

Intervenção Psicológica em Situação de Internamento Obstétrico

ROMANA LISBOA (*)
ANA LUÍSA LOUREIRO (**)
PATRÍCIA LUCAS (**)

1. INTRODUÇÃO

Desde há muito que os psicólogos se dedicam ao estudo e à investigação na área da saúde, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental.

Porém só muito recentemente se assiste a um investimento de forma mais ou menos coordenada na área da saúde geral, adquirindo gradual relevância a Psicologia da Saúde. Neste campo, a Psicologia dedica-se ao estudo do funcionamento psíquico das pessoas tanto ao nível da sua relação com a saúde e a doença, como também em situações que implicam movimentos de adaptação, por exemplo durante a gravidez.

Surge assim, na área dos Cuidados Materno-Infantis, a Psicologia da Maternidade, cujo espaço de intervenção é recente, amplo e diversificado, o que dificulta por vezes as estratégias de acção a este nível e a própria abordagem do tema.

Na instituição em que trabalhamos, uma das áreas sobre a qual se debruça a Psicologia da Maternidade é a de Obstetrícia; são atendidas grávidas em consulta externa (gabinete), que

pertencem a grupos de risco médico e psicológico, por exemplo: adolescentes, toxicodependentes, mulheres com doenças físicas graves, mulheres com fetos malformados ou mortos, bem como as que por motivos vários são internadas em enfermarias de grávidas e puérperas.

Tendo em consideração que o «espaço» de intervenção em enfermaria e em gabinete são realidades diferentes, impõem-se modos peculiares e próprios de actuação nestes dois contextos.

Assim, ao propormo-nos dissertar sobre a «Intervenção Psicológica em Situação de Internamento Obstétrico», o nosso objectivo é pôr em relevo uma série de reflexões e interrogações sobre o que são e o que podem ser as normas e os princípios gerais de actuação em termos de trabalho dos psicólogos clínicos em enfermarias de obstetrícia, partindo da nossa experiência numa equipa de saúde de uma Maternidade.

2. ASPECTOS GERAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

A gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio (Colman & Colman, 1994). É pois, uma fase de profundas alterações a nível somático, psicológico e social, envolvendo reestruturações e reajustamentos que

(*) Psicóloga Estagiária no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

(**) Estagiárias de Psicologia no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

implicam para a mulher um esforço suplementar na manutenção do equilíbrio.

Do ponto de vista psicológico, a gravidez tal como a adolescência e a menopausa são momentos do ciclo de vida da mulher vividos por esta como «períodos de crise» (Bibring e col., 1961), reactivando vivências conflituosas do desenvolvimento precoce.

É frequente encontrar na mulher grávida uma vasta série de «estados de espírito» que variam rapidamente em resposta a situações que geralmente não os despoletariam. Esta condição psicológica que denominamos por «labilidade emocional» será mais acentuada em algumas mulheres que noutras, dependendo da estrutura da sua personalidade, do tipo de stress a que estão sujeitas, da qualidade de apoio que recebem e ainda dos seus próprios recursos para lidar com a mudança.

Colman e Colman (1994), salientam que as alterações na imagem corporal, as modificações hormonais, a perturbação do contexto habitual da vida quotidiana, associadas ainda a expectativas culturais são de tal forma importantes que inevitavelmente são espelhadas na vida mental da mulher grávida.

Segundo estes autores (citados por J. Justo, 1990), a reacção da personalidade feminina ao desenvolvimento da gravidez e do feto pode ser conceptualizada por uma sequência de fases: «integração» (1.º trimestre), «diferenciação» (2.º trimestre) e «separação» (3.º trimestre).

Assim, a mulher para se adaptar ao seu novo estado tem primeiramente que incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e acostumar-se aos diferentes ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos daí resultantes. Neste período dá-se uma redefinição de papéis e uma mudança de identidade, ou seja, a grávida acresce ao ser filha e mulher o ser mãe, o que pode reactivar conflitos inconscientes como: sentimentos de incapacidade para competir com os próprios pais, querer ser melhor que estes ou até encarar o filho como um irmão mais novo, rivalizando o afecto do pai e da mãe.

Com o avançar da gravidez, as mudanças corporais tornam-se evidentes e por outro lado, surgem também os movimentos fetais começando a grávida a aperceber-se que o feto se desenvolve com regras e ritmos próprios que ela não consegue controlar. A ansiedade neste mo-

mento surge ligada ao medo do filho malformado, ao medo da dor física e da morte no parto ou à angústia do corpo disforme (M. M. Cruz, 1990).

O nível da ansiedade tende a elevar-se com a proximidade do parto, período marcado por sentimentos contraditórios: vontade de ter o filho e simultaneamente vontade de prolongar o estado de gravidez, de modo a adiar a necessidade de novas adaptações e responsabilidades exigidas pelo nascimento do bebé.

O momento do parto geralmente é vivido como um facto concreto, irreversível e desconhecido. Com a chegada deste momento, surgem novamente todos os temores, sendo habitual que se projectem sobre os mais variados elementos e situações.

Estudos realizados por Uddenberg et al. (1976), apontam para a ideia de que as mulheres com dificuldades em exprimir e admitir a ansiedade durante a gravidez, poderiam também ter dificuldades em elaborar a ansiedade durante o trabalho de parto, o que poderia implicar partos mais longos e complicados.

Porém, o esforço físico e psicológico não termina com o parto. O puerpério, é também ele, um período de emoções intensas e diversificadas que implicam novas transformações e adaptações a vários níveis (fisiológico, relacional, familiar, profissional), que nem sempre foram previstas com antecipação (M. M. Cruz, 1990).

3. INTERNAMENTO

O facto da gravidez constituir uma situação crítica implica, por si só, a presença natural de um certo grau de ansiedade. As mulheres com capacidade para fazer uso dos seus recursos internos e externos não encontrarão grandes dificuldades e esta fase promoverá certamente o seu crescimento interno e enriquecerá a sua vida psíquica (Bibring, 1961).

No entanto, quando a maternidade, por motivos vários, gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observarem complicações obstétricas na gravidez, cuja gravidade pode levar ao internamento (T. Maldonado, 1985).

Na nossa prática clínica deparamo-nos várias vezes com casos em que os transtornos somáti-

cos na gravidez estão relacionados com dificuldades na integração da mesma. Exemplos destas problemáticas são situações de vômitos incoercíveis, de pré-eclampsia, de ameaças de parto pré-termo, de hemorragias do 3º trimestre, entre outras.

Ao lidarmos com gravidezes de risco psicológico (associadas frequentemente a dificuldades num ou mais níveis como sejam o desejo de gravidez, a sua vivência, o modo como se insere no projecto de maternidade, as fantasias) e/ou com gravidezes de risco médico (associadas à existência de uma patologia que surge ou se agrava com a gravidez, afectando tanto a mulher como o feto), não podemos deixar de ter em conta a implicação mútua das duas situações.

É importante referir que a ansiedade inerente à maternidade pode também ela gerar outro tipo de complicações obstétricas desta feita relacionadas com o parto e o puerpério. Assim sendo, uma mulher pode apresentar diferentes razões para o internamento numa maternidade.

Esta situação acarreta uma manifestação ansiosa, de maior ou menor intensidade. O período de tempo mais ou menos longo de internamento, o estar num meio desconhecido, entre pessoas estranhas que devem atender a utente ou com ela partilhar o quarto ou sala, os cuidados especiais impostos pela assepsia, a inactividade forçada, a recepção passiva de cuidados clínicos transformam as enfermarias em espaços onde o sofrimento psicológico (não esquecendo o físico) facilmente se desenvolve, dificultando o emergir de recursos individuais de oposição à adversidade do momento (R. Soifer, 1992).

A vulnerabilidade da mulher é pois, incrementada perante a perda de autonomia e controlo sobre si própria. Não é, pois, difícil de encontrar mulheres em estado regressivo onde predomina a necessidade infantil de protecção e carinho e a reactivação de temores em geral e ansiedades ante a solidão (R. Soifer, 1992). Estas considerações tornam-se mais pertinentes aquando do internamento em enfermarias de grávidas, quer pela ansiedade inerente à condição do internamento, quer pelo aumento de vulnerabilidade emocional próprio da gravidez.

Ao debruçarmo-nos sobre as características da situação de internamento numa maternidade faz-nos sentido salientar aspectos que lhe estão inerentes, tais como:

3.1. *Condições Físicas da Instituição*

Na instituição onde trabalhamos a existência de salas onde as utentes partilham o espaço, retira toda a privacidade individual em situações específicas que implicam intimidade como sejam a higiene, o sono...

Por outro lado, o aparato instrumental para a intervenção clínica pode activar medos face ao desconhecimento do porquê da sua utilização.

3.2. *Relação Utente-Utente*

A camaradagem pode ser um factor positivo na adaptação ao ambiente hospitalar, na medida em que as utentes parecem, geralmente beneficiar com a partilha das suas experiências clínicas e do próprio internamento, estabelecendo por vezes verdadeiras «alianças» face à adversidade do momento.

3.3. *Relação Utente-Técnicos de Saúde (Médicos e Enfermeiras)*

Caracteriza-se por uma superficialidade decorrente das várias mudanças de turno efectuadas pelos técnicos, o que pode dificultar a adaptação ao internamento.

Por outro lado os técnicos adoptam uma atitude profissional e técnica de distanciamento. Esta atitude decorre da necessidade de evitar a identificação ao sofrimento do outro, o que poderia ser angustiante e incapacitante. Este mecanismo de afastamento é adaptativo e previne o surgimento de stress profissional, contudo, por vezes, revela-se excessivo e nocivo para as utentes que perdem a sua identidade pessoal e são tratadas como «a da cama 3» ou «a senhora da diabetes».

A prestação de informação acerca do estado clínico das utentes e dos procedimentos médicos a que estão sujeitas por parte dos técnicos de saúde e, a forma como ela é feita, pode favorecer ou desfavorecer a colaboração na relação utente-técnico.

3.4. *Relação Utente-Família*

A separação imposta pelo internamento tem particular impacto num momento de fragilidade

emocional, de reestruturação da identidade feminina e da vida familiar.

Por outro lado, durante o internamento existe uma preocupação por parte da mulher em relação ao funcionamento diário da família na sua ausência.

4. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM ENFERMARIAS DE OBSTETRÍCIA

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, como em outras maternidades, existem dois tipos de situações de internamento em obstetrícia: enfermaria de grávidas e enfermaria de puérperas.

Nestas situações, o *setting* terapêutico, adquire particularidades próprias, muito diferentes das habituais regras de intervenção psicoterapêutica em contexto de gabinete.

Um dos principais problemas com que nos deparamos é o espaço. Dado que grande parte das utentes das enfermarias não se pode deslocar, a nossa actuação decorre predominantemente nas próprias enfermarias, geralmente sentadas em cadeiras junto à cama da utente, face a face com ela, e claro, ao alcance da vista e da audição das outras utentes, retirando muita da privacidade necessária àquele momento.

Para o psicólogo que actua neste tipo de contexto, o superar das dificuldades passa pelo estabelecimento de uma nova postura perante o seu cliente: o tom de voz, a atenção, a interacção (verbal e não verbal), o esforço (nem sempre conseguido) para evitar interrupções, de modo a harmonizar a intervenção clínica para que esta se torne de alguma forma sustentável.

Outro aspecto que temos que considerar é o facto de que nas enfermarias de uma instituição de saúde pública, geralmente o número de utentes é elevado e nem todas necessitam obrigatoriamente do nosso apoio. Damos, então, resposta preferencial aos pedidos específicos feitos pelos outros técnicos de saúde e às situações mais graves e complexas.

Assim sendo, a nossa metodologia de actuação pode-se descrever da seguinte forma:

4.1. *Triagem das Situações*

Ao nível da enfermaria de grávidas, podemos

executar esta tarefa no gabinete de enfermagem onde existe um quadro de registo que apresenta vários dados importantes sobre as utentes internadas (nome, idade, resumo da história obstétrica, diagnóstico da situação actual, tipo de medicação, tipo de exames realizados, grau de dependência...).

Este quadro permite-nos perceber quais as situações mais complexas e que possivelmente necessitam de entrevista de rastreio psicológico. São sinais dessa necessidade as situações de internamento prolongado, inactividade forçada, primiparidade, reinternamento, gravidez em idade precoce ou tardia, ameaças de parto prematuro, malformações fetais, morte fetal, gravidez não acompanhada, entre outros.

Outra forma útil de triagem das situações é o recurso aos técnicos de saúde, principalmente às enfermeiras, devido ao seu contacto mais próximo e contínuo com as utentes.

Nas enfermarias de puérperas normais (mulheres cujo parto foi eutócico) e patológicas (mulheres cujo parto foi por cesariana, fórceps ou envolveu complicações) geralmente só é feita uma intervenção psicológica junto das utentes quando se verifica uma indicação por parte dos técnicos de saúde ou quando as utentes já se encontravam em acompanhamento psicológico prévio (nas enfermarias de grávidas ou em consulta de gabinete).

4.2. *Pedidos*

Os pedidos geralmente chegam-nos através dos outros técnicos de saúde (ex: médicos, enfermeiras, assistentes sociais), sendo expressos de forma formal (por escrito) e/ou informal (nos corredores, na própria enfermaria...).

É importante clarificar os motivos pelos quais o pedido é feito, de modo a que a nossa intervenção seja adequada à situação que o desencadeou.

Por vezes, o pedido parece referir-se a dificuldades/conflitos entre técnicos de saúde e a mulher internada. Não tomando qualquer tipo de posição, a nossa intervenção poderá ter um papel facilitador na relação/comunicação entre as partes.

4.3. *Entrevista de Rastreio Psicológico*

Nesta primeira entrevista, propomo-nos a de-

tectar situações de alteração do nível de ansiedade e/ou exibição de comportamentos desadequados, procurando avaliar o modo como a utente dispõe (ou não) de recursos para lidar com a sua situação clínica e de internamento. Ou seja, através do rastreio psicológico efectuamos a recolha de elementos para uma caracterização do ponto de vista do equilíbrio psíquico de cada mulher no seu contexto situacional.

Para além de questões inerentes a dados pessoais e socio-familiares, é importante também abordar aspectos como sejam: o modo como a utente vivencia a sua situação clínica e de internamento, gravidez e/ou puerpério, consistência do projecto de gravidez e de maternidade, caracterização da relação precoce mãe-bebé (no caso específico de puérperas).

Não podendo esquecer a instituição para a qual trabalhamos, o que implica que a utente não seja a cliente real, importa esclarecer junto desta a razão da nossa presença, dando-lhe a possibilidade de declinar os nossos serviços.

Muitas vezes, o rastreio, por si só constitui uma situação de apoio psicológico, apoio este, que pode em vários casos ser continuado consoante a especificidade da situação observada.

Por fim, importa salientar que apesar da nossa intervenção ser essencialmente feita junto da utente, somos também parte de uma equipa de saúde o que implica a necessidade de fornecer informação sobre os utentes a essa mesma equipa, quer através de pareceres escritos, quer através de reuniões formais e/ou informais.

4.4. Apoio Psicológico

Procedemos ao acompanhamento psicológico das situações rastreadas que justificam o apoio com vista a um processo organizativo do ponto de vista psicológico de cada utente.

A periodicidade (duração e frequência) dos apoios é flexível atendendo à variedade e características de cada situação.

É também importante a existência de um clima facilitativo, criado através de uma escuta empática e activa que permita a partilha de sentimentos, ansiedades, receios e fantasias proporcionando à mulher um melhor conhecimento de si própria. Este aspecto torna-se fundamental quando esta apresenta poucos recursos internos para enfrentar e superar sozinha as vicissitudes

do seu estado clínico, do internamento, dos projectos de gravidez e de maternidade.

4.5. Questões de Interdisciplinaridade

Os psicólogos devem tomar a iniciativa de clarificar perante os outros técnicos de saúde as características específicas da sua intervenção. Em contexto médico, por vezes sentimos a necessidade de informar os outros profissionais no que respeita à importância de privacidade nas nossas consultas, de não sermos interrompidos, de que a natureza da relação psicoterapêutica determina que seja sempre o mesmo psicólogo a seguir a mesma utente, entre outros aspectos.

Há que ter em consideração na nossa relação com os outros técnicos de saúde, a necessidade de darmos resposta rápida aos pedidos (o que nem sempre é possível) e *feed-back* à fonte dos mesmos.

Algumas das estratégias para lidarmos com os outros técnicos de saúde incluem o bom senso, a assertividade, a confrontação quando é necessário e sobretudo o bom-humor!

Resta-nos, então, saber se a nossa intervenção na resolução dos problemas de cariz psicológico, psicossocial ou adaptativo que nos surgem em enfermarias de obstetrícia será a forma mais eficaz, actualmente, de contribuir para uma abordagem multidisciplinar da grávida/puérpera, assim como do ambiente socio-afectivo circundante.

Acreditamos que a nossa actuação é fundamental, no entanto, pensamos importante salientar, uma vez mais, o papel dos outros técnicos de saúde e da instituição na sua globalidade, na criação de um ambiente securizante e facilitativo das problemáticas associadas à gravidez e ao puerpério, numa acção conjunta e articulada, que resulte num atendimento mais satisfatório para a saúde física e emocional de mães e filhos.

Neste sentido, julgamos pertinente a formação permanente dos técnicos de saúde, nos quais nos incluímos. Pensamos que, *investigar, intervir e formar* no campo da Prevenção em Saúde Materno-Infantil será a directriz fundamental da nossa actuação numa Maternidade.

BIBLIOGRAFIA

- Bergmann, T., & Freud, A. (1965). *A Criança, A Doença e o Hospital*. Lisboa: Moraes Editores.
- Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., & Valenstein, A.F. (1961). A study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 9.
- Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cruz, M.M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, VIII(4), 367-370.
- Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des femmes*. Paris: PUF.
- Justo, J. (1992). Serviços de Psicologia em Hospitais não Psiquiátricos: Regras de Organização e Princípios Gerais. *Análise Psicológica*, X(2), 213-216.
- Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: Um Estudo Introdutório. *Análise Psicológica*, VIII(4), 371-376.
- Leal, I. (1992). Psicologia da Maternidade: Alguns Aspectos da Teoria e Prática de Intervenção. *Análise Psicológica*, X(2), 229-234.
- Maldonado, M.T. (1985). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- McIntyre, T.M. (1994). *Psicologia da Saúde (áreas de intervenção e perspectivas futuras)*. Braga: Apport.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sweet, J., & col. (1991). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. New York: Plenum Press.
- Teixeira, J.A.C., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde. Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica*, VIII(4), 453-458.
- Uddenberg, N., Fagerstrom, C.F., & Zauanders, M.H. (1976). Reproductive Conflicts, Mental Symptoms during Pregnancy and Time in Labour. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 575-581.

RESUMO

Este artigo faz uma breve síntese de alguns aspectos físicos e psicológicos da gravidez, parto e puerpério, salientando o papel da intervenção do psicólogo clínico em situações de internamento em obstetria, numa maternidade.

São abordadas algumas questões e/ou sugestões sobre alternativas à diminuição de algumas dificuldades encontradas numa intervenção deste âmbito.

ABSTRACT

This article reviews some physical and psychological aspects of pregnancy, delivery and puerperium, emphasizing the role of clinical psychologist's intervention in an obstetric ward.

The difficulties present in this kind of intervention are discussed and some alternatives are suggested.