



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM MULHERES ADULTAS
E ADOLESCENTES**

Relatório de Estágio Para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autor: Liliana Raquel Fernandes Velosa

Orientador: Prof.^a Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número do candidato: 20150586

Março de 2018

Lisboa

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa, por me ter proporcionado o estágio académico numa Instituição Particular de Solidariedade Social. Um agradecimento especial à Prof.^a Doutora Mónica Pires pela dedicação e predisposição para ajudar, por não me deixar desistir do estágio académico, por ter uma palavra certa nos momentos que mais precisei, por me acompanhar nas aulas de seminário de estágio e ao longo destes anos de universidade. À minha orientadora, a Prof.^a Doutora Rute Brites, que sempre esteve presente e disponível para me ajudar, para me levar no caminho certo para que consiga atingir o meu objetivo, o meu sonho!

De modo geral, a todos os profissionais que me acompanharam ao longo destes seis anos de vida académica, principalmente os professores de licenciatura e mestrado, que desde sempre mostraram empenho e dedicação para com os alunos.

Quanto ao estágio, foi um grande desafio, do qual levo uma grande aprendizagem, um crescimento pessoal.

Um agradecimento especial à Dra. Ana G., por todo o acompanhamento que me fez ao longo dos meses de estágio, pelos ensinamentos, pelo carinho e dedicação; À Dra. Tânia F., por me ter recebido bem no seu gabinete, por todos os ensinamentos, preocupação e carinho; À Dra. Filomena I., pelo apoio e pelo carinho; À Dra. Vanessa C., por todo o apoio e dedicação; A toda a equipa técnica e administrativa da instituição, o meu obrigado por toda a simpatia e apoio prestado.

Às minhas colegas de estágio, por todo o carinho, desabafos, companheirismo, pela ajuda nos momentos bons e menos bons, pela amizade que ficou.

Aos meus amigos, amigos da universidade e companheiros, que tiveram presentes longos destes anos e disponíveis para uma palavra amiga.

Um especial obrigado à minha família, por todo o carinho, força, apoio, dedicação, compreensão que me deram, que nunca deixaram desistir nestes anos, sempre com um incentivo para continuar para seguir um sonho.

Ao meu namorado e a sua família, pelo apoio força e carinho longo destes anos.

Resumo

A gravidez é considerada uma fase de transição, de mudanças, não só relacionadas com o corpo da mulher como também com o seu funcionamento psicológico. Esse processo exige uma preparação, visto que existe uma mudança de papel, identitário e social. Ainda assim, a gravidez é vivenciada de forma diferente de mulher para mulher, ou seja, muitas mulheres sentem-se felizes nesse estado, outras não.

A gravidez na adolescência também é uma fase na qual ocorrem muitas mudanças físicas e psicológicas e que, por sua vez, podem trazer consequências negativas para a jovem adolescente.

O presente relatório destina-se a reportar as atividades de estágio desenvolvidas numa instituição particular de Solidariedade Social (IPSS), ao longo do ano letivo 2016-2017. Para uma melhor organização, dividimos o relatório em três partes.

Na primeira parte do relatório, optei por fazer uma contextualização do estágio, explicando um pouco do funcionamento da instituição, abordando a sua história, a função do psicólogo, as atividades desenvolvidas, entre outros.

Na segunda parte, fiz o enquadramento teórico sobre o tema da gravidez nos adultos e adolescência, bem como as problemáticas encontradas na instituição.

Relativamente à última parte, optei por apresentar os dois casos clínicos, de forma mais pormenorizada, dos quais apresento a história clínica, a avaliação psicométrica e reflexão/conclusão. Os restantes doze casos clínicos, apresento numa tabela mais resumida. Finalmente, será apresentada uma reflexão pessoal sobre o estágio, na sua generalidade.

Palavras-chave: Gravidez, Maternidade, Parto, Perturbações do puerpério, Adolescência.

Abstract

Prospectus Pregnancy is a phase of transaction and changes, not only it affects the physical appearance of a woman's body but also their psychological performance. This process demands an arrangement since there is a change of role, identity and social.

Pregnancy can be lived in different ways from woman to woman, therefore, many women feel happy throughout this phase, while others may not feel the same way.

Teenage pregnancy is also a phase where many physical and psychological changes occur, due to which brings negative consequences to the teenager.

The current report aims to describe the activities undertaken during internship. These activities were developed by a private institution of Social Support (IPSS), throughout the academic year 2016-2017. In order to present a sophisticated organization, the report is divided in three parts.

In the first part, I explained a little about the institution's performance in order to build a context. Therefore, I mentioned details regarding to its history, the role of a psychologist, occurred activities, and others.

In the second part, I chose to make a theoretical framework based on the teenage and adulthood pregnancy. I also mentioned about the precarious areas found within the institution.

According to the last part, I decided to present two clinical cases, in an improved detailed way, where I explain about its clinical history, psychometric assessment and reflection/conclusion.

I have presented the other twelve clinical cases on a summarised table. Thereafter, a personal reflection regarding the internship itself in general is presented.

Keywords: Pregnancy, Maternity, Labour, Puerperium Disorders, Teena

Índice

Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Abstract.....	VI
1. Introdução.....	9
2. Caracterização do estágio acadêmico.....	11
2.1. Funcionamento do gabinete de psicologia.....	11
2.2. Papel do psicólogo na instituição.....	12
2.3. Objetivos do estágio.....	12
2.4. Problemáticas apresentadas.....	13
2.4.1. Gravidez.....	13
2.4.2. Gravidez na adolescência.....	14
2.4.3. Famílias multiproblemáticas.....	15
2.4.4. Famílias monoparentais.....	15
2.4.5. Abandono escolar.....	16
3. Psicologia da Gravidez.....	16
3.1. Gravidez e maternidade	17
3.2. A gravidez como “crise” de desenvolvimento.....	19
3.3. Desenvolvimento da gestação.....	19
3.3.1. Primeiro trimestre- incorporação/ integração.....	19
3.3.2. Segundo trimestre – diferenciação.....	20
3.3.3. Terceiro trimestre- separação.....	22
3.4. Depressão da gravidez.....	23
3.5. Gravidezes psicológicas.....	23
3.6. Parto.....	25
3.6.1. Tipos de parto.....	26
3.7. Perturbações do puerpério.....	28
3.7.1. <i>Blues</i> (pós- parto)	29
3.7.2. Depressão (pós- parto)	30
3.7.3. Psicose (pós-parto)	30
3.8. Adolescência.....	30
3.8.1. Gravidez e maternidade na adolescência.....	31

3.8.2. Relações amorosas e sexualidade.....	33
4. Descrição do Estágio acadêmico.....	35
4.1. Início do estágio	35
4.2. Formação realizada.....	36
4.3. Intervenção psicológica.....	41
4.3.1. Caracterização dos casos.....	41
4.4. Caracterização da intervenção.....	42
4.5. Resumo dos casos clínicos	43
4.6. Apresentação dos Casos clínicos.....	47
4.6.1. Caso Clínico I- L.P.	47
4.6.1.1. Pedido.....	47
4.6.1.2. História clínica.....	47
4.6.1.3. Resumo do acompanhamento.....	51
4.6.1.4. Reflexão clínica sobre o caso.....	52
4.6.2. Caso Clínico II- S.S.	54
4.6.2.1. Pedido.....	54
4.6.2.2. História clínica.....	54
4.6.2.3. Avaliação e resultados.....	57
4.6.2.4. Reflexão dos resultados.....	59
4.6.2.5. Reflexão clínica sobre o caso.....	59
5. Reflexão sobre o estágio.....	61
6. Conclusão.....	64
7. Referências.....	66
8. Anexos.....	72

INTRODUÇÃO

O mestrado de psicologia clínica e do aconselhamento é constituído por dois anos de estudo. O primeiro ano corresponde a dois semestres, compostos por diversas unidades curriculares, o segundo ano, com a mesma duração, consiste na realização do estágio curricular e respetiva preparação do relatório de estágio. O estágio académico permite que cada um dos alunos possa ter acesso às diversas problemáticas e ao desenvolvimento do Ser Humano, em várias vertentes.

No presente ano letivo (2016/2017), os estágios foram distribuídos consoante as médias de cada aluno da turma, sendo o meu realizado numa associação de solidariedade social, que visa ajudar as mães a ter os seus bebés com qualidade.

Esta instituição é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, que nasceu com a finalidade de apoiar a mulher grávida, de modo a poder receber os seus bebés com qualidade e poder ultrapassar as diversas dificuldades e dúvidas existentes. Tem como missão apoiar grávidas, puérperas e as suas famílias, para obter uma melhoria do bem-estar psicológico e físico. É uma instituição pró-vida que incentiva ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, de modo a lhe proporcionar condições físicas e psicológicas de qualidade.

A instituição fornece a todas as grávidas informação sobre a gravidez, sexualidade, planeamento familiar, formações sobre a maternidade, reinserção social e profissional das mães. Promove ainda a qualificação escolar das mães, entre outras necessidades. Podemos encontrar este apoio em várias áreas de Lisboa e Vale do Tejo.

O trabalho realizado é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, formada por voluntários presentes em diversos serviços e também profissionais ligados à psicologia e ao serviço social.

A instituição dirige a sua atividade para as mulheres grávidas, puérperas e suas famílias, nomeadamente as que se encontram numa situação menos favorecida, que estejam a passar por situações de carência económica, social e psicológica. As ajudas que a instituição oferece estão adaptadas não só às mães adultas, mas também às mães adolescentes, podendo ainda haver algum ajustamento e sensibilidade para poder trabalhar com outras instituições em simultâneo de forma a ajudar esta população.

A população alvo que procura ajuda da instituição, na sua grande maior parte, pessoas com diferentes faixas etárias, contextos sociais e culturais.

A instituição disponibiliza diversos serviços, dos quais os mesmos estão divididos por grupos: Atendimento, Reinserção Profissional, Acolhimento, Formação, creche, Serviços de Apoio e Voluntariado.

No Atendimento encontramos o Atendimento às utentes, a Linha telefónica e o Gabinete de Psicologia.

O Atendimento às utentes consiste no primeiro contacto, onde é tido em conta as suas necessidades, e posteriormente direccionar para os diferentes serviços. O segundo contacto consiste na realização de um plano de intervenção onde irá ocorrer reuniões de acompanhamento. Este serviço completa-se com o serviço da psicologia e podemos encontrar em vários concelhos do distrito de Lisboa.

A Linha telefónica, é uma linha anónima e confidencial que abrange a população portuguesa, e tem como função esclarecer dúvidas sobre a gravidez, sexualidade e planeamento familiar.

O Gabinete de Psicologia destina-se à prevenção e apoio as mulheres grávidas ou puérperas de forma que em conjunto com as utentes seja possível desenvolver um projeto de uma gravidez e maternidade sólida e saudável. Inicialmente é realizado um rastreio psicológico e posteriormente, se a mesma desejar, poderá ser acompanhada.

A Reinserção Profissional consiste em diversas atividades e formações, que são destinadas as utentes de forma a criar autonomia financeira e diversas competências profissionais. Nesta área é possível haver vários serviços, tais como formar as utentes a nível de trabalhos domésticos, elaborar um *curriculum vitae* de forma a que consigam arranjar um emprego mais rápido, formações e workshops diversos, e por fim, prestar serviços a várias empresas e a particulares.

O Acolhimento consiste em ajudar as mães adolescentes e adultas que se encontram numa situação de risco. As residências têm uma equipa técnica e multidisciplinar.

A Formação que a instituição disponibiliza abrange todas utentes, técnicos, voluntários e os estagiários da instituição. Inicialmente os colaboradores frequentam as formações de forma a que cada qual possa desenvolver as capacidades para exercer o seu trabalho de forma correta. Podemos encontrar formações como Workshops ligados a maternidade, ao emprego, questões sociais/parentais, e também cuidados com os bebés a vários níveis. Ainda na formação encontramos a escola móvel, consiste em promover e qualificar as jovens adolescentes grávidas e com risco de abandono escolar entre os 12 e

os 18 anos. Este projeto encontra-se em simultâneo com o Ensino à Distância do Ministério da Educação, onde é realizado numa plataforma virtual.

A creche, ligada a instituição, é direcionada a crianças entre os 4 meses e os 5 anos, com o intuito de responder às necessidades apresentadas.

Ainda assim, na instituição podemos encontrar nos serviços de apoio, uma sala dos bebés, preparado para acolher os bebés até aos 6 meses de idade, desta forma permitindo com que as mães possam frequentar as formações.

O voluntariado na instituição é algo que vem assegurar e ajudar, os vastos serviços que a instituição nos apresenta, sendo que o trabalho destas pessoas é fundamental para a continuação do bom funcionamento da instituição.

2. Caracterização do Estágio Académico

2.1. Funcionamento do Gabinete de Psicologia

Regra geral, a instituição aconselha as utentes, e caso o desejem, a fazer uma primeira consulta de psicologia, correspondente ao rastreio psicológico. Esta primeira consulta consiste na recolha de informação, como por exemplo dados pessoais, motivo da procura da instituição, conhecer o desenvolver da gestação, relações pessoais e familiares, problemáticas entre outros. No final da recolha de dados e do preenchimento do processo, é proposto à utente se quer continuar com o acompanhamento psicológico. A mesma é informada que não é algo obrigatório, mas explicado que é uma mais valia para si, visto que está a passar por uma fase de grandes mudanças. É importante também referir que o acompanhamento psicológico é realizado em articulação com o Atendimento Direto, de forma a conhecer as necessidades das utentes.

A intervenção psicológica da instituição segue, em geral, a vertente psicodinâmica, contudo, foi-me dada a liberdade de utilizar a orientação com que estou mais familiarizada, a Abordagem Centrada na Pessoa.

As psicólogas deste gabinete costumam-se reunir mensalmente para as reuniões de psicologia e para as reuniões de supervisão. As reuniões de psicologia têm o objetivo de acompanhar o desenvolvimento dos casos. Quanto às reuniões de supervisão, orientadas por uma psicóloga externa à instituição, por norma são discutidos os casos mais preocupantes ou mais difíceis de gerir.

Como já referi anteriormente, estive em dois locais a fazer a minha intervenção. Na sede, o horário era ajustado com as utentes às segundas-feiras, após realizar o atendimento telefónico ou às terças-feiras, quando não estava a dar apoio à formação materna. Às quartas-feiras estava o dia todo no gabinete do Bairro da Amadora.

2.2. Papel do psicólogo

A intervenção na área da psicologia é muito importante para a população-alvo da instituição. Muitas das vezes, as mulheres que aparecem para pedir ajuda apresentam problemas psicológicos que estão ligados à gravidez, à maternidade e por vezes, também, relacionados com o pós-parto.

Quando estas procuram ajuda, a função do psicólogo na instituição consiste em estabilizar o seu estado emocional, visto que o período por que estão a passar é uma grande mudança nas suas vidas em termos emocionais, psicológicos e físicos.

Cabe também ao psicólogo poder ajudar as mães a desenvolver formas de serem autónomas e construir um projeto sólido para, assim, ficarem aptas para uma maternidade harmoniosa.

2.3. Objetivos do Estágio

Este estágio pretende ajudar a adquirir conhecimentos úteis ao futuro exercício profissional, tanto a nível teórico como prático. Visa ainda dar a conhecer outras realidades e obter diversos conhecimentos, relativamente ao tema da gravidez.

Permitirá o contacto com diversas áreas dentro da instituição, desde o atendimento telefónico ao contacto com a população alvo em atendimento direto.

O estágio proporciona diversas ocasiões de observação e aprendizagem de várias atividades ligadas à instituição, nomeadamente as formações iniciais e outras em que será possível participar.

Sendo uma instituição que trabalha em parceria com outras instituições, permite compreender a complexidade e a importância do trabalho multidisciplinar;

O estágio tem como finalidade ajudar o aluno a ganhar diversas faculdades em várias áreas que lhe aparece, permitindo aperfeiçoar os conhecimentos teóricos e práticos que foram transmitidos.

2.4. Problemáticas apresentadas

2.4.1. Gravidez

O processo da maternidade passa por várias etapas, desde a parte lúdica na infância/ adolescência até a fase adulta, não deixando de parte os vários contributos culturais e transgeracionais nas famílias. Alguns autores defendem que a gestação é uma preparação psicológica para a maternidade (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008).

Stainton, em 1985, defendia que a relação existente entre pais e filhos surge na vida intrauterina. A gravidez é um dos momentos mais importantes na vida das mulheres, sendo em geral, todas as mudanças vividas com alguma intensidade. São mudanças de ordem biológica, social e também psicológicas (Piccinini, et al 2008).

Relativamente à situação profissional, em alguns casos a mulher, durante a gestação precisa de repouso por questões de saúde ou outras, mas posteriormente, ou seja, após nascimento precisa de ficar com a atividade profissional suspensa, devido aos cuidados que a mesma deve prestar ao bebé e a si mesmo na recuperação (Piccinini, Gomes, et al 2008).

Quanto ao relacionamento entre o casal, este é afetado pois passam a acumular a função de pai e mãe (parentalidade), o que pode alterar as dinâmicas individuais de cada um, e por vezes exige uma adaptação dos padrões anteriores vividos entre o casal. As mudanças e as influências que a mulher passa no período gestacional, influencia a relação futura com a criança (Piccinini, et al 2008).

Em relação às mães “ausentes”, que não demonstram qualquer afetividade pelo bebé, poderão causar ao feto sentimentos de desamparo e ao longo da vida, a criança não se sente desejada, querida, aceite pela sociedade; esta relação de vinculação com a sua mãe deixou marcas negativas ao feto, que o vão acompanhar para o resto da vida. (Wilheim, 2002).

Em alguns estudos realizados com bebés institucionalizados mostram, que quando existe abandono pelas mães, os mesmos sentem a perda na vinculação desenvolvida durante a gestação. Nestes casos a mãe biológica deveria falar com o bebé e explicar quais os seus motivos para o seu abandono. No caso de este bebé ir para uma instituição a aguardar a adoção deveria ter direito a um acompanhamento individualizado, ou seja, deveria ser acarinhado sempre pelos mesmos funcionários. Deve-se manter um registo diário desta criança durante o tempo de permanência na instituição com fotos, objetos que

ele tenha usado, informações da sua família de origem, pois é uma forma de o ajudar a perceber a sua história (Wilheim, 2002).

No caso de este bebé ser adotado, os pais adotivos devem acarinhá-lo, falar com ele aconchega-lo, e desta forma a mãe adotiva deve contar desde cedo a sua história de vida. O bebé deve primeiro elaborar a perda da sua família de origem ou daqueles que dele cuidaram, para depois ter condições de estabelecer novos vínculos com os pais adotivos.

Assim, a gravidez, apesar de ser um evento natural na vida da mulher, pode trazer consigo diversas problemáticas, que merecem atenção, do ponto de vista psicológico.

2.4.2. Gravidez na adolescência

A Organização Mundial de Saúde define os adolescentes pelos aspetos biológicos, sociais e psicológicos, entre as idades dos 10 aos 19 anos. Em 1990, propuseram que a adolescência era compreendida entre os 12 e os 18 anos de idade.

Berlofi refere que na adolescência é onde acontecem diversos processos psicológicos, havendo uma evolução da fase infantil para a fase adulta, caracterizada por mudanças físicas e hormonais, ou seja, onde existe uma grande transformação no ser humano (2006).

Nesta altura, caso exista uma gestação, é frequentemente utilizado o termo vulnerabilidade. Ferrari é um dos autores que refere que estas são transformações biológicas importantes na vida destas pessoas, não só em termos psicológicos, físicos e sociais. Para o adolescente, a gestação irá ter profundas mudanças físicas e psicológicas, muitas delas com ter repercussões individuais, familiares e sociais (Ferrari, 2008).

Em geral, a sociedade e a saúde pública consideram que a gravidez na fase da adolescência é indesejada, mas por outro lado podemos também encontrar a maternidade nesta fase da vida como uma experiência que poderá trazer mudanças positivas, não deixando de parte que deverá sempre haver uma preocupação e devem sempre ser acompanhados por profissionais da saúde (Santos & Schor, 2003).

Neste tema encontramos várias opiniões, e muitas vezes distintas. Existem autores que defendem que é possível as adolescentes sustentarem a gravidez, caso recebam assistência adequada, ou seja, quando as mesmas são acompanhadas durante o período gestacional, o que por vezes isto é um pouco difícil de acontecer. Esta dificuldade de

acompanhamento deve-se ao fato de haver dificuldades na aceitação da gravidez nestas idades (Yazlle, 2006).

Quando a adolescente descobre a sua gravidez, por norma enfrenta diversas dificuldades, como a mudança da realidade que está a viver, o transmitir aos familiares a notícia e as consequências que poderá ter, as medidas de proteção dos adolescentes, entre outras. Tudo isto é influenciado pela classe social onde estão inseridas (Godinho et al, 2000; Heilborn et al, 2002).

2.4.3. Famílias multiproblemáticas

As famílias multiproblemáticas, por norma, estão associadas à pobreza, mas podemos ver que este é um grupo que podemos encontrar em vários contextos sociais, culturais e económicos (Sousa, & Rineiro, 2005).

O conceito de família multiproblemática consiste na presença simultânea de vários comportamentos problemáticos da família, por exemplo, insuficiências graves, dependências de serviços sociais, desenvolvimento de comportamentos sintomáticos como por exemplo a toxicodependência, entre outros (Sousa, & Rineiro, 2005).

Segundo Elizur (1996) as famílias multiproblemáticas têm de ter mais recursos e capacitação familiar, de modo a poderem alcançar a responsabilidade. Cunningham e Henggeler (1999) referem que a intervenção e o envolvimento da família ajuda na identificação e reconhecimento das competências familiar. (Sousa, & Rineiro, 2005).

2.4.4. Famílias monoparentais

Antigamente, o crescer só com um progenitor era algo comum de acontecer, devido à grande taxa de mortalidade, ficando assim os filhos órfãos, ou só com um dos progenitores (Baliana, 2013).

Existiu uma grande mudança nos últimos anos, a monoparentalidade não se justifica apenas pela morte de um dos progenitores, mas também com a separação, divórcio ou algum nascimento fora daquele relacionamento existente. (Baliana, 2013).

A definição da família monoparental é mais abrangente, incluindo agora os pais ou mães sem cônjuge e os filhos de qualquer idade. O fenómeno da monoparentalidade é muito vasto e abrange diversas famílias, como por exemplo famílias separadas, divorciadas ou de mães independentes. (Baliana, 2013).

As famílias monoparentais femininas, antigamente, eram compostas na sua maioria por viúvas e seus filhos ou, por outro lado, mães solteiras. O ser mãe solteira antigamente não era por opção própria, mas sim porque na sua maior parte as mesmas tinham sido abandonadas pelos maridos por diversas razões, e as mesmas por sua vez criavam seus filhos muitas vezes sozinhas sem recursos. (Baliana, 2013).

2.4.5. Abandono escolar

A definição de abandono escolar não é fácil de descrever, ou seja, devido aos atuais percursos educativos e formativos, existe uma grande flexibilidade de mais dinâmicas dentro e fora da escola (Estêvão, & Álvares, 2013).

Existem duas categorias que podemos encontrar no âmbito do abandono escolar, as formais e as funcionais. Relativamente às formais, estão relacionadas com os aspetos oficiais, ou seja, se a pessoa já tem idade para sair do ensino ou, por outro lado, se a mesma possui um documento/diploma que descreve que já completou os estudos obrigatórios. Na generalidade, o abandono escolar consiste na não frequência escolar, mas existem casos excecionais. As idades do sistema educativo variam de país para país, em Portugal a idade é até aos 18 anos (Estêvão, & Álvares, 2013).

Já as funcionais, estão ligadas ao contexto e as consequências do abandono, ou seja, neste caso estão direcionadas com a escolaridade mínima que o sujeito possui. Podemos ver que isto também varia de país para país (Estêvão, & Álvares, 2013).

3. Psicologia da Gravidez

Quando uma mulher passa por uma gravidez e posteriormente pelo nascimento do seu filho, podemos ver que é algo que envolve muitas mudanças na sua vida, a nível psicológico, emocional e biológico. A mulher, nesta fase, passa por uma grande responsabilidade, na qual tem de tomar diversos cuidados, não só para consigo, mas também para com o bebé que está a crescer dentro de si.

É nesta fase que o casal ou só a mãe, cria as suas expectativas sobre o bebé, e como serão as suas vidas depois do nascimento, ou seja, passando a ter um membro novo em casa. Toda a gravidez pode ser vivida de diversas formas, consoante o que cada mulher sente.

3.1. Gravidez e maternidade

Existe uma distinção dos conceitos de gravidez e maternidade, embora muitas vezes façamos a junção destas duas palavras como sendo o mesmo. A gravidez consiste no período que vai da concepção até ao parto, implicando um grande ajustamento psicológico, ou seja, exige uma grande adaptação de si e do acontecimento, o que dura alguns meses. Quanto ao conceito da maternidade, está ligado à dimensão psicológica, na medida em que ao longo da gravidez, a mulher atravessa várias transições de origem biológica, metabólica e hormonal.

A gravidez é um estado normal fisiológico da mulher, desde a fecundação do espermatozoide no óvulo, até à realização do parto. Regra geral, sabemos que a média da gravidez no Ser Humano, pode variar entre as 37 e as 42 semanas, sendo que na sua grande maioria, as mulheres chegam à 40^a semana de gestação (Dicionário infopédia de Termos Médicos, 2013-2017). A idade gestacional é contada a partir do dia do último ciclo menstrual da mulher (Papalia, Feldman, & Martorell, 2013).

Em termos médicos, existem vários tipos de gravidez: a gravidez normal; a gravidez ectópica ou extrauterina; a gravidez gemelar biovular, dizigótica ou bivitelina; a gravidez gemelar uniovular, monozigótica ou univitelina; gravidez molar; a gravidez múltipla e a gravidez psicogénica (Dicionário infopédia de Termos Médicos, 2013-2017).

A gravidez ectópica ou extrauterina consiste na implantação do óvulo fecundado, mas não na sua localização normal, por não encontrar condições para a nidação. Esta situação pode levar a situações patológicas, que poderão conduzir à morte, por haver uma intensa hemorragia.

A gravidez gemelar biovular, dizigótica ou bivitelina, consiste numa gravidez de gémeos, em que os óvulos são fecundados por dois espermatozoides. A gravidez gemelar uniovular, monozigótica ou univitelina, consiste num só óvulo fecundado por um espermatozoide, tendo o mesmo dois fetos com património hereditário idêntico. Na gravidez molar, há um desenvolvimento de um tumor benigno ou maligno na placenta, o que impede de um desenvolvimento do feto. A gravidez múltipla consiste na formação de mais de um feto, e por fim, a gravidez psicogénica consiste numa gravidez falsa produto de um processo psicológico da mulher: a mesma aparenta e tem todos os sintomas de uma mulher grávida mas não existe um óvulo fecundado (Dicionário infopédia de Termos Médicos, 2013-2017).

3.2. A gravidez como “crise” de desenvolvimento

A gravidez e a maternidade são situações de “crise”, onde encontramos em pouco tempo diversas mudanças a nível biológico, psicológico e social. São as mudanças que fazem com que a mulher tenha uma nova perspetiva e uma nova visão de si mesma, o que pode leva, por vezes, a uma perda ou confusão no sentido do *self* (Gruen, 1990). Assim, percebemos que a mulher precisa de desenvolver o seu próprio comportamento, ou seja, irá criar as suas respostas emocionais, comportamentais e cognitivas, de modo a que consiga cumprir os objetivos e exigências da gravidez (Canavarro, 2001). As mudanças vividas na gravidez, permitem que a mesma se adapte ao novo papel que tem após nascimento. (Brazelton, 1981)

Durante a gravidez dão-se várias alterações físicas e psicológicas na mulher. Uma das grandes alterações é o aumento das necessidades nutricionais que estão destinadas ao desenvolvimento do bebé, à alteração do corpo e metabolismo materno, entre outras. Logo no início da gravidez é recomendada à mulher a adoção de um estilo de vida saudável, que ajudará a reduzir o risco de possíveis complicações durante a gravidez e/ou reduzir doenças no próprio feto. (Teixeira, Pestana, Calhau, Vicente, & Graça, 2015).

No começo da gestação, um dos primeiros sintomas é a sonolência, na medida em que existe uma maior necessidade da mulher descansar, mais do que é habitual. Esta necessidade de dormir está ligada a uma regressão correspondente as mudanças hormonais da mulher. Podem também haver insónias, uma dificuldade em dormir devido à notícia de saber que esta grávida e à ansiedade. (Soifer, 1991)

Uma das mudanças físicas e naturais que a mulher “sofre” com a gravidez é o aumento de peso. Este aumento de peso está associado ao crescimento do peso do bebé e processos associados (formação da placenta, líquido amniótico, volume do útero entre outros). Apesar de natural, se não for controlado poderá ser prejudicial, tanto para a futura mãe bem como para o bebé. Existem diversas recomendações que a grávida deve seguir de forma, procurando um equilíbrio para um crescimento saudável de ambos (Teixeira, et al, 2015).

Ainda nas alterações existentes, podemos encontrar as alterações mamárias. Estas alterações consiste num desconforto que aparece logo nas primeiras semanas de gestação. Os mamilos e a auréola mamária, aparentemente, estão mais erécteis e mais pigmentados. Existe uma proliferação dos ductos e alvéolos mamários, podendo surgir também algumas estrias. A partir das 16 semanas até as 22 semanas, os alvéolos podem começar o produzir

colostro. (Ribeiro, Ramalho, & Soares, 2014; Holanda, Gonçalves, Medeiros, Oliveira, & Maranhão, 2016)

Segundo Hackelöer, os hábitos urinários também se alteram, a grávida urina com maior frequência, pode ter perdas de urina involuntárias, e durante a noite existe uma produção de urina maior que o habitual. (Hackelöer, s.d.)

As alterações neuromusculares e músculo esqueléticas, estão relacionadas com os ligamentos que estão mais laxos e elásticos durante a gravidez. Existe uma maior flexibilidade das articulações sacroilíacas, sacrococcígeas e sínfise púbica, isto é, o aumento do útero e das mamas implica compensações posturais para haver uma estabilidade e equilíbrio corporal (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2013)

3.3. Desenvolvimento da gestação

A gestação esta dividida por três trimestres, sendo possível acompanhar, em semanas, o desenvolvimento embrionário e fetal da gravidez.

3.3.1. Primeiro trimestre- incorporação/ integração

Neste primeiro trimestre, em termos do desenvolvimento fetal, acontece a primeira fase, a ovulação, que corresponde ao período que se inicia no momento da fertilização e termina com a nidificação da blástula na mucosa uterina. Ao longo desta fase, deve-se falar de ovo ou produto da concepção. A segunda fase designa-se de *fase embrionária*, e engloba o primeiro trimestre de desenvolvimento. Este trimestre consiste num período em que ao longo do qual todos os órgãos do corpo vão sendo formados, e o novo ser é denominado de embrião. O final desta fase, o terceiro mês de gestação, é um mês muito sensível, podendo ocorrer os abortos espontâneos. O embrião que até aqui se desenvolvia ainda com poucos recursos agora é um feto. Durante este período o feto vai possuir as mesmas células nervosas que irá ter enquanto adulto, por outro lado as ligações entre neurónios ainda não foram estabelecidas. A cabeça ainda é grande e desproporcional, os olhos já estão formados mas encontram-se bastante afastados e as mãos apresentam forma humana.

Relativamente à grávida, o 1º trimestre de gravidez é conhecido pela fase da incorporação e/ou integração, é o mês em que a mulher se prepara para aceitar que está grávida, iniciando uma alteração progressiva dos seus hábitos de vida, começa a preparar-

se para si e para o nascimento do seu filho (Colman & Colman, 1994). Deve haver uma aceitação da gravidez não só pela grávida, mas também pelo meio social onde a mesma está inserida. (Figueiredo, 2000). Nesta fase, aparecem as pequenas alterações corporais não muito manifestadas, são acompanhadas pelas náuseas e vômitos, alguma recusa de alimentos. Pode haver mudanças de humor e a sensibilidade que fica muito saliente. As grávidas podem expressar alguns receios, nomeadamente o medo de abortar espontaneamente. (Figueiredo, 2000).

É importante que nesta fase, tenha todo o apoio familiar e da equipa obstetrícia que lhe vai acompanhar de forma a esclarecer todas as suas dúvidas e ansiedades. (Sadler, 2008; Soifer, 1991)

3.3.2. Segundo trimestre – diferenciação

Esta fase é conhecida pela diferenciação porque é aqui que a grávida começa a aperceber-se da sua incapacidade para controlar o desenvolvimento do feto (Colman & Colman, 1994), na medida em que se vão diferenciando entre si. Há um reconhecimento de que o feto é um ser separado da mãe (Field & Widmayer, 1982).

O segundo trimestre é conhecido por ser dos períodos mais estáveis, e caracterizado por começar a haver movimentos do feto. Nesta fase a grávida encontra-se muito mais envolvida na gravidez, porém, é também nesta fase que se dá um aumento das contrações uterinas fisiológicas normais da gravidez. (Soifer, 1980).

No que se respeito o desenvolvimento fetal, esta é a terceira fase, a mais prolongada. A fase *fetal* compreende o tempo que resta até ao momento do nascimento, correspondendo ao período de amadurecimento em que os órgãos já formados anteriormente acabam por adquirir a sua estrutura definitiva. Ao longo do desenvolvimento o feto vai adquirindo competências para as utilizar na vida pós fetal.

Neste longo período, os médicos fazem várias observações e, através das ecografias podemos observar, em determinados casos, que os fetos são capazes de sugar, espreguiçar, coçar, bocejar, esfregar as mãos e os pés, isto porque nos estágios iniciais são capazes de ter liberdade de movimentos através do líquido amniótico (Piontelli, 1992).

Aos quatro meses a mãe começa a sentir os primeiros movimentos do feto, os quais podem desencadear sentimentos positivos ou negativos; o feto já tem um rosto completamente formado, a sua pele tem uma tonalidade rosa, completa-se a formação dos

órgãos sexuais que foi iniciada há algumas semanas, o seu coração já está formado, os seus batimentos são o dobro da pulsação da mãe e o seu tamanho é bastante grande em relação ao resto do corpo do feto; o córtex motor começa a enviar estímulos aos músculos para eles se movimentarem, os ouvidos começam a endurecer começando a ouvir a voz da mãe e do seu coração. Nesta fase há um desenvolvimento das papilas gustativas (Sadler, 2008; Soifer 1991).

Durante o quinto mês os movimentos do feto tornam-se mais intensos. A cabeça é a parte do corpo mais ativa, sendo que os olhos, a boca, o nariz e as orelhas estão quase completamente formados; durante esta altura o feto engole o líquido amniótico, provocando-lhe algumas reações (Busnel, Yasuku, & Cunha, 2002; Wilhelm, 2000).

Neste mês é quando se iniciam as conhecidas fantasias sobre o bebé. A mãe interroga-se sobre as características do seu filho, relacionadas com a sua forma e o género. Esta situação poderá provocar alguma ansiedade, visto que para a mulher é algo que está a crescer e desenvolver dentro dela, mas que é também incógnito porque não conhece.

Aos seis meses há uma fraca movimentação do bebé. Isto acontece devido às contrações uterinas que se fazem sentir a partir deste momento. Há várias atividades que a grávida pode fazer que são relacionados com o relaxamento, de forma a diminuir e aliviar algumas das preocupações e ansiedades (Soifer, 1991). O feto atinge o auge do sistema auditivo, é sensível aos sons gerados no exterior do útero, consegue captar os ruídos e a voz do exterior, mas também é capaz de os memorizar. Consegue reconhecer a voz da mãe e a do pai e é estimulado por elas, demonstra preferências musicais sendo estimulado pela música consegue reconhecê-la e movimenta-se ao som da música como se dançasse (Busnel, Yasuku, & Cunha, 2002; Wilhelm, 2000). Consegue ouvir os sons produzidos pelo seu próprio corpo, como o batimento cardíaco e os repentinos ataques de soluços. Nesta fase do desenvolvimento intrauterino o feto consegue distinguir, em termos de paladar, o doce do amargo. Tanto os pés como as mãos tomam a sua forma, e nas mãos aparecem as primeiras linhas das palmas, distingue-se os dedos em relação aos pés, estes definem-se e adquirem forma. As unhas tornam-se visíveis. Nesta fase as articulações já estão desenvolvidas e o feto dá pontapés com movimentos rápidos (Busnel, Yasuku, & Cunha, 2002; Wilhelm, 2000).

Este é o período em que o feto se prepara para a sua forma definitiva como um ser independente, o feto cria uma sintonia com a mãe (Wilhelm, 2000; Busnel, Yasuku, & Cunha, 2002).

3.3.3. Terceiro trimestre- separação

O terceiro trimestre é conhecido pela fase da separação, em que a grávida imagina e percebe o parto (Colman & Colman, 1994).

É também conhecida por duas vertentes, uma caracterizada pela satisfação de terminar a gestação e conhecer o bebê mas, por outro lado, uma fase de ansiedade antecipada, resultado do pensamento do parto.

Por volta do 7º mês e meio de gestação, o bebê começa a tomar a sua posição para nascer, apesar de só no 9º mês existir um maior aumento de volume e peso do bebê e também das contrações uterinas (Colman & Colman, 1994). Na sua generalidade, as mulheres, nos últimos dias de gestação, passam por um período de algum sofrimento, isto é, têm medo que alguma coisa não corra do seu agrado ou que exista alguma dificuldade e que corra alguma situação menos boa, podem ter medo da dor que possam sentir na expulsão do bebê, e ainda recear a própria morte ou do seu filho. (Soifer, 1980)

A partir dos 7 meses de gestação do feto, além do bebê começar a tomar a sua posição de nascimento, o mesmo já apresenta a estrutura ótica praticamente formada. Já consegue abrir e fechar os olhos, que conservarão a sua cor azulada até à segunda semana de gestação após o nascimento. Com o desenvolvimento geral dos olhos, o feto já poderá distinguir as mudanças entre luz e escuridão (Piontelli, 1992; Sofier, 1991).

Nesta fase o feto dorme dentro do útero. A sua pele deixa de ser transparente e os ossos passam por um processo de fusão, também podemos ver que em relação ao sistema nervoso central já controla a temperatura corporal e a respiração, fazendo com que o feto inale ar.

Já no fim da gestação ou, se quisermos, a partir do oitavo mês, o ambiente torna-se mais apertado e quase todo o espaço disponível está por ele ocupado. É aí que se iniciam os movimentos preparatórios necessários para o seu nascimento.

A relação materna fetal, inicia-se durante o processo de gestação, onde a mãe demonstra o seu desejo de gerar uma criança, na qual a comunicação se inicia nas variadas manifestações entre elas a intuição em relação ao sexo do bebê (Wilheim, 2002).

Segundo Wilheim (2002), a mãe tem um papel fundamental para o desenvolvimento desta relação mãe/ feto, durante a gestação, a mãe deve conversar com seu futuro bebê, dedicar-lhe atenção, explicar as suas preocupações quotidianas e os seus momentos de tensão, pois dentro do ventre materno já se encontra um ser que precisa de carinho, cuidados para que se sinta desde já amado e desejado pelos pais.

A voz materna é de grande importância para o feto, a mãe deve contar histórias ou cantar uma música são formas de familiarizar esse ser que, ao nascer, ao ouvir esta mesma voz, a reconhecerá, ao ouvir a mesma música e a mesma história, assim, o bebé demonstrará tranquilidade e se sentirá parte dessa família (Wilheim, 2002).

3.4. Depressão da gravidez

Relativamente aos casos de depressão na gravidez, são mais reduzidos no primeiro trimestre do que nos restantes. No primeiro trimestre está relacionado com o uso de psicotrópicos enquanto, no último, os sintomas que as grávidas mostram, podem estar relacionados com o fim da gravidez, isto é, a diminuição da libido, insónias e algumas dores. Quanto a este assunto, é importante que o profissional de saúde tenha um cuidado redobrado para encontrar claramente os sintomas certos.

Quando a grávida apresenta sintomas leves, é aconselhável a própria ter abordagens psicoterapêuticas de forma a melhorar e controlar a sua situação. Quanto aos casos que são mais graves, deve-se a mesma ter em atenção, e o uso dos fármacos deve ser ponderado e iniciado mais tarde na gestação, por volta do segundo trimestre. (Buist, Ross, & Steiner, 2006).

Existem muitos fatores que podem desencadear um quadro depressivo na mulher grávida, nomeadamente, o facto de ela ter menos de 16 anos, problemas de algum historial psiquiátrico, ter situação familiar instável, quer a nível económico como social, entre outros (Bloch et al. 2005).

Entre várias pesquisas, podemos ver que outros autores também encontram outros fatores de risco, tais como a desilusão perante o sexo do bebé, entre outros. Existe a possibilidade de a grávida fazer tratamento com diversas técnicas, essencialmente psicofarmacológica, psicoterapêutica, psicossocial, hormonal, entre outras. (Boyce, & Hickey, 2005)

3.5. Gravidezes psicológicas

O desejo de ter filhos pode provocar diversas alterações psicossomáticas, a nível psíquico como também ligadas ao ciclo menstrual, ou seja, estas alterações estão ligadas a fatores hormonais que se tornam muitas vezes involuntários (Lopes, Brito, Coelho, Ponte,& Abreu, 2016).

A Gravidez psicológica ou a pseudociese, é uma gravidez que é fictícia ou fantasma, onde a mulher vivência uma gravidez, e tem todos os sintomas de uma gravidez, mas na verdade não tem nenhum ovulo fecundado (Bianchi, Garbeline, Basílico, Lopes, & Jorge, 2008; Duarte, Fraga, & Carriço, s.d)

Geralmente isto ocorre em mulheres que têm um desejo grande de poder engravidar ou de agradar alguém próximo, mas na sua generalidade, em mulheres com baixo nível de escolaridade, que possam ter problemas hormonais e/ou de infertilidade, depressões, psicose, esquizofrenia, falta de atenção e carinho. Mas também podemos ver que ocorre nas adolescentes que têm relações sexuais sem usar os métodos contraceptivos e sentem medo de ficar grávidas (Bianchi et al, 2008).

Este problema pode acontecer em mulheres solteiras, casadas ou em relacionamentos, que estejam a passar por traumas, problemas psicológicos, sexuais, entre outros. Desta forma vemos que abrange mais as idades entre os 20 aos 38 anos, sendo que é mais raro acontecer na fase da adolescência (Bianchi et al, 2008; Duarte et al, s.d).

A pessoa cria uma história em torno desta gravidez, acreditando no que sente e no que diz. Em seguida, aparecem todos os sintomas como se fosse uma gravidez verdadeira, como por exemplo a amenorreia hipotalâmica, que consiste na ausência da menstruação, os enjoos e náuseas, a sensibilidade mamária, os desejos, entre outros sintomas (Bianchi et al, 2008).

Existem mulheres que dizem sentir os movimentos fetais do bebé, o que não corresponde à verdade. Não existe qualquer tipo de alteração no útero da mulher, o que acontece são pequenas contrações musculares da parede abdominal, peristaltismo e os gases que fazem parte da fisiologia da mulher (Bianchi et al, 2008).

Podemos ver que a gravidez psicológica ou a pseudociese, está descrita em várias em vários livros com o seu diagnóstico, tais como na Classificação de Perturbações de Doenças, *Other specified Somatic Symptoms and related Disorders*, entre outros (Duarte, Fraga, & Carriço, s.d).

Desta forma é classificada como um transtorno somatoforme, que consiste no aparecimento de sintomas físicos sem haver uma explicação aparente, ou seja, são atos involuntários. (Bianchi et al, 2008).

Quando é diagnosticado esta situação, é importante que a mulher seja seguida, avaliada e orientada por uma equipa de saúde mental, neste caso algum psicólogo ou psiquiatra. (Lopes, et al, 2016).

Nestes casos, o obstetra também tem um papel fundamental em explicar à mulher o que lhe está a acontecer e fazer entender que é uma gravidez falsa, que ocorre na sua imaginação. (Bianchi et al, 2008).

Uma mulher que esteja a passar por esta situação é possível fazer tratamento junto do seu ginecológica., medico de medicina geral ou por sua vez através da psicoterapia de apoio (Lopes, et al, 2016).

3.6. Parto

Nos últimos anos, o processo de nascimento tem vindo a sofrer grandes desenvolvimentos. Antes do séc. XX, quem “comandava” o parto era a parteira, uma pessoa sem qualquer ensinamento formal para executar os nascimentos dos bebés (Papalia, et al 2013)

Durante o séc. XX, instalaram-se várias maternidades nos centros urbanos, o que conduziu a uma grande diminuição da mortalidade materna. Nos últimos 50 anos assistimos a grandes alterações quanto aos riscos que a gravidez envolve, devido ao desenvolvimento e implementação da assistência pré-natal e pós-parto (Papalia, et al 2013).

O parto é um evento em que a mulher passa por várias experiências, as quais podem ser positivas ou negativas. O parto consiste num processo biológico de separação de dois organismos que até ao dado momento se encontravam juntos, ambos tinham uma relação de dependência. Após o nascimento, o bebé irá ter uma vida própria, apesar de nos primeiros anos de vida depender e precisar da ajuda da sua mãe/progenitora (Sarmiento & Setúbal, 2003; Soifer, 1991).

A nível psíquico e psicológico, esta fase é vista como uma crise de ansiedade, devido ao facto de existir um processo do qual a mulher não tem conhecimento, sendo descrita como uma sensação estranha (Soifer, 1991).

Algumas das preocupações da parturiente, nesta fase, passam por medo, angústia, e/ou o sofrimento de no nascimento não conseguir expelir o bebé, não saber exatamente o que a espera daquele momento, entre outros fatores que existem, que originam muitas vezes um estado de ansiedade (Sarmiento & Setúbal, 2003).

Existem várias formas da mulher tentar ultrapassar estes medos e receios, procurando estar esclarecida e informada com os cursos ou sessões de pré-natal que

existem ao seu dispor, e ter apoio familiar. Outra ansiedade descrita pela grávida está relacionada com o tempo que irá ficar internada após o nascimento do bebê.

É de salientar que é importante a grávida estar sempre informada sobre as mudanças, acontecimentos, entre outras coisas, que são possíveis de acontecer, apesar de que nem todas as grávidas são iguais, pelo que os sentimentos, emoções e vivências variam muito, ou seja, não é um percurso linear para todas (Sarmiento & Setúbal, 2003). Se inicialmente existir um trabalho prévio sobre os acontecimentos possíveis e as ocorrências que podem acontecer, a grávida irá ficar mais calma e relaxada (Soifer, 1991).

Este acontecimento é um momento único e muito especial para a mulher. Embora ainda existam muitas contradições relativamente às decisões do parto, a mulher tem o direito de escolher e tomar as próprias decisões relacionadas com a sua saúde, isto é, deverá estar devidamente informada sobre os tipos de parto, tendo o direito de escolher o que acha melhor para si (Arantes, Contreras, Sales, Nascimento, & Souza, 2015)

O parto divide-se em três etapas. A primeira etapa pode durar entre 12 a 14 horas, considera-se a fase mais longa, na qual começa a existir uma dilatação; a segunda etapa dura entre uma a duas horas, as contrações tornam-se mais fortes, é quando se começa a dar início ao parto e o bebê é expulso do corpo da mãe. Por fim, a terceira etapa é quando o corpo expulsa a placenta e o cordão umbilical do corpo (Papalia, et al 2013).

3.6.1. Tipos de parto

Existem vários tipos de parto, nomeadamente a cesariana que é considerado uma cirurgia e o parto eutócito, dito normal. Cada um deles é diferente, e desta forma a mulher deve estar informada sobre os prós e contras que cada um deles tem (Arantes et al, 2015).

Relativamente ao parto normal, e segundo vários estudos ocorridos, sabe-se que este é o parto considerado mais natural e mais saudável, fazendo com que a mulher tenha uma postura mais ativa; quando a cesariana ocorre, normalmente em casos que se justifique, podemos ver o oposto, isto é, a mulher tem uma postura passiva (Arantes et al, 2015).

As mulheres, embora tenham autonomia sobre qualquer discussão sobre o corpo, podem alterar a sua postura quando se entregam aos cuidados dos profissionais. Na generalidade, as mulheres sentem uma incapacidade de não conseguir dar à luz, passar por momentos de sofrimento sem ter assistência, entre outros medos (Arantes et al, 2015).

Como referimos anteriormente, a mulher passa por uma fase em que se encontra com alguns receios e mais vulnerável, surgindo muitas questões e muitos sentimentos que pode não saber gerir. A mulher, por vezes, opta ou pensa em fazer uma cesariana devido ao medo, achando que pelo facto de este ser um parto passivo faz com que não sinta dores, consequências que possam existir após parto vaginal, a possível dificuldade de expelir o bebé, entre outras (Arantes et al, 2015).

Tudo aquilo que a grávida vai recebendo e recolhendo ao longo da sua gestação vai influenciar as suas escolhas. Na generalidade, as influências recebidas são informações que as mesmas procuram para estar preparadas para o que pode ocorrer, tirar algumas dúvidas que possam existir com a sua equipa medica, vivências passadas, sendo que o que pode ter mais peso na sua decisão são as influências culturais e familiares a que está sujeita (Arantes et al, 2015).

Ainda relativamente à escolha do parto, continua a ser um assunto muito “polémico”, ser por via normal, ou seja, parto vaginal ou através de cesariana.

O parto por cesariana consiste numa cirurgia em que o bebé é removido através de uma incisão no abdómen. A sua utilização começou a ser mais recorrente na década dos anos 90, na Europa e nos Estados Unidos (Papalia et al, 2013).

Geralmente, recorre-se a esta cirurgia quando o bebé não se encontra bem posicionado para proceder ao seu nascimento ou quando a mãe se encontra com problemas para a realização do parto normal. Noutras instâncias, também verificamos a utilização deste método, quando a mãe tem uma certa idade ou pelo facto de ser o primeiro filho (Papalia et al, 2013).

A cesariana consiste num procedimento que devia ocorrer excecionalmente, visto que apresenta uma situação de risco para a gestante, podendo ainda por em risco a vida do bebé (Mandarino, 2009).

Após o nascimento a mãe e o bebé constroem uma relação muito chegada e de grande proximidade. A mesma é criada através de um vínculo, e as várias estruturas psíquicas mostram que o bebé procura sempre a mãe, para obter o seu conforto em qualquer circunstância. Segundo Bowlby (s.d), a vinculação é uma pulsão primária. Esta vinculação divide-se em três tipos, vinculação pré-natal, vinculação perinatal e vinculação pós-natal, e estas permitem que tenhamos consciência do que está a acontecer entre os pais/filho. A vinculação pré-natal é quando existe a revelação das primeiras ecografias obstétricas dos quais podemos ouvir os primeiros ruídos cardíacos do feto, e nesta fase acontece por parte dos pais a criação do bebé fantasmático e/ou de um bebe

imaginário. A vinculação perinatal está relacionada com todas as situações ocorridas no trabalho de parto, desde a dor, aos cuidados e ao contacto com o bebé. A vinculação pós-natal é muito importante, visto que é quando a mãe cria a relação “ao vivo” com o filho e tem de apresentar todos os cuidados necessários e adequados com o seu filho, é nesta fase que é importante haver uma organização neurobiológica do tecido nervoso e no metabolismo mental. (Sá, et al., 1997)

Mesmo assim, ainda podem existir crises de ansiedade. Normalmente isto ocorre devido à grande emoção por que a mulher está a passar, tendo passado “de um sonho para a realidade”, do qual também por ainda não ter bem a consciência de como será a sua vida daquele momento em direção ao futuro. (Soifer, 1991)

Nos últimos anos, como já referido, deu-se uma grande evolução nos locais de realização dos nascimentos de bebés, bem como a presença de familiares no momento do nascimento, vemos que isto é uma mais valia para mãe, bem como para o bebé (Soifer, 1991).

Como já referido anteriormente, é comum existir diversas ansiedades nas mulheres, durante a gestação no parto e posteriormente no puerpério, devido a muitas razões. É importante saber lidar com as mesmas, e ter estratégias que façam com as ansiedades no parto prejudiquem posteriormente o puerpério, transformando-se em perturbações.

3.7. Perturbações do puerpério

A fase do puerpério consiste no período após o nascimento do bebé, no qual a mãe começa a manter contacto “ao vivo” com o seu filho. Esta fase também é marcada por muitas vivências e emoções, pois é aqui que começa a sua relação mais estruturada (Sarmiento & Setúbal, 2003).

A ansiedade do puerpério por vezes é confundida com a depressão pós-parto, isto devido à pressão que muitas mães sentem nos cuidados que têm de prestar ao bebé ou por outro lado, a realidade é diferente daquilo que estavam a idealizar. Nesta altura a mulher continua a precisar de todo o apoio familiar para que se sinta amparada e confiante no que esta a realizar (Sarmiento & Setúbal, 2003).

O mau puerpério traz diversas consequências para a vida da mãe, nomeadamente, a mulher torna-se mais afastada, triste, por vezes cansada psicologicamente e, na generalidade, descuidada da sua imagem física. Nesta fase é importante a capacidade dos

familiares e o do seu companheiro estar a seu lado, de forma a prevenir todos estes acontecimentos que só iram prejudicar a sua vida e a vida do seu filho. (Soifer, 1991).

Após a chegada a casa, a mãe mostra e desenvolve muitas emoções e algumas preocupações, nomeadamente como irá gerir a sua vida de casa, com a vida conjugal, agora com o novo elemento em casa. É importante todo o apoio familiar nesta altura, de forma a prestar e dar toda a atenção necessária a mãe, deixando-a confiante das suas capacidades, diminuindo a existência de incomodo e confusão, de forma a não se tornar mais tarde numa possível perturbação. (Soifer, 1991)

Ao longo do primeiro mês as condições psicológicas da mulher irão voltar ao seu estado normal, deixando os pensamentos negativos e afastando as diversas ansiedades, deixando de estar tudo “numa confusão”. (Soifer, 1991)

É importante que a mulher no seu pós-parto tenha sempre acompanhamento, para que possamos ter atenção se existe alguma alteração/ mudança do seu comportamento face à situação que está a passar. Existem muitos fatores que podem deixar a mãe perturbada nesta altura, nomeadamente o facto de a mesma deixar de ser o centro das atenções, ou seja, o foco passa a estar no bebé. A mesma irá passar por momentos de agitação e pensamentos que podem levá-la a pensar que já não é importante e não a valorizam. (Sarmiento & Setúbal, 2003).

As perturbações pós-parto dividem-se em três: *blues* pós-parto, psicose puerperal e depressão pós-parto. (Silva, 2012).

3.7.1. Blues (pós- parto)

Os *blues* pós-parto são considerados uma perturbação de humor moderada que normalmente ocorre na primeira semana após o parto. Encontra-se características como a recente mãe ter um choro fácil, perda de apetite e alguma irritação. Estes sintomas, devidos a questões hormonais, desaparecem após duas semanas. (Silva, 2012).

Normalmente as mulheres nesta fase sentem-se confusas, o que pode provocar sentimentos de culpa, e muitas vezes as mesmas não conseguem exprimir o que estão a sentir. (Mãe Me Quer, 2016)

Ainda assim, esta é uma fase passageira, que ocorre devido as grandes alterações hormonais que a mulher sofre. (Paulino, 2013)

O *blues* pós-parto algo que atinge cerca de 80 a 90% das mulheres, sendo que é algo espontâneo. É importante de fazer esta distinção dos sintomas de tristeza no pós-

parto, visto cerca de 70% das mulheres sentem sentimento de tristeza, e o mesmo não se torna prejudicial sendo algo passageiro. (Schmidt , Piccoloto , & Müller, 2005)

3.7.2. Depressão (pós- parto)

Após o parto, é possível o surgimento de alguns sintomas depressivos, que é quando existe mais sentimentos de ansiedade e/ ou de depressão. Apesar deste tema ser muito falado, continua a não estar determinado por uma denominação na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a não ser no diagnóstico no caso dos transtornos relacionados ao puerpério (Bloch et al., 2003).

Por vezes a depressão pós-parto é confundida com o *blues* pós-parto, porque ambos têm sintomas muito parecidos. A distinção faz-se através do tempo de duração dos sintomas. Geralmente a depressão pós-parto dura vários meses, sendo os sintomas não só psicológicos como também físicos. (Paulino, 2013). É importante fazer esta distinção, visto cerca de 70% das mulheres sentem sentimento de tristeza, e o mesmo não se torna prejudicial (Schmidt, et al 2005).

3.7.3. Psicose (pós-parto)

A psicose pós-parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insónia, mas também podem haver delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, entre outros (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó JR., 2010).

Ocorre geralmente no primeiro mês após o parto, em que sucede momentos de surtos psicóticos que podem estar relacionados com o transtorno bipolar, esquizofrenia e a melancolia. Alguns destes sintomas nesta fase grave, são alucinações, delírios onde pode envolver os filhos e causar-lhes alguma coisa e/ou situação inconveniente que possam prejudica-los. (Silva, 2012)

3.8. Adolescência

O termo adolescência deriva do latim *Adolescere*, que significa desenvolver. É uma etapa importante onde existe uma evolução, e o desenvolvimento humano irá dar origem

a personalidade. Isto acontece em simultâneo com os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, os quais também ajudam nesta formação. (Queiroga, et al., 2014)

É uma fase de diversas mudanças, de contradições e indicações, podendo existir muitos conflitos entre familiares e com os outros que os rodeiam. Também é a fase onde sentem tudo com muita intensidade. (Davim & Davim, 2016)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a idade correspondente aos adolescentes é entre os 10 e os 19 anos, sendo que existe ainda uma divisão entre estas idades, correspondente à fase da pré-adolescência, dos 10 aos 14, e os adolescentes, dos 15 aos 19 anos. (Davim & Davim, 2016; Queiroga, et al., 2014)

A adolescência é conhecida pelo início das incertezas, das diversas mudanças de vínculos afetivos e do início das relações sexuais. (Rodrigues, Barros, & Soares, 2016). É também o início da possibilidade de engravidar.

3.8.1. Gravidez e maternidade na adolescência

Em estudos feitos nos Estado Unidos, verificamos que as gravidezes na adolescência ocorrem antes dos 20 anos, mas a maior parte das adolescentes não prossegue com a gravidez, recorrendo a uma interrupção da gravidez, ou por outro, em alguns casos, ocorre o aborto espontâneo, devido ao organismo não estar preparado para tal coisa.

Quanto ao nosso estatuto em relação à União Europeia, Portugal ocupa o segundo lugar no índice de gravidez na adolescência, segundo dados do INE (Instituto Nacional de Estatística). Por outro lado, ocupamos o oitavo lugar na taxa de fertilidade dos adolescentes (Organização Mundial de Saúde). Verificamos que, ao longo dos anos, estes valores têm vindo a diminuir gradualmente. (Papalia, et al 2013; Schirò & Koller, 2011)

É de salientar que apesar de haver uma diminuição de gravidezes neste local (Estados Unidos), devido ao início da vida sexual tardio, ao aumento de uso dos métodos contracetivos e à diminuição de relações sexuais com vários parceiros, são as adolescentes de etnia negra e hispânica que têm mais probabilidade de engravidar nos seis meses após terem iniciado a sua vida sexual. Ainda assim, em várias pesquisas realizadas podemos ver que, em Portugal, as gravidezes na adolescência ocorrem após uma relação de namoro que já dura algum tempo, mas vemos que relativamente ao parceiro/pai do bebé tem uma atitude de se afastar do namoro e por sua vez da gravidez, muitas vezes terminando o relacionamento. (Papalia, Feldman, & Martorell, 2013; Schirò & Koller, 2011)

A vivência da gravidez não é homogênea, o que está relacionado com diversos fatores, sociais, económicos, idade, história do desenvolvimento pessoal, entre outros. A gravidez na adolescência pode ser vivida de duas formas: planeada ou inesperada, a qual traz, geralmente, vivências negativas. (Schirò & Koller, 2011)

A grande dificuldade dos adolescentes face à gravidez é a de conciliar a vida pessoal, a vivência da adolescência e a maternidade, o que nem sempre é fácil, lidar com todas as grandes mudanças e transformações. (Schirò & Koller, 2011)

Assim, a gravidez na adolescência pode trazer consequências tanto a nível pessoal como a nível profissional. Poderá originar uma crise de desenvolvimento, não só pelo fator de estar a atravessar o período da adolescência, bem como também a passar pela maternidade. (Schirò & Koller, 2011)

Ainda em relação às diversas consequências, o percurso escolar pode ficar inacabado, ou há um abandono da escola por tempo indeterminado. A vida profissional, em algumas circunstâncias, também fica pendente e parada, os projetos futuros terão de ser alterados e por sua vez adiados consoante a vida de cada adolescente, a vida social e o suporte social, entre outros, também se alteram. Além destas consequências já descritas, ainda podemos destacar que a maioria das famílias em que os adolescentes estão inseridos, são famílias multiproblemáticas e com dificuldades económicas. Estes fatores influenciam o percurso e o processo da gravidez na adolescência, levando a que as mesmas não consigam ter uma vigilância pré-natal adequada, entre outros. (Papalia, Felman, & Martorell, 2013; Schirò & Koller, 2011)

Encontramos muitos fatores que se relacionam e que posteriormente trazem consequências, na sua grande maior parte as gravidezes dão-se em circunstâncias de vulnerabilidade social e em grupos sociais de risco, podendo-se verificar que a cultura e a sociedade influenciam muito o adolescente, e o mesmo reflete-se nos cuidados que serão prestados. (Schirò & Koller, 2011)

É importante salientar que para o bebé também podem haver consequências negativas, tais como nascer antes do tempo, problemas durante o nascimento, problemas relacionados com o seu desenvolvimento. O bebé poderá ser retirado aos pais, no caso de os adolescentes serem menores de idade, entre outros. Todos estes fatores influenciam a vida emocional da mãe e do seu bebé (Papalia et al, 2013; Sá et al, 1997).

Dados recentes do INE (2010) mostram que grande parte das pessoas terminam o ensino obrigatório após começar a trabalhar, engravidam nesta fase, por isso podemos deduzir que a gravidez está associada a baixa escolaridade, ou por outro lado, vemos que

o abandono escolar na adolescência pode originar, como consequência, uma gravidez não planeada nem desejada. Ainda assim, vemos que após a gravidez, a mesma adolescente tem iniciativa de procurar e voltar a iniciar os estudos de forma a obter melhor habilitações literárias, para poder ter um melhor emprego. (Schirò & Koller, 2011)

Anteriormente foi referido algumas das situações que originam uma gravidez na adolescência, mas um dos fatores principais é a falta de uso dos métodos contraceptivos, sabendo-se que quando há uma segunda gravidez, é por falta de uso destes métodos (Rodrigues, et al 2016).

Quando as adolescentes recebem a notícia que estão grávidas pela segunda vez, existem duas reações possíveis. A primeira será a reação negativa, muitas vezes optam pela realização de uma interrupção voluntária da gravidez. A outra é a aceitação da gravidez, havendo iniciativa para mudar as suas vidas, de forma a ter um futuro melhor (Rodrigues et al, 2016). O apoio da família é fundamental nestes casos, mas é importante de referir que os adolescentes nem sempre recebem o apoio devido, acabado muitas vezes por serem rejeitados e com sentimento de culpa. Os vários sentimentos que vão surgindo nesta fase, como a tristeza, angustia, desespero, entre outros, surgem porque se sentem completamente desamparados (Rodrigues et al, 2016).

As adolescentes que aceitam e prosseguem a gravidez referem que é algo que vem acompanhado de ensinamentos tais como a responsabilidade e uma perspetiva diferente do futuro, ou seja, iniciam novamente os estudos e procuram um trabalho melhor, de forma a dar uma melhor qualidade de vida a sua família/ filho e companheiro, se for o caso (Rodrigues et al, 2016).

Por último, assinalamos a importância da família, neste processo. A postura e a presença da família para com a adolescente tanto pode provocar ansiedade, como pode ajudá-la a crescer e a ser autónoma. Os pais dos adolescentes, nesta fase, deviam ser agentes de informação, isto é, cabe-lhes ensinar e falar sobre a sexualidade, entre outros temas, com os seus filhos, de forma a que não seja um assunto tabu. (Sá et al, 1997)

3.8.2. Relações amorosas e sexualidade

Segundo Eduardo Sá, uma relação de amor é algo que se constrói com o tempo, ou seja, o amar consiste em amar a pessoa por dentro e por fora, dando a conhecer o seu mundo interior de forma a que o outro esteja preparado para iniciar uma relação. (Sá, et al., 1997)

A relação amorosa procura a profundidade do outro, o que não tem que estar relacionado com a sexualidade, até porque esta também permite que as pessoas se deem a conhecer o que pretendem da realidade um do outro, não esquecendo que a mesma tem diversas representações. (Sá, et al., 1997)

Segundo Samson, nos adolescentes, os primeiros relacionamentos amorosos são importantes para a vida, ajudando a uma maior capacidade de contacto com os indivíduos, em geral, trazendo ainda um ganho de auto-estima (2010).

Na generalidade a gravidez, a relação amorosa e a sexualidade são idealizadas pelo casal, mas na maioria dos adolescentes não funciona assim. As relações não são suficientemente estáveis, e os seus namorados/pais dos seus filhos acabam sempre por não assumir as suas responsabilidades, ou seja, assumir o papel de pai. (Sá et al, 1997)

Quanto à sexualidade e tudo que ela envolve, é algo que deveria ser falado e explicado na escola. Vemos que, na sua maior parte, os professores não se encontram disponíveis e capazes de lidar com este tema, por ainda ser, em certa medida, um assunto tabu. (Vieira & Cabral, 2017)

A partir do séc. XX houve uma grande alteração nas atitudes, comportamentos e conhecimento sobre o tema de sexualidade, sendo que com as novas tecnologias foi permitido o acesso geral das sociedades ao tema, não deixando de esquecer que o mesmo é importante para o desenvolvimento da entidade do adolescente (Papalia, et al 2013).

A sexualidade tem influência na adolescência, porque envolve um conjunto de transformações que acabamos por questionar. A mesma é conhecida pelo desejo, erotismo e a paixão. Tudo isto para um adolescente é vivido com muita intensidade e precipitação. Apesar da sexualidade passar por todos os períodos de maturação, é importante salientar que a fase da adolescência é aquela onde existe mais ambivalência em relação a este tema. (Sá, et al., 1997)

Pelo facto de, quer na escola quer na família, este tema ser ainda tabu, o adolescente irá procurar saber mais junto do seu grupo de pares, e muitas vezes os valores que lhes são passados não vão dar ao encontro do que é vivenciado, sendo realidades diferentes, assim como a informação escola/ família. (Davim & Davim, 2016)

Em média verificamos que os jovens nos tempos de hoje, iniciam a sua atividade sexual entre os 16 e 17 anos, correspondente à iniciação da vida sexual antes do casamento. Os adolescentes tornam-se sexualmente ativos precocemente devido a vários fatores como por exemplo, a influência do grupo social, o mau desempenho escolar, a

falta de objetivos escolares, histórico de violência sexual, entre outros fatores (Papalia, et al 2013).

Os jovens tomam conhecimento sobre o tema do sexo, na sua grande maior parte em convívio e/ou em conversa com os seus amigos e familiares, sendo a principal fonte que se destaca, a comunicação social. Por vezes a informação que os adolescentes recolhem, nem sempre será a mais correta ou exemplo a seguir, visto que em várias situações podemos encontrar as informações como se fosse uma provocação ou incentivo para os mesmos iniciarem a sua atividade sexual (Papalia, et al 2013).

Vemos que existe uma grande evolução no tema da sexualidade. Nos últimos anos tem vindo a sofrer grandes alterações na sociedade, ou seja, em comparação aos outros anos, a sexualidade atualmente é vivida de outras formas.

4. Descrição do estágio académico

4.1. Início do estágio

No dia 24 de Outubro de 2016, às 14 horas, apresentei-me no local do estágio para a reunião de apresentação da instituição e o enquadramento dos estágios académicos.

A reunião foi realizada pela Senhora Diretora e Presidente, a orientadora de estágio e os restantes estagiários de psicologia, assistentes sociais e alguns voluntários. Neste mesmo dia, depois de conhecer as instalações, foi-nos informado que teríamos de frequentar um curso inicial de formação da instituição, o qual nos iria proporcionar diversos conhecimentos para poder lidar com as problemáticas e necessidades que a instituição enfrenta diariamente.

Este curso inicial, começou no dia 27 de outubro e terminou no dia 5 de dezembro. Tive acesso a 13 temas importantes. Alguns estão ligados a questões parentais, sexualidade e planeamento familiar, cuidados a ter durante e após a gravidez. Ainda no mesmo dia, foi acordado com a orientadora, os dias, horas, funções bem como os locais a frequentar no dia de estágio.

Inicialmente, o meu percurso dentro da instituição começou pela tarefa de observação na linha telefónica de apoio, que dá assistência às pessoas que ligam com diversas dúvidas relativamente à gravidez e ao planeamento familiar. A resposta dada pela pessoa que está a atender as chamadas deverá ser informativa e coerente, de modo a

deixar a pessoa ciente e esclarecida. Deverá ser verdadeira e correta, para não aumentar as dúvidas.

Enquanto não tinha a preparação para passar para o gabinete da Amadora (as quartas-feiras), fiquei responsável por ajudar uma adolescente nas suas dificuldades escolares, entre outras funções que foram me dando dentro da instituição.

Após assistir a uma sessão de rastreio na sede da instituição, comecei a frequentar o Gabinete da Amadora, onde tive a oportunidade de assistir a diversos atendimentos, assim conhecendo a população alvo e proporcionando uma melhor preparação para poder fazer os atendimentos sozinha.

4.2. Formação realizada

Na minha perspectiva, o estágio académico foi dividido por duas fases, de Outubro a Dezembro (1ª fase) e de Janeiro a Junho (2ª fase).

Como já referi, na primeira fase frequentei o curso inicial de formação. Estas formações proporcionaram o aprofundar de diversos conhecimentos ligados à gravidez, mas também assuntos ligados com as leis, direitos e responsabilidades parentais.

Data	Horário	Tema	Formadore(s)
24/10/2016	14H às 15H15	Apresentação da Instituição Enquadramento: Estágios Académicos / Voluntariado	
	15H30 às 17H	Atendimento e Aconselhamento	
27/10/2016	10H às 11H15		
	11H30 às 13H00	Questões de Proteção Social	
02/11/2016	10H00 às 13H00	Aspetos Gerais da Gravidez Cuidados a ter durante a Gravidez Desconfortos da gravidez	
04/11/2016	10H00 às 13H00	Aspetos Gerais do Parto Puerpério	
09/11/2016	10H00 às 13H00	Sexualidade e Planeamento Familiar	
11/11/2016	10H00 às 13H00	Sexualidade e Planeamento Familiar Lei da IVG	
15/11/2016	14H30 às 16H00		
18/11/2016	10H00 às 13H00	Gabinete de Psicologia Questões Psicológicas da Gravidez e do Puerpério Competências Parentais	
22/11/2016	10H00 às 13H00	Aleitamento materno/artificial; Alguns cuidados com o bebé	
28/11/2016	10H00 às 13H00	Esclarecimento de Dúvidas	
30/11/2016	10H00 às 11H15	Lei da Parentalidade	
	11H30 às 13H00		
05/12/2016	10H00 às 13H00	Esclarecimento de dúvidas (3) Balanço final	

Ainda na primeira fase, desenvolvi um trabalho de observação dos diversos serviços que estão ao dispor das utentes, prestei auxílio e participei em várias atividades e reuniões realizadas pela instituição.

Relativamente à observação dos serviços, inicialmente comecei por observar a linha de atendimento telefónico e depois a escola destinada às mães. A primeira, como já referi anteriormente, é uma linha de atendimento de chamadas anónima, para a qual ligam diversas pessoas (homens e mulheres), com a liberdade/ à-vontade para perguntar quaisquer dúvidas que tenham acerca de vários temas da gravidez e planeamento familiar.

Neste período pude também ter acesso a um manual que se encontra ao dispor das técnicas com as informações sobre estes temas e as situações legais possíveis no nosso país.

Ainda nesta fase tive a oportunidade de, juntamente com outras estagiárias, reformular os questionários disponíveis na instituição, de forma a estarem mais acessíveis e claros, em termos de linguagem, à população que irá ler e responder. Esses questionários prendem-se com a satisfação das clientes/utentes relativamente ao atendimento, acolhimento e emprego, e com a sua avaliação relativamente ao acolhimento.

Ao longo do estágio, também foi pedida a realização de cartazes/ Posters de formações/ *workshops* da instituição, assim como de promoção do gabinete de psicologia.

Quanto à escola para as mães, tive oportunidade de ver como funciona o ensino escolar à distância e ter noção de como, por vezes, não é fácil estar neste modo de ensino. Também tive oportunidade de conhecer e interagir de diversas formas com as mães adolescentes, nomeadamente conhecer as suas histórias de vidas e ajudá-las a superar algumas dificuldades escolares.

Quanto ao auxílio na sede, ajudei uma técnica a realizar cabazes de alimentação com produtos frescos do dia para entregar às famílias (em Lisboa e na Amadora). Neste contexto, também estive a organizar alguma roupa e brinquedos que se encontram na instituição para doar às famílias, bem como para a preparação do Natal, ajudei a embrulhar presentes e fazer lembranças e lanche para dar às utentes e seus filhos.

A atividade em que participei nesta fase foi a Festa de Natal da Instituição que se realizou numa escola, com a participação de um grupo de teatro e, posteriormente, um convívio com a entrega dos presentes e o lanche.

Na segunda fase pude participar mais ativamente das atividades da Instituição e concretizar os objetivos do estágio.

Uma das minhas intervenções diretas foi a intervenção psicológica realizada na instituição, em dois sítios, na Amadora e na Sede da instituição. Inicialmente assisti a rastreios e, posteriormente, fiz o rastreio de várias utentes que estavam a ser seguidas pelo serviço de Atendimento.

Também realizei uma avaliação psicológica a uma utente moradora numa das residências da instituição.

Quando à linha telefónica, fiz atendimento das chamadas, entre as quais recebi chamadas de Portugal e de fora do país, de diversas pessoas que tinham dúvidas legais, e outras relacionadas com a gravidez e o planeamento familiar.

Na escola para as mães, desde o início do estágio a coordenadora propôs que colaborasse neste serviço, de forma a melhorar alguns hábitos das alunas. O meu trabalho desenvolvido continuou a ser o mesmo desde o início, apesar de ir evoluindo e tentando

dar o apoio e a orientação necessária para promover hábitos e práticas saudáveis de estudo. Estas práticas são por exemplo ajudar em algumas tarefas escolares como estudar para testes, realização de trabalhos de casa, fichas de estudo, entre outras. Ainda tive oportunidade de realizar um documento para as adolescentes sobre a gramática de português.

Nesta segunda fase, participei nas seguintes atividades: a Atividade do dia da Mulher-Sephora; a Atividade do dia do Pai; as Atividades das Férias da Páscoa; as Atividades relativas ao Dia da Mãe, ao longo do mês de Maio; a Atividade do dia da Família; o apoio à formação para o emprego; um *workshop* sobre as dúvidas das mães.

A Atividade do dia da Mulher realizou-se com o intuito de comemorar este dia. A instituição teve a ajuda da colaboração de uma empresa, cujos funcionários fizeram voluntariado neste dia, na instituição. A participação destas pessoas consistia no convívio entre as utentes e os voluntários, de forma a conhecer a história destas pessoas, e na organização e arrumação dos artigos que a instituição recebe como donativo todos os dias.

A Atividade do dia do Pai consistiu num convite que foi feito aos pais dos filhos das utentes que são seguidas na instituição, de forma a haver um convívio entre todos. Este convívio contou com a participação de diversas técnicas na realização de diversos jogos relacionados com as competências e cuidados com os bebés, e a realização de trabalhos manuais como desenhos, pinturas, fazer postais entre outros. Todas estas atividades foram realizadas entre pais e filhos, havendo uma partilha de vivências entre todos.

As atividades das Férias da Páscoa realizaram-se na semana das Férias da Páscoa, destinado às adolescentes da escola e a algumas adolescentes que vivem nas residências da instituição. Estas diversas atividades foram realizadas em cinco dias e incluíram: um *workshop* de comida italiana; um filme seguido de um debate sobre o tema abordado; um jogo relacionado com a sexualidade e planeamento familiar; uma visita à Quinta Pedagógica dos Olivais, onde interagiram com os animais, sons e cheiros do campo mas dentro da cidade; uma ida ao cinema e ao *bowling*.

As atividades do Dia da Mãe, decorreram ao longo do mês de maio, em que as utentes tiveram a oportunidade de ilustrar através de trabalhos criativos (desenhos, pinturas, poemas) o que é ser mãe. Também tiveram oportunidade de partilhar e dar o seu testemunho de como é que a instituição as ajudou nesta grande vivência das suas vidas.

A atividade do dia da Família foi realizada no Jardim das Tapadas das Necessidades. As famílias foram convidadas a participar em vários jogos tradicionais e posteriormente numa partilha de vivências.

Ainda nesta segunda fase, pude dar assistência e apoio a algumas necessidades ocorridas na instituição tais como: realizar visitas domiciliárias com uma técnica; organizar e arrumar o espaço dos Gabinete da Amadora, de Loures e da Sede; apoiar na formação sobre emprego e na elaboração de e-mails para as mães procurarem emprego; compor cabazes de alimentação na Sede da instituição e no Gabinete da Amadora e, por fim, apoiar todas as atividades existentes.

Foi-me também proposta a preparação e realização de duas formações destinadas às utentes da Amadora, com os temas de “Vamos Brincar” e “Acidentes infantis”. Tinham como objetivo ensinar e promover estes temas, por meio de uma conversa informal. Estas formações foram marcadas para os dias 19 de abril e 21 de junho. Após a explicação e apresentação dos temas iria surgir um “debate”, que pressupunha a partilha de informação e de vivências entre as mães, e o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir. Foi feito o convite a várias mães que recorrem ao gabinete da amadora. Apesar das formações terem sido preparadas, por falta de comparência das mães não tive oportunidade de as realizar.

Quanto às reuniões que foram marcadas e realizadas nesta fase, as mesmas estavam relacionadas com os serviços que estava envolvida, nomeadamente reuniões de psicologia, supervisão, linha telefónica e formação.

As reuniões, tiveram uma duração no seu total de trinta horas, desde o início até ao final do estágio eram realizadas duas vezes por mês. Cada reunião marcada esta ligada aos vários serviços dentro da instituição. Nomeadamente na reunião da linha telefónica, o que acontece é a partilha de informação de várias chamadas recebidas, e possíveis respostas diferentes e reformuladas a dar a outra pessoa de para que a mesma fique esclarecida com que lhe é transmitido, como também a atualização de varias matérias relacionadas com a gravidez, sexualidade amamentação entre outras. Na reunião de psicologia, existe a possibilidade de partilha de informação das consultas dadas entre as psicólogas e as estagiarias, esclarecimento de duvidas que possam existir e também por vezes o auxilio de ser outra pessoa a poder ver aquilo que nos não conseguimos. Na reunião de psicologia e supervisão, consiste à mesma partilha de informação e sugestões, mas podemos contar com ajuda de uma psicóloga formada nesta área que vem de fora, ou seja, que não está ligada diretamente e em contacto com a instituição, faz com que a

mesma tenha uma visão diferente, imparcial e não influenciada. E por fim, nas reuniões de formação, também abrangem as pessoas que trabalham na instituição, e aqui existe uma grande partilha de informação, discussão de futuras ideias a aplicar, novas atividades e possíveis mudanças dentro da instituição. Aqui é possível que as pessoas deem a sua opinião. Na generalidade gostei de todas as reuniões, mas, mais em especial aquelas em que estava presente uma psicóloga fora da instituição, isto porque possível que a mesma ajudasse em algumas situações sem ser influenciada. Nas restantes também me foi permitido ganhar novos conhecimentos e poder dar a minha opinião relativamente a possíveis mudanças na instituição, dar ideias para realização de atividades entre outras.

Ainda sobre as reuniões realizadas na instituição, em todas foi elaborada uma ata, para que ficasse registado. Cabia a uma das técnicas (nem sempre a mesma) estar presente na reunião fazer a ata, e posteriormente partilhá-la com os restantes técnicos e Direção, de forma a tomarem conhecimento.

Quanto às reuniões de Psicologia, era também realizada uma ata e um relatório mensal sobre o número de utentes recebidas, as sessões realizadas e não realizadas, os rastreios, as visitas domiciliárias, entre outros aspetos.

4.3. Intervenção psicológica

4.3.1. Caracterização dos casos

Como já referi, a minha intervenção começou no início do ano, estive a realizar rastreios de Janeiro até Abril, e realizei sessões de acompanhamento até ao mês de Junho. Em alguns casos o acompanhamento terminou, noutros as utentes foram encaminhadas para outra Psicóloga da instituição.

A nível geral, foram marcados cerca de 19 rastreios, dos quais só efetuei 13, devido à falta de comparência por parte das utentes. Estes rastreios que efetuei resultaram nos casos que acompanhei até Junho, embora muitas das utentes faltarem sem dar justificação. Muitas delas deixaram de ir na segunda ou terceira sessão.

De um total de 77 sessões marcadas, foram realizadas 42 sessões de acompanhamento, cada uma com uma duração entre os 45 e os 50 minutos. Algumas delas eram marcadas semanalmente, outras quinzenalmente, consoante a disponibilidade das utentes. Dos 13 casos que tinha em acompanhamento, quatro utentes quiseram continuar o acompanhamento, 5 utentes deixaram de comparecer sem dar justificação e

as restantes, na última sessão, demonstraram que não queriam continuar a ser acompanhadas por outra pessoa, referindo uma evolução terapêutica que justificaria o não-prosseguimento.

As utentes que segui tinham idades entre os 15 e os 39 anos, na sua maioria eram solteiras, em situação de desemprego, com a escolaridade do 3º Ciclo do Ensino Básico.

4.4. Caracterização da intervenção

Ao longo do estágio, como referi anteriormente, foi-me dada liberdade para intervir da maneira mais familiar para mim, ou seja, fiz uma intervenção inspirada no modelo centrado no cliente, que é o que me sinto mais segura para usar, neste momento.

Carl Rogers foi o psicólogo que desenvolveu a Terapia Centrada no Cliente com uma matriz fenomenológica e existencial. Permite que as pessoas consigam ultrapassar os seus problemas e obstáculos, numa perspetiva de auto atualização (Brodley, 1998).

Este modelo é conhecido pela sua abordagem de valorização do Ser Humano quanto à sua natureza racional, social e positiva. A ajuda é algo que faz parte das nossas vidas, e desenvolve-se quer através das relações distantes, quer das mais íntimas. Shlien refere que, apesar de o Ser Humano ser livre, o mesmo reage às mudanças, isto é, o ser humano é sensível aquilo que o rodeia assim condicionado o seu crescimento (1998).

Em determinadas situações da vida de uma pessoa, a mesma como não consegue enfrentar e/ou ultrapassar os problemas sozinha e procura ajuda para encontrar o caminho mais correto a seguir. (Carl Rogers 1975). A ajuda é algo que se desenvolve com o movimento existente entre as pessoas, sendo algo que é mútuo, criando assim a relação de ajuda, que normalmente é criada e estabelecida entre duas pessoas. (Ducroux-Biass, 2000).

Segundo Lazure, devemos oferecer ajuda de forma espontânea, mostrando assim disponibilidade e capacidade de escuta e compreensão do outro, isto facilita a relação entre as pessoas (1994). Quando a pessoa procura ajuda é quando se encontra mais frágil ou desprotegida e procura esquecer e deixar de sentir incapacidade de não conseguir arranjar uma solução de ultrapassar estes problemas sozinha.

Nunes (1999) refere que quando a pessoa pede ajuda, o mesmo ocorre como se fosse uma experiência de vida, ou seja, a pessoa procura ajuda porque se encontra em sofrimento e quer ultrapassá-lo.

A relação, para ser estabelecida, necessita de haver vontade da parte da pessoa, responsabilidade, empenho e uma boa comunicação (Nunes, 1999). A relação de ajuda constrói-se através da palavra, ou seja, da comunicação estabelecida entre duas pessoas, mas é importante salientar que nem toda a comunicação que é estabelecida se considera relação de ajuda (Lazure, 1994).

Segundo Nelson-Jones (2009), as pessoas destacam-se de duas formas, as que têm vontade de ajudar e estão em contextos de ajuda, nomeadamente em tarefas de voluntariado, e aquelas que são pessoas especializadas em *counselling* e psicoterapia, como profissão.

Shlien (1998) defende que o cliente deverá “adquirir” as suas próprias ferramentas, para que consiga desenvolver-se e ultrapassar os seus problemas “sozinhos”, assim sendo, o terapeuta deve revelar as três atitudes essenciais, a congruência, o cuidado incondicional positivo e a compreensão empática. Segundo Hipólito (2011), o papel do terapeuta é muito importante, destacando-se como mais importante a relação que se estabelece com o cliente, a qual irá estimular a sua possível mudança.

4.5. Resumo dos casos clínicos

Irei agora apresentar um resumo dos casos que acompanhei. Este resumo permitirá dar uma noção da diversidade cultural e das experiências de vida das utentes acompanhadas, sendo possível constatar algumas semelhanças, nos seus percursos e nas suas problemáticas.

Nome/ Nº de consultas	Idade/ Ano de escolaridade	Pontos nodais da história clínica	Queixa	Marcadores Psicológicos	Situação Social	Pontos nodais do acompanhamento
A. 1 sessão	38 anos 12º ano	- Africana; - Vive em Portugal há cerca de 10 anos; - Casada; 3 filhos; Filha mais velha no estrangeiro - Boa relação com a família	- Necessidades económicas; - Têm de sair da casa onde habitam	-Fragilidade emocional; -Redefinir projeto de vida;	A. e o companheiro estão desempregados;	- Vive à procura de uma vida melhor; - Casal encontra-se desempregado; - Procuram nova casa
B. 3 sessões	39 anos 11º ano	- Africana - Vive em Portugal, para onde veio por questões de saúde;	- Emocionalmente fragilizada, devido a questões de saúde; -Dificuldades económicas;	-Fragilidade emocional; -Dificuldades conjugais; -Situação social desfavorecida;	Desempregada; (trabalho precário)	-Grande empenho em estar presente nas sessões; Tem ajuda do companheiro que permanece em África - A bebé nasceu prematura; após nascimento teve de ficar internada
C. 2 sessões	27 anos 10º ano	- Africana; - Do 1º casamento tem dois filhos (vivem em África); -Casou-se novamente; - Está grávida do 3º filho;	- Dificuldades económicas;	-Fragilidade emocional; -Redefinição do projeto de vida;	- Ambos se encontram desempregados;	- Pessoa reservada; - Algumas dificuldades a falar português; - Refez a sua vida num novo relacionamento; Veio para Portugal acompanhar o seu marido (trabalho); - Gravidez planeada e desejada pelos dois; - Marido por vezes não tem trabalho.
D. 2 sessões	36 anos 9º ano;	- Sul-americana; - Viveu antes em Portugal, mas regressou à terra natal; - Teve uma filha aos 17 anos de outro relacionamento; - Esta num relacionamento do qual tem dois filhos, ambos nascidos em Portugal; - Boa relação com a família que se encontra no estrangeiro	-Dificuldades económicas; -Fragilidade emocional; - Sente falta do apoio do seu marido; - Preocupação com a família que se encontra no estrangeiro;	-Fragilidade emocional; -Redefinição de projeto de vida;	- Desempregada;	- Mostrou-se sempre disponível; - Está à procura de uma vida melhor; - Sente uma grande preocupação relativamente ao seu irmão; -A sua enteada vem para Portugal.

Nome/ Nº de consultas	Idade/ Ano de escolaridade	Pontos nodais da história clínica	Queixa	Marcadores Psicológicos	Situação Social	Pontos nodais do acompanhamento
E. 5 sessões	35 anos Licenciada;	- Africana; - Veio para Portugal terminar os estudos; Viveu na Europa onde tirou uma licenciatura; - Está nesta relação +- 5 anos; - Teve problema de saúde ginecológico, após o qual engravidou; - Companheiro está emigrado	-Questões económicas; -Fragilidade Emocional;	-Fragilidade emocional; -Dificuldade económicas;	- Empregada num hotel; - Situação de baixa devido a gravidez;	- Apesar de reservada, mostrou interesse em estar presente; - Tinha planos para emigrar mas engravidou; - A relação com o companheiro alterou-se após gravidez; - Vive com a enteada; - A sua filha já nasceu.
F. 6 sessões	28 anos 8º ano	- Portuguesa; - Pais separados; F. e os irmãos foram criados pelo pai e a avó paterna; - Tem uma filha do primeiro relacionamento que terminou; - Voltou a iniciar uma relação do qual separou-se; Deste último relacionamento engravidou inesperadamente;	-Fragilidade emocional; -Dificuldades económicas; -Fim de um relacionamento conjugal; - Dificuldades económicas;	-Fragilidade emocional; - Redefinição de um projeto de vida;	- Desempregada	- Conversou abertamente sobre os seus problemas; -Gravidez não planeada ou desejada; teve dificuldades na gravidez; - Vive com a irmã; - O seu ex-companheiro foi preso; Conta com a ajuda da mãe deste, na gravidez; - Possível reconciliação com o ex-companheiro.
G. 2 sessões	32 anos 5º ano	- Africana; - A sua família encontra-se em África; - Do seu primeiro casamento tem um filho; - Está numa relação da qual tem uma filha;	- Dificuldades económicas	-Fragilidade emocional; -Fraco suporte familiar; -Situação desfavorecida;	- Desempregada;	- Pouco interesse em vir; - Separou-se por sofrer de violência doméstica; - O filho mais velho tem dificuldades escolares; - Alguns trabalhos de empregada doméstica
H.	26 anos 12º ano	- Africana; - Filha de pais separados; -Tem uma família numerosa, sendo que ela tem um gémeo; - Esta numa relação, na qual engravidou;	-Dificuldades económicas; - Medo de não conseguir sustentar a filha	-Fragilidade emocional;	- De baixa devido a gravidez;	- É uma pessoa reservada; - Pouca relação com os seus familiares; -Gravidez não planeada; Ansiosa pela proximidade do nascimento do bebé.

Nome/ Nº de consultas	Idade/ Ano de escolaridade	Pontos nodais da história clínica	Queixa	Marcadores Psicológicos	Situação Social	Pontos nodais do acompanhamento
I. 2 sessões	17 anos Frequenta o 8º ano	- Portuguesa; - Filha de pais separados; - Seus pais construíram famílias separadas; - Foi criada pelos avós; - Teve um relacionamento do qual engravidou, mas não mantém esta relação;	- Situação da doença dos seus avós; - Dificuldades económicas;	-Fragilidade emocional;	- Estudante;	- Interessada, disponível; - Relação com a mãe conflituosa; Não mantém relação com o pai há cerca de um ano; - Avós encontram-se a passar dificuldades de saúde; A tia tem problemas mentais; - Foi operada de urgência ao apêndice; - Apensar de frequentar a escola, trabalha; O objetivo é Hotelaria.
J. 2 sessões	26 anos 12º ano	- Africana; Vive em Portugal; - Boa relação com a família; - Mantem um relacionamento com o pai do seu filho; - Não foi uma gravidez planeada, mas desejada por ambos	- Dificuldades económicas	- Redefinição de projeto de vida; -Situação desfavorável;	- Desempregada; - Trabalhava num refeitório e em limpezas;	- Mostrou-se reservada; - O companheiro trabalha fora; - Ficou desempregada após gravidez; - Faz alguns trabalhos como empregada doméstica
K. 4 sessões	32 anos 12º ano	- Africana; - Permanece em Portugal por questões de saúde; - É casada, engravidou sem ser planeado;	-Fragilidade emocional; -Dificuldades económicas; - Dificuldades pós gravidez;	-Fragilidade emocional; -Fraco suporte familiar; -Redefinição de projeto de vida;	- Desempregada;	- Muito reservada; - A filha nasceu prematura; - Teve alguns problemas após o nascimento da filha; - A mãe faleceu; - Marido está desempregado; - A sua saúde teve melhoras.
L. 4 sessões	26 anos 9º ano	- Africana, vive em Portugal desde criança; - Tem dois irmãos; - Saiu de casa aos 18 anos, por querer ter a sua independência; - Tem um filho da relação atual; - Voltou a engravidar, não foi planeado	- Fragilidade emocional; - Dificuldades económicas;	-Fragilidade emocional; -Redefinição de projeto de vida; -Situação desfavorável;	- Desempregada;	- L. sempre mostrou interesse; - Relação difícil com a mãe, embora conte com a sua ajuda; -Antes fez dois abortos; - Tem contrações antes do tempo previsto; - L., e o seu companheiro irão viver juntos em breve.

4.6. Apresentação dos Casos Clínicos

4.6.1. Caso Clínico I - L.

4.6.1.1. Pedido

O acompanhamento da L. iniciou com o pedido de ajuda da sua mãe, na instituição. Desta forma, seguindo o procedimento da instituição, inicialmente foi marcada uma sessão com a técnica do atendimento direto para levantar as necessidades da cliente e, posteriormente, encaminhá-la para os serviços disponíveis como o gabinete de psicologia. Neste caso, L. foi encaminhada para o gabinete de psicologia devido a se encontrar numa gravidez indesejada e estar a vivenciar algumas dificuldades em lidar com esta situação.

4.6.1.2. História clínica

A L. é uma adolescente de pele escura, estrutura alta e magra, com cabelos longos pretos, geralmente com extensões de tranças. Não referiu ter quaisquer problemas de saúde. Veste-se adequadamente, de acordo com a sua faixa etária.

Quanto à sua postura, no início parecia estar nervosa, muitas vezes ficava a olhar para o chão e a mexer muitas vezes nas mãos, por vezes levantava a cabeça e olhava para mim, voltava a olhar para o chão como se fosse confrontada com a situação.

A L. nasceu em 2001 em Portugal, onde reside. Neste momento, tem 15 anos, vive com sua mãe e alguns dos seus seis irmãos, de idades diferentes (*“vivo com a meus irmãos, os mais velhos já saíram já tem a sua vida”*), na sua maior parte, de pais diferentes. A sua mãe teve cinco relações amorosas.

L. é uma jovem adolescente que engravidou aos 14 anos, de uma relação que manteve com um jovem adulto, no verão. Esta relação manteve-se por pouco tempo, visto que o seu ex-namorado a abandonou, após saber que estava grávida. Rejeitou a possibilidade de ser ele o pai, afirmando que a L. o enganava: *“ele diz que não é o pai e isso magoa-me”*.

Só soube que estava grávida quando já tinha alguns meses de gestação, o que a impossibilitava de fazer um aborto (caso fosse o seu desejo), embora a sua mãe não permitisse que ela o fizesse. Esta gravidez não foi planeada nem desejada. Refere que

não estava preparada para ser mãe, por não ter maturidade para esta função e o seu ex-namorado não aceita esta gravidez nem quer assumir o seu papel de pai.

Apesar de não ser algo que a L. quisesse, a sua mãe apresentou queixa à polícia pela situação toda da gravidez, abandono e falta de apoio prestado. Sabe-se que esta queixa foi complicada de se realizar, visto que a L. foi “enganada” por uma pessoa que não sabe ao certo que idade tem nem o seu nome, entre outras coisas: *“Eu não sei que idade ele tem ao certo porque ele disse uma coisa a mim, no Facebook esta outra coisa, muda de conta quase todas as semanas”*.

Por ser menor e ter engravidado aos 14 anos de uma pessoa, aparentemente mais velha, foi sinalizada pela CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens). Perante esta situação, L. e o ex-companheiro foram notificados para ir a tribunal prestar declarações, para que se comprove que este senhor é mesmo o pai do seu filho: *“O juiz mandou-lhe fazer os testes, quando o bebé nascer”*.

Desde que a sua família, nomeadamente a tia (que ajudou neste relacionamento) soube do sucedido, pouco tem ajudado para que a L. consiga resolver toda esta situação. A sua mãe e irmã, através de algumas pesquisas, descobriram que este jovem, afinal casado, manteve uma outra relação extraconjugal. A sua outra companheira também se encontra grávida.

Desde o início das sessões a L. sentia-se incomodada por falar do seu ex-companheiro, mas com o decorrer do tempo a sua postura foi-se alterando, ficando mais aberta ao assunto, não se sentindo tão magoada e/ou culpada por toda esta situação: *“vou-me sentido melhor, antes sentia que ninguém acreditava em mim, e que eu estava a mentir”*.

Após o nascimento do seu bebé, o seu ex-namorado continua a recusar qualquer contacto e a prestar o auxílio a L. Sabe-se que o outro filho que também estava para nascer, da outra companheira, nasceu pouco tempo depois de L. dar à luz.

Quanto ao percurso escolar, L. apenas tem o 5º ano escolar feito, encontrando-se a frequentar o 6º ano num curso profissional. L. foi para esta escola e começou a frequentar um curso profissional, porque chumbou dois anos, *“eu não gosto também da escola, aquilo é uma seca. As vezes eu também não estudava, não gosto. Agora onde tou gosto muito.”*

As relações que mantém na escola nem sempre são simples visto que L. refere que *“Eles são chatos, e gozam comigo, irritam-me e chateiam-me muitos”*. A maior parte dos

seus colegas não teve conhecimento da gravidez, porque dizia que “*ia ser gozada por eles*”. Apenas os mais chegados é que souberam.

Após o nascimento, a escola deu-lhe quatro meses de licença de maternidade, só regressando às aulas no início do próximo ano letivo.

Relativamente à relação que tem com a sua família, na generalidade tem uma boa relação com todos (mãe e irmãos), referindo que tem uma relação menos boa com a tia, irmã do seu pai.

A relação que mantém com a mãe é boa, refere que “*tenho uma boa relação com ela se bem que antes era mais difícil*”. Anteriormente esta relação era diferente, visto que a sua mãe foi acusada por um dos seus irmãos mais velhos de ser uma mãe negligente: não cuidava dos filhos, bebia muito álcool e tinha algumas atitudes violentas para com os mesmos. (“*A minha mãe bebia muito vinho, chegava a casa e em vez de cuidar de nos bebia vinho, mas não me lembro muito bem era mais nova. (...) e a minha irmã mais velha fez queixa dela a policia de todos estes acontecimentos e a começou a ir uma assistente social a casa.*”)

A relação com os irmãos é boa, sendo que os mais velhos já não vivem consigo. Tem uma irmã que teve um bebé quase na mesma altura que ela, com quem mantém uma boa relação. Esta irmã não vive consigo, vive na casa de uma tia e por vezes tem alguns problemas (“*a S., mora com uma tia, tentou se matar e as vezes tem problemas com o namorado, chateia-se muito com ele. Mas ele aceitou ser o pai do bebé.*”).

A sua irmã A. é a mais próxima, descrevendo-a como melhor amiga e companheira.

Quanto ao seu pai, L. nunca quis falar muito sobre o assunto e sempre que o assunto era abordado, ela “fugia”. Numa das sessões, a L., espontaneamente, falou do pai, referindo que “*o meu pai já morreu*”, “*o meu pai morreu na quinta que estava a trabalhar. Um homem matou-lhe pensava que ele estava a roubar melões.*”

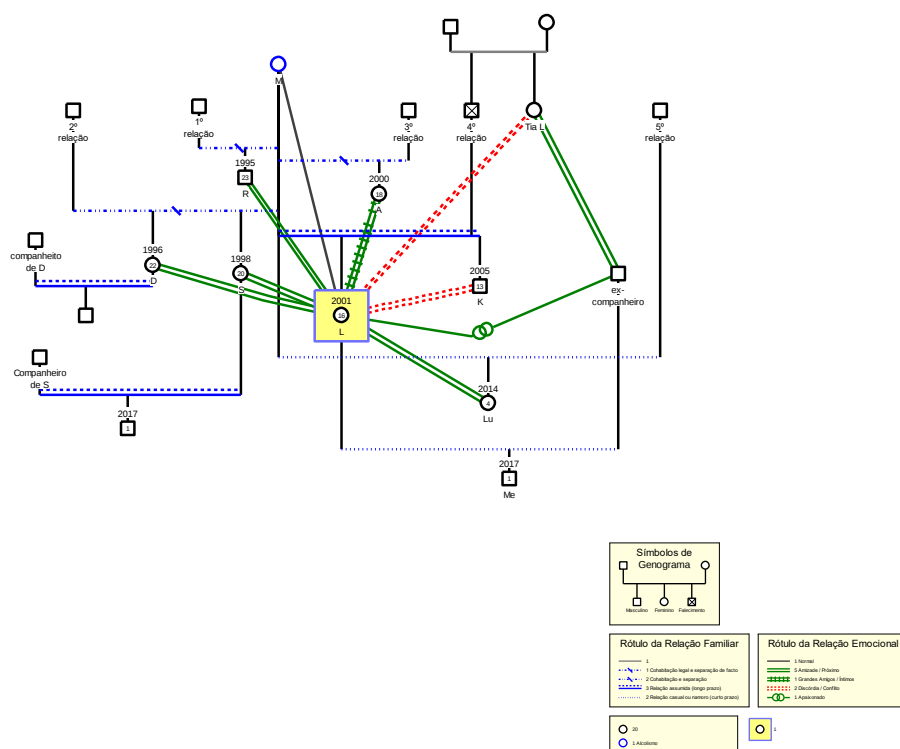
Tem um único irmão com quem não se dá bem (são ambos filhos do mesmo pai), referindo ter uma má relação com ele. Este irmão, segundo L., tem comportamentos que não são adequados à sua idade, a mãe já foi chamada diversas vezes à escola por ele faltar às aulas, possuir uma arma branca (facas/ navalhas), comportamentos de violência, também já foi apanhado a roubar no centro comercial. Também tem problemas relacionais com a mãe e os restantes membros da família, de muita violência, como diz muitas vezes “*ele diz que vai me fazer mal ou bater*”, chega a casa muitas vezes de madrugada, ou seja, não tem disciplina (“*ele falta ao respeito a minha mãe, falta muitas vezes as aulas.*”

A mim, quando estava à espera do M., prometia que ia me fazer mal se eu não fizesse o que ele queria, muitas vezes fui ameaçada. Ele sempre fez as escondidas da minha mãe.”).

Devido a toda esta situação, começou a ser seguido por uma assistente social, à qual a sua mãe, por não saber como lidar com estes acontecimentos, pediu para ele ir para um colégio interno. Neste momento ele encontra-se num colégio interno em outra cidade, e a mãe sempre que pode vai visitá-lo, aos fins de semana.

Quanto à única tia que referiu, a irmã do seu pai, a que a ajudou a conhecer o pai do seu filho, antes desta situação tinham uma boa relação, mas só que depois agravou-se, devido à gravidez (*“Antes íamos muito para casa dela, mas depois desta situação mal falamos. Até a minha mãe cortou relações com ela porque ela não nos quer ajudar”.*)

No geral, L. é uma pessoa muito reservada. No início remetia-se ao silêncio, ou dizia “não tenho nada para dizer”, até que chegou a uma sessão em que se sentiu confortável e começou a falar mais de si e de alguns pormenores da sua vida que anteriormente não tinha falado. Apresentamos agora o genograma que demonstra a estrutura familiar de L.



4.6.1.3. Resumo do acompanhamento

A L. chegou até a instituição por conhecimento e pedido de ajuda por parte da sua mãe, visto que a sua filha se encontrava no 2º trimestre da gravidez numa gravidez indesejada e sem apoio do pai do seu filho.

L. encontra-se numa situação familiar um pouco instável. Além de se encontrar numa família numerosa, frutos de relações diferentes, podemos ver que L. teve uma infância marcada pela ausência do pai, que faleceu, e por episódios relacionados com o álcool e maus tratos aos filhos, pela mãe.

A sua primeira consulta decorreu no espaço do atendimento direto, onde se fez acompanhar da sua mãe e a sua irmã mais nova. Aparentemente estava muito abatida, triste e de certa forma incomodada por estar numa sala a falar da sua vida, na presença de quatro pessoas, das quais duas lhe eram estranhas.

Neste primeiro atendimento (realizado por uma técnica; a estagiária assistiu sem intervir), constatei que durante os 50 minutos a L. só respondeu às perguntas simples que a técnica lhe fez, como por exemplo o nome, a idade, a gravidez, como conheceu o pai do seu filho. Nas questões sobre dificuldades sentidas, entre outros assuntos, foi sempre a sua mãe a intervir e L. manteve-se em silêncio.

Quanto à primeira sessão de psicologia, visto que a mesma foi encaminhada para esta área não deixando de ser também acompanhada no atendimento direto, foi-lhe explicado o que iria acontecer e como se procedia, perguntando posteriormente se a mesma queria ser acompanhada, ao qual a mesma disse que queria frequentar as sessões. Ficou acordado que as sessões seriam semanalmente num horário da sua disponibilidade, visto que ainda tinha aulas.

Na sua generalidade foi difícil manter o contacto ao longo das sessões como tínhamos combinado inicialmente, visto que L. faltava a várias sessões sem justificação ou por sua vez, chegava atrasada, quase no fim da sua hora de sessão marcada. Sempre que faltava tentava ligar para o seu contacto para saber se estava tudo bem consigo e o porquê de ter faltado, mas também era difícil manter este contacto telefónico, visto que L., mudava de número regularmente.

Este acompanhamento teve a duração de seis meses (6 sessões presenciais). Relativamente ao fim do acompanhamento, uma vez que o fim do meu percurso nesta instituição foi em junho, preparei a L. para o mesmo, informando que não poderia segui-

la mais. Embora mostrando-se triste com a minha saída, visto que já tínhamos criado uma relação, L. quis continuar a ser seguida por outra psicóloga na instituição.

4.6.1.4. Reflexão sobre o caso

Cada indivíduo desenvolve-se de forma única sem estar a ser controlado pelo seu exterior. Todos os seres vivos têm capacidades distintas dos restantes, desta forma cada um tem a sua forma única e criativa de o ser e de se dar (Hipólito, 2011).

Procurei ter isto em mente durante o processo de acompanhamento. Inicialmente senti algum receio, visto que não sabia se conseguia “chegar” a L, e ajudá-la. Logo na primeira sessão (rastreio), senti medo, visto que a mesma apenas me disse o seu nome, pedi-lhe para falar um pouco sobre si e ela começou a chorar, sem dar explicação, depois remetendo-se ao silêncio. Perante esta situação, tentei ajudar e seguir os ensinamentos que me foram dados, respeitando-a e ao seu espaço, naquele momento. Contudo, por notar que L. estava constrangida, pela situação, e porque me senti impotente, perguntei se se queria embora e regressar noutro dia. L. voltou no dia que tínhamos acordado e, aos poucos, foi falando.

O processo, em si, foi difícil, visto que L. faltava muito sem dar justificação ou chegava atrasada. A certo momento, pensei que não iria conseguir acompanhá-la e tive receio de não fazer um bom trabalho, devido a estes acontecimentos. Em todas as vezes que a mesma faltava tentava contactá-la para saber dela, como estava a gravidez e o porquê de ter faltado, mas a mesma tinha sempre o telemóvel fora de serviço.

Como já referi, não foi fácil chegar a L., das oito sessões que tivemos presenciais, juntamente com a visita domiciliária, só na terceira/ quarta sessão é que a mesma começou a dialogar mais e a falar sobre o que a preocupava.

Ao longo das sessões, senti uma grande mudança da sua parte, isto é, senti que L., embora já perto do nascimento do seu bebé, teve a preocupação em chegar cedo às sessões que tínhamos marcado e sem faltar, inclusive, aos poucos, também foi conversando mais abertamente sobre os assuntos que a incomodavam, nomeadamente relacionados com a sua tia (com a qual cortou relações, devido à situação do pai do seu filho), assuntos relacionados com o pai do seu filho (nomeadamente o assumir a paternidade e a falta de auxílio por parte do mesmo), a morte do seu pai e algumas situações que ocorriam em casa relacionadas com a sua mãe e os seus irmãos.

Através de Rogers, conhecemos a tendência do Ser Humano de se atualizar, ou seja, isto acontece constantemente, nas condições a que é sujeito, de forma a ultrapassar as situações de crise ou não, através das suas potencialidades. Se nós dermos as condições bio-psico-sociais, num *setting* onde as condições de valor são mínimas, a pessoa consegue atualizar o seu potencial (1974).

Quanto à visita domiciliária que fiz, a acompanhar a sua técnica do atendimento direto, após mais ou menos um mês do nascimento do seu filho, pudemos verificar que L. prestava todos os cuidados necessários ao seu filho, embora em algumas circunstâncias se sentisse com alguns receios por ser um bebé pequeno e por ser uma vivência nova na sua vida, da qual ainda não tinha experiência, anteriormente. Estive na sua casa cerca de 50 minutos, período no qual ocorreu uma conversa sobre o seu parto, a experiência e todo o envolvente de ter uma pessoa nova na sua vida, até aquele momento. Ainda assim, a técnica. aproveitou para lhe ensinar algumas técnicas sobre a amamentação, as cólicas que muitas vezes os bebés têm, ou mesmo de acalmar o bebé. Após a conversa, L., apresentou a casa e o espaço do seu quarto, e pudemos constatar que a mesma tem os cuidados adequado e o espaço organizado, limpo e adequado ao bebé.

Desta forma, não encontro forma de dizer que L. tem uma visão negativa de si, embora todas estas mudanças na sua vida a tenham influenciado. Quanto ao seu comportamento, sempre apresentou um comportamento sereno, equilibrado e reservado.

O facto de L. ter nascido num clima familiar um pouco agitado, devido a todos os acontecimentos relacionados com a mãe, o pai e os irmãos, pode ter provocado algum trauma nas suas condições de atualização, embora a mesma mostre que está a ultrapassar bem as situações ocorridas, nomeadamente a sua gravidez indesejada.

A nível geral, senti uma grande evolução a nível do seu comportamento e para comigo, desta forma conseguindo manter as seis condições necessárias para o processo terapêutico (1º condição- uma relação; 2º condição- estado do cliente; 3º condição- autenticidade do terapeuta na relação; 4º condição- consideração positiva incondicional; 5º condição empatia e por fim 6º condição- percepção do cliente sobre o terapeuta).

Será importante que L. consiga desenvolver estratégias que lhe possam evitar pensamentos ou sentimentos negativos.

Relativamente ao acompanhamento, seria benéfico continuar a ser acompanhada. A meu ver, o mais indicado seria um acompanhamento segundo o modelo da Terapia Centrada no Cliente, visto que o mesmo consegue transmitir e proporcionar ao cliente uma harmonia, para que se sinta confortável e confiante, de forma a consiga falar

abertamente sobre as suas experiências vividas, ver o seu problema/ situação de forma diferente e obter as suas próprias respostas, em resolução dos seus problemas (Rogers, 1974).

4.6.2. Caso clínico II - S.

4.6.2.1. Pedido

A avaliação psicológica foi proposta pela responsável técnica da casa de acolhimento, a fim de conhecer o funcionamento global, cognitivo e de personalidade da S., para fins de (re)inserção escolar /laboral.

4.6.2.2. História clínica

A S. tem pele escura, uma estrutura baixa e magra, com cabelos médios pretos apanhados, não referindo quaisquer problemas de saúde. Vestia uma roupa casual, adequada à idade. Nasceu em 1998, em África, e há cerca de um ano e alguns meses (sem referir ao certo) está a residir em Portugal, como refere: *“estou em Portugal já algum tempo, há um ano e uns meses, não sei não sei, um ano e alguns meses (ri-se)”*.

Tem agora 18 anos e está a viver com o seu filho de 9 meses numa das residências da instituição, por não ter suporte familiar consistente em Portugal e não ter trabalho.

Veio para Portugal a pedido do seu pai, para poder ter a nacionalidade e concluir os estudos noutro país europeu. É de salientar que S. apenas concluiu o 6º ano de escolaridade e que a mesma entrou para a escola com 10 anos de idade, facto que pode ter contribuído de forma efetiva para algum comprometimento ao nível da sua estimulação e /ou desenvolvimento cognitivo. A jovem provém de um contexto de pouca estimulação e formação educacional e em situação de abandono escolar.

Enquanto tratava da sua nacionalidade, S. descobriu que estava grávida, e desta forma a relação com o seu pai complicou-se. Acabou por ficar em Portugal sozinha sem o pai e a viver inicialmente com alguns familiares, mas sem ter uma casa fixa, *“estive a viver em casa de algumas tias (...)”*. Na sua gestação passou por algumas dificuldades, não tinha uma casa fixa e, por ser menor, acabou por ser sinalizada pelo Serviço Social.

Quando foi para o hospital ter o bebé, acabou por lá ficar “retida”, como refere *“eu vivi com a minha cunhada, mas já estava sinalizada na assistente social e quando fui para o hospital ter o G. já não me deixaram sair de lá e vim para aqui, mas eu não queria vir”*.

É mãe solteira, fruto de uma relação com um homem mais velho em África que por sua vez já tinha família constituída. S. refere que foi enganada *“ele disse-me que não estava com a sua mulher, dizia-me sempre, afinal (...)”*, e que quando chegou a Portugal não sabia que estava grávida, *“eu não sabia que estava grávida, só descobri porque dormia muito e tinha os outros sintomas, então foi fazer o teste e deu positivo (ri-se)”*.

Atualmente a S. mantém algum contacto com o pai do seu filho, o mesmo costuma ajudar monetariamente para sustentar o bebé, *“ele manda dinheiro, mas já a dois meses que não manda”*. Refere ainda que *“com a distância ajuda (...) tenho poucos sentimentos por ele, e isso deixa-me bem”*.

A S. neste momento, não tem qualquer tipo de atividade profissional. Tinha iniciado um trabalho de entrega de publicidade há cerca de um mês, mas foi despedida porque faltou a uma manhã de trabalho sem dar justificações, e no mesmo dia tinha que trabalhar o dia todo: *“faltei a manhã fui-me inscrever a um curso no centro de emprego, queriam que fosse o dia todo trabalhar (...) tentei ligar, mas ninguém atendeu”*. Refere ainda que o trabalho era muito cansativo, mostrando-se desanimada, só mostra interesse referindo que *“foi bom, conheci novas pessoas, fiz novas amigas, novos amigos (ri-se) (...) conheci um rapaz e estamos falando, a nós estamos nos conhecer, estamos a nos conhecer”*.

Relativamente à família, é filha de pais separados. Do primeiro relacionamento do pai tem um irmão mais velho que vive em Portugal, e da família nova que o seu pai construiu tem outro irmão, mais novo. Tem uma boa relação com eles.

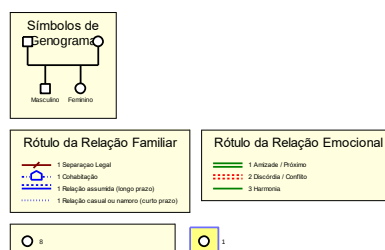
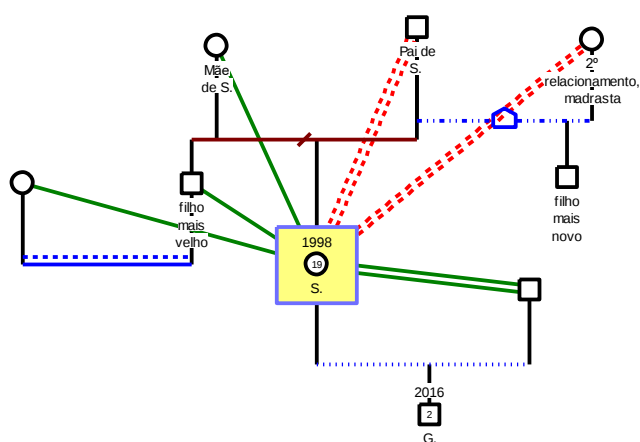
Antes de vir para Portugal tinha uma boa relação com o seu pai, apesar de este viver noutro país com a sua família. Entretanto a mesma tornou-se mais complicada quando a S. contou ao pai que estava grávida. Refere também que o pai reagiu mal, não aceitando a situação em que se encontrava, deixando-a sozinha em Portugal. Ainda assim, continua nesta situação também por influência da sua madrastra, com a qual também não tem uma boa relação, *“o meu pai faz tudo o que ela manda, só quer a família dela e não deixa ele falar comigo, (...) eu sei que ele gosta de mim, ela e que não deixa (...)”*.

Quanto à relação com a sua mãe, refere que vivia com ela antes de vir para Portugal. Tinham uma vida modesta e humilde, passaram por algumas dificuldades “*passei por muito sofrimento também em cabo verde (...)*”.

Em geral, a S. nem sempre responde às questões colocadas, mostrando alguma dificuldade em falar de alguns assuntos, como por exemplo o pai do seu filho. Por outro lado, em relação ao seu pai, mostrou estar triste com a situação. Quando referiu que estava a conhecer uma pessoa nova, um possível namorado, a sua postura mudou, mostrando-se assim alegre e contente.

Em contexto de acolhimento institucional, tem demonstrado alguma incapacidade e resistência em cumprir com o Regulamento Interno da casa, adotando uma atitude de resistência em cumprir ordens, mostrando por vezes desagrado com algumas situações, o que faz com que a sua convivência não seja a mais favorável, tanto com as ajudantes de Ação direta, bem como com as restantes colegas.

Apresentamos em baixo o genograma familiar de S.



4.6.2.3. Avaliação Psicológica

A avaliação foi realizada durante 3 sessões distintas, com uma duração média de 50 minutos cada. Na presente avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

- i. Teste Projetivo Rorschach, com o objetivo de conhecer o funcionamento emocional da S.;
- ii. Escala de Inteligência WAIS III - esta prova permite avaliar a inteligência geral;
- iii. Figura Complexa de Rey - esta prova estuda a atividade preceptiva e a memória visual;
- iv. Matrizes Progressivas de Raven - têm como objetivo avaliar o rendimento intelectual em provas que apelam ao raciocínio lógico-dedutivo.

Inicialmente estava prevista a aplicação da WAIS III e do Rorschach. Contudo, a prova da Figura Complexa de Rey e as Matrizes Progressivas de Raven foram aplicadas na terceira sessão devido ao facto de, na WAIS, os resultados obtidos serem muito inferiores ao esperado para a faixa etária da S. Todas as folhas de resposta se encontram em anexo.

Durante a avaliação, S. esteve, na maioria do tempo, colaborante com as tarefas, com contacto sintónico e afável, apresentando, no entanto, um discurso por vezes pouco fluente. Nem sempre respondeu às questões colocadas, demonstrando alguma dificuldade em falar ou pronunciar algumas palavras em português fluente, facto que pode estar relacionado com o pouco tempo de permanência em Portugal.

Do ponto de vista emocional, S., apresenta uma representação de si não muito estável, sendo notórias dificuldades na adaptação à realidade e relação | socialização, pouca capacidade de elaboração | introspeção e imaturidade, o que vai ao encontro do seu comportamento na residência de acolhimento. Não existem, no entanto, indicadores de quadro psicopatológico.

Através da Escala de Inteligência de WAIS-III, os resultados apresentados são homogéneos, sendo que evidenciam valores muito abaixo do esperado para o seu grupo etário, indicando um nível intelectual inferior ao esperado a nível global, verbal e de realização. Obteve um QI verbal de 63 correspondente ao percentil de 1, no QI realização corresponde a 66 do qual obteve também percentil de 1. Os resultados nas provas verbais revelam dificuldades acentuadas nomeadamente nas provas de vocabulário e das semelhanças. O vocabulário está ligado a dificuldade de expressão não deixando de ser

importante considerar-se a pouca fluência do seu português, e as semelhanças para a sua capacidade intelectual e o raciocínio lógico que também é baixo. Desta forma vemos que embora sejam baixos, em ambas as escalas, podemos ver que alguns subtestes da escala verbal destacam-se a compreensão (8) e aritmética (5).

Relativamente às provas de realização, obteve resultados abaixo da média para a sua idade, mas destacam-se pela positiva os subtestes dos cubos, matrizes, pesquisa de símbolos e composição de objetos. Verificam-se diversas dificuldades a nível das capacidades de organização, percepção e compreensão visual. A sua capacidade de planeamento de situações e a sua adaptação à realidade social aparentam igualmente alguma fragilidade.

A Figura Complexa de Rey permite avaliar as capacidades de organização visuo-espacial (percepção) e o planeamento e desenvolvimento de estratégias relacionadas. Apurou-se que na reprodução de elementos visuo-espaciais, a jovem obteve um valor muito inferior aos valores normativos ($score = 17$, $Pc < 10$). Demorou cerca de 17 minutos correspondente ao percentil 10, que demonstra que o sujeito demorou muito tempo a executar a figura, foi muito lento.

Os valores obtidos indicam que S., tem tendência a apresentar uma perspetiva distinta da realidade, com dificuldades percetivas, devendo ser prestada uma atenção especial à sua capacidade de atenção e concentração. Relativamente a retenção mnésica visual da mesma prova (memória), é concordante com a cópia ($score = 8.5$, $PC < 10$), tendo demorado cerca de 10 minutos e 35 segundos. A execução é tipo II (Detalhes englobados nas estruturas ($Pc < 10$)).

As Matrizes Progressivas de Raven (SPM), têm como objetivo avaliar o rendimento intelectual em provas que apelam ao raciocínio lógico-dedutivo. Nesta prova não se verificam discrepâncias entre os valores esperados, e os valores obtidos em cada série. Deste modo, podemos ver que a pontuação total é de 19 ($Pc 5$), ou seja é muito abaixo da média esperada do funcionamento e é correspondente ao Grau V- deficiente intelectual.

A jovem revela pouca capacidade de estar atenta à informação que lhe é transmitida para que depois possa armazená-la por breves instantes e consiga processar uma resposta, ao nível da sua retenção mnésica visual. Quanto à sua velocidade de processamento, Memória de Trabalho (imediata), os resultados apontam para algumas dificuldades nos processos relacionados com a atenção, memória e concentração.

4.6.2.4. Reflexão dos resultados

Relativamente à avaliação cognitiva, S., exibe um nível de competências intelectuais abaixo da média esperada para a sua faixa etária. Dentro dos resultados obtidos, apresentou um desempenho ligeiramente superior nas provas de realização comparativamente às provas verbais, o que poderá revelar uma maior capacidade para tarefas de realização em detrimento de tarefas de implicarem reflexão | introspeção. Por outro lado, o facto de as provas serem apresentadas numa língua que não a sua língua materna, pode ter sido um fator de dificuldade, ao nível da compreensão.

Quanto aos fatores emocionais, constatou-se que S. apresenta várias dificuldades tanto a nível social como relacional, no estabelecimento de relações afetivas positivas e consistentes. Os seus comportamentos são de alguma imaturidade e infantilidade o que pode ser prejudicial para o seu futuro.

Estes resultados poderão ser consequência de diversas situações que fazem parte da vida da jovem, nomeadamente o abandono escolar, o ingresso tardio escolar e um ambiente sócio familiar pouco estimulante.

Desta forma, seria bastante benéfico que S. fosse acompanhada psicologicamente, que integrasse uma formação técnico-profissional de forma a potenciar as suas capacidades, já que existem bastantes fragilidades. No caso de a jovem integrar o mercado de trabalho, seria mais indicado que fosse uma ocupação que implicasse tarefas práticas, em detrimento de tarefas que impliquem reflexão. O encaminhamento para respostas a este nível poderia contribuir para a sua autonomia e uma gestão mais eficaz das suas responsabilidades pessoais, parentais e social.

4.6.2.5. Reflexão clínica sobre o caso

Apesar de S. se encontrar em Portugal a residir numa casa de acolhimento com o seu filho, provém de famílias humildes (com uma separação), tendo a sua vida sido pautada por uma situação familiar instável, marcada pela ausência do pai que, por sua vez, construiu uma nova família numa cidade europeia.

Aparentemente, S., sempre foi uma pessoa muito sozinha, não mencionando nenhum amigo ou pessoa mais próxima, a não ser o pai do seu filho.

Relativamente à aplicação dos testes, inicialmente foi difícil agendar uma data, visto que S. estava disponível e posteriormente já não estava por ter arranjado trabalho, mostrando-se assim indisponível.

Posteriormente, durante a sua realização, mostrou em algumas circunstâncias falta de motivação para alguns sobtestes, pois estava a ter dificuldade em realizá-los.

S. destaca-se na residência como uma pessoa que “gera conflitos” ou está sempre envolvida neles. Na minha perspetiva, a imaturidade faz-se sentir e reflete-se nas suas atitudes menos agradáveis.

Podemos ver através de Hipólito que, desde criança, a pessoa torna-se perceptualmente organizada num auto-conceito, diferenciado do seu mundo experiencial, desta forma tendo consciência do seu *self*. A sua satisfação estava relacionada com o olhar positivo dos outros, desta forma passa a ter um processo de valorização orgânica e retém também valores das outras pessoas (Hipólito, 2011).

É importante que a mesma se sinta acompanhada e desta forma não exista uma divergência entre a noção que tem de si o seu ideal, de forma a conseguir chegar ao equilíbrio (Rogers, 2004).

A S., mostra dissociação entre o que sente e o que mostra, de tal forma vemos que este movimento gera uma serie de manifestações a níveis da experiência, ou seja o locus de controlo interno (forma como experiencia fenómenos dentro de si e como sente), e o locus de controlo externo (as decisões que são tomadas pelos outros a respeito de si), entre o *self* orgânico, *self* real utilizando uma terminologia correspondente ao *self* percecionado (a forma como a própria se vê), e o *self* real considerado também pelo *self* desejado (ligado a cognição e a emoção) (Hipólito, 2011).

Neste caso, e apesar não ter sido acompanhada regularmente, a relação que estabeleci, foi mais rápida, mais fácil e simples de chegar até S. Apesar não ter feito um acompanhamento, no pouco tempo que estive com ela pude verificar que havia condições para um processo terapêutico.

5. Reflexão sobre o estágio

Quando escolhi este estágio não tinha noção da dimensão da instituição nem da afluência que a mesma tinha. Esta instituição é uma das que disponibiliza diversas ajudas às grávidas com diversos problemas psicológicos, sociais e económicos. Acolhe muitas vezes grávidas e adequa a sua intervenção à situação de cada uma, de forma a ajudar no que for preciso.

O apoio fornecido pela instituição não é destinado apenas às grávidas durante a sua gestação, mas também à sua família e, posteriormente e excecionalmente, após o nascimento do bebé. A instituição ajuda as mães a tornarem-se autónomas, isto é, poderem ter meios sociais, económicos e psicológicos para cuidar dos seus filhos. Como referi, em casos excecionais, a instituição ajuda as grávidas que já tiveram os seus bebés a procurar trabalho, com bens materiais e de primeira necessidade. Nos últimos anos tem havido uma maior procura pela ajuda de terceiros, a instituição ajuda algumas mães menos favorecidas a construir o seu enxoval, noutros casos pode ajudar com alimentação ou mesmo à procura de emprego.

Podemos ver que o fato de as mães procurarem ajuda da instituição traduz uma situação de vulnerabilidade, não apenas por questões económicas (que também são importantes e relevantes nesta etapa das suas vidas), mas também por estarem a passar grandes dificuldades a nível psicológico, por contraírem uma gravidez indesejada, muitas vezes por serem adolescentes e não aceitarem a gravidez, entre outros motivos que vão surgindo.

A ajuda do psicólogo nesta instituição é fundamental para ajudar as grávidas a vivenciar esta etapa de outra forma, assim intervindo com planos de intervenção para poderem ter outras perspetivas da vida, serem autónomas e estarem bem consigo mesmas.

Estes nove meses de estágio foram muito importantes para a minha aprendizagem, não só porque foi possível por em prática tudo o que me foi ensinado ao longo das aulas de licenciatura e mestrado, como também a nível pessoal, possibilitou um grande desenvolvimento e crescimento (por vezes difícil, exigente e desafiante).

Esta experiência permitiu que tivesse contacto com uma realidade diferente que nunca tinha tido, ou seja, o facto de ter estado a realizar parte do estágio num bairro social, considerado um dos bairros mais problemáticos do distrito de Lisboa, conhecido pelo tráfico de drogas e pelos conflitos, levou-me a encontrar pessoas diferentes, de contextos sociais diferentes, com uma grande diversidade cultural, humildes e trabalhadoras.

Nesta etapa, destaco as novas aprendizagens e conhecimentos, os quais trouxeram muitas emoções, tanto de felicidade, esforço e gratidão por estar a fazer o bem aos outros, mas também, em alguns momentos, de insegurança e algum medo de falhar, visto que muitas vezes sentia que não tinha as capacidades para o que me era pedido.

A minha escolha deve-se ao facto de saber que esta era e continua a ser uma intuição onde a sua população, história, solidariedade e valores são diferentes das outras, o que me fez querer participar e fazer parte desta equipa.

As limitações económicas das utentes, o desemprego, a falta de formação escolar em algumas adolescentes que acompanhei, entre outras situações de limitações, fizeram com que tivesse de gerir esta situação dentro de mim. Embora tudo sejam questões alheias a mim, sempre tentei compreender e ajudar no bem-estar destas pessoas. Este contacto com esta realidade diferente, embora saiba que existe pessoas a passar dificuldades, é diferente o “saber” e “tomar conhecimento”, de quando estamos no “terreno” e a frente destas pessoas. Desta forma, este contacto fez com que ajudasse mais estas pessoas em várias circunstâncias, a ser mais solidária, tendo um olhar de ajudar o próximo sem excluir, criticar ou julgar as suas decisões e ou escolha, como muitas vezes acontece na nossa sociedade.

Relativamente ao ambiente proporcionado no estágio encontrei, por vezes, um ambiente acolhedor, em algumas circunstâncias rígido e, por vezes, um pouco desorganizado por parte da equipa.

Quanto às várias situações que ocorreram no estágio, encontrei um ambiente rígido em relação a horários e atividades e, por vezes, falta de organização da equipa em organizar tarefas/ atividades, eu levava a que, por vezes, os estagiários ficassem “perdidos”, ou seja, em várias situações ocorridas, senti algumas vezes falta apoio e orientação, visto que estávamos num local novo e desconhecido. Isto tanto ocorreu dentro da instituição como por exemplo em algumas atividades fora da mesma. Estas ocorrências fizeram com que me tornasse mais resiliente e preparada para o mundo do trabalho.

Tive a oportunidade de participar e ajudar a organizar diversas atividades relacionadas com o dia da mãe, dia da família entre outras, do qual foram realizadas dentro e fora da instituição com muitas dinâmicas entre os técnicos e os utentes.

Também tive oportunidade de realizar as consultas/sessões com as jovens adolescentes e adultas grávidas (e algumas delas já mães), bem como também a realização de avaliações psicológicas, o que fez conhecer melhor estas pessoas, as suas vivências,

histórias e também a sua qualidade de vida. Também é importante salientar que estive presente, uma vez por semana, na escola virtual a dar apoio às adolescentes, de forma a aumentar o seu rendimento escolar, o que também foi muito gratificante.

Quanto às consultas/ sessões, uma das dificuldades que consegui ultrapassar relaciona-se com a pontualidade e assiduidade das pessoas que seguia, que por vezes faltavam. Era difícil, muitas vezes, manter o contacto e tentar compreender o porquê destas pessoas que tanto precisam de ajuda, não se comprometerem com aquilo que ficou estipulado e marcado. Com o decorrer do tempo e com muitas conversas que tive com as técnicas sobre este assunto, percebi que a culpa não era a minha, como senti no início, mas sim muitas vezes com a falta de oportunidade, motivação e posses económicas das utentes.

Relativamente às avaliações, foi outro dos obstáculos pessoais que consegui ultrapassar, foi quando que me deparei com a falta de preparação das avaliações, ou seja, embora anteriormente tenha tido uma aprendizagem, senti que não tinha conhecimento suficiente para realizar as avaliações pretendidas. Senti que este tinha sido um dos maiores desafios realizados no estágio, obrigou-me a voltar aos meus apontamentos de licenciatura, rever algumas matérias, sebatas e pormenores importantes, para a realizar a avaliação e posteriormente a sua cotação de forma correta. Esta foi um dos obstáculos que senti mais dificuldade em realizar o que era pretendido, ou seja desde a realização da avaliação, a cotação e por fim a elaboração do relatório de avaliação. De modo geral, a avaliação de S. foi um desafio que pôs à prova as minhas capacidades.

De modo geral, senti que o meu esforço era reconhecido e recompensado quando via as pessoas que seguia de sessão para sessão a mostrar melhorias, havendo uma evolução desde a primeira sessão de acompanhamento para a última.

Quanto à equipa da instituição, de modo geral, fui bem recebida, houve diversas técnicas que me ajudaram a evoluir para que conseguisse reúnir todas as condições e requisitos necessários da universidade, para validar o estágio académico.

Relativamente às minhas dificuldades, senti algumas, tive necessidade de procurar e esclarecer muitos temas relacionados com a família e gravidez na sua generalidade, procurar mais sobre as avaliações a aplicar na adolescência, entre outras coisas.

Foi um processo desafiante, durante o qual tive de investir muito de mim, esforçar-me para atingir os meus objetivos e superar os obstáculos que ao longo dos meses foram aparecendo, também tive oportunidade de aperfeiçoar a técnica da entrevista, as respostas

de compreensão empática, entre tantas outras coisas que me fizeram crescer, enquanto pessoa e futura profissional.

Depois destes meses sinto que, embora algumas vezes não tenha sido fácil, todo o meu esforço foi recompensado e reconhecido, consegui atingir os meus objetivos e desenvolvi um bom trabalho. Sinto-me feliz e realizada, e capaz de num futuro próximo conseguir fazer e desenvolver toda a minha aprendizagem.

6. Conclusão

A gravidez é uma fase complicada e por vezes difícil, tanto para a mulher adulta como também para o adolescente. A falta de maturidade é um fator de risco para o aparecimento de diversas complicações numa gravidez.

Nesta instituição foi permitido que abordasse vários temas ligados à sexualidade, planeamento familiar, gravidez e algumas leis e direitos que estão em vigor no nosso país relativamente a estas áreas, entre outros temas.

Em todos os serviços e, em especial no gabinete de psicologia e na linha telefónica, foram os serviços do qual gostei mais de trabalhar, e desta forma obrigaram-me a ter mais conhecimentos sobre a gravidez, planeamento familiar e a sexualidade assim, obriga-nos a estar constantemente em atualização em relação a estes temas de forma a prestar um bom esclarecimento a quem liga a tirar as suas dúvidas.

Quanto ao balanço final que faço neste relatório, referentes a estes dois anos de mestrado, foi uma excelente oportunidade ter podido realizar o estágio académico numa instituição que tem a missão de ajudar e promover uma melhor qualidade de vida a famílias, grávidas e a mulheres que tenham tido o seu filho há pouco tempo, que estejam a passar dificuldades económicas sociais ou mesmo psicológicas.

O estágio académico permitiu com que pudesse alargar os meus conhecimentos, conhecer e conviver com diferentes culturas, pessoas, diferentes vivências e histórias de vida, e pontos de vista clínicos diversos (nas reuniões de psicologia onde todos partilhávamos as experiências e pontos de vista relacionados com os casos e as sessões que cada um seguia).

A experiência de frequentar um estágio académico, é algo que ajuda e contribui de forma positiva na nossa prática e formação, nesta área. Aqui aprendemos muitas coisas novas, muitas teorias, novos conceitos, onde cada um de nós faz os primeiros erros. Existe sempre um medo inevitável de pensar que, por vezes, não somos capazes de continuar,

ou por sua vez o medo de falhar. Contudo, é um percurso a que damos muito valor, por todas as experiências que passamos, e pela capacidade de ultrapassar as maiores dificuldades que nos aparecem.

O decurso do estágio traz-nos vivências positivas e negativas, como tudo em nosso redor, só assim conseguimos adquirir diversos conhecimentos que nos fazem crescer e futuramente tornar-nos futuros e bons profissionais. Vemos ao longo destes meses que, de alguma forma, aquilo que demos em teoria, podemos pôr em prática, e começamos a ter um pouco de consciência de como será o nosso futuro, ou seja, como será o mundo do trabalho, em relação à população, à carga horaria e às situações que podem ocorrer.

A nível geral, todo este processo, desde a frequência do estágio à realização do relatório, em determinadas alturas, foi cansativo e por vezes desgastante, mas ao mesmo tempo muito gratificante, tiro as melhores aprendizagens, melhores amizades e convívios. Posso dizer que este é o momento no qual sentimos que atingimos o fim de uma grande etapa da nossa vida e que, ao atingir um dos nossos grandes objetivos como estudantes e futuros profissionais, também contribuímos para o bem-estar de outra pessoa.

É desta forma, que cerca de 470 horas realizadas no estágio, as convivências com pessoas diferentes e de diversas culturas, o meu esforço e as novas aprendizagens, as técnicas e funcionários da instituição, as estagiárias que se tornaram amigas, entre muitas outras coisas permitiram que todo o meu esforço seja recompensado.

Para Finalizar, gostaria de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesta etapa desde família a amigos e orientadores, bem como a Universidade Autónoma de Lisboa, e ao Departamento de Psicologia por me proporcionar este estágio e todas as suas etapas académicas.

7. Referencias

- Ajuda de mãe (2016). Historial Retrived from: <http://www.ajudadema.pt/quemsomos/historial>
- Arantes, S. L., Contrerad, L., Sales, A. P., Nascimento, R. R., & Souza, E. D. (24 de 11 de 2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha*, 119-126. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1983-
- Baliana, L., (2013) *Monoparentalidade feminina e os seus desafios: um estudo exploratório*. Lisboa.
- Berlofi, L. M. et al. (2006). *Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo.
- Bianchi, A. C., Garbeline, R. M., Basílio, E. J., Lopes, I., & Jorge, C. P. (Março/ Abril de 2008). *Pseudociense Humana. Boletim Científico da Área de Biológicas da FAI* (Faculdades Adamantinenses Integradas, 8- 11).
- Brissos, J. (2001). *O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal*. A Pessoa como Centro.
- Brodley, B. (1998). *O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente*.
- Brazelton, T. B. (1981). *On becoming a father*. New York, Delacort Press.
- Bloch, M.; Daly, R.C.; Rubinow, D.R. (2003). *Endocrine factors in the etiology of postpartum depression*. Compr Psychiatry 44 (3): 234-246.
- Buist A, Ross LE, Steiner M .(2006). *Anxiety and mood disorders in pregnancy and the postpartum period*. In: Castel D, Kulkarni J, Abel KM, eds. *Mood and anxiety disorders in women*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Bloch, M. et al. (2005). *Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders*. J Affect Disord 88 (1): 9-18.).
- Boyce e Hickey, 2005) Boyce, P.; Hickey, A. (2005). *Psychosocial risk factors to major depression after childbirth*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40 (8): 605-612).

- Busnel, M.C., Yasaku, S. & Cunha, I. (2002). *Relação mãe feto: Visão actual das neurociências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Canavarro, M.C. (2001). *Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento*. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó JR., J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de psiquiatria clinica*, 37(6), 288-294.
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Davim, R. B., & Davim, M. (2016). Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. *Revista de Enfermagem*, 3108-18.
- Ducroux-Biass, Françoise (2000). O counseling. (Tradução de Rute Brites). A Pessoa como Centro: *Revista de Estudos Rogerianos*, 5, 51-70.
- Dicionário infopédia de Termos Médicos*. (2013-2017). (Porto Editora, Porto) Obtido em 28 de junho de 2017, de Gravidez: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/gravidez>
- Estêvão, P., Álvares M., (2013) *A medição e intervenção do abandono escolar precoce: desafios na investigação de um objeto esquivo*. IES e-Working Papers (ISSN 1647-0893) Av. das Forças Armadas, Edifício ISCTE, 1649-026 LISBOA, PORTUGAL, cies@iscte.pt
- Fernandes, P.C.(s.d). *Uma investigação sobre as diversas formas de comunicação entre mãe e feto*. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl30.htm>
Acesso em: 16 de Outubro de 2012.
- Ferrari, R. A. P.; Thomson, Z.; Melchior, R. (2008). *Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP.
- Figueiredo, B. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade*. In I. Soares, *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.

- Field, T., & Widmayer, S. (1982). *Motherhood*. In B. Wolman (Ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gruen, D. (1990). Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15(4), 261-270.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Johnson, j., Myklebust, R. (1987). *Distúrbios de aprendizagem: princípios e práticas educacionais*. São Paulo: Pioneira.
- Holanda, A. A., Gonçalves, A. K., Medeiros, R. D., Oliveira, A. M., & Maranhão, T. M. (Nov/Dez de 2016). Achados ultrassonográficos das alterações fisiológicas e doenças mamárias. *Radiol Bras*, 389–396.
- Hackelöer, B.-J. (s.d.). *Gravidez*. MAPA GmbH/NUK Babyartikel. Obtido em 3 de Fevereiro de 2018, de http://www.nuk.pt/media/static/pdf/Guias/Guia_NUK_Gravidez.pdf
- Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 200- 214.
- Leal, I. P., & Noya, A. (1998). Eu sou, tu és, ele era... Auto-conceito e Interrupção Voluntária da Gravidez. *Análise Psicológica*, 463-467.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. (Tradução de Margarida Cunha Rosa). Lisboa: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* (10º ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mãe Me Quer. (18 de 1 de 2016). Obtido em 02 de 02 de 2018, de <https://www.maemequer.pt/a-vida-com-o-seu-bebe/pos-parto/puerperio/melancolia-pos-parto-ou-baby-blues/>

- Mandarino, N. R. (Julho de 2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. 25(7), 1587-1596.
- Nelson-Jones, R. (2009). Introduction to counselling skills - text and activities. [Electronic version]. (3ª ed). Londres: Sage
- Nunes, O. (1999). *Uma abordagem sobre a relação de ajuda*. A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos, 3, 59-64.
- Papalia, E. D., Feldman, D. R., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª edição ed.). (C. Monteiro, & M. d. Silva, Trans.) Porto Alegre: AMGH editora Ltda.
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T. & Lopes, R. (2008). *Gestação e a constituição da Maternidade*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72.
- Papalia, E. D., Feldman, D. R., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª edição ed.). (C. Monteiro, & M. d. Silva, Trans.) Porto Alegre: AMGH editora Ltda.
- Paulino, L. B. (17 de 09 de 2013). *Oficina de Psicologia*. Obtido em 02 de 02 de 2018, de <https://oficinadepsicologia.com/depressao-e-blues-pos-parto/>
- Piontelli, A. (1992). *De Feto a Criança: Um Estudo Observacional e Psicanalítico*. Rio de Janeiro, Ed. Imago.
- Queiroga, K., Farias, M., Casimiro, G., Nascimento, A., Maia, P., Abrantes, K., Abreu, L. (2014). O que é, e como se explica a gravidez na adolescência. *Journal of Human Growth and Development*, 142-149.
- Rico, A.S. (s.d). A comunicação verbal na gestação. <http://guiadobebe.uol.com.br>. Acesso em 16 de Outubro de 2012.
- Ribeiro, L., Ramalho, M. d., & Soares, V. (Fevereiro/ Abril de 2014). Guia de Gravidez e 1º ano do bebê. *Mamãs & Bebês*, 76.

- Rico, A.S. (s.d). A vida emocional do feto. Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br>. Acesso em 16 de Outubro de 2012.
- Rogers, C. (1974). *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (1975). *A terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual – Editora da UniversidadeAutónoma de Lisboa.
- Rodrigues, A. R., Barros, W. d., & Soares, P. D. (2016). *Reincidência da gravidez na Adolescência: Percepções das Adolescentes*. *Enferm. Foco*, 66-70.
- Sá, E., Coelho, A., Relvas, A. P., Lopes, J. S., Biscaia, J., Alarcão, M., & Beja, M. M. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de século edições.
- Sadler, T. (2008). *Langman Embriologia Médica*. Guanabara: koogansa.
- Samson, A. (2010). *A violência doméstica – aprenda a identificar situações de abuso e a ser feliz*. (M. M. Rodrigues, Trad.). Lisboa: Plátano Editora.
- Santos, S. R.; Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. (Junho/ Setembro de 2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto, Puerpério. *Rev., Cienc., Med*, 8. Obtido em junho/ julho de 2017.
- Schlien, J. (1998). *A Empatia em psicoterapia*. A Pessoa Como Centro.
- Schirò, E. D., & Koller, S. H. (2011). Ser adolescente e ser mãe: Investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. *Análise Psicológica*, 521-533.
- Schmidt , E. B., Piccoloto , N. M., & Müller, M. C. (janeiro/ junho de 2005). Depressão pós parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10, 61-68.

- Soifer, R. (1991). *Psicologia da geavidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Sousa, L., Rineiro, C., (2005) *Percepção das Famílias Multiproblemáticas pobres sobre as suas competências*. PSICOLOGIA, Vol. XIX (1-2), 2005, Edições Colibri, Lisboa, pp. 169-191.
- Teireira, D., Pestana, D., Calhau, C., Vicente, L., & Graça, P. (Março de 2015). Alimentação e Nutrição na Gravidez. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*.
- Vieira, A. G., & Cabral, A. L. (2017). Abordagem a sexualidade nas escolas: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ciência e Conhecimento*, 60-77.
- Wilheim, J. (2002). Psiquismo pré e perinatal. In N. A. Caron (Org.), *A relação pais bebé: Da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yazlle, M. E. H. D. (2006) Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo

ANEXOS