hughes, 2007; Fonseca, 2008), tem suscitado a necessidade de desenvolver intervenções psicossociais capazes de favorecer a adaptação parental à perda. Desde os anos 80, as directrizes de actuação dos profissionais de saúde em situações de perda perinatal começaram a valorizar aspectos como a validação e partilha emocional da perda e, simultaneamente, a reconhecer a relevância da participação de profissionais de saúde mental nas equipas multidisciplinares de prestação de cuidados neste contexto (Bennett, Litz, Lee, & Maguen, 2005; Schott, Henley, & Kohner, 2007).

O protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal da UNIP (Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra) assenta no macroparadigma da Psicopatologia do Desenvolvimento e nos princípios básicos do modelo Cognitivo-comportamental, e tem como objectivo central a promoção da adaptação parental à perda – aceitação da perda e restituição do equilíbrio emocional e nas diferentes áreas de vida. Neste contexto, postula uma intervenção em situações de perda perinatal que: (i) inclua uma dimensão preventiva de situações de risco psicossocial e de inadaptação à perda); (ii) contemple os vários contextos de intervenção (individual, conjugal, familiar e social); (iii) atenda a características desenvolvimentais específicas (ciclo de vida individual e familiar); e (iv) promova a acção coordenada de uma equipa multidisciplinar (Fonseca, 2008; Pinho, Canavarro, & Araújo Pedrosa, 2007; Rolim & Canavarro, 2001).

São quatro as fases em que se organiza o protocolo de intervenção psicológica, cujos objectivos gerais e específicos são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Fases do protocolo de intervenção psicológica: Objectivos

Fase	Objectivo Geral	Objectivos específicos
Fase I	Identificar pais e familiares em risco de desenvolver respostas não adaptativas à perda	<ul style="list-style-type: none"> – Caracterizar a perda e suas circunstâncias; – Avaliar aspectos que influenciam o desenvolvimento de situações de risco psicoemocional; – Construir de uma aliança terapêutica com os pais, expressão do luto e processamento do acontecimento traumático.
Fase II	Favorecer a aceitação da perda e dar a conhecer o processo de luto	<ul style="list-style-type: none"> – Auxiliar a família a enfrentar e materializar a perda (validação); – Fornecer psicoeducação acerca do processo de luto; – Facilitar a comunicação familiar (conjugal/parental).
Fase III	(Re)Introduzir o padrão de rotina habitual, restabelecer a sensação de controlo e ajudar a construir novos significados	<ul style="list-style-type: none"> – Reintroduzir os padrões de rotina habituais; – Modificar ou construir novas percepções e significados; – Reconstruir a sensação de controlo; – Tabalhar a comunicação familiar e a comunicação com a rede de apoio social.
Fase IV	Tomar decisões reprodutivas informadas e ponderadas	<ul style="list-style-type: none"> – Promover processos de tomada de decisão (reprodutiva) informadas e ponderadas; – Desenvolver estratégias de <i>coping</i> protectoras numa nova gestação.

A avaliação inicial (Fase I) torna-se essencial para o estabelecimento da decisão terapêutica de continuação da intervenção de forma mais estruturada (seguimento do protocolo) ou, pelo contrário, do agendamento de uma sessão de *follow-up*, dentro de um mês, para uma reavaliação psicológica do estado emocional e de estratégias de *coping* pessoais e

familiares para lidar com a perda. A avaliação psicológica (multi-métodos e informadores), é relevante em todo o processo terapêutico, para a adequação das linhas gerais de intervenção às especificidades de cada casal. Eficácia e importância da intervenção psicológica no luto por perda perinatal.

Poucos estudos se têm focado na avaliação da eficácia da intervenção psicológica em situações de perda perinatal; na sua meta-análise, Flenady e Wilson (1998) referem que os estudos existentes não permitem avançar uma conclusão sobre a eficácia da intervenção psicológica, e que o facto de sob esta designação, se incluírem intervenções com diferentes enfoques e graus de estruturação, pode contribuir para essa dificuldade.

Por outro lado, muitos estudos se têm realizado com o objectivo de avaliar a percepção de utilidade e/ou satisfação parental com o acompanhamento recebido em situações de perda perinatal. Os resultados destes estudos evidenciam a valorização de aspectos como: validação e favorecimento da expressão de sentimentos; psicoeducação sobre a experiência de perda; orientação em momentos de crise; validação da perda e estabelecimento de memórias do bebé; autonomia e restabelecimento de controlo na tomada de decisões; atitude de suporte e empatia, comunicação adequada; e possibilidade de envolvimento dos dois membros do casal no processo terapêutico (Gold, Dalton, & Schwenk, 2007; Lundqvist, Nilstun, & Dykes, 2002; Sãflund, Sjögren, & Wredling, 2004; Sanchez, 2001).

Perante o exposto, é objectivo da presente investigação contribuir para a avaliação do protocolo de intervenção psicológica da UNIP tendo por base, quer indicadores de sintomatologia psicopatológica e Desenvolvimento Pós-Traumático – DPT, quer a percepção subjectiva das utentes acerca dos benefícios da implementação do protocolo, no que respeita à consecução de objectivos, importância e utilidade.

MÉTODO

Participantes e procedimentos

A amostra é constituída por 56 mulheres que sofreram uma perda perinatal entre Agosto de 2003 e Fevereiro de 2008, sendo que 37 beneficiaram do

protocolo de intervenção psicológica (*grupo com intervenção – GCI*) e 19 não beneficiaram do mesmo (*grupo sem intervenção – GSI*). Os protocolos de avaliação foram enviados por correio, bem como o consentimento informado e um envelope selado para reenvio dos protocolos. As participantes do GCI tinham sido/eram actualmente utentes da Consulta de Acompanhamento Psicológico da UnIP. As participantes do GSI foram recrutadas através de fóruns da internet sobre maternidade e/ou perda perinatal, participando no estudo aquelas que responderam negativamente à questão: “Após a perda perinatal, beneficiou de acompanhamento psicológico estruturado?”. A ausência de um nível de compreensão suficiente para o preenchimento dos questionários foi critério de exclusão para os dois grupos. Nos dois grupos, a maioria das mulheres é casada/unida de facto (GCI: 100%; GSI: 94.7%). No GCI, a média de idades é 30.97 anos ($DP=4.31$) e a maioria das mulheres tem habilitações superiores (34.5%); no GSI a idade média é de 31.74 anos ($DP=3.71$) e há uma percentagem igual (47.4%) de mulheres com ensino secundário e ensino superior. O nível socioeconómico é a única variável em que os dois grupos se distinguem [$\chi^2_{(2,N=56)}=7.932, p=.006$], com significativamente mais participantes do GCI a pertencer ao NSE baixo (54.1% vs. 15.8%).

Relativamente às características clínicas, os dois grupos são semelhantes no que respeita ao tempo médio decorrido desde a perda (meses) [GCI: $M(DP)=19.46(13.19)$; GSI: $M(DP)=13.58(11.90)$], mas não o são no que respeita ao tempo médio de gestação (semanas) aquando da perda [$Z=2.130, p=.033$; GCI: $M(DP)=31.27(6.53)$; GSI: $M(DP)=26.79(3.71)$]. No GCI, o número médio de sessões no âmbito do protocolo de intervenção psicológica foi de 3.18 ($DP=1.9$), e a sua duração (em semanas) foi, em média, 15.63 ($DP=18.32$).

Instrumentos

O protocolo de avaliação é constituído por:

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS (Snaith & Zigmond; Pais-Ribeiro et al., 2007): avalia a sintomatologia ansiosa e depressiva e é constituída por 14 itens, com 4 opções de resposta (0-3); subdivide-se em duas escalas (ansiedade – 7 itens; depressão – 7 itens), cujas pontuações

podem oscilar entre 0 e 21 pontos. Os estudos da versão portuguesa deste instrumento confirmam boas propriedades psicométricas da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na nossa amostra, os valores de α de Cronbach são de .805 para a escala de ansiedade e .847 para a escala de depressão.

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – IDPT (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, no prelo; Tedeschi & Calhoun): avalia mudanças psicológicas positivas ocorridas após um acontecimento adverso e é constituído por 21 itens, respondidos numa escala tipo Likert de 6 pontos. Organiza-se em 4 dimensões: (1) *Percepção de recursos e competências pessoais* (mudanças na percepção de si mesmo, dos seus recursos e competências); (2) *Novas possibilidades e valorização da vida* (reconceptualização da vida, hierarquização de prioridades e abertura à mudança); (3) *Fortalecimento das relações interpessoais* (revalorização e reaproximação dos outros significativos); e (4) *Desenvolvimento espiritual* (incremento de uma atitude mais empática, altruísta e solidária para com os outros). Os estudos de validação da versão portuguesa do inventário noutro grupo clínico, evidenciam boas propriedades psicométricas (Silva et al., no prelo). Na nossa amostra, os valores de α de Cronbach variam entre .734 (dimensão 3) e .863 (dimensão 1).

Ficha de avaliação do protocolo de intervenção psicológica da UNIP (Fonseca, 2008): procura avaliar a percepção subjectiva das utentes acerca do protocolo de intervenção, organizando-se em três domínios: (a) *consecução de objectivos* – 9 questões sobre o grau em que é verdadeiro (escala tipo Likert, desde 0=nada verdadeiro a 5=completamente verdadeiro) que o protocolo de intervenção contribuiu para a consecução dos seus principais objectivos (pontuação por item e pontuação total); (b) *importância das dimensões de intervenção* – 7 questões (escala tipo Likert, desde 0=nada importante a 5=muitíssimo importante), que se organizam em duas dimensões, cada uma representando uma dimensão da intervenção implementada no protocolo (aspectos relacionados com o *coping* focado na perda e aspectos relacionados com o *coping* focado na restauração); (c) *utilidade da intervenção* – 1 item sobre a percepção de utilidade da intervenção proporcionada (escala tipo Likert, desde 1=inútil a 7=extremamente útil) (para informação adicional sobre a construção desta ficha e do seu comportamento psicométrico, cf. Fonseca, 2008).

Análises estatísticas

Para as análises estatísticas efectuadas, recorreremos a versão 17.0 do SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*. Estatísticas descritivas foram utilizadas para a caracterização da amostra e para apresentar os resultados da percepção subjectiva das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica. Para comparação de médias entre dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico *U Mann Whitney*. Para análise de relações entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

Apresentamos seguidamente os resultados da avaliação da eficácia do protocolo de intervenção psicológica, quer em termos de Sintomatologia psicopatológica e Desenvolvimento Pós-Traumático, quer em termos da percepção subjectiva das utentes.

Sintomatologia psicopatológica e Desenvolvimento Pós-Traumático

Os resultados da comparação entre o GCI e o GSI evidenciam que não existem diferenças entre os grupos relativamente aos níveis experienciados de sintomatologia ansiosa e depressiva. No que respeita ao DPT, os grupos distinguem-se apenas na dimensão *Desenvolvimento espiritual*, com o GCI a apresentar valores mais elevados nesta dimensão ($Z=-2,86$, $p=0,004$; GCI: $Mdn=9$, $AIQ=5$; GSI: $Mdn=5$, $AIQ=7$).

Percepção subjectiva das utentes

Consecução dos objectivos – Os resultados relativos à percepção da consecução dos objectivos específicos do protocolo de intervenção psicológica (cf. Quadro 2) sugerem que as mães percebem como razoavelmente a muito verdadeira a consecução de cada um dos objectivos, bem como a consecução dos objectivos na sua globalidade (pontuação total) [$M(DP)=3,59(0,76)$].

Quadro 2

Consecução de objectivos do protocolo de intervenção psicológica

	<i>M(DP)</i>	<i>Min-Max</i>
O1: Dar a conhecer informação importante sobre o luto	3,54(1,02)	1-5
O2: Preparar para possíveis emoções ou comportamentos, normais na reacção de perda	3,57(1,14)	0-5
O3: Facilitar a expressão do que se está a sentir ou a pensar acerca da perda	3,76(0,90)	1-5
O4: Ajudar a aceitar que a perda realmente aconteceu (criar memórias do bebé)	3,65(0,95)	1-5
O5: Ajudar a falar abertamente com o companheiro sobre a perda	3,78(0,82)	2-5
O6: Preparar/Aceitar possíveis diferenças na resposta individual e do companheiro à perda	3,62(1,04)	0-5
O7: Preparar/antecipar respostas para possíveis reacções de outras pessoas à perda	3,24(1,26)	0-5
O8: Contribuir para o regresso a rotinas diárias e actividades gratificantes	3,53(1,03)	1-5
O9: Ajudar/Facilitar o processo de tomada de decisão reprodutiva	3,33(1,43)	0-5

Os objectivos específicos O3: *Facilitar a expressão do que se está a sentir ou a pensar acerca da perda* e O5: *Ajudar a falar abertamente com o companheiro sobre a perda* surgem como os mais conseguidos pelo protocolo de intervenção psicológica.

Importância das dimensões de intervenção do protocolo

Os resultados sugerem que as mães percebem como muito a muitíssimo importantes, quer as dimensões de intervenção do protocolo orientadas para o *coping* focado na restauração (preparação para falar com os outros sobre o que aconteceu, possibilidade de considerar outras formas de ver e viver a situação, e possibilidade de integrar outros significativos no acompanhamento psicológico) [$M(DP)=4,08(1,09)$], quer as dimensões do protocolo orientadas para o *coping* focado na perda (a empatia e acolhimento, a compreensão demonstrada, a relevância da informação fornecida acerca do processo de luto, e a preparação dada para aceitar e

desenvolver uma resposta adaptativa à perda) [$M(DP)=4,34(0,70)$], sendo estas últimas percebidas, pelas mães, como mais importantes.

Utilidade do protocolo de intervenção

No que respeita à percepção materna de utilidade do protocolo de intervenção psicológica, o resultado médio de 6,00 ($DP=0,97$) sugere que, globalmente, as mães percebem o protocolo de intervenção psicológica como muito útil, tendo-o maioritariamente classificado entre útil e extremamente útil.

DISCUSSÃO

A natureza exploratória deste estudo justifica-se pela quase inexistência de investigação sobre a eficácia de intervenção psicológica em situações de perda perinatal. Algumas limitações do estudo (amostragem por conveniência e não comparabilidade dos grupos relativamente a algumas variáveis; inexistência de uma linha de base da adaptação à perda nos dois grupos, que nos permita avaliar, com maior confiança, a eficácia do protocolo de intervenção psicológica; não inclusão de uma medida de avaliação da resposta de luto) podem constituir um obstáculo à interpretação e generalização dos resultados. De qualquer modo, podemos tecer algumas considerações sobre os resultados.

Os resultados relativos aos indicadores clínicos sugerem que o protocolo de intervenção psicológica não revela ter impacto ao nível da sintomatologia psicopatológica experienciada após uma perda perinatal. Contrariamente ao que acontece para outras situações clínicas, o protocolo de intervenção psicológica não tem como principal objectivo eliminar a resposta à perda e a sintomatologia psicopatológica que lhe está associada, mas antes favorecer e ajudar a reconhecer expressões emocionais e comportamentais associadas à perda, entre elas a sintomatologia ansiosa e depressiva. Neste contexto, os resultados obtidos não se afiguram surpreendentes, sendo necessário, contudo, outro género de investigações para averiguar se o protocolo de intervenção psicológica tem impacto na

adaptação materna, nomeadamente através da inclusão de outros indicadores de adaptação.

Ao nível do DPT, o incremento significativo que se verificou ao nível do *Desenvolvimento Espiritual* – atitude de maior empatia e altruísmo –, parece constituir-se como um indicador da validade do protocolo de intervenção psicológica, uma vez que este tem subjacentes, entre outros objectivos, a reconstrução de significados acerca da perda e a restituição da percepção de controlo sobre a vida e os acontecimentos. No entanto, face àquilo que é trabalho no protocolo, outras diferenças seriam esperadas ao nível do DPT, pelo que a sua inexistência pode reflectir lacunas no protocolo, por exemplo, ao nível do reinvestimento nas relações interpessoais.

Já os resultados da percepção subjectiva das utentes apontam, globalmente, para a validade do protocolo de intervenção psicológica. Para além de o considerarem útil, as utentes consideram que os objectivos do protocolo de intervenção, quer específicos, quer na sua globalidade, são conseguidos. O favorecimento da expressão emocional e a promoção da comunicação conjugal assumem maior relevância, o que se revela congruente com a manifestação de sintomatologia ansiosa e depressiva, e vai ao encontro da explicação anteriormente sugerida. No que se refere à importância das diferentes dimensões de intervenção do protocolo, as mães consideram muito importantes, quer as dimensões de intervenção centradas no *coping* focado na perda, quer as centradas no *coping* focado na restauração. Da percepção materna parece emergir a ideia, já conceptualizada teoricamente (Stroebe & Schut, 1999), da importância dos dois pólos (perda e restauração) para a promoção de respostas adaptativas à perda. No entanto, de forma congruente com os modelos fásicos do processo de luto (e.g., Bowlby, 1980), as dimensões centradas na perda são trabalhadas primordialmente na fase inicial do protocolo, enquanto as dimensões centradas na restauração são mais características da fase final. Os resultados obtidos (níveis de sintomatologia psicopatológica, objectivos percebidos como mais conseguidos, importância das dimensões) apontam para que o protocolo, também porque muitas utentes não beneficiaram dele na sua totalidade, se focalize de forma mais premente no *coping* focado na perda; sugerimos, assim, que há uma lacuna no protocolo de intervenção, ao nível do processo oscilatório entre as dimensões de perda e restauração, processo essencial na adaptação a uma

perda (Stroebe & Schutt, 1999). Neste contexto, e também por alguns constrangimentos na aplicação do protocolo (e.g., a duração do acompanhamento e o espaçamento entre consultas nem sempre é ideal, por constrangimentos económicos e profissionais das utentes), podem ser pensadas outras hipóteses, nomeadamente a manutenção de contacto telefónico ou electrónico com as utentes após o abandono das consultas, ou o envio de material psicoeducativo, com o objectivo de promover aspectos relacionados com a reorganização das rotinas diárias e reestruturação da vida após a perda.

REFERÊNCIAS

- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2), 249-259.
- Bennett, S., Litz, B., Lee, B., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future direction. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36(2), 180-187.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Flenady, V., & Wilson, T. (1998). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Fonseca, A. (2008). *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: Determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gold, K., Dalton, V., & Schwenk, T. (2007). Hospital care for patients after perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 109(5), 1156-1166.
- Lundqvist, A., Nilstun, T., & Dykes, A. (2002). Both empowered and powerless: Mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth*, 29(3), 192-199.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health, & Medicine*, 12(2), 225-237.

- Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth*, 23(8), 681-714.
- Sanchez, N. (2001). Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The Journal of Perinatal Education*, 10(2), 23-30.
- Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2007). *Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals*. London: Bosun Press.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (no prelo). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.
- Stroebe, M., & Schutt, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.