



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Dias da Fonseca, Ana; Araújo Pedrosa, Anabela; Canavarro, Maria Cristina
Eficácia de um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A
percepção das utentes

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 2, diciembre, 2010, pp. 55-64

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Eficácia de um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A percepção das utentes

Effectiveness of a psychological intervention protocol in cases of perinatal loss: women's perceptions

Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en casos de pérdida perinatal: percepción de las pacientes

Ana Dias da Fonseca*; Anabela Araújo Pedrosa**; Maria Cristina Canavarro***

Resumo

Contexto: O protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal da Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) foi desenvolvido com o objectivo de promover a adaptação parental à perda perinatal, em termos da aceitação da perda e da restituição do equilíbrio emocional e das diferentes áreas de vida. **Objectivo:** Este estudo tem como objectivo explorar a percepção das utentes acerca do referido protocolo (consecução dos objectivos, importância e utilidade). **Método:** Foi realizado um estudo descritivo-correlacional, com uma amostra constituída por 37 participantes que beneficiaram do protocolo de intervenção psicológica, após a ocorrência de uma perda perinatal.

Resultados: Os resultados sugerem que as utentes percebem o protocolo como útil e eficaz na consecução dos objectivos referidos; essa percepção é variável em função de algumas das suas características de aplicação. O protocolo de intervenção psicológica parece trabalhar de forma mais eficaz a dimensão de coping focado na perda, do que a dimensão de coping focado na restauração de rotinas. **Conclusões:** Apesar dos benefícios do protocolo, verifica-se uma lacuna na promoção do processo oscilatório entre as dimensões de coping focadas na perda e na restauração de rotinas. São discutidas implicações dos resultados para a aplicação do protocolo.

Palavras-chave: mortalidade perinatal; eficácia do tratamento; satisfação das utentes.

Abstract

Context: The Psychological Intervention Unit (UnIP) developed a psychological intervention protocol for cases of perinatal loss, with the aim of promoting parental adjustment to perinatal loss in terms of acceptance of loss and resumption of normal life functioning. **Aim:** The goal of this study was to explore women's perceptions of the psychological intervention protocol (goal achievement, importance and usefulness). **Method:** Thirty-seven women, who received psychological intervention according to the protocol after the occurrence of a perinatal loss, participated in this descriptive-correlational study.

Results: Results suggested that women perceived the intervention protocol as useful and effective in the attainment of its goals; this perception varied according to some characteristics of the intervention protocol. Results also showed that the psychological intervention protocol seemed to be more effective in promoting loss-focused coping than resumption of routines. **Conclusion:** Despite the benefits of the protocol, there is a gap in the encouragement of the alternating process between dimensions of loss-focused coping and coping focused on resumption of routines. Implications for the intervention protocol application are discussed.

Keywords: perinatal mortality; treatment effectiveness; patient satisfaction.

*Mostrado Integrado em Psicologia Clínica e Saúde – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga. Doutoranda do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia Clínica: Psicologia da Família e Intervenção Familiar das Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa (Bolsa de Doutoramento da FCT - SFRH/BD/47053/2008). Psicóloga Clínica colaboradora na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE. [ana.fonseca77@gmail.com]

**Doutorada em Psicologia da Saúde – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga. Psicóloga Clínica da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

***Doutorada em Psicologia Clínica - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga. Professora Associada com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

Resumen

Resumen – Contexto: El protocolo de intervención psicológica en los casos de pérdida perinatal de la Unidad de Intervención Psicológica (UnIP) fue desarrollado con el objetivo de favorecer el ajuste de los padres a la pérdida perinatal (aceptación de la pérdida y la recuperación del equilibrio emocional). **Objetivo:** El presente estudio tiene como objetivo explorar la percepción de las pacientes sobre el protocolo de intervención (consecución de los objetivos, importancia y utilidad). **Método:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 37 participantes que recibieron el protocolo de intervención psicológica después de la ocurrencia de una pérdida perinatal.

Resultados: Los resultados sugieren que las pacientes perciben el protocolo como útil y eficaz para conseguir los objetivos, y que la percepción es variable, dependiendo de ciertas características de su aplicación. El protocolo parece funcionar con mayor eficacia en la dimensión centrada en hacer frente a la pérdida que en la dimensión centrada en la restauración de las rutinas. **Conclusiones:** A pesar de los beneficios del protocolo, hay un vacío en el proceso de promoción oscilante entre las dimensiones centradas en la pérdida y en la restauración de las rutinas. Se analizan las implicaciones de los resultados para la aplicación del protocolo.

Palabras clave: mortalidad perinatal; eficacia del tratamiento; satisfacción de las pacientes.

Recebido para publicação em: 29.04.10

Aceite para publicação em: 19.10.10

Introdução

As perdas perinatais são, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], aquelas que ocorrem no período que começa na 22ª semana de gestação e termina sete dias completos após o nascimento, englobando quer as mortes fetais (*in utero*), quer as mortes neonatais (World Health Organization, 2006). Apesar da progressiva redução das taxas de mortalidade perinatal, fruto das inovações no campo da Medicina, a tendência para a gravidez ocorrer numa faixa etária materna mais tardia, com as implicações que daí decorrem, bem como, a utilização crescente de técnicas de reprodução medicamente assistida, tornam a perda perinatal como um problema clínico relevante em termos futuros (World Health Organization, 2006). Em Portugal, no ano de 2008, a taxa de mortalidade perinatal foi de 4.00‰, considerando apenas os óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de sete dias de idade (INE, 2009).

A ocorrência de uma perda perinatal tem um impacto significativo e duradouro (Bennet, Litz, Lee e Maguen, 2005) nas famílias que a experienciam. Esse impacto é visível a nível individual, nas manifestações de sintomatologia ansiosa e depressiva (Bennett *et al.*, 2005; Fonseca, 2008) e na diminuição da qualidade de vida física e psicológica (Fonseca, 2008), mas também na deterioração da relação conjugal (Glaser, *et al.*, 2007) e da relação com a rede de apoio social (Brownlee e Oikonen, 2004).

Perante esta evidência empírica, com vista a promover uma resposta parental adaptativa à perda, os profissionais de saúde começaram a desenvolver um conjunto de directrizes de actuação em situações de perda perinatal e, simultaneamente, a reconhecer a relevância da participação de profissionais de saúde mental nas equipas multidisciplinares de prestação de cuidados neste contexto (Bennett *et al.*, 2005; Schott, Henley e Kohner, 2007). Escassos são, contudo, quer os protocolos de intervenção psicológica estruturados para situações de perda perinatal, quer os estudos que avaliam a eficácia dessa intervenção.

Quadro Teórico

O protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal da Unidade de Intervenção

Psicológica (UnIP) da Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra):

Com base nos modelos teóricos de compreensão do processo de luto (Stroebe e Schutt, 1999; Worden, 2001), nas diferentes orientações e directrizes para os profissionais de saúde em situações de perda perinatal (Schott *et al.*, 2007) e na experiência clínica acumulada na Consulta de Acompanhamento Psicológico da UnIP (Rolim e Canavarro, 2001), foi desenvolvido um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal.

Este protocolo, doravante designado de protocolo de intervenção psicológica, 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, *et al.*, 2007; Rolim e Canavarro, 2001).

Este protocolo apresenta linhas gerais de intervenção, que deverão adequar-se às idiossincrasias de cada casal que experiencia uma perda. A avaliação inicial (*Fase I*) torna-se assim essencial; é dela que advém a 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.

O protocolo de intervenção psicológica organiza-se em quatro fases, cujos objectivos gerais e específicos são apresentados no Quadro 1.

Embora a sua aplicação não tenha que ser estritamente sequencial, as duas primeiras fases do protocolo centram-se, recorrendo à terminologia do modelo de Stroebe e Schutt (1999), no *coping* focado na perda, enquanto as duas últimas fases se focam na restauração das rotinas e de objectivos de vida.

QUADRO 1 – Fases do protocolo de intervenção psicológica: Objectivos gerais e específicos

| Fase | Objectivo Geral | Objectivos específicos |
|----------|--|---|
| Fase I | <i>Identificar pais e familiares em risco de desenvolver respostas não adaptativas à perda</i> | <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; - Facilitar a expressão emocional e processamento de informação sobre o acontecimento traumático; |
| Fase II | <i>Favorecer a aceitação da perda e dar a conhecer o processo de luto</i> | <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); - Facilitar a expressão emocional e processamento de informação sobre o acontecimento traumático; |
| Fase III | <i>(Re)Introduzir o padrão de rotina habitual, restabelecer a sensação de controlo e ajudar a construir novos significados</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Reintroduzir os padrões de rotina habituais; - Modificar ou construir novas percepções e significados; - Reconstruir a sensação de controlo; - Trabalhar a comunicação familiar e a comunicação com a rede de apoio social; |
| Fase IV | <i>Tomar decisões reprodutivas informadas e ponderadas</i> | <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; |

Eficácia e importância da intervenção psicológica em situações de luto por perda perinatal

Existe uma lacuna no que respeita à investigação sobre a eficácia da intervenção psicológica em situações de perda perinatal. De acordo com Flenady e Wilson (1998), os estudos existentes não permitem avançar uma conclusão sobre a eficácia da intervenção psicológica neste contexto, pelo facto de, sob a designação de intervenção psicológica se incluírem intervenções com diferentes enfoques e graus de estruturação — desde a prestação de suporte e apoio emocional até uma intervenção psicoterapêutica mais estruturada.

Um conjunto de estudos tem sido realizado com o objectivo de avaliar a percepção da utilidade e/ou satisfação parental com o conjunto de cuidados recebidos em contexto hospitalar pelos profissionais de saúde e saúde mental. Os estudos demonstram a importância, para os pais, de aspectos como: 1) validação, reconhecimento e favorecimento da expressão emocional; 2) orientação em momentos difíceis — *support in chaos*; 3) atitude de suporte e empatia e comunicação adequada da informação; 4) psicoeducação sobre a experiência de perda; 5) validação da perda e estabelecimento de memórias do bebé; 6) autonomia e restabelecimento de controlo na tomada de decisões; e 7) possibilidade de envolvimento do companheiro no processo (Clower e Sewell, 2004; Gold, Dalton e Schwenk, 2007; Lasker

e Toedter, 1994; Lundqvist, Nilstun e Dykes, 2002; Säflund, Sjögren e Wredling, 2004; Sanchez, 2001).

O grau de satisfação e a percepção de utilidade do acompanhamento recebido após uma perda perinatal associam-se positivamente com a adaptação individual (Wings, 2002), apesar de esta relação estar também dependente de outros factores, como o nível de psicopatologia prévia ou o apoio social recebido (Lasker e Toedter, 1994).

Perante o exposto, são objectivos da presente investigação: 1) Caracterizar a percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica, em termos de consecução dos objectivos a que se propõe, da importância das suas diferentes dimensões de intervenção e da sua utilidade; 2) Explorar a variabilidade dessa percepção, em função de características de aplicação do protocolo (número de consultas, duração do acompanhamento, tipo de intervenção); e 3) Analisar a relação entre a percepção das utentes acerca da consecução de objectivos e os indicadores de adaptação individual (Qualidade de Vida Geral) e relacional (satisfação com relação conjugal).

Neste contexto, estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação: H1) As utentes terão uma percepção positiva do protocolo de intervenção, isto é, considerarão que os objectivos do protocolo foram atingidos, que as dimensões de intervenção do protocolo são importantes e que este é útil na sua globalidade; H2) A percepção das utentes acerca do protocolo será tanto mais positiva, quanto

maior for o número de consultas e a duração do acompanhamento psicológico; H3) A percepção das utentes que beneficiaram de uma intervenção de casal será mais positiva que a percepção das utentes que beneficiaram de uma intervenção individual; H4) Existirá uma associação positiva entre a percepção das utentes acerca da consecução de objectivos e os indicadores de adaptação individual e relacional.

Metodologia

Amostra e Procedimentos

Efectuou-se um estudo transversal numa amostra de mulheres que sofreram uma perda perinatal durante o período de Agosto de 2003 a Fevereiro de 2008 e beneficiaram do protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal da UnIP. Após o levantamento da morada das utentes que, durante esse período, sofreram uma perda perinatal e beneficiaram do protocolo de intervenção psicológica, foi-lhes enviado, por correio: uma carta onde era solicitada a colaboração no estudo; o consentimento informado (explicitação dos objectivos do estudo, garantia de confidencialidade dos dados e dos papéis dos investigadores e dos participantes); o protocolo de avaliação descrito de seguida; e um envelope selado, para que fossem devolvidos o consentimento informado e o protocolo de avaliação. A taxa de devolução dos questionários foi de 61.6%.

A amostra foi constituída por 37 participantes do sexo feminino, casadas e com uma média de idades de 30.97 anos ($DP = 4.31$; Min-Max = 22-40). A maioria das participantes pertencia a um NSE baixo (54.1%). O tempo de gestação aquando da perda era, em termos médios, 31.27 semanas ($DP = 6.54$; Min-Max = 18-40) e a perda ocorreu predominantemente antes do parto (75.7%).

Relativamente às características de aplicação do protocolo, o número médio de consultas foi de 3.18 ($DP = 1.91$; Min-Max = 1-11). Em termos médios, a duração do acompanhamento foi 15.63 semanas ($DP = 18.32$; Min-Max = 1-78). No que respeita ao tipo de intervenção (individual *vs.* casal), 60% das utentes beneficiaram de intervenção individual.

Instrumentos de colheita de dados

Para a recolha de informação, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- *Ficha de dados sociodemográficos, clínicos e de adaptação relacional*: questões sobre informação sociodemográfica e informação clínica relacionada com a perda, bem como, uma escala de adjectivos para avaliar a variável qualidade da relação conjugal após a perda (de 1 = *Extremamente má* a 7 = *Extremamente boa*).

- *Ficha de avaliação do protocolo de intervenção psicológica*: constituída com o objectivo de obter informação sobre a percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica (para informação adicional, cf. Fonseca, 2008). É composta por três escalas. A *Escala de consecução de objectivos* é constituída por 9 itens sobre o grau em que é verdadeiro (escala tipo Likert, de 1 = *nada verdadeiro* a 5 = *completamente verdadeiro*) que o protocolo de intervenção contribuiu para a consecução de cada um dos seus principais objectivos (pontuação por item). A *Escala de importância das dimensões de intervenção do protocolo de intervenção psicológica* é composta por 7 itens (escala tipo Likert, de 0 = *nada importante* a 5 = *muitíssimo importante*). Os itens organizam-se em dois factores: factor 1 – dimensões de intervenção orientadas para o *coping* focado na perda (acolhimento e favorecimento da expressão emocional, empatia e compreensão demonstradas, psicoeducação sobre a perda e preparação para aceitar e lidar com a perda); e factor 2 – dimensões de intervenção orientadas para o *coping* focado na restauração de rotinas (preparação para comunicar e lidar com os outros, reconstrução de significados, retomar de rotinas e reconsideração de objectivos de vida, reinvestimento nas relações - integração do companheiro na intervenção psicológica). Os valores de *alfa de cronbach* são de .82 (factor 1) e .89 (factor 2). A *Escala de Utilidade do Protocolo de Intervenção Psicológica* avalia a utilidade geral do protocolo através de um item (7 pontos, de 1 = *Inútil* a 7 = *Extremamente útil*).

- *Faceta geral da Qualidade de Vida da versão breve do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS [WHOQOL-Bref]* (Serra *et al.*, 2006): A faceta geral de QdV é constituída por dois itens, respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos que avaliam a satisfação geral com a qualidade de vida e com a saúde (pontuação da faceta varia de 2 a 10). O valor de *alfa de cronbach* para esta faceta na nossa amostra é de .64.

Análises Estatísticas

Para as análises estatísticas efectuadas, recorremos a versão 17.0 do SPSS – *Statistical Package for Social*

Sciences. Estatísticas descritivas foram utilizadas para a caracterização da amostra e para caracterizar a percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica. Relativamente às estatísticas inferenciais, face ao incumprimento dos pressupostos para utilização de testes paramétricos, foram utilizados testes não paramétricos para a comparação de médias entre grupos (*U de Mann Whitney*) e para a associação entre variáveis (coef. correlação de *Spearman*). Para comparação de proporções, foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Resultados

Percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica

Os resultados relativos à percepção da consecução dos objectivos do protocolo de intervenção psicológica

(Quadro 2) sugerem que as mães percebem como *razoavelmente a muito verdadeira*, a consecução de cada um dos objectivos específicos. No Quadro, é apresentada a percentagem de participantes em função do grau em que consideram verdadeira a consecução de cada objectivo (*pouco a nada, razoavelmente e muito a completamente*). Para cada objectivo foi realizado um teste de qui-quadrado de ajustamento, para verificar se a proporção de participantes em cada categoria é ou não semelhante. Apenas no que diz respeito aos objectivos 7 e 9 não se verifica diferença significativa na percepção das mães, relativamente ao nível consecução do objectivo. Para os restantes objectivos, a maior proporção das participantes considera *muito a completamente verdadeiro* que o objectivo foi atingido.

QUADRO 2 – Consecução de objectivos: estatísticas descritivas e teste de qui-quadrado

| | M (DP) | Min- Max | % <i>nada a pouco verdadeiro</i> | % <i>razoavel- mente verda- deiro</i> | % <i>muito a complet. verdadeiro</i> | χ^2 (p) |
|--|-------------|-------------|---|---|--|---------------------|
| O1: Dar a conhecer informação importante sobre o luto | 3.54 (1.02) | 1-5 | 16.2% | 27.0% | 56.8% | 9.78 (.008) |
| O2: Preparar para possíveis emoções ou comportamentos, normais na reacção de perda | 3.57 (1.14) | 1-5 | 13.5% | 27% | 59.5% | 12.378 (.002) |
| O3: Facilitar a expressão do que se está a sentir ou a pensar acerca da perda | 3.76 (.90) | 1-5 | 5.4% | 29.7% | 64.9% | 19.838 (< .001) |
| O4: Ajudar a aceitar que a perda realmente aconteceu (criar memórias do bebé) | 3.65 (.95) | 1-5 | 10.8% | 27.0% | 62.2% | 15.297 (< .001) |
| O5: Ajudar a falar abertamente com o companheiro sobre a perda | 3.78 (.82) | 2-5 | 2.7% | 37.8% | 59.5% | 18.216 (< .001) |
| O6: Preparar/Aceitar possíveis diferenças, na resposta individual e do companheiro à perda | 3.62 (1.04) | 1-5 | 10.8% | 27.0% | 62.2% | 15.297 (< .001) |
| O7: Preparar/antecipar respostas para possíveis reacções de outras pessoas à perda | 3.24 (1.26) | 1-5 | 29.7% | 27.0% | 43.2% | 1.676 (.433) |
| O8: Contribuir para o regresso a rotinas diárias e actividades gratificantes | 3.53 (1.03) | 1-5 | 11.1% | 44.4% | 44.4% | 8.000 (.018) |
| O9: Ajudar/Facilitar o processo de tomada de decisão reprodutiva | 3.33 (1.43) | 1-5 | 18.2% | 30.3% | 51.5% | 5.636 (.06) |

Como se verifica, os objectivos 3: *Facilitar a expressão do que se está a sentir ou a pensar acerca da perda*, 4: *Ajudar a aceitar que a perda realmente aconteceu* e 6: *Preparar/Aceitar possíveis diferenças na resposta individual e do companheiro à perda* são os percebidos como mais conseguidos. No que respeita à importância das dimensões de intervenção do protocolo, as participantes

percebem como *muito a muitíssimo importantes*, quer as dimensões de intervenção do protocolo orientadas para o *coping* focado na perda [*M (DP) = 4.34 (.07)*], quer as dimensões de intervenção do protocolo orientadas para o *coping* focado na restauração de rotinas [*M (DP) = 4.08 (1.09)*]. Relativamente à percepção de utilidade do protocolo, as participantes percebem-no como

muito útil [$M(DP) = 6.00 (.97)$] tendo-o classificado, maioritariamente, entre *útil* e *extremamente útil*.

Variabilidade da percepção das utentes, em função de características de aplicação do protocolo

Analisámos a variabilidade da percepção das utentes acerca do protocolo, em função do número de consultas, da duração do acompanhamento

psicológico e do tipo de intervenção (individual vs. casal). No Quadro 3, são apresentadas as associações entre o número de consultas e duração do acompanhamento psicológico (semanas) e a percepção da consecução dos objectivos específicos do protocolo de intervenção psicológica, verificando-se associações positivas entre os objectivos 2, 7 e 9 e o número de consultas e a duração do acompanhamento.

QUADRO 3 – Percepção da consecução de objectivos específicos do protocolo de intervenção psicológica, número de consultas e duração do acompanhamento psicológico: coeficientes de correlação de Spearman

| | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 | O7 | O8 | O9 |
|------------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Número consultas | .109 .538 | .438** .01 | .196 .267 | .186 .293 | -.100 .574 | .338 .051 | .401* .019 | .290 .102 | .413* .023 |
| Duração acompanhamento | .076 .664 | .487** .003 | .163 .348 | .156 .370 | -.27 .878 | .396* .019 | .439** .008 | .365* .034 | .483** .006 |

* $p < .05$; ** $p < .01$

O número de consultas e a duração do acompanhamento psicológico não se associam significativamente com a percepção da importância das dimensões de intervenção do protocolo ou com a percepção de utilidade.

A percepção do grau de consecução de alguns dos objectivos do protocolo de intervenção psicológica é diferenciada, em função da intervenção ter sido individual ou com o casal. Especificamente, as

participantes cuja intervenção incluiu o companheiro como participante activo, percebem que foram significativamente mais conseguidos os objectivos 7: *Preparar/antecipar respostas para possíveis reacções de outras pessoas à perda* [$Z = -1.99, p = .046$], 8: *Contribuir para o regresso a rotinas diárias e actividades gratificantes* [$Z = -2.52, p = .012$] e 9: *Ajudar/facilitar o processo de tomada de decisão reprodutiva* [$Z = -2.48, p = .013$].

QUADRO 4 – Percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica, em função de a intervenção ser individual ou de casal: estatísticas descritivas [$M(DP)$]

| | O1 | O2 | O3 | O4 | O5 | O6 | O7 | O8 | O9 | Imp CR | Imp CP | Util |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|
| Intervenção individual | 3.28 (1.07) | 3.33 (1.09) | 3.72 (.83) | 3.44 (.78) | 3.67 (.84) | 3.44 (.92) | 3.00 (1.33) | 3.22 (1.06) | 3.00 (1.14) | 3.73 (1.29) | 4.21 (.84) | 5.80 (1.01) |
| Intervenção de casal | 4.00 (.74) | 4.00 (.95) | 3.75 (1.06) | 4.17 (.72) | 4.17 (.72) | 3.75 (1.14) | 3.83 (.84) | 4.08 (.79) | 4.00 (1.21) | 4.55 (.55) | 4.48 (.46) | 6.29 (.91) |

IMP CR – Importância das dimensões orientadas para o *coping* focado na restauração; IMP CP – Importância das dimensões orientadas para o *coping* focado na perda; Util – Percepção de utilidade do protocolo

Adicionalmente, as mulheres que beneficiaram de uma intervenção psicológica de casal percebem como significativamente mais importantes, as dimensões de intervenção do protocolo orientadas para o *coping* focado na restauração [$Z = -2.598, p = .009$], não se distinguindo na percepção da importância atribuída às dimensões de intervenção do protocolo orientadas para o *coping* focado na perda, nem na percepção de utilidade do protocolo de intervenção psicológica.

Percepção da consecução de objectivos do protocolo de intervenção psicológica e indicadores de adaptação individual e relacional

Relativamente à percepção da consecução de cada um dos objectivos do protocolo de intervenção psicológica, as participantes foram divididas em dois grupos: GA: *percepção da consecução do objectivo como nada a razoavelmente verdadeira*; GB: *percepção da consecução do objectivo como muito*

a *completamente verdadeira*. Relativamente a cada objectivo, foram comparados os dois grupos no que respeita aos indicadores de adaptação individual (faceta geral de QdV) e relacional (satisfação com a relação conjugal após a perda).

No que respeita à faceta geral de QdV, esta é significativamente superior para as participantes que percebem como *muito a completamente* conseguidos os objectivos 1: *Dar a conhecer informação importante sobre o luto* [$Z = -2.336, p = .019$; GA: $M (DP) = 6.45 (1.37)$, GB: $M (DP) = 7.91 (1.22)$], 7: *Preparar/antecipar respostas para possíveis reacções de outras pessoas à perda* [$Z = -2.036, p = .042$; GA: $M (DP) = 6.8 (1.37)$, GB: $M (DP) = 8.00 (1.00)$] e 8: *Contribuir para o regresso a rotinas diárias e actividades gratificantes* [$Z = -2.101, p = .036$; GA: $M (DP) = 6.84 (1.52)$, GB: $M (DP) = 8.00 (.95)$].

Relativamente à satisfação com qualidade da relação conjugal após a perda, esta é significativamente superior quando as participantes percebem como *muito a completamente verdadeira* a consecução dos objectivos 1: *Dar a conhecer informação importante sobre o luto* [$Z = -2.467, p = .014$; GA: $M (DP) = 5.20 (1.23)$, GB: $M (DP) = 6.50 (.52)$] e 9: *Ajudar/Facilitar o processo de tomada de decisão reprodutiva* [$Z = -2.216, p = .036$; GA: $M (DP) = 5.36 (1.21)$, GB: $M (DP) = 6.45 (.69)$].

Discussão

Este é um estudo de natureza exploratória, que se justifica pela lacuna verificada na literatura, sobretudo a nível nacional, no que respeita à eficácia da intervenção psicológica em situações de perda perinatal. Neste estudo procurámos caracterizar a percepção das utentes acerca do protocolo de intervenção psicológica, explorando alguns factores que contribuem para a sua variabilidade e a sua relação com indicadores de adaptação individual e relacional. O presente estudo apresenta algumas limitações que começamos por referir. Em primeiro lugar, o facto de nem todas as utentes terem beneficiado do protocolo na sua totalidade, muitas vezes por constrangimentos pessoais (económicos e profissionais), verificando-se grande variabilidade no número de consultas, na duração do acompanhamento ou no tipo de intervenção. O estudo da variabilidade da percepção

das utentes, em função dessas características de aplicação do protocolo, constituiu uma tentativa de minimizar os efeitos dessa limitação. Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo não possibilita captar tão eficazmente a percepção das utentes acerca de aspectos específicos do protocolo (por exemplo, a avaliação da percepção das utentes ao longo de vários momentos do protocolo poderia validar especificamente a consecução dos objectivos de cada fase), nem a associação da percepção das utentes com indicadores de adaptação (pela inexistência de uma linha de base de avaliação da adaptação individual e relacional e pela não inclusão, no estudo, de outras variáveis que podem determinar a adaptação a uma perda perinatal). Apesar das limitações apontadas, consideramos que os resultados obtidos nos permitem tecer algumas considerações.

Os resultados da percepção das utentes acerca da consecução dos objectivos, importância das diferentes dimensões de intervenção do protocolo e utilidade do protocolo de intervenção psicológica apontam, globalmente, para a validade do protocolo de intervenção psicológica, confirmando a nossa primeira hipótese de investigação (H1). De forma geral, as utentes percebem que os objectivos do protocolo foram conseguidos. Verifica-se, no entanto, que os objectivos percebidos como mais conseguidos são os associados às fases iniciais do protocolo (favorecimento da expressão emocional acerca da perda, validação da perda e psicoeducação acerca de possíveis diferenças de *coping* com a perda entre os membros do casal) e, por isso, mais associados ao *coping* com a perda. Em termos gerais, depreende-se que a dimensão de *coping* com a perda é trabalhada de forma mais premente e eficaz, no âmbito do protocolo de intervenção psicológica, o que é congruente com a perspectiva dos modelos fásicos do processo de luto (Worden, 2001). No que respeita à importância das diferentes dimensões de intervenção do protocolo, parece emergir da percepção materna a ideia, já conceptualizada teoricamente (Stroebe e Schutt, 1999), da importância dos dois pólos (perda e restauração) para a promoção de respostas adaptativas à perda. Apesar disso, e em linha com os resultados anteriores, a dimensão de intervenção orientada para o *coping* focado na perda assume uma relevância superior. A percepção global acerca da utilidade do protocolo constitui também um indicador adicional da sua eficácia.

Analisando os resultados da variabilidade da percepção das utentes, em função de características de aplicação do protocolo de intervenção psicológica, estes confirmam a nossa segunda hipótese de trabalho (H2) e constituem um importante indicador de validade do protocolo. Os resultados mostram uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o número de consultas e a duração do acompanhamento, por um lado, e a percepção da consecução dos objectivos das fases finais do protocolo (O6 a O9), por outro. Depreende-se daqui a necessidade de aplicação de todas as fases do protocolo de intervenção psicológica para os objectivos associados com a restauração de rotinas sejam atingidos; a associação entre o número de consultas, duração do acompanhamento e o segundo objectivo (*preparar para emoções e comportamentos, normais na reacção de perda*) do protocolo de intervenção psicológica entende-se, pela natureza processual da resposta de perda, que tem subjacentes diferentes emoções e comportamentos ao longo do tempo, para os quais os indivíduos necessitam de ser gradualmente preparados.

Os resultados deste estudo evidenciam ainda os benefícios da intervenção de casal, no que respeita à consecução dos objectivos, tal como é preconizado pelos princípios-base do protocolo de intervenção psicológica confirmando, pelo menos parcialmente, a terceira hipótese em estudo (H3). A análise conjunta da influência do tipo de intervenção na percepção de consecução de objectivos (os efeitos são visíveis nos objectivos das últimas fases do protocolo) e na percepção de importância das dimensões de intervenção do protocolo (as utentes que beneficiaram de intervenção de casal percebiam as dimensões de intervenção focadas na restauração como mais importantes), remete-nos para que os benefícios da intervenção de casal surjam precisamente ao nível da restituição de rotinas, comunicação familiar, reconstrução de significados e decisões reprodutivas futuras. Contrariamente ao que poderia ser esperado, a aceitação das diferenças individuais de *coping* entre os membros do casal ou a facilitação da comunicação entre o casal não parecem ser objectivos directamente dependentes do tipo de intervenção; uma possível explicação prende-se com a possibilidade de uma psicoeducação acerca das diferenças individuais no processo de luto, oferecida numa fase inicial de intervenção, contribuir de forma importante para esta aceitação e para a facilitação da

comunicação entre o casal, embora seja necessária investigação adicional para esclarecer esta hipótese. Finalmente, os resultados da associação entre os indicadores de adaptação e a percepção da consecução de objectivos confirmam apenas parcialmente a quarta hipótese de investigação estabelecida (H4). Verificaram-se associações com apenas alguns dos objectivos do protocolo que remetem, predominantemente, para a restauração de rotinas e de objectivos de vida (decisões reprodutivas futuras). No entanto, os indicadores de adaptação utilizados não captam algumas especificidades da resposta de luto, pelo que, a inclusão de medidas que avaliem a intensidade da resposta de luto ou a presença de sintomatologia psicopatológica podem possibilitar informação relevante, no que respeita à associação entre a consecução de objectivos do protocolo mais orientados para o *coping* focado na perda e a adaptação das utentes.

Conclusão

Apesar das limitações apontadas no início da secção anterior, consideramos que esta investigação, de índole exploratória, oferece alguns contributos importantes – mais do que chegar a conclusões, esta investigação levanta algumas hipóteses e sugestões, que passaremos a expor. Em primeiro lugar, esta investigação aponta que a percepção das utentes pode ser uma forma útil de avaliação de intervenções psicológicas estruturadas (para situações de perda perinatal ou outras situações clínicas), por fornecer informação mais específica do que os indicadores de adaptação, sobre as áreas do protocolo que são percebidas como tendo maior ou menor eficácia e relevância.

Em segundo lugar, a generalidade dos resultados aponta, por um lado, para a eficácia da consecução dos objectivos do protocolo de intervenção psicológica, para a sua importância e utilidade e, por outro lado, para os benefícios da sua implementação de forma mais estruturada (maior número de consultas) e prolongada no tempo (duração do acompanhamento), bem como, de uma implementação que também envolva o companheiro como agente activo do processo de intervenção.

Em terceiro lugar, os resultados sugerem que as utentes percebiam que o protocolo de intervenção

psicológica se focaliza, preferencialmente, nas dimensões de *coping* com a perda. Isto pode dever-se, em parte, ao facto de nem todas as utentes beneficiarem dele na sua totalidade, ou de o espaçamento entre consultas e/ou duração do acompanhamento não ser o indicado (para além de constrangimentos profissionais e económicos, trata-se de uma maternidade central com elevada área de abrangência, o que dificulta as deslocações). No entanto, estes resultados podem indicar, também, algumas lacunas no protocolo no que respeita à promoção do processo oscilatório entre o *coping* focado na perda e o *coping* focado na restauração como preconizado por Stroebe e Schutt (1999). Neste contexto seria importante, em termos clínicos: a) procurar introduzir, gradualmente, desde as primeiras fases do protocolo de intervenção psicológica, alguma psicoeducação sobre a restauração de rotinas e objectivos de vida, comunicação familiar e com a rede de apoio social, tornando a aplicação do protocolo menos sequencial e mais intercalada; b) procurar introduzir, para as utentes que não podem beneficiar do acompanhamento na sua totalidade, outras estratégias para trabalhar aspectos do protocolo de intervenção mais associados à restauração de rotinas, como por exemplo, a manutenção regular do 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.

Finalmente, uma nota sobre investigações futuras na área em apreço. Julgamos que seria importante avaliar a eficácia deste protocolo de intervenção considerando, simultaneamente e num estudo longitudinal (com vários momentos de avaliação), a percepção das utentes e indicadores de adaptação gerais e específicos da resposta de luto. Adicionalmente, a inclusão de uma avaliação da adaptação inicial à perda (linha de base), bem como, a avaliação de possíveis factores com influência na adaptação à perda, possibilitarão avaliar com maior segurança a eficácia deste protocolo de intervenção psicológica.

Referências bibliográficas

- BENNETT, Shannon [et al.] (2005) – The scope and impact of perinatal loss: current status and future direction. *Professional Psychology, Research and Practice*. Vol. 36, nº 2, p. 180-187.
- BROWNLEE, Keith ; OIKONEN, Jodie (2004) – Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*. Vol. 34, nº 4, p. 517-529.
- CLOWER, Christen ; SEWELL, Kenneth (2004) – Adjustment following pregnancy loss: an empirical study. *FORUM*. (April/May/June), p. 8-9.
- FLENADY, Vicky ; WILSON, Trish (1998) – Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nº 2, CD000452.
- 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. Coimbra : Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Tese de mestrado.
- GLASER, Annette [et al.] (2007) - Loss of preterm infant: psychological aspects in parents. *Swiss Medical Weekly*. Vol. 137, p. 392-401.
- GOLD, Katherine ; DALTON, Vanessa ; SCHWENK, Thomas (2007) – Hospital care for patients after perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 109, nº 5, p. 1156-1166.
- LASKER, Judith ; TOEDTER, Lori (1994) – Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Studies*. Vol. 18, nº 1, p. 41-64.
- LUNDQVIST, Anita ; NILSTUN, Tore ; DYKES, Anna-Karin (2002) – Both empowered and powerless: Mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth*. Vol. 29, nº 3, p. 192-199.
- PINHO, Paula ; ARAÚJO PEDROSA, Anabela ; CANAVARRO, Maria Cristina (2007) – Perdas precoces: como articular a intervenção do psicólogo com a de outros profissionais de saúde? : Poster. In *JORNADAS DE PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS*, 2, Lisboa, 2007.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2009) - *Dados estatísticos: população*. Lisboa : INE.
- ROLIM, Luísa ; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) - Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In CANAVARO, M. C. – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª ed. Coimbra : Quarteto. p. 255-296.
- SAFLUND, Karin ; SJOGREN, Berit ; WREDLING, Regina (2004) – The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth*. Vol. 31, nº 2, p. 132-137.
- SANCHEZ, Nancy-Anne (2001) – Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 10, nº 2, p. 23-30.

SCHOTT, Judith ; HENLEY, Alix ; KOHNER, Nancy (2007) – **Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals**. London : Bosun Press.

SERRA, Adriano Vaz [*et al.*] (2006) – Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 27, nº 1, p. 41-49.

STROEBE, Margaret ; SCHUT, Henk (1999) - The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*. Vol. 23, nº 3, p. 197-224.

WINGS, Daniel (2002) – **Grief following perinatal loss and the impact of hospital-based support services**. Georgia: Universidade de Georgia. Tese de doutoramento.

WORDEN, James William (2001) – **Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner**. 3ª ed. New York : Springer Publishing Company.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) - **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**. Geneve : WHO.