

Vera Lúcia Rocha Monteiro

PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO
Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde
Materna e Obstetrícia

Relatório Final

1º Curso de Mestrado em ESMOG

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Emília Coutinho e Professor Doutor João Duarte



*"A dor de perder um filho é a maior das dores.
...quando perdemos os pais ficamos órfãos,
quando perdemos o esposo ou esposa ficamos viúvos,
mas quando perdemos um filho, não há nome para esta nova situação".*

(Ampese et al., 2007, p. 72 citando Azevedo in Ribeiro e Sewo)

Dedico este trabalho,
à minha filha, pedindo desculpa pelas ausências e pelas presenças sem qualidade;
ao meu marido pela persistência e empenho no término;
aos meus pais, irmão e cunhada pelo apoio incondicional

Terminado que está este percurso difícil chegou a hora de agradecer a quem tornou possível a concretização de mais uma etapa no percurso pessoal.

À Professora Emília Coutinho, pela persistência e disponibilidade na orientação do estudo e pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Aos Profissionais de Saúde da Maternidade Bissaya Barreto o meu agradecimento pela colaboração e disponibilidade demonstrada.

À minha família pela coragem que me transmitiram para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, colegas de trabalho, um agradecimento especial pelo incentivo constante, paciência e carinho.

A todos os direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste estudo, uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos o meu sincero obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

p. – página

pp – páginas

et al. – “e colaboradores”

Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEESMO – Curso de Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

ESMOG – Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

RESUMO

Quando inesperadamente a morte inverte o ciclo vital, esta afigura-se habitualmente como um cataclismo na vida das pessoas. O conhecimento da perda gestacional frequentemente ocorre em ambiente hospitalar implicando o envolvimento de profissionais de saúde, e nomeadamente do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Faz parte da sua missão prestar cuidados de enfermagem dignos e culturalmente congruentes, assumindo as suas responsabilidades, aprofundando conhecimentos e adquirindo competências, pois a sua atuação influencia a forma como as mulheres/casais vivenciam essa perda e a forma como a ultrapassam.

Este estudo tem como objetivos: Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros ao cuidar em situação de perda gestacional e processo de luto; Compreender as reações/ações dos enfermeiros perante casais que vivenciam uma situação de perda gestacional; Identificar os constrangimentos vividos pelos enfermeiros no cuidar em situação de perda gestacional e Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para cuidar em situação de perda gestacional.

A presente investigação insere-se no paradigma qualitativo, com uma abordagem fenomenológica. A amostra é constituída por 10 enfermeiros Especialistas de Saúde Materna a exercer funções na Maternidade Bissaya Barreto. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Na análise recorreu-se ao método fenomenológico de Max van Manen.

A perda gestacional é encarada pelos enfermeiros como a perda de um sonho, a quebra de expectativas que a grávida/casal tinha, um projeto a dois que fica inacabado. Esta situação provoca sentimentos de frustração e incómodo e leva os profissionais a questionarem-se sobre as atitudes a ter. Referem dificuldades em gerir os seus sentimentos e não saberem o que fazer para ajudar. Consideram a formação nesta área muito importante para poder ajudar os pais enlutados referindo que a experiência e as características pessoais são determinantes na sua prestação de cuidados.

Palavras-chave: Perda Gestacional; Enfermeiro; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

When death unexpectedly reverses life cycle, this usually appears as a cataclysm in people's lives. The acknowledging of pregnancy loss often occurs in hospitals implying the involvement of health professionals, and in particular the Maternal Health and Obstetric Specialist Nurse. It is part of his/her mission to provide nursing care worthy and culturally congruent, assuming its responsibilities, deepening knowledge and acquiring skills, since that performance influences the way women / couples experience this loss and how to get over it.

This study aims to understand the meaning given by nurses to take care in situations of pregnancy loss and grieving process; to understand reactions / actions of nurses towards couples who experience a pregnancy loss situation; to identify the constraints faced by nurses in caring for pregnancy loss situation and to identify the training needs of nurses to care in situations of pregnancy loss.

The present research falls within the qualitative paradigm, with a phenomenological approach. The sample consists of 10 nurses Maternal Health Specialists working in the Maternidade Bissaya Barreto. The data collection instrument used was a semi-structured interview. In the analysis it was used the phenomenological method of Max van Manen.

A pregnancy loss is viewed by nurses as the loss of a dream, breaking expectations that the woman / couple had a project together that is unfinished. This causes feelings of frustration and annoyance and leads professionals to ask themselves about the attitudes they should have. They report difficulties in managing their feelings and not knowing what to do to help. Nurses consider training in this area very important in order to provide them skills to help bereaved parents, according to their personal experiences.

Keywords: Gestational Loss; Nurse; Nursing.

INDICE

Pág.

1. INTRODUÇÃO 17

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. TORNAR-SE MÃE EM SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL 21
E PROCESSO DE LUTO

3. O ENFERMEIRO PERANTE SITUAÇÕES DE MORTE FETAL 29

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. MATERIAL E MÉTODOS 41

4.1 - OBJETIVO DO ESTUDO 41

4.2 - DESENHO DO ESTUDO 42

4.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO 43

4.4 - COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS 44

4.5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS E CRITÉRIOS DE RIGOR 45

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 47

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 47

5.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 48

6. CONCLUSÃO 73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ANEXOS

ANEXO I – Guião da entrevista 85

ANEXO II – Consentimento informado 93

ANEXO III – Análise das entrevistas (Categorias) 97

ANEXO IV – Autorização da CNPD 121

1. INTRODUÇÃO

Com a evolução da tecnologia houve uma redução do número de mortes fetais, uma vez que esta permitiu uma visualização pormenorizada e rastreio atempado de complicações durante a gravidez e parto.

No entanto e apesar de cada vez mais raras, estas situações continuam a acontecer, envolvendo um quadro de dor e drama que dificulta a atuação dos profissionais de saúde que não se sentem preparados para lidar com a morte num ambiente em que diariamente surgem novas vidas.

A morte fetal é uma situação complicada para os pais e famílias, trazendo muitas vezes alterações na vida familiar, que poderão ser mais ou menos complexas de acordo com a forma como um cada encara o processo de luto. Os profissionais de saúde devem estar preparados e atentos para às alterações no processo de luto, prevenindo situações de luto patológico.

É pois, importante que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica compreenda a dimensão deste fenómeno na vida dos pais/família para que consiga estabelecer uma relação terapêutica eficaz e de ajuda com cuidados adequados e culturalmente adaptados, tendo em conta as suas necessidades.

O défice de estudos que se debruçam sobre esta temática na perspetiva dos enfermeiros justifica a necessidade de se aprofundar conhecimentos nesta área, tendo em vista à melhoria dos cuidados prestados, em contextos por vezes constrangedores e desconfortáveis para os próprios profissionais de saúde. O nosso estudo surgiu no contexto do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia no âmbito da unidade curricular designada Relatório Final.

Tendo por base esta temática definiu-se a seguinte da questão de investigação: “Quais as vivências do enfermeiro, enquanto profissional de saúde que cuida em situação de perda gestacional e processo de luto?”

Consequentemente definiu-se como objetivos do estudo: Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros ao cuidar em situação de perda gestacional e processo de luto; Compreender as reações/ações dos enfermeiros perante casais que vivenciam uma situação de perda gestacional; Identificar os constrangimentos vividos pelos enfermeiros no

cuidar em situação de perda gestacional e Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para cuidar em situação de perda gestacional.

Tanto a questão de investigação como os objetivos determinaram que se enveredasse por uma investigação qualitativa, existindo um interesse particular pelo modo como as pessoas dão sentido às suas vidas enfatizando a dinâmica interna das situações, que é diversas vezes invisível ao observador exterior. Assim, a ênfase é colocada na compreensão do fenómeno (Erickson, 1986, citado por Bogdan e Biklen, 1994).

A abordagem fenomenológica, permite conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros quando lidam com casais que sofreram uma perda gestacional. A amostra é constituída por 10 enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia a exercer funções na Maternidade Bissaya Barreto. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada e recorreu-se ao método de Max van Manen para a sua análise fenomenológica, através da qual o pesquisador procura captar o significado essencial da experiência estudada.

O presente relatório final encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, apresenta-se o enquadramento teórico no qual com recurso à investigação realizada por outros se procura compreender o fenómeno da maternidade, da perda gestacional, do processo de luto bem como da atuação dos enfermeiros perante a perda gestacional e o processo de luto. Na segunda parte designada de investigação empírica apresentam-se os procedimentos metodológicos com a definição de objetivos e desenho do estudo, a amostra, colheita de dados e procedimentos éticos. Segue-se a descrição do método de análise dos resultados e critérios de rigor. Na parte final faz-se a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos e a apresentam-se as principais conclusões e sugestões.

Realizámos este estudo a pensar em poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres/casais/famílias que passam pela perda gestacional e por um processo de luto já por si bastante penoso e que muitas vezes ainda é dificultado pela falta de conhecimento dos profissionais que habituados a lidar diariamente com o nascimento de novas vidas, não estão preparados nem investem na formação para a prestação de cuidados na morte.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. TORNAR-SE MÃE EM SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO

Ao tomar conhecimento da sua gravidez a mulher/casal/família usufrui de nove meses para se adaptar a um novo papel social e cultural que é comum a todas as mulheres independentemente da sua idade e que tem a ver com o ritual de passagem para ser mãe. De acordo com Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 116) citando Rubin “trata-se de um processo social e cognitivo complexo que não é intuitivo mas sim aprendido”. Ainda de acordo com o mesmo autor citando Mercer, uma adolescente deixa de ser filha para ser mãe e uma mulher adulta deixa uma vida estável e rotineira passando para um “contexto imprevisível criado pela criança”. Uma nulípara torna-se mulher com um filho e uma múltipara, mulher com filhos, diz com Bobak et al. (1999) citando Lederman. De acordo com Ampese, Perosa e Haas 2007 (p.71) “A gravidez não é um evento isolado, mas sim um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais, pois envolve o casal e o contexto onde estão inseridos”. As autoras citando Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000) referem que “o homem e a mulher deixam de ser apenas filhos para se tornarem também pais.”

Canavarro (2006, p.19) refere que gravidez e maternidade não são apenas momentos, são sim processos embora com durações temporais diferentes. Processos dinâmicos em permanente construção e de desenvolvimento pessoal intenso. Estes conceitos aparecem muitas vezes associados, no entanto apresentam realidades distintas. Para a autora “a maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um processo a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projecto para toda a vida.” A gravidez surge na forma de um acontecimento biológico bem definido temporalmente enquanto o parto inaugura a maternidade, um projeto a longo prazo. A gravidez é uma época que permite a preparação para ser mãe. Cognitivamente a mulher ensaia papeis e tarefas maternas, liga-se afetivamente à criança e inicia o processo de reestruturação para incluir o novo elemento na família. Os nove meses de ensaios, ansiedades, fantasias e reflexões, fazem do projeto de maternidade o projeto mais importante da vida do casal (Canavarro, 2006). De facto, a maternidade é o assumir de uma posição de força, e não de fraqueza, que simultaneamente exige força física e mental. Em suma, tornar-se mãe muda a vida de uma mulher, dado tratar-se de um dos mais importantes acontecimentos de vida em termos desenvolvimentais (Matlárý, 2002).

Corbett (2008, p. 247) refere que “o primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é aceitar a ideia de gravidez e assimilar o estado da gravidez no estilo de vida da

mulher.” Com o desenvolvimento de uma gravidez surgem novos papéis e responsabilidades e dá-se uma alteração das relações entre a mãe, pai, irmãos, família alargada, amigos e o bebé. Todo o processo da gravidez engloba desistências e perda de anteriores estilos de vida, imagem corporal e relações e aprende-se a amar alguém mesmo antes de o conhecer. Os pais imaginam como irá ser o seu filho fisicamente, como será o seu nascimento e como irá alterar as suas vidas. Colman e Colman (1994, p.13) referem que “a gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio.” Segundo os autores esta experiência não deve ser ignorada dizendo que “a gravidez é um templo pleno de vida e significado simbólico, transformação e importância.”

Nos últimos anos, os avanços tecnológicos em obstetrícia e na investigação psicológica, as dinâmicas sociais em torno da procriação e da maternidade, bem como as transformações políticas, económicas e a profissionalização das mulheres, a expansão dos métodos contraceptivos e a passagem da família alargada à família nuclear e até à monoparental, alteraram profundamente a conceção do ser mãe (Maça e Andrade, 1996; Camarneiro, 1998). De facto, a mulher adquiriu um novo protagonismo na sociedade, que passa não apenas pelo desejo de constituir família, mas por uma enorme multiplicidade de papéis e desafios, igualmente atrativos.

A maternidade é um período da vida da mulher considerado por muitos autores como um período de crise que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico, envolvendo por isso mesmo reajustes e reestruturações a vários níveis (Rato, 1998). Apesar de ser um momento de crise, a gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento da mulher e podemos dizer que é essencial como forma de integração maturacional (Rato, 1998; Cruz, 1992). Colman e Colman (1994) dizem-nos que o processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente de mudança e transformação pessoal e social. A gravidez constitui um período crítico de transição, caracterizado por um estado temporário de equilíbrio instável e vulnerabilidade, devido às perspetivas de grandes mudanças internas e externas, a nível da identidade, dos papéis sociais e da imagem corporal da mulher, da aceitação da gravidez e dos problemas psicológicos associados. Raphael-Leff (1997) considera que no início da maternidade a mulher está sujeita a um estado de desequilíbrio interior e de exigência externa em nada semelhantes a qualquer outra experiência da vida adulta e que ela própria tem dificuldade em as explicar.

Na perspetiva de Cordeiro (1994) trata-se de um período de crise não patológica, uma vez que introduz novas condições de vida, obrigando a uma viragem, a uma adaptação e a um novo estatuto, o de mãe. Oliveira (2006) corrobora esta ideia pelo fato da gravidez

obrigar a um conjunto de novas adaptações e reajustamentos, com uma nova definição de papéis e de identidade, em que a mulher passa a ver-se com outros olhos e a ser olhada de forma diferente pela sociedade em que vive. A gravidez e maternidade são consideradas períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida caracterizando-se pela necessidade de resolver as tarefas desenvolvimentais e viver uma crise própria (Canavarro, 2006). A noção de crise está associada à mudança e ao stress, como refere Boss, cit. por Canavarro (2006), mas contrariamente ao que é veiculado no senso-comum, stress não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos, implica sim, necessidade de reorganização. E, se ultrapassado, pode permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais.

Este crescimento por parte da mulher implica o domínio determinadas etapas do desenvolvimento, tais como “a aceitação da gravidez, a identificação do papel de mãe, a reorganização da relação entre si e a sua mãe e entre si e o seu companheiro, o estabelecimento de uma relação com a criança que ainda não nasceu e a preparação para a experiência do parto” (Corbett, 2008, p. 247, citando Lederman). Segundo o autor desde o início da gravidez que, entre mãe e filho se estabelece uma relação afetiva, ativa e recíproca. Todas as mães reconhecem a alegria indescritível do primeiro movimento da criança dentro do útero, mesmo com poucos meses de gestação, difícil de ser explicada por meio de palavras. Assim, quanto maior o período de gestação, mais fortes são os laços que unem mãe e bebé, e logo, maior é o sofrimento e pesar causado pela sua perda, independentemente da duração da vida do bebé, deste ter ou não problemas de saúde (Rolim & Canavarro, 2006).

Considerando que as expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, quando somos confrontados com uma perda gestacional sentimos “enganados”. No nascimento inicia-se um ciclo vital que sabemos terminará com a morte, mas nem sempre essa sequência é lógica e por vezes a morte surge num momento inesperado tornando-se ainda mais doloroso e frustrante (Ampese et al., 2007). Segundo as autoras citando Haas (p. 71) “Este sofrimento aparece em diferentes níveis de intensidade, sendo que geralmente, o grau de intensidade é inversamente proporcional à idade do paciente.” O sentimento que os pais e familiares nutrem pelo seu filho é muitas vezes incompreendido e banalizado pelos outros uma vez que não percebem a relação existente com um ser que nem sequer viveu fora do útero da mãe. Esta incompreensão leva muitas vezes a um sofrimento silencioso por parte dos pais e que condiciona fortemente o processo de luto (Ampese et al., 2007). No seguimento desta ideia referem que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros responsáveis pelos cuidados a estes pais não se sentem

preparados e por vezes afastam-se por não saberem como agir diante delas. Não se tratando apenas de uma perda simples, uma vez que há a sobreposição de duas experiências de perda, uma pela morte em si e outra pela quebra das expectativas e sonhos depositados na gravidez, este assunto torna-se muito delicado e por vezes até difícil de abordar por parte dos profissionais de saúde (Ampese et al., 2007).

Haddad (2010, p.14) afirma que o enfermeiro, ao prestar cuidados a uma mulher que vive uma situação de perda gestacional “entra em conflito com a sua profissão e sua cultura e é capaz de sofrer tanto diante desta situação, que não consegue prestar um cuidado adequado, um conforto naquele momento.” A maioria das vezes, ele consegue perceber a necessidade de cuidados mas diante do seu sentimento doloroso prefere o silêncio e o afastamento. Keating e Seabra (1994, p. 298) são da mesma opinião quando referem que “a morte fetal nem sempre é reconhecida pela sociedade, família e amigos como um acontecimento significativo na vida do casal”. O sentimento de confusão emocional pode levar-nos ao desespero e sentimentos de angústia extrema. É importante para a compreensão destes sentimentos perceber a “dimensão emocional da perda, pois há lágrimas que tem de ser choradas e há gritos que tem de ser gritados” (Chambel, 2007).

As expectativas depositadas na gravidez atualmente são elevadas, uma vez que a decisão de ter um filho geralmente ocorre no momento considerado ideal para a mulher/casal como nos diz Giron (2008) citando Walsh e Mcgoldrick ao referir que quando se perde um filho, perdem-se muitas perspectivas de futuro, pois é neles que se depositam sonhos e projetos. E ainda acrescenta que um filho não é apenas uma extensão ou continuidade biológica dos seus pais, mas também psicológica por ter sido um investimento de cuidado, atenção e carinho. A morte é vivenciada como “perda de um pedaço” de si. Quando a vida de um filho é interrompida, os pais são violentamente atingidos. Duarte e Turato (2010, p.486) relatam que “a morte de um filho antes do seu nascimento costuma representar certa impossibilidade de transcendência de expectativas naturais humanas. Também especificamente interrompe as esperas existenciais depositadas em um projeto particular pertencente à vida da maternidade.” Para o enfermeiro que aguarda junto da parturiente o nascimento de um bebé, a morte transforma-se em frustração, gera sentimento de perda, perda de um sonho, de uma expectativa de vida (Souza e Almeida, citados por Haddad, 2010).

Vicent (1991) diz que à medida que caminhamos pelas várias etapas do ciclo de vida, aproximamo-nos do nosso incontornável destino que é a morte, ficando esta última cada vez mais presente e ocupando um maior espaço no nosso pensamento. Porém, vários acontecimentos podem antecipar o nosso confronto com a morte, sendo dos mais penosos, sem dúvida, a perda de alguém que nos é importante.

Quando se perde alguém que se ama, fica uma sensação de torpor, um protesto. Perde-se parte de si mesmo. Pode surgir culpa, sente-se solidão e um intenso sofrimento. Sofrimento indescritível, quando se trata de um filho pois este foi muito esperado e acalentado, havia sonhos e expectativas que terminam abruptamente (Freitas, 2000). O autor afirma que embora as reações possam ser semelhantes em todas as perdas, o luto pela morte de um filho é o mais intenso por se tratar de uma interrupção, de um corte numa sequência. Para o autor a perda de uma pessoa amada é uma das experiências intensamente mais dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa e incomodativa não só para quem experimenta como também para quem observa.

Após a notícia de perda surgem sentimentos tais como, culpa, impotência, fracasso, desespero, entre outros e é frequente a mulher/casal procurar explicações no sentido de justificar a perda e amenizar a dor. Esta dor será ultrapassada com o passar do tempo à medida que o luto vai sendo elaborado pela família, mas “as lembranças serão perenes, por todo o mundo de imaginação e de idealização criado durante a gravidez” (Ampese et al., 2007, p.71). As autoras citando Braga e Morsch referem que “não é o tempo que determina a intensidade do amor e do afecto que liga o bebé à família, e sim os sonhos, as expectativas e o mundo criado na imaginação familiar para a chegada e participação na sua história” (Ampese et al., 2007, p.72).

No decorrer da gravidez os pensamentos da mulher não contemplam a ideia de que algo pode correr mal, geralmente após a aceitação da gravidez só há lugar para felicidade, construção de sonhos e expectativas para conhecer o novo membro da família. No entanto, nem sempre as coisas terminam como seria desejado e Bodegard, Fyro e Larson citados por Keating e Seabra (1994) referem-nos que, quer falemos do luto subsequente à perda real do bebé, seja durante a gravidez ou após o nascimento, quer falemos dos casos em que se constata anomalias que põem em risco a vida do bebé no período perinatal, há a elaboração da perda, de um período de sofrimento e de dor muito comparáveis entre si.

Ao falar em processo de luto parece pertinente uma definição do mesmo de acordo com a linguagem universal para a enfermagem, a CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que diz: Luto é “Emoção com as características específicas: Sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reacções de perda e pranto, chorar ou solução, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reacção); ajuste, aceitação, reorganização, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas acerca do futuro (fase de aceitação), (CIPE/ICNP – versão 2.0).

Existem vários autores que se debruçaram sobre esta temática e que definiram várias fases para o luto, entre eles, Bromberg (2000) que define o processo de luto em algumas fases, que não consideradas definitivas nem estáticas mas que devem ser consideradas para diagnosticar o que se considera luto normal e luto patológico.

1. Entorpecimento: a reação inicial à perda por morte; ocorre choque, entorpecimento e descrença; a duração pode ser de poucas horas ou de muitos dias.

2. Anseio ou protesto: fase de emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muito anseio por reencontrar a pessoa morta, com crises de dor profunda e espasmos incontroláveis de choro.

3. Desespero: com a passagem do primeiro ano de luto, a pessoa deixa de procurar pela pessoa perdida e reconhece a imutabilidade da perda. Essa fase é muito mais difícil que as anteriores. Surge o sentimento que nada vale a pena na vida, instalando-se a apatia e a depressão.

4. Recuperação e restituição: a depressão e a desesperança começam a se entrelaçar, com frequência cada vez maior, há sentimentos mais positivos e menos devastadores.

Os profissionais de enfermagem são confrontados frequentemente com pessoas em luto e, é por isso importante que estes tenham um conhecimento adequado de todas as etapas do processo de luto assim como a capacidade para o reconhecimento do processo de luto normal e patológico (Freitas & Freitas, 2011). Para isso, durante o processo de luto é importante “aprender a escutar a dor e o sofrimento e nunca sufocá-la”, pois esta poderá vir a manifestar-se de forma mais grave e tornar-se crónica (Ampese et al., 2007). De acordo com as mesmas autoras é importante referir que o processo de assimilação da perda varia de acordo com as vivências e experiências negativas anteriores.

Desta forma é muito difícil o reconhecimento do dito processo de luto normal e patológico, uma vez que o que é considerado patológico para um indivíduo pode ser considerado normal para outro. De acordo com (Freitas & Freitas, 2011, p.28) “quando o luto, num indivíduo em particular, numa determinada cultura em geral, parece desviar-se do percurso esperado, de tal forma que está associado a uma excessiva ou prolongada morbidez física ou psicológica, pode ser considerado psicopatológico.” Pires (2010) corrobora dizendo que “o processo de luto não é algo rígido, e as suas fases não são limitadas no tempo, nem, muitas vezes, sequenciais. Todo o processo de luto é único e pessoal, variando de acordo com a personalidade de cada indivíduo, de acordo com a sua idade e, até mesmo, de acordo com a forma com ocorreu o falecimento da pessoa

significativa.” Walsh e McGoldrick (1998, p. 44) falam-nos de alguns fatores que influenciam a adaptação familiar à perda, entre eles, o momento da perda no ciclo de vida dizendo que no caso de perda prematuras as complicações são mais prováveis e afirmando que “a morte de um filho é a mais trágica de todas as mortes fora de hora, revertendo as expectativas geracionais.” Bromberg (2000) diz que para um casal a morte de uma criança significa a aproximação do seu próprio fim, pois os filhos são como uma continuidade da sua existência. Significa a quebra de um vínculo muito forte que causa alterações na estrutura familiar e leva a uma nova adaptação. Com a morte do filho perdem-se também as expectativas que esses pais construíram, muitas vezes, desde antes da concepção dessa criança. Haddad (2010) ao citar Maldonado refere que por mais que se saiba da possibilidade de ocorrer a morte fetal, quando esta ocorre provoca quebra de expectativas, instalando-se uma situação crítica para a família e profissionais de saúde presentes.

Segundo Walsh e McGoldrick (1998) o sofrimento pode persistir por anos a fio, e até mesmo intensificar-se com a passagem do tempo. O efeito pode ser devastador sobre o casamento, filhos e a saúde da família. Para Bromberg (2000), o processo de luto pode durar anos, durante os quais cada aniversário de descoberta da gravidez, da perda, da data provável do parto, vai evocar novamente a antiga sensação de perda. Quando as famílias não fazem adequadamente o luto das suas perdas, não conseguem seguir em frente com as suas vidas. Por isso é importante apontar o fator tempo como ponto importante do processo de luto, considerado, então, como um indicativo de patologia.

Também é muito importante que as mães possam conversar dividindo os sentimentos que podem surgir. É importante também que as mães saibam que o processo de luto leva algum tempo para ser elaborado. É muito difícil ultrapassar a situação de perda sozinha e a companhia de pessoas próximas é muito importante para a reestruturação (Freitas, 2000). De acordo com a APAV, na sua página on-line, os amigos são fundamentais, sobretudo em momentos mais penosos do processo de luto. Além de assegurarem que a sua solidão não é total, no caso da perda de um filho que não chegou a conhecer mas que sentia diariamente no seu ventre, podem ajudar na expressão dos sentimentos, acolhendo as confidências e lamentos e na racionalização das emoções, quando estas se encontram no limiar do descontrolo, ou fazem sofrer a pessoa na configuração de uma visão pessimista, derrotista, da sua vida e do seu futuro: quando sente que «nada mais faz sentido», ou mesmo que «não valerá a pena viver mais».

Durante todo este processo, é essencial o apoio familiar, social e profissional, por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, uma vez que cabe a este profissional um papel fulcral na forma como os pais lidam e vivenciam as situações de perda.

2. O ENFERMEIRO PERANTE SITUAÇÕES DE MORTE FETAL

Braga (1997, p. 498) citando Cameron, ao descrever a teoria de Leininger, afirma que "a enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e estilo de vida". Os atos do cuidado cultural que são congruentes com as crenças e valores do cliente são considerados como sendo o conceito mais significativo, unificador e dominante para se conhecer, compreender e prever o cuidado terapêutico. O cuidado baseado culturalmente é o fator principal e significativo na afirmação da Enfermagem como curso e como profissão, e no fornecimento e manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos, famílias e aos grupos comunitários. Leininger citada por Cameron (1989) diz que "culturalmente as ações de cuidado de enfermagem e intervenções são previsíveis para manter a saúde do cliente, fornecer satisfação e ajudá-lo a se recuperar de doenças ou incapacidades. O cuidado culturalmente congruente pode também ajudar clientes face à morte de modo significativo e pacífico" (Braga, 1997, p. 500).

Numa visão mais filosófica a enfermagem é definida como a arte de cuidar. O desenvolvimento do sentimento de empatia pelos enfermeiros no atendimento à pessoa doente é de grande importância. O sucesso do tratamento depende, em parte da empatia criada como o Cliente/Utente, pois a mesma tem efeito terapêutico. Takaki e Sant' Ana (2004, p.79) citando Goleman definem empatia, uma palavra de origem grega – *empathia*, como "tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa." Ainda segundo as autoras a empatia, habilidade essencial no cuidar, pode ser realizada de forma verbal e não verbal. Os enfermeiros devem possuir um bom nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento. Para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o enfermeiro preste cuidados individualizados, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa. O fato do profissional ter vivido uma situação semelhante, faz com que consiga cuidar da mulher de uma forma totalmente empática. Marques (1991) afirma que a forma como cada profissional encara estas situações de crise, depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e de todas as suas experiências pessoais prévias.

No estudo realizado por Takaki e Sant' Ana (2004) a falta de tempo em função do grande número de clientes/utentes para serem atendidos foi considerado uma dificuldade na criação da relação empática. Os gestores dos serviços de saúde privilegiam a quantidade em detrimento da qualidade dos cuidados prestados e desenvolver uma relação empática implica gasto de energia e tempo. É importante centrar a nossa atenção no cliente e no meio que o rodeia para ouvir o que é dito (linguagem verbal) e ouvir o silêncio (linguagem não verbal), pois só assim o podemos compreender em todas as suas dimensões de ser humano e respeitá-lo como tal (Stefanelli citado por Takaki & Sant' Ana, 2004).

Na opinião de Mariutti, Furegato, Scatena e Silva (2005, p.84) citando Rudio relação de ajuda é uma “interação terapêutica entre o profissional e o paciente, no qual a pessoa tem a oportunidade de abordar livremente as suas preocupações. É um processo através do qual uma pessoa tenta, conscientemente, ajudar a outra pessoa a aliviar sua ansiedade e aumentar a sua capacidade adaptativa. Deste modo, o mais valioso recurso à disposição da enfermeira é ouvir o paciente.” Em relação à percepção que os profissionais têm da sua atuação Lazure (1994, p.197) diz-nos que em algumas situações os profissionais manifestam sentimentos de impotência. “A prática da relação de ajuda contribui, contudo, para precisar essa impotência, o que lhes permitirá identificar no cliente e na família, as dimensões em que podem, de forma realista, oferecer uma ajuda profissional de qualidade. Visto que a relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade.”

Os cuidados de enfermagem numa situação de perda gestacional influenciam a forma como a mulher/casal aceita a perda e ultrapassa o processo de luto de forma não patológica. Desta forma é muito importante que o enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia tenha uma conduta adequada fundamentada não só no saber cognitivo mas também tendo em conta as experiências vivenciadas na prática. De acordo com Benner (2001) a formação académica assenta no saber cognitivo mas o ingresso na profissão exige a aprendizagem da técnica, onde a competência é sublimada pelas aprendizagens decorrentes da replicação operativa, da experimentação e da partilha de saberes, numa busca constante de atingir a perícia da perfeição.

Miranda (2010) diz que é o *significado* que se atribui a cada vivência, acontecimento ou experiência que promove o crescimento e a mudança da atitude. Pode-se então dizer que ao sentir, aprende-se e forma-se, na medida que dá nova forma à forma feita. O que foi sentido, foi compreendido e valorizado, induzindo a necessidade e a motivação para empreender a mudança. O aprender pela experiência, para além do clássico aprender em contexto de trabalho deve ser valorizada e entendida como essencial. A prática serve de plataforma para refletir e analisar (através da teoria), extraindo ilações que podem ser revertidas para uma aplicação novamente na prática. A experiência também ela é fonte de

conhecimento, na medida que coloca novos problemas que reequacionam as teorias. Vivência e experiência são diferentes, a primeira gera conhecimento (cognitivo incorporado na pessoa, resultado das vivências interiorizadas), da segunda provém a informação (unidade cognitiva autónoma). O Saber é gerado pela interação de ambas. A experiência constrói-se e reconstrói-se levando à formação, e esta à mudança. Assim, da visão inicial, mais tecnicista o profissional assume uma leitura mais ampla daquilo que é ser Enfermeiro que, não desprezando a vertente científica e técnica, assume o utente/cliente como seu parceiro no ato do Cuidar (Miranda, 2010).

De acordo com Pereira (2005, p.148) citando Berbaum “o processo de formação envolve um conjunto de condutas, de interações, entre formandos, formadores e necessidades de formação, tendo sempre em vista determinadas finalidades que podem ser múltiplas, explícitas ou não, mas às quais subjaz sempre uma intenção de mudança. Daí que a formação suscite na actualidade muito interesse, desencadeando o desenvolvimento de muitos estudos no sentido da mudança.” Para a autora o conceito de formação foi-se tornando mais abrangente, e atualmente o formando tem um papel fundamental na sua formação. “A formação inicial deve ser o ponto de partida para a formação contínua, funcionando numa lógica de continuidade. (...) O sentido de inacabamento da formação não implica necessariamente um retorno à escola numa lógica aditiva de saberes, mas pelo contrário, deve ser alicerçada num novo percurso dialéctico entre a formação inicial e a configuração de novos saberes emergentes da realidade dos contextos de trabalho” (Pereira, 2005, p.154).

A comunicação está implícita em todos os aspetos de vida quotidiana. É fundamental para o enfermeiro ter um conhecimento abrangente de todas as formas de comunicação para conseguir compreender a mulher/casal/família que vivencia uma situação de perda gestacional. Phaneuf (2005, p. 23) refere que *“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”*. Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com os utentes, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada. Para que uma comunicação seja considerada eficaz, Sá (1999, p. 27) define vários critérios que devem estar presentes: *“Simplicidade; Clareza; Momento e pertinência; Adaptação; Credibilidade; Congruência e*

Coerência”, devendo ainda ter em conta os seguintes fatores: “*Valorização da conduta não verbal; Aparência física; a postura e a marcha; Expressão facial; Os movimentos das mãos e os gestos*”.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental, quando um indivíduo ou família se apercebe da experiência da perda, especialmente, porque nem todas as pessoas têm a mesma capacidade de gerir reações e emoções perante a morte podendo surgir dificuldades de adaptação e, em consequência, um processo de luto patológico (Cabral, 2005). Como tal, os enfermeiros devem estar preparados para colocar de lado os seus próprios valores e crenças, para que as intervenções sejam adequadas às necessidades específicas de cada membro da família, face às diferentes perceções que têm relativamente à perda (Bobak et al., 1999). Mariutti et al., (2005) no seu estudo referem que a mulher que vivencia uma perda gestacional vive um momento de frustração e luto e necessita de pessoas dispostas a ouvi-la, a entender as suas necessidades, ajudá-la a elaborar as perdas e, se possível, adotar uma atitude positiva em relação à situação e à sua vida futura. Araújo e Silva (2007) corroboram ao referir que alguns autores argumentam que manter a esperança e o otimismo sem mentir, fingir ou ignorar as reais preocupações da mulher/casal é, provavelmente, um dos aspetos mais difíceis do trabalho de quem cuida. Manter o otimismo não significa que conversas sérias ou a expressão de sentimentos negativos ou pessimistas não devam ocorrer. Essas situações podem e devem acontecer, no entanto devem ser seguidas de ideias construtivas.

Souza e Almeida citados por Haddad (2010) referem que o enfermeiro, ao interagir com a mãe em situação de perda gestacional vivencia situações de sofrimento, difíceis e frustrantes. Muitas vezes preferiam não ter de prestar cuidados a estas mulheres deparando-se com a situação de morte e impotência. A autora citando Luz et.al., diz que os profissionais “fogem” por não saberem o que dizer, com medo de magoar a mãe. Na fase inicial para aceitação da morte há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. É mais importante uma manifestação de sentimentos por um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas por um silêncio e “estar ali com ela”. Diante de toda complexidade que envolve a situação, muitas vezes não existe uma estratégia de ação por parte dos profissionais de saúde perante o caos emocional que nesse momento toma conta das mulheres e suas famílias. Dados da literatura mostram-nos que o nascimento de um bebé morto, evoca um certo sentimento de culpa na própria equipa de obstetrícia, a partir do qual, há um questionar da própria atuação e uma preferência por não falar no assunto, o que acaba por implicar um certo desamparo às mães que ficam sem entender o que aconteceu e o porquê de terem perdido os seus filhos. Há por tudo isso, a necessidade de entender a dinâmica emocional das mulheres que passam por uma situação destas, como se dá a

elaboração do luto nesses casos e, quais as possíveis consequências psíquicas (Klaus & Kennell, 1993).

Essas mulheres estão, muitas vezes, fragilizadas, desorganizadas, incoerentes, assustadas e paralisadas, a precisarem de paciência e de atenção. A ação dos profissionais de saúde e especificamente dos enfermeiros deve estar pautado no sentimento de perda e luto que as mulheres vivenciam e que não conseguem ou não podem expressar (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006). De acordo com um estudo realizado por Ampese et al. (2007) deverá existir por parte da enfermagem uma preocupação para a importância de estar sempre junto da mulher/mãe desde o diagnóstico, bem como no momento e após o nascimento, a fim de lhes proporcionar os cuidados, bem como prestar as orientações e informações necessárias. Para Freitas e Freitas (2011, p.28) “a intervenção do enfermeiro visa ajudar a pessoa enlutada a lidar com a perda de forma adaptativa, reorganizando as crenças acerca de si e do mundo, ou seja, pretende-se que a pessoa estabeleça um novo equilíbrio que lhe permita, não ultrapassar a perda, mas aprender a viver com ela”. De acordo com a fase em que o enfermeiro inicia a sua atuação perante a pessoa enlutada a intervenção pode ser de aconselhamento ou terapia, o primeiro relacionado com suporte e prevenção e a segundo com o luto disfuncional.

Gomes, Costa, Pinto e Martins (2003, p.52) citando Kauffman referem cinco componentes que a enfermeira deve ser conhecedora para iniciar junto de uma pessoa/família que vive o luto o processo de cuidar. São eles: “**o conhecimento**: o enfermeiro conhece o significado da perda para a mulher/família; **estar com**: o enfermeiro compreende os vários sentimentos e percepções transmitindo aceitação à mulher/família; **fazer por**: o enfermeiro executa uma diversidade de actividades de forma a proporcionar bem-estar; **capacitar**: o enfermeiro oferece opções para os cuidados, quer no hospital quer após a alta. A mulher/família faz as questões que desejar; **continuar a acreditar**: o enfermeiro desenvolve actividades, como estar com a família, de forma a encorajar a mulher e a família a acreditar nas suas capacidades de reorganização.” De acordo com as autoras para que o enfermeiro consiga criar uma relação empática com a mulher/família após ser conhecedor destas cinco componentes deve *saber ser, saber estar e saber fazer*. Carvalho e Meyer (2007, p. 42) afirmam que “a postura do profissional, nestes momentos, é a de simplesmente permanecer junto, como uma presença de apoio, respeitando as reações da mulher e auxiliando para que as expresse.” De acordo com Rolim e Canavarro (2006) algumas vezes é suficiente estar presente, saber escutar, tocar, ou até mesmo abraçar e comover-se com a mãe.

Tal como já foi referido várias vezes, cada pessoa reage à morte e elabora um processo de luto de maneira diferente, tendo em conta vários aspetos inerentes à sua

situação e à sua experiência pessoal. Isto é válido quer para a mulher/família em luto quer para os profissionais de saúde que prestam cuidados a esta família enlutada.

De acordo com Gomes et al. (2003, p.52) “quando há sofrimento devemos evitar a mentira, evitar usar muitas palavras, tentar escutar mais do que falar e oferecer breves manifestações de condolência e simpatia.” Para as autoras é importante que o enfermeiro use as palavras morrer e morreu em vez de as omitir para não confrontar a família com a verdade absoluta de perda de um ente querido. O enfermeiro deve permitir a privacidade do casal se ele assim o desejar ou permanecer junto deles de acordo a sua vontade. Deve motivar a mulher/família a manifestar os seus sentimentos, a chorar se assim o entenderem de forma a não reprimirem a sua ira que por vezes é com os profissionais e outras vezes até com Deus. De acordo com Keating e Seabra (1994) a ajuda por parte dos profissionais deve traduzir-se na disponibilidade de tempo para escutar, tentando compreender o significado da perda para a família e ajudando os pais a exprimir os seus sentimentos em palavras. Contudo as autoras referem que nem sempre esta disponibilidade é a melhor pois muitas vezes os profissionais respondem à ansiedade provocada por uma morte perinatal evitando a família. Tal fato é compreensível se tivermos em conta que os profissionais que prestam cuidados nestas situações são, por formação, vocacionados para lidar com uma realidade oposta, o início da vida. Amirali e Dias (2010) falam-nos dos mecanismos de defesa dos enfermeiros de forma a neutralizar as emoções e lidar com as situações de morte. Estes mecanismos funcionam como alternativa perante situações incómodas como a perda gestacional, geradora de ansiedade, tristeza, revolta e impotência. Este sentimento de impotência é referenciado ainda durante o processo de aprendizagem no contexto de ensino clínico, tal como nos diz Rua, M (2011, p.3) ao afirmar que “o sofrimento e a morte são aspectos sobre os quais os estudantes fazem inúmeras reflexões, sobretudo à sua incapacidade para minorar esse sofrimento (em algumas situações), ou a sua impotência perante uma morte anunciada ou mesmo súbita”, referindo-se aqui a situações de perda gestacional.

Para Carvalho, Silva, Nunes, Ascenso e Paz (2010, p. 178) “Os enfermeiros devem proceder a uma avaliação das suas próprias ansiedades e sentimentos, pois só assim serão capazes de vencer o obstáculo criado pela “conspiração do silêncio”, proporcionando ajuda à família no seu processo adaptativo à perda.” É importante que os enfermeiros procurem obter conhecimentos acerca do modo de transmissão de más notícias. De acordo com as autoras “não existe problema em emocionar-se e estar triste, pois isso só exprime empatia com a família que está num processo de luto.” Rolim e Canavarro (2006) também se manifestam sobre esta temática e referem que o desconhecimento do processo de luto pode levar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia a preferirem não tocar no

assunto, pensando que se não mencionarem o bebê não lembrarão à mãe a sua perda, criando-se uma espécie de conspiração de silêncio que pode dificultar a aceitação da perda e atrasar o processo de luto, não ajudando a reconhecer a perda e ventilar emoções. Segundo Cardoso (2002) o profissional poderá dizer: “Estou triste por si...”; “Como está a passar por tudo isto?”; “Isto deve ser duro para si!”; “O que posso fazer por si?”; “Tenho muita pena...”; “Estou aqui disposta a ouvi-la...”; “Em que posso minimizar a sua dor?”... Por outro lado, o profissional não deverá jamais proferir frases como: “A senhora é nova, pode ter outros...”; “Tem um anjo no céu...”; “Isto foi a melhor solução...”; “Foi melhor isso acontecer antes de conhecer o bebê!”; “De qualquer maneira o bebê tinha um problema!” e não deve chamar ao bebê um “feto” ou um “isto/aquilo”.

A comunicação da morte de um bebê é sempre um momento difícil para qualquer profissional de saúde que se sente impotente e tem de lidar com o seu próprio fantasma da morte (Cabral, 2005). Segundo Leal (2005) no caso de morte fetal as más notícias devem ser dadas aos pais promovendo a privacidade, de uma forma clara e calma, para que estes possam reagir sem constrangimentos sociais. É importante que a notícia não seja dada à mãe quando esta se encontra sozinha, pois posteriormente os enfermeiros terão de prosseguir como seu trabalho e esta ficaria só e desamparada. Se possível, a notícia deve ser dada sempre na presença do marido ou pessoa significativa, permitindo que coloquem todas as questões que se levantam no momento. Kennell citado por Ferreira, Góis, Faria, e Correia (1990, p. 401) é da mesma opinião ao referir que “todas as informações relativas à situação devem ser dadas a ambos os pais, (...) para que possam receber e discutir juntos a informação, a fim de serem mantidos os padrões de comunicação e relacionamento do casal”. Desta forma o enfermeiro deve proporcionar privacidade ao casal e promover a comunicação entre eles (Gomes et al., 2003).

O enfermeiro deve incentivar a expressar os sentimentos. O silêncio também pode ser uma atitude terapêutica, pois a mulher/casal tem a oportunidade de analisar o que aconteceu e reorganizar o seu pensamento, o importante é estar presente e disponível (Perry, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, após a perda geralmente surgem sentimentos de irritação, culpa e tristeza. O enfermeiro deve ter disponibilidade para ouvir a expressão destes sentimentos ajudá-los a compreender as suas reações dolorosas tranquilizando-os, informando que estas respostas são normais e que o período de luto é extenso.

De acordo com Callister (2006) citado por Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010) o fato de muitas vezes a perda gestacional ocorrer de forma inesperada e imprevisível contribui para aumentar o choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebê. Nazaré et al., (2010) diz que a nível emocional ocorrem sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, choque, desilusão, entre outros. Cognitivamente os

sintomas mais referidos são de baixa auto-estima, confusão e dificuldade de concentração, na dimensão comportamental ocorre frequentemente agitação, fadiga, choro, isolamento. As sensações somáticas mais frequentes são dificuldade respiratória, palpitações, náuseas, insónias e pesadelos. As perdas experienciadas pelos pais durante a gravidez geram respostas emocionais específicas, entre outros, de natureza comportamental, nomeadamente aspetos observáveis no comportamento, como: agitação, fadiga, choro e isolamento (Rolin & Canavarro, 2006). Freitas (2000, p. 48) corrobora esta ideia e afirma que “a morte de um filho abala o equilíbrio familiar. Há diferentes reações entre os membros da família. A mãe, frequentemente, sente mais culpa por ter falhado nos cuidados maternos, que podem ter contribuído para a morte do filho”.

Outra situação delicada nos casos de perda gestacional é o momento do parto e o ver o bebé. As opiniões dividem-se, se para uns é importante que a mulher/casal veja o bebe morto para ter a confirmação e prosseguir a sua vida, para outros ver o bebé é um trauma, muitas vezes um bebé aparentemente normal, o que dificulta a aceitação atrasa o processo de luto numa busca constante de causas para situações muitas vezes inexplicáveis. Neste contexto Tinoco (1999) refere que embora se reconheça que morrer é uma etapa da vida, tão natural como nascer, a morte continua a ser um acontecimento de vida gerador de stress, medo e grande angústia. Haddad (2010) diz que os profissionais de saúde se sentem responsáveis pela manutenção da vida, sendo a morte considerada como um insucesso, um fracasso, causando uma grande angústia àqueles que a presenciam.

Na opinião de Cabral (2005), as famílias que não têm qualquer contacto com o seu bebé acabam por se arrependem, o que vai dificultar o processo de luto. Contudo, devem ser respeitados os desejos do casal e não forçar uma coisa que eles não pretendem (Perry, 2008). De acordo com Cardoso (2002, p.31) “nos casos em que os pais evidenciem uma notória dificuldade em aceitar a morte do seu filho, o modo mais simples e, talvez, mais eficaz de ajudar os pais a confirmar a morte é deixá-los ver o bebé.” A decisão de ver o bebé cabe aos pais e os profissionais devem antes de mais respeitar a sua vontade. Segundo a autora a decisão de ver ou não o bebé deve ser tomada durante o trabalho de parto porque assim os pais tem mais tempo para decidir e não é uma decisão apressada e momentânea. Também Rolim e Canavarro (2006) corroboram esta ideia ao dizer que o processo de luto pode ser prejudicado quando os pais não podem ver o bebé, não lhe deram um nome, não participarem em cerimónias fúnebre e não sabem onde se encontra. Além disso, pode ser importante fornecer recordações do bebé, consoante a decisão do casal, preparando-os para o que vão ver (por exemplo, pode dar-se a possibilidade de ver e pegar ao colo, saber o sexo do bebé, tirar fotografias, entre outras coisas).

Na mesma linha de pensamento Carvalho e Meyer (2007, p. 37) citando Bowlby referem que “é de extrema importância que os pais possam ter contacto com o bebé falecido após o nascimento.” Esse contacto, vê-lo, tocá-lo e segurá-lo ajuda-os a tomar consciência da realidade e facilita o processo de luto. Pelo contrário afastar os pais da situação de morte dificulta o processo. Cabral (2005) refere que quando se vai mostrar o bebé aos pais deve fazer-se com que este tenha o melhor aspeto possível. E caso outros familiares desejem ver o bebe, também o devemos permitir pois assim compreenderão melhor a necessidade dos pais e podem ajudá-los a fazer o seu luto. Perry (2008, p.996), também refere que “a prestação de cuidados sensíveis aos pais enlutados implica a inclusão das suas famílias no processo de luto (...) os filhos, os avós e a família alargada deverão ser envolvidos nos rituais que envolvem a morte.”

Outro aspeto a ter em conta na situação de perda gestacional é a necessidade de acolher as puérperas num ambiente mais isolado da maternidade de forma a não terem de ser confrontadas com mães que tem os seus bebés consigo (Ampese et al., 2007).

No momento da alta deve ser explicado à mulher/casal/família que chegando a casa é importante que se confrontem com o quarto e os objetos do bebé e que embora seja doloroso facilita o processo de luto. Também é importante informar os casais da existência de grupos de entreatajuda de pais enlutados, uma vez que, a partilha de experiências entre casais passaram por esta situação à elaboração do luto (Rolim & Canavarro, 2006).

A atuação de enfermagem deve ter sempre em conta uma correta e eficaz colheita de informação de forma a que os diagnósticos de enfermagem elaborados e as respetivas intervenções prescritas vão de encontro às necessidades fisiológicas e psicossociais do luto e possíveis alterações que surjam durante este processo.

De acordo com Rolim & Canavarro (2006, p. 282-291), o esboço para um Protocolo Terapêutico de Enfermagem para Situações de Perda/Luto poderá contemplar quatro etapas. A primeira etapa consiste na avaliação da natureza da perda (morte intra-uterina, morte neonatal, malformação), do tipo de perda (súbita e inesperada: aborto espontâneo, morte à nascença, morte neonatal; ou induzida: interrupção médica da gravidez, perda por anomalia congénita) da intensidade e consistência da ligação ao embrião/feto/bebé na altura da perda, idade dos pais, processo de adaptação à perda, história psiquiátrica prévia, experiências prévias, recursos familiares, sociais, profissionais e financeiros. Nesta fase, é importante informar e sensibilizar todos os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e demais profissionais de saúde, de modo a capacitá-los para uma mais rápida e fácil sinalização da mulher/casal em risco formando uma “aliança terapêutica” com os pais, que só é possível propiciando um clima de empatia, aceitação, confiança e respeito mútuo.

A segunda etapa destina-se a favorecer a aceitação da perda, através de apoio para desbloquear a comunicação e favorecer a expressão de sentimentos. Para tal, é fundamental facultar informação detalhada acerca da situação clínica para facilitar uma decisão adequada e providenciar acompanhamento psicológico, tendo em atenção que as diferentes reações do casal podem causar desentendimentos.

A terceira etapa consiste em dar a conhecer o processo de luto. Como tal, é essencial informar acerca das fases do processo normal de luto e as respostas normais que o acompanham, adaptando a intervenção psicológica ao tipo de luto desenvolvido pelos pais. Em caso de malformações ou morte fetal, cabe ao Psicólogo e o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia cativar os pais a desenvolver potencial psicológico, de modo a criar sentimentos de auto-estima, auto-confiança e auto-competência. Contudo, é primordial reavaliar psicologicamente os pais semanas mais tarde, alertando-os para o facto de que aceitar a perda do filho não significa o seu esquecimento.

A quarta e última etapa corresponde à (re)introdução do padrão de rotina habitual, construção de novos significados e alternativas de vida. Neste sentido, o processo de intervenção psicológica destinado a ajudar os pais que passaram pela experiência de uma perda tem como objetivo garantir a sua adaptação, ajudar a restabelecer os habituais padrões de funcionamento individual e familiar e prevenir recaídas emocionais (sobretudo, em gestações futuras). No seguimento desta intervenção, deve realizar-se uma avaliação relativamente à sua eficácia e, sempre que necessário, reajustar os objetivos terapêuticos às situações e diferenças individuais.

Para além da responsabilidade e desgaste emocional implicados, as perdas das mulheres/casais acabam por se reverter também em perdas para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que necessita de reconstruir o seu trabalho de todos os dias de uma forma válida e significativa, para sentir-se coerente como pessoa e profissional.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5. MATERIAL E MÉTODOS

Este capítulo pretende clarificar a investigação descrevendo o objetivo e desenho do estudo e explicando a opção do paradigma científico adotado, no qual se apresenta a descrição dos participantes no estudo, do processo de colheita de dados e da análise dos resultados abordando procedimentos éticos e os critérios de rigor.

5.1 – OBJETIVO DO ESTUDO

A gravidez comporta um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais, envolvendo não só o casal e família mas todo um contexto cultural onde estão inseridos. A perda gestacional acarreta conseqüentemente uma série de alterações que vão influenciar definitivamente a vida de quem passa por essa experiência.

A forma como a Mulher/Casal/Família encara a perda de um filho depende e é condicionada por muitos fatores, tais como experiências anteriores, idade, forma como ocorreu a perda, entre outros não menos importantes. . No entanto a forma como vivem este momento é fortemente influenciada pelo acompanhamento dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia. Justifica-se por isso, um estudo nesta área do conhecimento que nos ajude a melhor compreender as vivências do enfermeiro prestador de cuidados com vista à melhoria da qualidade do seu desempenho profissional indo de encontro às necessidades das Mães/Casais/Famílias que experienciaram situações de perda, e em que um momento de alegria, felicidade e esperança num futuro prometido se transforma de tal modo em que todos os envolvidos se veem confrontados com uma tristeza não mensurável.

Tendo por base esta problemática definiu-se a seguinte questão de investigação: “Quais as vivências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia enquanto profissional de saúde que cuida em situação de perda gestacional e processo de luto?”

Esta questão deu lugar à definição dos seguintes objetivos do estudo:

Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros ao cuidar em situação de perda gestacional e processo de luto;

Compreender as reações/ações dos enfermeiros perante casais que vivenciam uma situação de perda gestacional;

Identificar os constrangimentos vividos pelos enfermeiros no cuidar em situação de perda gestacional;

Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para cuidar em situação de perda gestacional.

5.2 – DESENHO DO ESTUDO

O estudo insere-se no paradigma qualitativo privilegiando a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenómenos sociais. Ao abordar a subjetividade assegura que a sociedade é o resultado da reciprocidade das ações existentes entre os seus atores. Desta forma o objeto de análise é elaborado com vista à posterior ação, que concerne não só o comportamento mas os significados atribuídos pelos atores e por aqueles que interagem com ele (Minayo, 2007).

De acordo com Erickson (1986) citado por Bogdan e Biklen, na investigação qualitativa, há um interesse particular pelo modo como as pessoas dão sentido às suas vidas o que leva a um enfoque na dinâmica interna das situações, que é diversas vezes invisível ao observador exterior. Assim é colocada ênfase na compreensão do fenómeno.

A escolha desta corrente do pensamento detém-se no fato de se considerar ser a melhor forma de compreender as vivências dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados em situações de perda gestacional, visto tratarem-se de experiências únicas fazendo sentido serem interpretados por quem as vivencia. Compreender implica interpretar, estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Como tal compreender o que representa a perda gestacional para os enfermeiros, qual a sua experiência com as famílias enlutadas implica perceber quais as suas atitudes e comportamentos profissionais nestas situações, a forma como consideram a sua atuação e quais as suas necessidades de formação.

Enveredou-se pela abordagem fenomenológica, na medida em que, a sua utilização nos vai permitir compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros quando lidam com casais que sofreram uma perda gestacional. A compreensão do significado destas experiências poderá ter implicações positivas na atuação futura dos enfermeiros perante estes casais, uma vez que dessa compreensão se poderá adequar comportamentos e

atitudes profissionais indo de encontro às necessidades destes casais, conduza essa que se traduzirá naturalmente em melhoria na qualidade dos cuidados. De acordo com Van Manen (2007) podemos dizer que a fenomenologia opera no espaço da relação de formação entre o que somos e o que podemos ser, entre a forma como pensamos ou sentimos e como agimos. Entenda-se aqui o profissional que somos e aquele que poderemos vir a ser decorrente desse crescimento interior bem como a consciencialização daquilo que pensamos e sentimos em cada situação que vivemos e em como as nossas atitudes e comportamentos se poderão ou não inserir no quadro de valores e expectativas daqueles de quem cuidamos e que nos dá sentido profissional.

Streubert e Carpenter (2002, p.46) citando Beck referem que “ a fenomenologia proporciona à enfermagem novos modos de interpretar a natureza da consciência do mundo”. Ao citarem Rose, Beeby e Parker realçam que “o propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno é a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana” (Streubert & Carpenter (2002, p.55). De acordo com Van Manen (2007) a fenomenologia é um projeto de reflexão sóbria sobre a experiência vivida da existência humana. Sóbrio, no sentido de que refletir sobre a experiência deve ser bem planeado e, tanto quanto possível, livre de influências teóricas, prejudiciais e hipotéticas. A fenomenologia é também impulsionada pelo fascínio sendo os investigadores levados por uma espécie de feitiço proporcionando resultados fascinantes que alteram a nossa forma de estar.

5.3 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do estudo fizeram parte 10 enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia a exercer funções nos serviços de obstetrícia/sala de partos da Maternidade Bissaya Barreto. Como tal, as referências que neste estudo se façam aos enfermeiros reportam-se aos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia Como critérios de inclusão iniciais considerou-se ter a especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia e trabalhar em serviços onde tivessem contacto com mulheres/casais que tivessem vivido uma experiência de perda gestacional.

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico intencional, uma vez que a amostra foi selecionada com base no conhecimento das experiências vividas por cada participante, mediante a sua disponibilidade e vontade em transmitir as suas vivências face ao fenómeno em estudo. Como refere Polit, Beck e Hungler (2004, p. 229) “o pesquisador pode decidir seleccionar, propositadamente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou particularmente conhecedores do assunto em estudo.” Entendem ainda que o tamanho da amostra deverá ser definido em função da finalidade do estudo e “os estudos fenomenológicos são tipicamente baseados em amostras de 10 ou menos participantes” (Polit et al., 2004, p. 237) compreensível pelo seu grau de profundidade do fenómeno em estudo.

5.4 – COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em estudos de carácter qualitativo, a fonte de dados mais utilizada é a entrevista pois permite focar os temas centrais das experiências e sentimentos de um grupo sobre um assunto ou circunstância particular (Hutchinson & Wilson, 2007). Através da entrevista consegue-se recolher reflexões do próprio participante sobre a realidade vivida, como ideias, formas de atuar, condutas, projeções, razões conscientes ou inconscientes e determinadas atitudes e comportamentos.

A modalidade escolhida foi a entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (2007), ao aliar perguntas fechadas e abertas, permite ao participante a oportunidade de discursar livremente sobre o tema não dependendo da questão apresentada.

Para facilitar a condução da entrevista foi elaborado um guião (Anexo I), o qual é composto por duas partes, em que a primeira diz respeito à caracterização da amostra, e a segunda parte compreende os temas a serem abordados ao longo da entrevista

A realização e transcrição das entrevistas decorreram entre Outubro 2011 e Abril 2012. O local e dia das entrevistas foram definidos de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes, tendo como única preocupação da parte da investigadora a placitude do local escolhido, para que os participantes se sentissem bem e de modo a assegurar a confidencialidade dos dados colhidos, na medida em que quanto maior a sensação de conforto por parte de cada participante, mais fácil lhe será transmitir as suas

vivências isto é os dados procurados (Streubert & Carpenter, 2002) e que constituem em si o cerne do estudo.

De referir que inicialmente era pretendido executar colheita de dados na instituição onde trabalham, mas perante impedimentos burocráticos optou-se por recolher os dados fora da instituição, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para assegurar a autorização para a realização do estudo e a sua credibilidade procedeu-se à sua notificação e pedido de autorização à Comissão Nacional da Proteção de Dados, o qual após autorização concedida ficaria com o processo número 2446 (ANEXO IV).

No início de cada entrevista procedeu-se à explicação dos objetivos da investigação e todos os participantes assinaram o consentimento informado (ANEXO II).

As entrevistas tiveram uma duração que variou entre 15 e 35 minutos. Utilizou-se a gravação em registo áudio para que houvesse um registo completo e fiel de todos os dados fornecidos pelos participantes. Todos os participantes deram o seu consentimento para a realização da entrevista e gravação dos dados, de forma livre e esclarecida. Durante as entrevistas houve a preocupação de criar um clima de simpatia, confiança e harmonia, que permitisse a expressão natural e espontânea por parte dos participantes, de forma a atingir o máximo de profundidade sobre o fenómeno em estudo.

5.5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS E CRITÉRIOS DE RIGOR

De acordo com Polit et al., (2004, p.367) “as escolas de fenomenologia desenvolveram diferentes abordagens para a análise de dados.” No presente estudo foi utilizada a escola de Utrecht, de origem holandesa, que combina características da fenomenologia descritiva e interpretativa. Nesta abordagem o pesquisador tenta captar o significado essencial da experiência estudada – método de Max Van Manen.

De acordo com Van Manen citado por Polit et al. (2004, p.369) “os temas podem ser descobertos ou isolados a partir das descrições da experiência relatadas pelo participante de três maneiras diferentes: (1) abordagem holística, (2) abordagem seletiva ou enfatizada e (3) abordagem detalhada ou ponto-por-ponto”. No presente estudo optou-se pela abordagem seletiva em que o pesquisador sublinha, enfatiza ou extrai informações ou frases que parecem essenciais para a experiência em estudo.

De acordo com Morse (2007, p. 45) citando Van Manen após a transcrição das entrevistas o investigador deverá inspecionar o diálogo, as palavras descritivas salientadas,

seguir fontes etimológicas e procurar nas transcrições frases idiomáticas que ajudem a compreender a experiência.

O processo iniciou-se pela transcrição das entrevistas após a sua realização de modo a que não se perdesse o contexto em que tinham sido realizadas e para que se procedesse à sua validação. Desta forma permitiu também, nas entrevistas seguintes, o aprofundamento de determinados temas que iam surgindo com a análise do verbatim das primeiras entrevistas. Paralelamente à realização e transcrição das entrevistas foi sendo elaborada uma tabela para facilitar a análise do conteúdo das mesmas. Da tabela fazem parte as categorias definidas pelo pesquisador, as subcategorias e as unidades de registo que validam as categorias (Anexo III). A construção desta tabela foi acompanhada por um perito na área de forma a validar a análise e interpretação dos dados.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados, analisados e discutidos os dados evidenciados na investigação. Inicialmente é feita a caracterização da amostra e posteriormente a análise e discussão dos resultados.

6.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por dez Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo que um não está a exercer neste momento funções de especialista, todos de nacionalidade Portuguesa.

Nove são do sexo feminino e um do sexo masculino.

As idades variam entre os 31 e os 53 anos.

Cinco são solteiros, quatro casados e um viúvo.

Em relação ao local de residência oito vivem na cidade e dois na aldeia.

Quando questionados sobre a religião oito dizem-se crentes na religião católica e dois são agnósticos.

Todos exercem funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto.

O tempo de serviço varia entre os 6 e os 29 anos. Um possui além do CPLEESMO um mestrado na mesma área e dois estão neste momento a frequentar o mestrado.

6.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente será feita a apresentação, análise e discussão dos resultados. Para facilitar a compreensão serão apresentadas as categorias elaboradas com base nos resultados obtidos, seguidas das suas subcategorias e as unidades de registo que as sustentam. Posteriormente serão apresentados os achados bibliográficos que suportam as categorias encontradas.

Tendo em vista a melhoria da qualidade de cuidados prestados às Mulheres/Casais/Famílias que passam por uma situação de perda gestacional é importante perceber o significado que os enfermeiros atribuem a este fenómeno.

Significado da perda gestacional, na perspetiva dos enfermeiros

Quando questionados sobre o significado da perda gestacional os profissionais revelaram: Perda de um sonho, Quebra das expectativas e Projeto inacabado.

A perda de um sonho emerge na análise das entrevistas associada ao momento em que tudo se modifica com a perda gestacional e em que os planos que se tinham construído para atingir uma meta caem por terra dando lugar à desilusão. É o sonho que se perde, o sonho que termina naquele momento, como revelam as unidades de registo - “A *perda gestacional é a perda de um sonho...*”. E3, E7; “*Significa a perda de um sonho, a perda de uma meta que eles tinham programado os dois atingir*” E9; “*...essa perda poderá significar a perda ou o fim de um sonho (...) a perda é uma desilusão (...) é o derrubar do tal sonho.*” E4; “*Perder um filho, perder um sonho! (...) e o sonho termina.*” E5; “*há uma quebra num sonho*” E10

Perante tal evidência de que para os enfermeiros a perda gestacional significa a perda de um sonho, também autores como Giron (2008) citando Walsh e Mcgoldrick realçam isso mesmo ao referir que quando se perde um filho, perdem-se muitas perspetivas de futuro, pois é nele que se depositam sonhos e projetos. Igualmente Freitas (2000) corrobora esta ideia ao apresentar o sofrimento vivido com a morte de um filho como algo indescritível, pois este filho foi muito esperado e acalentado, e que havia sonhos e expectativas que terminaram abruptamente. Para o enfermeiro que junto à parturiente espera a chegada de um bebé, a morte transforma-se em frustração, gera sentimento de perda, perda de um sonho, de uma expectativa de vida (Souza e Almeida, citados por Haddad, 2010).

A quebra das expectativas, no discurso dos informantes, é associada ao que se esperava com a gravidez, ao que se tinha idealizado enquanto projeto grandioso, de esperança, ao filho que já se tinha mentalmente e de forma gradual construído na imaginação e que de forma abrupta termina, se quebra - *“Perda gestacional é quando há uma quebra das expectativas que a grávida tinha...”* E1; *“Ao longo da gravidez eles vão construindo algumas ideias, algumas ilusões, vão construindo um filho. É o perder de um filho, de um bebe que eles já idealizaram.”* E9; *“quando se está grávida é um momento de um projeto grandioso, de esperança, de expectativas que de repente termina abruptamente”* E3.

Além da perda de um sonho os profissionais também referem que ao perder um filho há uma quebra de expectativas criadas durante a gravidez. Tanto Freitas (2000) como Ampese et al., (2007) realçam essa quebra das expectativas ao referir que quando ocorre uma perda gestacional sentimo-nos “enganados”, considerando que as expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte reforça. Não se trata apenas de uma perda simples, uma vez que há a sobreposição de duas experiências de perda, uma pela morte em si e outra pela quebra das expectativas e dos sonhos depositados na gravidez (Ampese et al., 2007).

Curiosamente, Bromberg (2000) interioriza esta quebra de expectativas causada pela morte de uma criança no seio do casal como a aproximação do seu próprio fim, pois os filhos são como uma continuidade da sua existência. Significa a quebra de um vínculo muito forte que causa alterações na estrutura familiar e leva a uma nova adaptação. Com a morte do filho perdem-se também as expectativas que esses pais construíram, muitas vezes, desde antes da concepção dessa criança. Haddad (2010) ao citar Maldonado corrobora esta ideia referindo que por mais que se saiba da possibilidade de ocorrência de morte fetal, quando esta ocorre provoca quebra de expectativas, instalando-se uma situação crítica tanto para a família como para os profissionais de saúde presentes.

Projeto inacabado é a última subcategoria desta categoria, fortemente ligada às duas primeiras subcategorias em que a perda gestacional é associada ao fim de um projeto de vida que se havia construído, mas que não se teve a oportunidade de acabar, pelo que fica inacabado, como validam as unidades de registo - *“a perda gestacional é um projeto que fica inacabado”* E3, E7; *“A perda gestacional encaro como a perda de um projeto”* E8; *“é uma situação muito complicada porque envolve um projeto de vida a dois que acaba”* E10; *“(...) se perde esse bebé tudo acaba...”* E5.

A este propósito, Giron (2008) refere que a perda de um filho é a perda de um sonho, de um projeto, de um filho que é uma extensão ou continuidade não apenas biológica de

seus pais, mas também psicológica por ter sido investido cuidado, atenção e carinho. Neste contexto a morte é vivenciada como “perda de um pedaço” de si e quando a vida de um filho é interrompida, os pais são violentamente atingidos. Na mesma linha de pensamento se encontram Duarte e Turato (2010, p.486) quando relatam que “a morte de um filho antes do seu nascimento costuma representar certa impossibilidade de transcendência de expectativas naturais humanas. Também especificamente interrompe as esperas existenciais depositadas em um projeto particular pertencente à vida da maternidade.” Também Freitas (2000) corrobora esta ideia ao afirmar que embora as reações possam ser semelhantes em todas as perdas, o luto pela morte de um filho é o mais intenso por se tratar de uma interrupção, de um corte numa sequência esperada.

A descrição do processo de luto pelos profissionais

Após a perda gestacional inevitavelmente vão ocorrer transformações na vida do casal/família e que vão alterar as suas vidas para sempre. Todos passam por várias etapas às quais chamamos Processo de Luto. Os enfermeiros têm um papel importante na percepção deste processo e na forma como cuidam para ajudar a ultrapassar os momentos difíceis, motivo pelo qual foram questionados como encaram o processo de luto vivenciado pelas mães/casais. Os resultados foram agrupados em três subcategorias, Processo prolongado, Processo com várias fases e Processo penoso.

Processo prolongado é a descrição feita por alguns enfermeiros em relação à duração do processo de luto, que como sabemos não é estático e varia de acordo com vários fatores. No entanto, todos têm conhecimento que é um processo longo e que se pode tornar patológico como confirmam as unidades de registo – “*É um processo muito prolongado que não termina connosco após a alta mas que pode durar meses e até anos a ficar resolvido.*” E3; “*O processo de luto é um processo às vezes prolongado.*” E1; “[*na fase inicial*] *se não chora é porque vai fazer o luto mais tarde e com problemas...*” E2

Perante esta descrição também Ampese et al. (2007, p.71) relatam a durabilidade do processo ao dizer que a dor provocada pela perda será ultrapassada com o passar do tempo à medida que o luto vai sendo elaborado pela família, mas “as lembranças serão perenes, por todo mundo de imaginação e de idealização criado durante a gravidez.” Durante o processo de luto é importante “aprender a escutar a dor e o sofrimento e nunca sufocá-la”, pois esta poderá vir a manifestar-se de forma mais grave e tornar-se crónica. Walsh e Mcgoldrick (1998) defendem que o sofrimento pode persistir por anos a fio, e até mesmo intensificar-se com a passagem do tempo. O efeito pode ser devastador sobre o casamento, filhos e a saúde da família.

Para Bromberg (2000), o processo de luto pode durar anos, durante os quais cada aniversário de descoberta da gravidez, da perda, da data provável do parto, vai evocar novamente a antiga sensação de perda. A autora define a reação inicial à perda por morte, ou seja, a primeira fase do processo de luto como entorpecimento dizendo que ocorre choque, entorpecimento e descrença. Perry (2008) corrobora com esta ideia e dizendo que o enfermeiro deve ter disponibilidade para ouvir a expressão dos sentimentos expressos pelos pais e ajudá-los a compreender as suas reações dolorosas tranquilizando-os, informando que estas respostas são normais e que o período de luto é extenso, assim com Freitas (2000) ao dizer que é importante que as mães saibam que o processo de luto leva algum tempo para ser elaborado e que, a companhia de pessoas próximas é facilitadora para a reestruturação.

O fato de ser considerado um processo com várias fases está diretamente relacionado com a subcategoria anterior e justifica o fato de ter uma duração mais ou menos prolongada. Os enfermeiros consideram que todas as mulheres/casais/família devem passar por todas as fases. O fato de não passar por todas as etapas pode ocultar sentimentos e resultar numa experiência traumática. Também dizem que devemos respeitar a sua vontade do decorrer do processo de luto. Esta ideia é visível nas seguintes unidades de registo – *“Sei que o processo tem várias fases, que a mulher deve passar por todas elas para conseguir ultrapassar o processo de forma saudável.” E6; “... com várias fases. Inicialmente de choque e negação, de culpa...” E1; “como sabemos este processo tem várias fases (...) e não podemos tentar reprimir nenhum sentimento (...) pois isso pode dificultar o processo” E5; “... temos de realizar a sua vontade [em relação a ver ou não o bebe] essa situação ajuda-os a fazer o processo de luto” E1; “Quando chegam a até nós da urgência com foco negativo vem em fase de negação... houve uma senhora que me dizia “mas eu sinto mexer.”E9*

Em relação a isto, Freitas & Freitas (2011) dizem-nos que os profissionais de enfermagem são confrontados diariamente com pessoas em luto e, é por isso importante que estes tenham um conhecimento adequado de todas as etapas do processo de luto assim como a capacidade para o reconhecimento do processo de luto normal e patológico.

Pires (2010) corrobora, esta ideia, dizendo que “o processo de luto não é algo rígido, e as suas fases não são limitadas no tempo, nem, muitas vezes, sequenciais. Todo o processo de luto é único e pessoal, variando de acordo com a personalidade de cada indivíduo, de acordo com a sua idade e, até mesmo, de acordo com a forma com ocorreu o falecimento da pessoa significativa.” Seguindo este pensamento Bromberg (2000) diz que quando as famílias não fazem adequadamente o luto das suas perdas, não conseguem

seguir em frente com as suas vidas. Por isso é importante apontar o fator tempo como ponto importante do processo de luto, considerado, então, como um indicativo de patologia.

A última subcategoria desta categoria é processo penoso. Sendo um processo prolongado e com várias fases, seria de esperar que fosse difícil, tendo em conta que é uma situação dolorosa e que em muitas situações a perda não permite que os pais tenham uma recordação do seu filho, passando algum tempo a tentar imaginar como ele seria. Estas ideias estão claras nas unidades de registo que se apresentam – *“o processo de luto é difícil e penoso (...) Eles não têm recordação e tentam imaginar como seria o filho.” E7; “... o processo de luto é extremamente penoso..”E4; “É um processo de luto difícil e penoso.” E8*

A situação de perda gestacional implica um sentimento de pesar indescritível para muitos pais e o processo pelo qual eles passam não é indiferente aos profissionais que os rodeiam. Os enfermeiros consideram um processo penoso e de acordo com a APAV, na sua página on-line, os amigos são fundamentais, sobretudo em momentos mais penosos do processo de luto. Além de assegurarem que a sua solidão não é total, no caso da perda de um filho que não chegou a conhecer mas que sentia diariamente no seu ventre, podem ajudar na expressão dos sentimentos, acolhendo as confidências e lamentos. Vicent (1991) corrobora esta ideia dizendo que à medida que caminhamos pelas várias etapas do ciclo de vida, aproximamo-nos do nosso incontornável destino que é a morte, ficando esta última cada vez mais presente e ocupando um maior espaço no nosso pensamento. Porém, vários acontecimentos podem antecipar o nosso confronto com a morte, sendo dos mais penosos, sem dúvida, a perda de alguém que nos é importante.

Sentimentos da Mulher perante a perda, percecionados pelos enfermeiros

Durante todo o processo de luto após a perda gestacional a mulher vai exprimir sentimentos das mais variadas ordens. É importante que o enfermeiro que lhe presta cuidados percecione estes sentimentos e os compreenda com sendo parte do processo para ultrapassar este momento de crise. Os resultados foram agrupados em cinco subcategorias: Culpa, Choque, Desilusão, Choro e Entorpecimento.

Culpa é um sentimento frequentemente manifestado pelas mulheres que sofreram uma perda gestacional e percecionado pelo enfermeiro. Culpabilizam-se pela morte do seu filho. Para os enfermeiros essa culpa sentida pelas mulheres está frequentemente associada a problemas com o seu próprio corpo que de alguma maneira provocou a morte. Muitas vezes esta culpa está associada a maus hábitos alimentares e/ou tabágicos. E tal como o sentimento de culpa está quase sempre presente nos casais que vivenciam a perda gestacional, também o está a tentativa de encontrar explicações para o acontecido. Estas

ideias estão presentes nas seguintes unidades de registo – *“A mulher acha que foi a culpada, foi o corpo dela que provocou aquilo.”*E9; *“Geralmente elas culpabilizam-se e tentam encontrar explicações (...) Muitas sentem-se culpadas se não deixaram de fumar ou se não tiveram cuidados com a alimentação quando descobriram a gravidez”* E5; *“muitos pais culpabilizam-se, pela morte do seu bebe.”* E6; *“[quando tenho contacto com os casais] já estão na fase de aceitação, mas sempre com sentimentos de culpa...”* E1; *“uma série de sentimentos vêm ao de cima, culpabilidade...”* E3

A culpa permanece durante muito tempo após a perda, e muitas só é ultrapassada quando existe uma causa de morte, ou numa gravidez seguinte quando a mulher toma conhecimento que é capaz de conceber um filho até ao nascimento. Ampese et al. (2007) dizem que após a perda surgem sentimentos tais como, culpa, impotência, fracasso, desespero, entre outros e é frequente a mulher/casal procurar explicações no sentido de justificar a perda e amenizar a dor. Segundo Perry (2008), após a perda geralmente surgem sentimentos de irritação, culpa e tristeza. Freitas (2000, p.48) reforça dizendo que *“A morte de um filho abala o equilíbrio familiar. Há diferentes reações entre os membros da família. A mãe, frequentemente, sente mais culpa por ter falhado nos cuidados maternos, que podem ter contribuído para a morte do filho”*.

Choque é a segunda subcategoria e os enfermeiros referem que quando a mulher tem conhecimento da perda fica em estado de choque e tem um sentimento muito grande de perda – *“As mulheres manifestam um sentimento muito grande de perda e choque...”* E7; *“...momento muito grande de choque...”* E1; *“É sempre um choque muito grande para o casal”* E3; *“A mulher fica em estado de choque.”* E4

A manifestação deste choque pode ocorrer com maior ou menor intensidade, mas manifesta-se sempre. De acordo com Callister (2006) citado por Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010) o fato de muitas vezes a perda gestacional ocorrer de forma inesperada e imprevisível contribui para aumentar o choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebé.

A desilusão aparece como a confirmação da perda de uma expectativa que se coloca muito elevada. Este desalento é muito mais exacerbado porque geralmente aparece sem explicação, ficando estas mulheres inconsoláveis. As seguintes unidades de registo revelam esse sentimento – *“É uma desilusão profunda no fim de tantas expectativas criadas, aparentemente sem grande explicação.”* E6; *“... é uma grande desilusão para o casal”*E4; *“é um desalento tão grande...”*E4; *“A maior parte das pessoas ficam inconsoláveis (...) não há nada que se possa dizer no momento para atenuar a dor.”* E3

Os sentimentos manifestados pelas mulheres na situação de perda são de várias ordens, Nazaré et al., (2010) referem que a nível emocional ocorrem sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, choque, desilusão, entre outros. Esta ideia vem sustentar a subcategoria elaborada.

O Choro é a manifestação mais comum da mulher num momento de crise principalmente com a confirmação da notícia. Para os enfermeiros esta manifestação é importante e não deve ser reprimida. Este sentimento é visível nas unidades de registo descritas seguidamente – *“...habitualmente não é preciso intervir muito no sentido de grande diálogo porque a mulher chora logo muito...”* E2; *“... outras choram...”* E3; *“A maioria chora no impacto da notícia (...) e é importante não reprimir este choro e esta angústia”* E5; *“As mulheres manifestam um sentimento muito grande (...) de choro”* E7.

As perdas experienciadas pelos pais durante a gravidez geram respostas emocionais específicas, entre outros, de natureza comportamental, nomeadamente aspetos observáveis no comportamento, como: agitação, fadiga, choro e isolamento (Rolin & Canavarro, 2006). Nazaré et al. (2010) corrobora esta ideia ao afirmar que na dimensão comportamental das reações à perda ocorre frequentemente agitação, fadiga, choro e isolamento.

Entorpecimento é a última subcategoria desta categoria carregada de sentimentos negativos que a mulher manifesta no processo de perda gestacional. Se algumas choram, manifestam culpa, desilusão e choque outras encontram-se apáticas, tentam negar o que está acontecer e não aceitam a realidade que se lhes apresenta como evidenciam as unidades de registo – *“algumas mulheres não choram porque não estão bem na realidade do que está a acontecer.”* E7; *“Há pessoas que estão em fase de negação, a notícia foi-lhe dada há pouco tempo e ainda não se aperceberam do que está a acontecer;”* E8; *“já tive mulheres que estavam apáticas”* E10.

Existem vários autores que se debruçaram sobre esta temática e que definiram várias fases para o luto, entre eles, Bromberg (2000) que define o processo de luto em algumas fases, que não consideradas definitivas nem estáticas mas que devem ser consideradas para diagnosticar o que se considera luto normal e luto patológico. Define a reação inicial à perda por morte como entorpecimento dizendo que ocorre choque, entorpecimento e descrença. Freitas (2000) corrobora a ideia referindo que quando se perde alguém que se ama, fica uma sensação de torpor, um protesto.

Atitudes dos enfermeiros no cuidar da mulher em situação de perda

Tendo em conta o objetivo de compreender as reações/ações dos profissionais de saúde perante casais que vivem uma situação de perda gestacional e analisar o significado pessoal desta vivência para o profissional elaboramos esta categoria com base nos resultados obtidos acerca da prestação de cuidados à mulher/casal em crise.

Os resultados foram agrupados em treze subcategorias: Proporcionar ambiente tranquilo, Respeito caloroso, Estar com, Respeitar o silêncio, Escuta ativa, Estar disponível, Compreensão empática, Atitude de defesa, Toque terapêutico, Mostrar o bebé, Transmitir otimismo, Chorar com e Planeamento de cuidados.

Proporcionar ambiente tranquilo é de primordial importância para as mulheres/famílias que vivenciam uma situação de perda gestacional, proporcionando um ambiente calmo, tranquilo, sem stress e resguardado das outras grávidas em trabalho de parto. Esta preocupação por parte dos enfermeiros é visível nas seguintes unidades de registo – *“É importante proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e sem stress” E4; “criar um ambiente tranquilo” E1; “proporcionando um ambiente tranquilo (...) e resguardado de outras grávidas em trabalho de parto” E5; “é proporcionar muitas coisas, é o ambiente onde ela vai estar, acho que não deve estar exposta às outras pessoas” E2*

Leal (2005) refere no caso de morte fetal as más notícias devem ser dadas aos pais promovendo a privacidade, de uma forma clara e calma, para que estes possam reagir sem constrangimentos sociais. Kennell citado por Ferreira, Góis, Faria, e Correia (1990, p. 401) é da mesma opinião ao referir que “todas as informações relativas à situação devem ser dadas a ambos os pais, (...) para que possam receber e discutir juntos a informação, a fim de serem mantidos os padrões de comunicação e relacionamento do casal”. O enfermeiro deve proporcionar privacidade ao casal e promover a comunicação entre eles, reforça Gomes et al. (2003).

O respeito caloroso é uma condição imposta na prestação de cuidados. Este fato é visível nas unidades de registo, em que o respeito pelas vontades e decisões da mulher/casal é sempre a atitude tomada pelos enfermeiros – *“A atitude inicial é sempre de muito respeito (...) é importante respeitar sempre a vontade do casal” E6; “deixar sempre a decisão de ver ao não o bebe à consideração do casal (...) nós temos de respeitar.”E3; “tento sempre respeitar a vontade da grávida/casal.”E9; “respeitando sempre as suas necessidades e vontades” E5; “Tento respeitar a intimidade do casal (...) uma atitude sobretudo de muito respeito”E4*

O enfermeiro deve ser claro, honesto e leal com o outro, sendo o outro a mulher/casal que precisa da sua ajuda para se reestabelecer face à situação de crise que

atravessa. Para que o enfermeiro consiga respeitar a mulher deve compreender os seus problemas e perceber as suas necessidades ajudando-a a encontrar o caminho para a resolução dos mesmos. Perry (2008) defende que devem ser respeitados os desejos do casal e não forçar uma coisa que eles não pretendem, independentemente da avaliação contrária por parte da equipa de enfermagem. Na mesma linha de pensamento, Cardoso (2002) refere que a decisão de ver o bebé cabe aos pais e os profissionais devem antes de mais respeitar a sua vontade. Gomes et al. (2003, p.52) corroboram esta ideia ao dizer que o enfermeiro deve permitir a privacidade do casal se ele assim o desejar ou permanecer junto deles de acordo a sua vontade

Estar com é a terceira subcategoria encontrada. O enfermeiro deve conseguir estar com a mulher/casal com tempo, prestando apoio emocional e oferecendo companhia, tal como é evidenciado nas unidades de registo – *“é importante muitas das vezes estar ali com eles”*E1; *“dar apoio...”* E4; *“é muito importante a companhia (...) estar com ela”* E2; *“dar o maior apoio emocional possível”* E5; *“estar ali com elas”* E10

De acordo com um estudo realizado por Ampese et al. (2007) deverá existir por parte da enfermagem uma preocupação para a importância de estar sempre junto da mulher/mãe desde o diagnóstico, bem como no momento e após o nascimento, a fim de lhes proporcionar os cuidados, bem como prestar as orientações e informações necessárias. Gomes et al., (2003, p.52) citando Kauffman corroboram apresentando cinco componentes que a enfermeira deve ser conhecedora para iniciar junto de uma pessoa/família que vive o luto o processo de cuidar, um deles é “Estar com: o enfermeiro compreende os vários sentimentos e percepções transmitindo aceitação à mulher/família.” Também Carvalho e Meyer (2007, p. 42) corroboram ao afirmar que “a postura do profissional, nestes momentos, é a de simplesmente permanecer junto, como uma presença de apoio, respeitando as reações da mulher e auxiliando para que as expresse.”

Respeitar o silêncio é uma atitude importante de referir porque muitas vezes nestas situações a mulher precisa de silêncio e o enfermeiro deve respeitar esta necessidade. As unidades de registo demonstram esta ideia – *“às vezes em silêncio (...) tentei respeitar o silêncio”*E1; *“Muitas vezes tenho a certeza que o silêncio é a melhor forma de comunicação”*E6; *“a atitude principal é o silêncio”* E7; *“respeitar o seu silêncio”* E10

Por vezes estar em silêncio diz mais do que tentar uma conversa sem sentido e ser ter conhecimento da relação afetiva da mãe com o seu filho, do significado da gravidez para o casal e das implicações sociais desta perda. Perante esta evidência também autores como Rolim e Canavarro (2001) defendem que algumas vezes é suficiente estar presente, saber escutar, tocar, ou até mesmo abraçar e comover-se com a mãe. Também Perry

(2008) refere que o enfermeiro deve incentivar a expressar os sentimentos, mas também defende que o silêncio pode ser uma atitude terapêutica, pois a mulher/casal tem a oportunidade de analisar o que aconteceu e reorganizar o seu pensamento.

A escuta ativa vem no seguimento da categoria anterior. Respeitando o silêncio, ouvindo o que está a sentir, damos possibilidade à mulher/casal para que fale e sinta que está a ser compreendida sem que se façam dela e dos seus sentimentos juízos de valor, tal como verificamos nas unidades de registo – *“só escutar, o que a grávida/casal tinha para me dizer” E1; “tentar ouvir especialmente e não emitir nenhuma opinião. A atitude é essencialmente ouvir.” E5; “[a atitude é] essencialmente de escuta” E6; “ouvir o que vai sentindo” E5; “Eu tento dar espaço à outra pessoa para falar” E8; “ouvi-las, perceber o que sentem” E10*

Phaneuf (2005, p. 23) refere que “a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”. Na mesma linha de pensamento encontram-se Gomes et al. (2003, p.52) referindo que “quando há sofrimento devemos evitar a mentira, evitar usar muitas palavras, tentar escutar mais do que falar e oferecer breves manifestações de condolência e simpatia.” Rolim e Canavarro (2006) também referem que por vezes é suficiente saber escutar.

Mariutti, Furegato, Scatena e Silva (2005, p.84) citando Rudio descrevem relação de ajuda como “interação terapêutica entre o profissional e o paciente, no qual a pessoa tem a oportunidade de abordar livremente as suas preocupações. É um processo através do qual uma pessoa tenta, conscientemente, ajudar a outra pessoa a aliviar sua ansiedade e aumentar a sua capacidade adaptativa. Deste modo, o mais valioso recurso à disposição da enfermeira é ouvir o paciente.”

Estes achados bibliográficos fundamentam a atitude abordada nesta subcategoria e referida por vários enfermeiros da amostra.

Estar disponível está também diretamente ligado às atitudes referidas anteriormente. Perante uma situação de perda gestacional o enfermeiro deverá ter disponibilidade total para aquela mulher/casal. Disponibilidade para ouvir, para ajudar, para acompanhar e muitas vezes só para estar ali com ela tal como é evidenciado nas seguintes unidades de registo – *“A minha experiência diz-me que devemos sempre mostrar toda a disponibilidade*

para acompanhar a grávida/casal que está a atravessar este processo” E5; “em que é que posso ajudar?”E1; “mostrar que estamos ali (...) que estamos disponíveis”E2; “colocar-me disponível” E4; “[é importante] estar disponível para satisfazer as necessidades do casal”E6; “mostrar disponibilidade” E7; “eu tento ser o mais disponível possível” E8; “Tento sempre mostrar disponibilidade” E9; “Uma atitude de disponibilidade total” E10

Na sociedade atual os cuidados de saúde perderam algumas qualidade tendo como desculpa a crise que atravessamos. As entidades patronais, entenda-se o sistema nacional de saúde, perdeu profissionais e foi reduzida a dotação de pessoal para poupar gastos. Como consequência direta os enfermeiros não tem a disponibilidade que gostariam para prestar cuidados culturalmente adaptados. Para Perry (2008) no cuidado à mulher/casal/família/ enlutada o importante é estar presente e disponível. Keating e Seabra (1994) corroboram esta ideia defendendo que a ajuda por parte dos profissionais deve traduzir-se na disponibilidade de tempo, tentando compreender o significado da perda para a família e ajudando os pais a exprimir os seus sentimentos em palavras.

A compreensão empática é de primordial importância na prestação de cuidados sensíveis à mulher/casal que vivenciam uma perda gestacional. Mostrar empatia, colocar-se no lugar do outro, perceber a sua angústia e mostrar que também ficam tristes são algumas das atitudes que os enfermeiros revelam na sua linha de orientação para responder às expectativas do casal numa situação de perda gestacional, como revelam as unidades de registo – *“ponho-me sempre no lugar da pessoa (...) tem muito a ver com as nossas características pessoais e com a sensibilidade para ver os problemas do outro”E3; “é sempre difícil lidar com essas situações principalmente se já temos uma experiência pessoal de gravidez que correu bem e nos colocamos no lugar do outro” E5; “uma situação de perda gestacional é sempre um momento pesado, difícil, tentando colocar-me no lugar da mãe/casal.” E6; “a minha linha de orientação é mostrar alguma empatia, mostrar que consigo, ou pelo menos tento, sentir o que a pessoa está a sentir, no fundo colocar-me no lugar do outro.” E8; “não é preciso chorar com elas para que percebem que estou triste com elas e que percebo a angústia delas e a tristeza” E9; “mas eu colocava-me no lugar delas” E10; “quando a mulher fica mais comunicativa é mais fácil perceber o que espera de nós e responder às suas expectativas.” E7*

O desenvolvimento do sentimento de empatia pelos enfermeiros no atendimento à pessoa doente é de grande importância. O sucesso na elaboração de um processo de luto não patológico depende, em parte da empatia criada como o mulher/casal, pois a mesma tem efeito terapêutico. Takaki e Sant’ Ana (2004, p.79) citando Goleman definem empatia, uma palavra de origem grega – *empathia*, como “tendência para sentir o que se sentiria

caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa.”

Na primeira fase do esboço para um Protocolo Terapêutico de Enfermagem para Situações de Perda/Luto proposto Rolim & Canavarro (2006, p. 282-291), é importante informar e sensibilizar todos os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e demais profissionais de saúde, de modo a capacitá-los para uma mais rápida e fácil sinalização da mulher/casal em risco formando uma “aliança terapêutica” com os pais, que só é possível propiciando um clima de empatia, aceitação, confiança e respeito mútuo. Ainda segundo as autoras a empatia, habilidade essencial no cuidar, pode ser realizada de forma verbal e não verbal. Para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o enfermeiro preste cuidados individualizados, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa (Takaki & Sant’ Ana, 2004). O fato do profissional ter vivido uma situação semelhante, faz com que consiga cuidar da mulher de uma forma totalmente empática.

No estudo realizado por Takaki e Sant’ Ana (2004) a falta de tempo em função do grande número de clientes/ utentes para serem atendidos foi considerado uma dificuldade na criação da relação empática. Stefanelli citado pelas autoras refere que é importante centrar a nossa atenção no cliente e no meio que o rodeia para ouvir o que é dito (linguagem verbal) e ouvir o silêncio (linguagem não verbal), pois só assim o podemos compreender em todas as suas dimensões de ser humano e respeitá-lo como tal.

Atitude de defesa é uma subcategoria que revela a dificuldade do enfermeiro especialista em saúde materna lidar com a morte e com os casais que atravessam a perda gestacional. Referem muita reserva nas suas intervenções para evitar constrangimentos, como é evidenciado nas unidades de registo – *“adoto uma atitude de defesa (...) há a eco e por isso defendo-me sempre” E2; “a atitude é sempre muito reservada, muita reserva” E2; “tento não interferir muito (...) também é uma atitude de defesa (...) não exagerar muito na presença (...)é uma atitude muito reservada...” E4; “A primeira abordagem foi um pouco a medo” E6; “dar espaço ao casal (...) muitas vezes o silêncio é um mecanismo de defesa para evitar frases desadequadas e para me proteger.” E7*

O enfermeiro deve encontrar uma forma de comunicação adaptada às necessidades da mulher/casal. O silêncio inerente à comunicação pode tornar-se bloqueador e prejudicar a relação de confiança criada com a mulher. Cabe ao enfermeiro evitar essa “conspiração do silêncio” através da aquisição de competências para a prestação de cuidados nas situações de perda gestacional. Perante esta evidência também autores como Carvalho, Silva, Nunes, Ascenso e Paz (2010, p. 178) referem que “os enfermeiros devem proceder a

uma avaliação das suas próprias ansiedades e sentimentos, pois só assim serão capazes de vencer o obstáculo criado pela “conspiração do silêncio”, proporcionando ajuda à família no seu processo adaptativo à perda.

Rolim e Canavarro (2006) corroboram esta ideia ao afirmar que o desconhecimento do processo de luto pode levar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia a preferirem não tocar no assunto, pensando que se não mencionarem o bebé não lembrarão à mãe a sua perda, criando-se uma espécie de conspiração de silêncio que pode dificultar a aceitação da perda e atrasar o processo de luto, não ajudando a reconhecer a perda e ventilar emoções. Também Haddad (2010, p.14) afirma que o enfermeiro, ao prestar cuidados a uma mulher que vive uma situação de perda gestacional “entra em conflito com a sua profissão e sua cultura e é capaz de sofrer tanto diante desta situação, que não consegue prestar um cuidado adequado, um conforto naquele momento.” A maioria das vezes, ele consegue perceber a necessidade de cuidados mas diante do seu sentimento doloroso prefere o silêncio e o afastamento.

O toque terapêutico é atualmente bastante utilizado pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, numa situação de perda gestacional em que muitas vezes as palavras não têm significado o toque pode fazer a diferença para a mulher que vivêcia um período de ansiedade extrema. Esta preocupação por parte dos enfermeiros é visível nas seguintes unidades de registo – “*Dar aquele conforto; eu sou muito pelo conforto táctil, fazer uma festa...*” E4; “*um gesto vale mais do que mil palavras*”, neste caso um abraço, uma festinha é muito reconfortante. E6; “*a atitude mais de tocar (...) sem dúvida que o toque é muito mais importante neste momento*” E7

Muito se tem falado em relação ao “toque terapêutico” na prestação de cuidados de enfermagem como um excelente método não invasivo no alívio da dor e na redução de ansiedade. Quando o silêncio parece ser o melhor refugio, para os profissionais, devemos então adotar esta terapia para comunicar e demonstrar à mulher/casal que nos preocupamos com eles e não só com as suas necessidades físicas num momento de grande dor emocional.

Perante esta evidência também Rolim e Canavarro (2006) defendem que algumas vezes é suficiente estar presente, saber escutar, tocar, ou até mesmo abraçar e comover-se com a mãe. Haddad (2010) corrobora esta ideia e defende que na fase inicial para aceitação da morte há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. É mais importante uma manifestação de sentimentos por um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas por um silêncio e “estar ali com ela”.

Mostrar o bebê no momento do nascimento é uma grande preocupação por parte dos profissionais de saúde. A atitude é sempre de respeito pela decisão da mulher/casal. No entanto, alguns enfermeiros preconizam que se deve ver o bebê, aconselhando os pais quando estes têm dúvida, para mais facilmente aceitar a realidade. Outros não emitem opinião mesmo quando solicitada por considerarem de extrema importância que a atitude seja tomada pela mulher/casal sem influência externa. As unidades de registo seguintes evidenciam esta preocupação – *“percebi que aquela grávida tinha necessidade de ver o seu bebe, para realmente tomar consciência da realidade” E1; “não devemos esconder o bebê aos pais (...) estamos a criar falsas imagens (...) é ao critério dos pais” E4; “preconizamos que a senhora deve ver o feto (...) aconselhamos sempre o quanto na nossa opinião poderá ser importante na hora e no futuro terem visto o feto” E2; “deve-se perguntar se quer ver e respeitar a sua decisão. Não influencio a opinião deles.” E5; “Deve-se respeitar a decisão do casal, não se deve incentivar [a ver o bebê] nem demover” E6; “por vezes dou a minha opinião, baseada na literatura (...) e quando tem dúvidas tento incentivar. (...) já tive casais que posteriormente me vieram agradecer esta atitude.” E7; “Nunca interiro na decisão, simplesmente ouço sim ou não. Quando o casal diz “não sei” peço para refletirem e pensarem no que acham melhor para eles. (...) Eu nunca vou dar a minha opinião ao casal” E8; “Eu deixava sempre à consideração do casal, nem motivava nem desmotivava” E9; “Não influencio na decisão. É um direito da mulher ver ou não o bebe.” E10*

Em relação à atitude de mostrar o bebê morto no momento do parto as opiniões dividem-se, se para uns é importante que a mulher/casal veja o bebê morto para ter a confirmação e prosseguir a sua vida, para outros ver o bebê pode ser traumatizante, muitas vezes um bebe aparentemente normal, o que dificulta a aceitação e poderá atrasar o processo de luto numa busca constante de causas para situações muitas vezes inexplicáveis. Na opinião de Cabral (2005), as famílias que não têm qualquer contacto com o seu bebê acabam por se arrepender, o que vai dificultar o processo de luto. Cardoso (2002, p.31) corrobora esta ideia ao afirmar que “nos casos em que os pais evidenciem uma notória dificuldade em aceitar a morte do seu filho, o modo mais simples e, talvez, mais eficaz de ajudar os pais a confirmar a morte é deixá-los ver o bebê.” Também Rolim e Canavarro (2006) defendem que o processo de luto pode ser prejudicado quando os pais não podem ver o bebê, não lhe deram um nome, não participarem em cerimónias fúnebre e não sabem onde se encontra.

Na mesma linha de pensamento Carvalho e Meyer (200, p. 377) citando Bowlby referem que “é de extrema importância que os pais possam ter contacto com o bebê falecido após o nascimento.” Esse contato, vê-lo, tocá-lo e segurá-lo ajuda-os a tomar consciência

da realidade e facilita o processo de luto. Pelo contrário afastar os pais da situação de morte dificulta o processo.

Transmitir otimismo num momento de crise pode proporcionar à mulher/casal um alívio da visão negativista que a mulher tem de si e do seu futuro. Mostrar que as coisas menos boas vão ser ultrapassadas e que o sofrimento que estão a viver naquele momento vai dar lugar a felicidade no futuro é uma preocupação por parte dos enfermeiros informantes, como validam as seguintes unidades de registo – *“a atitude é sempre pelo lado positivo (...) nada acontece por acaso (...) se entendermos a vida desta forma conseguimos aceitar melhor as coisas menos boas.”* E3; *“E tentar transmitir otimismo no futuro, tentar mostrar que existe mais além deste sofrimento”* E4; *“tentando sempre transmitir confiança no futuro mostrando que existe felicidade além deste acontecimento horrível na vida deles.”* E9; *“a atitude com a grávida é de transmitir confiança, embora vá demonstrando que algo pode não estar bem.”* E7

Perante a evidência que a atitude perante a mulher/casal deve ser sempre pelo lado positivo Mariutti et al., (2005) no seu estudo referem que a mulher que vivencia uma perda gestacional vive um momento de frustração e luto e necessita de pessoas dispostas a ouvi-la, a entender as suas necessidades, ajudá-la a elaborar as perdas e, se possível, adotar uma atitude positiva em relação à situação e à sua vida futura. *Gomes et al., (2003, p.52) citando* Kauffman referem cinco componentes que a enfermeira deve ser conhecedora para iniciar junto de uma pessoa/família que vive o luto o processo de cuidar, um deles “é Capacitar: o enfermeiro oferece opções para os cuidados, quer no hospital quer após a alta. A mulher/família faz as questões que deseja”, e o enfermeiro capacita-a para a vida futura mostrando que existe oportunidade para ser feliz novamente.

Araújo e Silva (2007) corroboram ao referir que alguns autores argumentam que manter a esperança e o otimismo sem mentir, fingir ou ignorar as reais preocupações da mulher/casal é, provavelmente, um dos aspetos mais difíceis do trabalho de quem cuida. Manter o otimismo não significa que conversas sérias ou a expressão de sentimentos negativos ou pessimistas não devam ocorrer. Essas situações podem e devem acontecer, no entanto devem ser seguidas de ideias construtivas.

Chorar com é a penúltima subcategoria desta categoria importantíssima no nosso estudo. Os profissionais são seres humanos e não conseguem esconder as suas emoções na prestação de cuidados. Muitas vezes a vontade de chorar com a mulher/casal que vivencia uma perda gestacional é grande porque também eles sentem a perda destes pais. Alguns choram e não tem dificuldade em assumir essa atitude, enquanto que outros tentam não demonstrar os seus sentimentos e controlam-se para não chorar, por sentirem que essa

atitude não ia ajudar a mulher/casal, como é evidenciado nas unidades de registo – *“Tento controlar muito as minhas emoções (...) porque também sinto vontade de chorar (...) também sinto essa perda. Foi uma choradeira da equipa (...) Chorei compulsivamente ao pé deles (...) foi uma luta conjunta porque todos nós nos envolvemos naquela dor.”* E4; *“e muitas vezes tento controlar-me para não chorar.”* E7; *“Por vezes quando estou a conversar com elas o que me apetece é chorar com elas. (...) nunca chorei porque acho que não ia ajudar no momento”* E9; *“Apeteceu-me chorar com elas (...) mas tb acho que não ia ajudar estar a demonstrar os meus sentimentos”* E10

Quando o enfermeiro consegue criar uma relação empática como a mulher em situação de perda é natural que sinta vontade de chorar com ela, significando que consegue na totalidade colocar-se no seu lugar. Esta evidência é confirmada por Paz et al., (2010, p. 178) ao referirem que “não existe problema em emocionar-se e estar triste, pois isso só exprime empatia com a família que está num processo de luto.” Também Rolim e Canavarro (2006) são da mesma opinião ao dizer que pode ser suficiente abraçar e comover-se com a mãe para demonstrar que estamos do lado dela e conseguimos perceber o que sente.

O planeamento de cuidados é inerente a todas as profissões, nomeadamente à enfermagem. Nas unidades de registo seguintes podemos constatar a preocupação dos enfermeiros na necessidade do planeamento adequado do período expulsivo durante o trabalho de parto, a fim de minimizar o impacto negativo do momento – *“durante o trabalho de parto perguntamos sempre se querem ver o bebé, para não ser uma decisão de última hora”* E7; *“tento sempre questionar se querem ver o bebe (...) quando chegam até mim”* E1; *“antes do expulsivo perguntamos sempre se o casal que ver o bebe ”* E2; *“costumo perguntar aos pais se querem ver o bebe (...) não imponho, pergunto”*E4; *“é importante informar e decidir atempadamente o que se vai fazer para evitar constrangimentos no momento expulsivo”* E6; *“Sempre que tenho uma perda gestacional questiono sempre ao casal se quer ver o bebé (...) faço isso quando com o decorrer do turno vejo que a expulsão vai acontecer na minha companhia.”*E8

Qualquer que seja o modelo de cuidados de enfermagem adotado numa instituição, todos tem como objetivo principal o planeamento dos cuidados de forma atempada. Esta atitude é bem presente na análise das entrevistas principalmente em relação à decisão por parte dos pais/família em ver o bebé morto. Decisão esta que deve ser tomada atempadamente como no diz Cardoso (2002, p.31) ao referir que a decisão de ver ou não o bebé deve ser tomada durante o trabalho de parto porque assim os pais tem mais tempo para decidir e não é uma decisão apressada e momentânea. Também Cabral (2005) corrobora esta ideia e refere que quando se vai mostrar o bebé aos pais deve fazer-se com que este tenha o melhor aspeto possível. E caso outros familiares desejem ver o bebe,

também o devemos permitir pois assim compreenderão melhor a necessidade dos pais e podem ajudá-los a fazer o seu luto. Perry (2008, p.996), na mesma linha de pensamento afirma que “a prestação de cuidados sensíveis aos pais enlutados implica a inclusão das suas famílias no processo de luto (...) os filhos, os avós e a família alargada deverão ser envolvidos nos rituais que envolvem a morte”.

Sentimentos do profissional perante a situação de perda

Nenhum profissional fica indiferente perante a morte, muito menos diante de uma morte prematura. Quisemos saber o que sentem os enfermeiros perante uma situação de perda. Foram elaboradas três subcategorias: Frustração, Incómodo e Sensação de impotência.

Frustração é a primeira subcategoria e sugere-nos que os enfermeiros que lidam maioritariamente com a vida não estão preparados para enfrentar situações de morte, sentindo-se frustrados na sua vida profissional e objetivando uma falha na sua atuação como revelam as unidades de registo – *“Estamos preparados para que depois do parto nasça uma criança, nasça uma vida e é frustrante quando realmente nós não conseguimos fazer muito” E1; “senti que não fui suficientemente perspicaz para perceber o que ela realmente precisava naquele momento, é frustrante” E8; “não conseguimos dar uma resposta positiva (...) e nós estamos habituados a dar um final feliz.” E4; “É muito difícil o momento da expulsão porque estamos habituados a que depois de um trabalho de parto nasça uma criança viva e neste caso isso não acontece” E5*

O fato dos profissionais referirem o sentimento de frustração é compreensível se tivermos em conta que os profissionais que prestam cuidados nestas situações são, por formação, vocacionados para lidar com uma realidade oposta, o início da vida (Keating e Seabra, 1994). Ampese et al. (2007) corroboram esta ideia dizendo que ao nascer iniciamos um ciclo vital que sabemos terminará com a morte, mas nem sempre essa sequência é lógica e por vezes a morte surge num momento inesperado tornando-se ainda mais doloroso e frustrante. Também Haddad (2010) diz que os profissionais de saúde se sentem responsáveis pela manutenção da vida, sendo a morte considerada como um insucesso, um fracasso, causando uma grande angústia àqueles que a presenciam.

Incómodo é um sentimento manifestado pelos enfermeiros perante a perda gestacional que não se sentem à vontade nestas situações, levando muitas vezes para casa situações vividas no local de trabalho. Referem que as perdas tardias são aquelas que mais incomodam tanto para a mulher/casal como para o próprio enfermeiro. Estas ideias estão presentes nas seguintes unidades de registo – *“Fico sempre um bocado aflita; é uma*

situação (...) que incomoda (...) tenho tido situações que me incomodam bastante (...) e que levo para casa.” E3; “As perdas tardias são muito mais dolorosas, incomodam mais (...) para a mãe/casal, mas também para nós enquanto profissionais” E4; “o trabalho de parto foi marcante (...) fiz o parto o que acabou por ser ainda mais marcante e incómodo” E6

Amirali e Dias (2010) falam-nos dos mecanismos de defesa dos enfermeiros de forma a neutralizar as emoções e lidar com as situações de morte. Estes mecanismos funcionam como alternativa perante situações incómodas como a perda gestacional, geradora de ansiedade, dor, tristeza, revolta e impotência. Rolim e Canavarro (2006) dizem que quanto maior o período de gestação, mais fortes são os laços que unem mãe e bebé, e logo, maior é o sofrimento e pesar causado pela sua perda, independentemente da duração da vida do bebé, deste ter ou não problemas de saúde. Freitas (2000) corrobora esta ideia e refere que a perda de uma pessoa amada é uma das experiências intensamente mais dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa e incomodativa não só para quem experimenta como também para quem observa.

Sensação de impotência é a última subcategoria dos sentimentos vivenciados pelo enfermeiro numa situação de perda gestacional. Os enfermeiros revelam que muitas vezes não conseguem dizer uma palavra conforto ou até simplesmente “estar com” a mulher/casal em silêncio, sentindo que as atitudes tomadas são adequadas mas mantendo sempre em aberto a ideia de que poderia ter feito mais. As unidades de registo evidenciam estas ideias – *“é uma sensação de impotência e de não querer estar ali. O silêncio acaba por ser arrasador para a senhora, mas nós não temos palavras.” E9; “... também não lhes consegui transmitir conforto...” E4; “houve uma senhora que me chamou e pediu para eu ficar ali ao pé dela, para me “aninhar com ela” e eu não consegui fazer isso...” E8; “acho que as minhas atitudes são positivas, mas penso sempre que podia ter feito mais...” E1; “considero que as minhas atitudes são adequadas, embora se pense que poderia sempre fazer mais” E7*

Dados da literatura mostram-nos que o nascimento de um bebé morto evoca um certo sentimento de culpa na própria equipa de obstetrícia, a partir do qual, há um questionar da própria atuação e uma preferência por não falar no assunto, o que acaba por implicar um certo desamparo às mães que ficam sem entender o que aconteceu e o porquê de terem perdido os seus filhos. Há por tudo isso, a necessidade de entender a dinâmica emocional das mulheres que passam por uma situação destas, como se dá a elaboração do luto nesses casos e, quais as possíveis consequências psíquicas (Klaus & Kennell, 1993). Na mesma linha de pensamento Cabral (2005) diz que a comunicação da morte de um bebé é sempre um momento difícil para qualquer profissional de saúde que se sente impotente e tem de lidar com o seu próprio fantasma da morte.

Em relação à percepção que os profissionais têm da sua atuação Lazure (1994, p.197) diz-nos que em algumas situações os profissionais manifestam sentimentos de impotência, “a prática da relação de ajuda contribui, contudo, para precisar essa impotência, o que lhes permitirá identificar no cliente e na família, as dimensões em que podem, de forma realista, oferecer uma ajuda profissional de qualidade. Visto que a relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade.” Também Souza e Almeida citados por Haddad (2010) referem que o enfermeiro, ao interagir com a mãe em situação de perda gestacional vivencia situações de sofrimento, difíceis e frustrantes. Muitas vezes preferiam não ter de prestar cuidados a estas mulheres deparando-se com a situação de morte e impotência.

Este sentimento de impotência é referenciado mesmo durante o processo de aprendizagem no contexto de ensino clínico, tal como nos diz Rua (2011, p.3) ao afirmar que “o sofrimento e a morte são aspectos sobre os quais os estudantes fazem inúmeras reflexões, sobretudo à sua incapacidade para minorar esse sofrimento (em algumas situações), ou a sua impotência perante uma morte anunciada ou mesmo súbita” e referenciam aqui a perda gestacional.

Dificuldades dos enfermeiros perante a perda gestacional

Diariamente os profissionais de enfermagem lidam com situações de doença que tem implicações na sua forma de estar, ser e fazer, tentando sempre a melhoria constante dos cuidados de enfermagem prestados. Em relação à perda gestacional as dificuldades dos enfermeiros foram agrupadas em quatro subcategorias; Gerir os seus sentimentos, Fazer o parto por saber que o bebé está morto, Não saber o que fazer e Dizer frases sem sentido.

Gerir os seus sentimentos num momento de perda gestacional torna-se muito difícil, já que a perda do casal reverte-se também numa perda para o enfermeiro que sente muita dificuldade em abordar estas situações. Muitas vezes é um desafio para o enfermeiro transmitir um sentimento oposto ao que está a vivenciar. Esta subcategoria emergiu das seguintes unidades de registo – “*é muito difícil gerir os sentimentos.*” E1; “*nesta fase [durante o trabalho de parto] é muito difícil gerir os nossos sentimentos...*” E6; “*...nestas situações também não se fala muito porque há uma grande dificuldade dos profissionais em abordar esta situação...*” E3; “*a maior dificuldade é gerir os sentimentos e transmitir calma, quando toda eu estou nervosa e ansiosa...*”E7

Neste contexto Tinoco (1999) refere que embora se reconheça que morrer é uma etapa da vida, tão natural como nascer, a morte continua a ser um acontecimento de vida

gerador de stress, medo e grande angústia. Ampese et al. (2007) corroboram esta ideia dizendo que este assunto se torna muito delicado e por vezes até difícil de abordar por parte dos profissionais de saúde uma vez que, como já foi dito, há a sobreposição de duas experiências de perda, uma pela morte em si e outra pela quebra das expectativas e sonhos depositados na gravidez.

A experiência dolorosa de fazer o parto por saber que o bebe está morto é um momento de grande dificuldade, considerado até o momento mais difícil no acompanhamento a estes casais. A dúvida do que fazer no momento do nascimento faz com que o enfermeiro se sinta incomodado com o aproximar do período expulsivo. Esta manifestação emerge nas seguintes unidades de registo – “*a dificuldade é quando estou a fazer o parto, o que é que eu faço? (...) acho que é realmente um momento crítico (...) o facto de mostrar a criança aos pais...*” E1; “*O que mais me incomoda é quando se aproxima o momento do expulsivo*” E2; “*os momentos da expulsão são terríveis, para o casal e também para nós*” E3; “*as dificuldades são com o impacto da notícia (...) e depois no parto*” E4; “*O pior é o início e o fim [o parto]*” E5; “*A maior dificuldade é quando se aproxima a hora do parto*” E9

Deste modo, consideramos que, confrontado com a morte fetal e a desilusão dos pais, o enfermeiro passa por um "turbilhão" de emoções e sofre uma série de experiências que podem ter implicações na forma como cuida. No entanto em termos bibliográficos não encontramos nenhum autor que sustente esta ideia.

Não saber o que fazer é a terceira subcategoria desta categoria tão importante para a melhoria da qualidade de cuidados. Perante uma situação de perda gestacional os enfermeiros questionam-se sobre qual a atitude a ter com estas mulheres/casais. A dificuldade em não saber o que fazer está bem visível nas seguintes unidades de registo – “*o pensar como é que devo agir perante a situação, como é que vou ajudá-los, o que é que se vai passar (...) fiquei na duvida, fiquei com receio (...)o que é que eu vou fazer?*” E1; “*questiono-me e se elas me pedem para ver, como vai ser a reação delas, será que vou estar à altura...*” E10; “*o que é que eu vou fazer para os ajudar?*” E7; “*...fico sempre na dúvida qual é a melhor atitude...*” E4; “*Por vezes faço uma coisa que não sei se será eticamente correto*” E8; “*Muitas vezes eu queria ajudar e fazer mais mas não sabia o quê...*” E9; “*...compete-nos a nós tentar explicar o que muitas vezes não tem explicação.*” E6.

O enfermeiro perante uma situação de perda gestacional demonstra disponibilidade para ajudar a mulher/casal que vivenciam esta situação de perda e as suas atitudes são sempre no sentido de minimizar a dor e permitir a elaboração de um luto não patológico. No

entanto, na maioria das vezes questionam-se sobre a atuação por não saberem o que fazer. Ampese et al. (2007) sustentam esta ideia ao referir que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros responsáveis pelos cuidados às mães/famílias que sofreram uma perda gestacional não se sentem preparados e por vezes afastam-se por não saberem como agir diante delas.

Dizer frases sem sentido é uma subcategoria que surge no seguimento da anterior, no entanto, tem uma importância relevante por ser um momento de grande dor para a mãe e por essa razão tudo o que o enfermeiro possa dizer é assimilado na totalidade. Algumas frases que por vezes tem vontade de dizer não têm sentido e o medo de magoar pelas palavras está sempre presente. Por isso manifestam essa dificuldade nas unidades de registo seguintes - “*a nossa tendência é muitas vezes tentar diminuir a dor com frases que não fazem muito sentido...*” E1; “*...dizer frases que não tenham sentido e que por vezes dizemos para confortar o casal mas que no fundo não ajudam...*” E5; “*a maior dificuldade é não saber o que dizer e ter medo de dizer algo desadequado*” E7; “*a maior dificuldade é saber o que dizer, para não magoar com frases desadequadas.*” E8

Perante tal dificuldade evidenciada pelos informantes vários autores descrevem frases tipo que o enfermeiro poderá usar para não magoar a mulher/casal e frases que jamais poderá dizer. Rolim e Canavarro (2006) defendem que o desconhecimento do processo de luto pode levar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia a preferirem não tocar no assunto, pensando que se não mencionarem o bebé não relembrarão à mãe a sua perda. Haddad (2010) citando Luz et.al., corrobora a ideia dizendo que os profissionais “fogem” por não saberem o que dizer, com medo de magoar a mãe.

Cardoso (2002) assume algumas frases que o profissional poderá dizer: “Estou triste por si...”; “Como está a passar por tudo isto?”; “Isto deve ser duro para si!”; “O que posso fazer por si?”; “Tenho muita pena...”; “Estou aqui disposta a ouvi-la...”; “Em que posso minimizar a sua dor?...” Por outro lado, o profissional não deverá jamais proferir frases como: “A senhora é nova, pode ter outros...”; “Tem um anjo no céu...”; “Isto foi a melhor solução...”; “Foi melhor isso acontecer antes de conhecer o bebé!”; “De qualquer maneira o bebé tinha um problema!” e não deve chamar ao bebé um “feto” ou um “isto/aquilo”.

Fatores determinantes na prestação de cuidados

Com o intuito de identificar as necessidades de formação sempre tendo em vista melhorar os cuidados prestados aos pais enlutados elaboramos esta categoria com base

nas respostas encontradas em relação à necessidade de formação nesta área. Surgiram três subcategorias: Formação, Experiência e Características pessoais.

A formação é um fator determinante na prestação de cuidados. É importante para, avaliar, transformar e melhorar as condutas perante os casais que vivenciam uma perda gestacional. Além da pesquisa, da fundamentação teórica que se vai fazendo acerca desta temática, é também muito importante pela partilha de emoções e sensações com os pares. Alguns já procuraram formação de acordo com as necessidades e referem que nas escolas deveria existir mais tempo para o debate desta temática. As unidades de registo seguintes fundamentam a criação desta subcategoria – *“A formação também é muito importante, além de nos mostrar o que é mais correto de acordo com os estudos efetuados e com a literatura existente, pela partilha de opiniões entre os pares.” E7; “Sinto muita necessidade de formação nesta área” E1; “ eu acho que a formação é sempre importante” E2; “ A formação é muito importante...”E3; “ acho que devíamos ter formação (...) direcionada para esta área até nas escolas...” E4; “É importante fazer formação nesta área, até para partilhar emoções e experiências de forma a melhorar a nossa atitude. “ E5; “É sempre muito importante a formação” E6; “ devíamos ter sempre formação adicional (...) com alguém que está mais capaz para nos dar algumas dicas (...) a nível emocional e relacional.” E8; “Eu tenho feito muita formação na área da perda gestacional e luto por necessidades pessoais.” E9; “Não nunca procurei formação nesta área porque é uma situação que não é muito confortável para mim” E10*

A formação é considerada muito importante pelos enfermeiros. De acordo com Pereira (2005, p.148) citando Berbaum (1992) “o processo de formação envolve um conjunto de condutas, de interações, entre formandos, formadores e necessidades de formação, (...) à qual subjaz sempre uma intenção de mudança. Daí que a formação suscite na actualidade muito interesse, desencadeando o desenvolvimento de muitos estudos no sentido da mudança.” Para a autora “a formação inicial deve ser o ponto de partida para a formação contínua, funcionando numa lógica de continuidade. (...) O sentido de inacabamento da formação não implica necessariamente um retorno à escola numa lógica aditiva de saberes, mas pelo contrário, deve ser alicerçada num novo percurso dialéctico entre a formação inicial e a configuração de novos saberes emergentes da realidade dos contextos de trabalho” (Pereira, 2005, p.154).

A Experiência vivida pelos enfermeiros ao prestar cuidados aos casais que perderam um bebé é considerado, talvez, o fator mais determinante na prestação de cuidados, como é visível nas unidades de registo – *“A forma mais eficaz de ultrapassar as dificuldades é a experiência” E9; “(...) mas no fundo o que nos prepara é a pratica.” E4; “A experiência também é muito importante” E6; “ nós aprendemos é com a experiência” E7;*

De acordo com Benner (2001) a formação acadêmica assenta no saber cognitivo mas o ingresso na profissão exige a aprendizagem da técnica, onde a competência é sublimada pelas aprendizagens decorrentes da replicação operativa, da experimentação e da partilha de saberes, numa busca constante de atingir a perícia da perfeição.

Miranda (2010) corrobora esta ideia dizendo que é o significado que se atribui a cada vivência, acontecimento ou experiência que promove o crescimento e a mudança da atitude. O que foi sentido, foi compreendido e valorizado, induzindo a necessidade e a motivação para empreender a mudança. O aprender pela experiência, para além do clássico aprender em contexto de trabalho deve ser valorizada e entendida como essencial. A prática serve de plataforma para refletir e analisar (através da teoria), extraindo ilações que podem ser revertidas para uma aplicação novamente na prática. Assim, da visão inicial, mais tecnicista o profissional assume uma leitura mais ampla daquilo que é ser Enfermeiro que, não desprezando a vertente científica e técnica, assume o utente/cliente como seu parceiro no ato do cuidar.

As características pessoais de cada enfermeiro influenciam fortemente a sua atuação perante um casal que vivencia a perda gestacional, como revelam as unidades de registo – *“há uma componente cultural e pessoal que influênciam o nosso comportamento e as nossas atitudes nestas situações” E6; “ as características pessoais influenciam muito a nossa atitude” E7; “... também tem muito a ver com a nossa experiência de vida (...) com as características pessoais.” E3; “Claro que as características pessoais também influenciam” E8; “As características pessoais também interferem muito, é necessário alguma frieza para mostrar às senhoras que elas têm de dar a volta por cima e principalmente mostrar-lhe que elas são capazes.” E9; “Em relação à parte relacional tem muito a ver com a formação pessoal de cada um.” E10*

O fato do profissional ter vivido uma situação semelhante, faz com que consiga cuidar da mulher de uma forma totalmente empática. Marques (1991) afirma que a forma como cada profissional encara estas situações de crise, depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e de todas as suas experiências pessoais prévias. Os enfermeiros devem possuir um bom nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento (Takaki & Sant’ Ana, 2004).

Dificuldades na organização dos serviços

Uma questão muito importante nas situações de perda gestacional tem a ver com a organização dos serviços que prestam cuidados às mulheres/casais porque como já foi dito a maternidade ou o serviço de obstetrícia estão direcionados para o nascimento de uma vida e não para lidar com a morte. Neste sentido, e como, felizmente com a evolução da ciência e técnica as situações de morte fetal são cada vez mais raras muitas vezes os serviços não tem uma estrutura física que possibilite o afastamento destas mulheres das que têm os seus filhos vivos. Isto é bem visível na instituição onde trabalham os enfermeiros constituintes da amostra. Foram criadas três subcategorias: Partilha de quartos (puerpério), Proximidade dos quartos (sala de partos) e Contacto com vários profissionais por indefinição de circuitos

A partilha de quartos no puerpério é uma situação delicada e manifestada pelos informantes. Embora haja a preocupação de isolar estas mulheres, nem sempre isso se torna possível, o que faz com que estas mulheres sejam sujeitas à felicidade dos outros quando os seus sentimentos são de tristeza e desânimo. Esta situação é descrita nas seguintes unidades de registo – *“As senhoras que tem uma perda gestacional são internadas num serviço onde estão as senhoras que acabaram de ter os seus filhos e estão felizes e contentes...”* E8; *“O ambiente, os sentimos num momento de perda não é compatível com o choro de um bebé, e eu acho que o choro dos bebés é extremamente dolorosa para elas, que choram a perda de um filho e vem a felicidade das outras mães com os seus bebés...”* E10; *“as senhoras ficam em quarto isolados que ficam ao fundo do corredor (...) para lá chegar tem de passar por 20 quartos, onde estão 20 bebés ou mais... não faz sentido!”* E6; *“ no puerpério ficam muito perto das puérperas que tem os seus bebés...”* E1; *“As senhoras vão para o puerpério, ficam num quarto sozinhas mas ouvem os outros bebés a chorar...”* E7; *“as senhoras vão para os serviços de puerpério onde estão as mães com os seus bebés.”* E9

Após a confirmação de perda gestacional a mulher tem de ficar na maternidade ou no serviço de obstetrícia. Tal como já foi referido várias vezes estes locais são por excelência lugares onde predomina a felicidade e o bem estar, no entanto nem sempre é assim e quando a mulher precisa de cuidados médicos, nomeadamente para indução do parto e controlo da dor vai necessitar de todos os cuidados pós-parto que precisa uma mulher que pariu um filho vivo. Daí a necessidade de lhes proporcionar um local calmo e livre de ruídos de felicidade. Ampese et al. (2007) no seu estudo corroboram esta ideia revelando a necessidade de acolher as puérperas num ambiente mais isolado da maternidade de forma a não terem de ser confrontadas com mães que tem os seus bebés consigo.

A proximidade dos quartos na sala de partos é outra dificuldade referida pelos enfermeiros desta instituição, que revelam que o nascimento de um bebé é marcado principalmente pelo choro. Razão pela qual quando acontece um nascimento é impossível que os pais que aguardam ansiosamente o nascimento do filho morto, que não vai chorar, ouçam o choro e a felicidade dos outros pais mesmo ali ao lado – *“Na sala de partos os quartos são muito próximos uns dos outros (...) o casal consegue ouvir o choro dos outros bebés que nascem” E1*; *“devíamos ter uma sala mais resguardada (...) por vezes ouve-se o bebé a chorar na sala ao lado” E4*; *“E quando o parto se dá na sala de partos os quartos são muito próximos, ouve-se os outros bebés a nascer” E6*

O contacto com vários profissionais por indefinição de circuitos também é descrito como uma dificuldade de organização dos serviços, visto não existirem normas que definam qual o circuito da mulher após o diagnóstico de perda gestacional, dificultando a criação de uma relação de proximidade, como é evidenciado nas unidades de registo – *“o facto da senhora passar por vários serviços e vários profissionais dificulta a criação de uma relação de maior proximidade...” E3*; *“...a inexistência de normas em relação ao circuito das doentes.” E2*; *“Era necessário criar um espaço específico só para estas situações.” E7*

Em relação a estas duas categorias não foram encontradas referências na bibliografia pesquisada, no entanto parece-nos pertinente referir no sentido de tentar melhorar as condições físicas que esta instituição oferece às suas utentes que sofreram uma perda gestacional, situação já por si geradora de stress, angústia, desespero, culpa, entre tantos outros sentimentos, agravados pela felicidade dos outros pais com quem partilham o espaço físico. Em relação à indefinição de circuitos parece-nos a problemática mais fácil de resolver apelando às entidades pertinentes a definição do percurso que estas mulheres devem ter após entrar na maternidade e confirmando-se o diagnóstico de perda gestacional.

7. CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu o estudo da temática perda gestacional e processo de luto vivenciado pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica da Maternidade Bissaya Barreto que prestam cuidados diretos às mães/casais/famílias que vivenciam uma situação de perda gestacional, independentemente da causa e idade gestacional.

A utilização do paradigma qualitativo, na perspetiva fenomenológica revelou-se adequada, ao permitir que os enfermeiros se expressassem livremente acerca das suas experiências de vida profissional significativas aquando do cuidar de pais/famílias que vivenciaram situações de perda gestacional.

Sendo a gravidez considerada um momento de crise, envolvendo muitas alterações a nível somático, endócrino e psicológico (Rato, 1998), conseguimos prever precocemente, que a perda de um filho, num momento de fortes alterações na vida de uma mulher/casal/família acarreta consigo grandes dificuldades de aceitação e reestruturação na vida futura.

Como principais conclusões do estudo podemos dizer que a perda gestacional é encarada pelos enfermeiros como a perda de um sonho, a quebra de expectativas que a grávida/casal tinha, um projeto a dois que fica inacabado. Descrevem o processo de luto como sendo prolongado, penoso e com várias fases. Percecionam sentimentos vividos pela mulher, tais como, culpa, choque, desilusão choro e entorpecimento.

Esta situação provoca nos profissionais sentimentos de frustração, incómodo e sensação de impotência e leva a que se questionem sobre as atitudes a ter. Como atitudes que têm ao prestar cuidados a estes pais referem ser de maior importância proporcionar um ambiente tranquilo, respeitar o casal e o seu silêncio, estar presente em todos os momentos, escutar ativamente, estar disponível, manifestar compreensão empática e até chorar com, tocar, mostrar o bebé, transmitir otimismo e proceder a um adequado planeamento de cuidados. Também é evidente a consciência que demonstram de atitudes menos positivas que muitas vezes têm e que reconhecem ser uma atitude de defesa decorrente da própria necessidade de também eles se afastarem da situação.

Referem dificuldades em gerir os seus sentimentos e não saberem o que fazer para os ajudar por vezes dizendo frases sem sentido. Consideram a formação nesta área muito

importante para poder ajudar os pais enlutados referindo que a experiência e as características pessoais são determinantes na sua prestação de cuidados.

Em relação às dificuldades na organização do serviço a principal questão coloca-se pela estrutura física da maternidade, pois na sala de partos os quartos são muito próximos e no puerpério embora se tente o isolamento destas mães é inevitável o confronto com as outras mães que têm os filhos consigo e como tal irradiam felicidade. De salientar um achado que não foi encontrado na literatura e que não tem propriamente a ver com a estrutura física que é a indefinição de circuitos e o contato com vários profissionais aquando de uma situação de perda gestacional. Esta preocupação referida por vários profissionais é importante, uma vez que, como verificamos ao longo do estudo o impacto inicial da notícia de perda e a forma como o profissional que está presente cuida tem influência no decorrer do processo de luto para os pais e família. Parece-nos pertinente a preocupação da criação de uma relação de ajuda eficaz desde o acolhimento até à alta, ou pelo menos até ao momento do parto, onde geralmente os pais tomam verdadeira consciência da perda. Dado que a mulher/casal leva algum tempo a aceitar a perda e expressar os seus sentimentos, esse processo deveria ocorrer sempre que possível com os mesmos profissionais que dessa forma estariam mais aptos para cuidar neste momento de crise.

Após a análise dos resultados obtidos pensamos ter dado resposta à nossa questão de investigação definida no início do estudo na medida em que conseguimos perceber, descrever e interpretar as vivências do enfermeiro, enquanto profissional de saúde que cuida em situação de perda gestacional e processo de luto de forma à concretização dos objetivos traçados. Compreendeu-se o significado atribuído pelos enfermeiros ao cuidar em situação de perda gestacional e processo de luto, as suas reações/ações perante esses casais, identificaram-se os constrangimentos vividos pelos enfermeiros no cuidar e as suas necessidades de formação para cuidar em situação de perda gestacional.

Localmente, como sugestões para a melhoria dos cuidados prestados nesta instituição em situações de perda gestacional emergem a realização de uma formação em relação à comunicação de más notícias a fim de uniformizar cuidados e criar um guia orientador para os profissionais. Ainda pela formação em serviço, seria adequado utilizar metodologias pedagógicas interativas criando espaços de partilha ao nível da equipa de enfermagem e de saúde de modo a que se refletisse a prática profissional. Considerar também a inclusão de um psicólogo na equipa multiprofissional que trabalhasse não só com as famílias enlutadas mas também com a equipa profissional. Da análise realizada revela-se também pertinente a definição de circuitos por onde passam estas mulheres após a entrada na maternidade para que, sempre que possível, o profissional que as acolhe, crie

precocemente uma relação empática facilitadora da elaboração de um processo de luto não patológico.

Utilizando os resultados desta investigação, globalmente parece-nos pertinente sugerir que a formação nesta área seja mais trabalhada pedagogicamente a nível das escolas dotando os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia de competências profissionais adequadas para cuidar em situações de perda gestacional e processo de luto, de modo a conseguirem ultrapassar os seus próprios constrangimentos e ir de encontro às necessidades da mulher/casal/família enlutada.

É importante consciencializar o saber, fruto de vivências e experiências, visível através da expressão de sentimentos, emoções, ações, comportamentos, atitudes e interações dos enfermeiros com os outros para poder partilhar. A experiência dos enfermeiros foi descrita de forma autêntica, levando-nos ao encontro de memórias, impressões, sentimentos e reflexões que penso nunca terem sido consciencializadas, refletidas ou analisadas anteriormente.

Tendo a constante preocupação de desenvolver um estudo que assegurasse o máximo de rigor metodológico, experimentei algumas limitações que considero importante realçar: a minha pouca experiência em investigação qualitativa e na abordagem fenomenológica, não me permitiu uma maior profundidade; a inexperiência na realização das entrevistas pode ter impedido de descobrir aspetos importantes no desvendar do fenómeno; a bibliografia específica limitada, por dificuldade em encontrar mais estudos que abordassem esta temática na ótica do enfermeiro enquanto prestador de cuidados em situações de perda gestacional e processo de luto.

Tenho consciência de que a realização deste estudo contribuiu para o meu enriquecimento pessoal, sobretudo na partilha de experiências com os colegas e participantes. Sinto-me mais rica e mais consciente da problemática que envolve estes casais e a necessidade de melhorar a forma de os cuidar. Sem dúvida que olho o mundo de uma forma mais sensível, com mais carinho e respeito não só pelas mulheres/casais que se vêm confrontados com esta problemática, como por todas as pessoas necessitadas de ajuda de uma forma geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amirali, K. & Dias A.C. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada – Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 24 (24-29).

Ampese, D., Perosa, G., & Haas, R. (2007). A influência da actuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. *Centro Universitário de São Camilo*, 2, 70-77

Almeida, A. M. & Silva, I. M. R. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. 193 (pp.20-21). *Revista Nursing*.

Araújo, M.M.T.& Silva, M.J.P. (2007). A comunicação com o paciente sob cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP* 41(4) (668-74). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Disponível em <http://www.apav.pt/caronte/apoio-a-familiares-e-amigos-de-vitimas-de-homicidio-impacto-da-vitima%C3%A7ao-sentimentos-comportamentos-etc-o-luto-luto-em-amigos.html>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bernardo, F. (1988). *Pessoa – Saúde e Ética*. Porto.

Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (2ª ed) (115-129). Loures: Lusociência

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Braga, C.G.(1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Rev.Esc.Enf.USP*,31(3), 498-516.

Brombeg, M. H. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo: Livro Pleno.

Cabral, I. P. (2005). Morte e luto na gravidez e Puerpério. In I. Leal (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de século.

Camarneiro, Ana Paula Forte (1998). A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé. *Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed) (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, A. (2002). Aconselhamento no luto. *Sinais Vitais*, 41, 29-32.

Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.

Carvalho, C., Silva, I., Nunes, L., Ascenso, M. & Paz, S. (2010). Luto por morte perinatal. In A. Fernandes et al. (org), *Emoções Em Saúde: contributos* (pp. 169-182). Corrente Dinâmica. Disponível em <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>

Chambel, H. J. F. (2007). "Processo de Luto e humanização da morte - coordenadas de um percurso emocional."

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) - Versão 2.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Corbett, R.W. (2008). Perda e Luto Perinatal In D. Lowdermilk & S. Perry (eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) (pp245 – 303). Loures: Lusodidata.

Cordeiro, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida*. (3.ª ed.). Lisboa: Salamandra.

Cruz, M. E. C. (1992). Adesão ao Planeamento Familiar em dois concelhos do distrito de Aveiro, *Dissertação apresentada no âmbito do IV curso de Administração de Serviços de Enfermagem na ESEÂF*. Coimbra.

Duarte, C. A. M. & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo* 14 (3) (485-490) Maringá.

Duarte, T. (2010). Luto por Perda Fetal. In A. Fernandes et al. (org), *Emoções Em Saúde: contributos* (pp. 161-168). Corrente Dinâmica. Disponível em <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>

Ferreira, L., Góis, G., Faria, C., & Correia, M. J. (1990). O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*.

Freitas, J. S.S., Freitas, S. P. F. (2011). Experiência de Luto sem superação da perda... Que intervenção? (pp.27-31). *Sinais Vitais*. Coimbra

Freitas, N. K. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus.

Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., ENDO, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo*. São

Paulo Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S013-21002006000400016>

Gomes, A.D., Costa, S. I. F., Pinto, C. M. S. L. & Martins, C.M.C.A. (2003). Cuidados à mulher e família no luto por morte fetal ou neonatal. *Informar*. 31(9), 48-55.

Haddad, D. R.S. (2010). Silêncio: assistência de enfermagem à mulher que perdeu o bebê. *Escola de Enfermagem – UFMG*. Belo Horizonte. Disponível em http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0499.pdf

Hutchinson, S., & Wilson, H. (2007). Entrevistas de investigação e terapêuticas – uma perspectiva pós-estruturalista. In J. Morse (Coord.). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.

Keating, I. & Seabra, M. J. (1994). Luto e Vinculação. *Análise Psicológica*. Lisboa.

Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1993). *Pais/Bebé: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Pática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século.

Maça, L. & Andrade, N. (1996). Mulheres, crianças e amor. Para uma história das mentalidades contraceptivas. *Actas do 1º colóquio de Psicologia Social Clínica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Matlárý, J. H. (2002). *Para um novo feminismo*. Cascais: Principia.

Mariutti, M., Furegato, A., Scatena, M. e Silva, L. (2005). Relação de Ajuda entre o Enfermeiro e Mulheres em Abortamento Espontâneo. *Ciência, Cuidado e Saúde*. (pp. 84-88).

Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

Miranda, A. J. A. (2010). *Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar*. Disponível em <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/>.

Morse, J. M. (2007) – *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra : Formasau.

Nazaré B., Fonseca a., Pedrosa A.A. & Canavarro, M.C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na Perda gestacional. *Peritia - Edição especial: psicologia e perda gestacional*, 3, 37 – 46.

Oliveira, O. M. J. F. (2006). Estudo da ansiedade da mulher grávida em relação ao parto. *Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde*. Coimbra: ISMT.

Pereira, M.A.G. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão de luto: contributos para a formação em enfermagem. *Tese de Mestrado*, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.

Pires, C. (2010). Luto: Processo de Viver a morte. In A. Fernandes et al. (org), *Emoções Em Saúde: contributos* (pp.142-150). Corrente Dinâmica. Disponível em <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>

Perry, S. (2008). Perda e Luto Perinatal In D. Lowdermilk & S. Perry (eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) (pp. 981- 1006). Loures: Lusodidata.

Polit, D.F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (405-413). Lisboa.

Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2006). Perdas e luto na gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.) (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.

Rua M. (2011). A Reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. *Universidade de Aveiro*. Disponível em <http://webs.uvigo.es/xie2011/No%20Vigo/XIE2011-053.pdf>

Sá, E. C. Q. N. (1999). Comunicação com doentes ventilados, 129, (pp.26-29.). *Revista Nursing*.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançado o Imperativo Humanista*, (2ª ed.). Loures: Lusociência

Takaki, M.H. & Sant'Ana, D.M.G. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Curitiba: Cogitare Enfermagem*. 9 (1), 79-83.

Walsh, F. & McGoldrick (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Artmed

Van Manen, M. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1(1), 11-30. Disponível em <http://www.maxvanmanen.com/files/2011/04/2007-Phenomenology-of-Practice.pdf>

Vicent, G. (1991). Uma história do segredo. In P. Ariès & G. Duby (ed.), *História da vida privada. Da primeira Guerra Mundial aos nossos dias*. Porto: Círculo de Leitores.

ANEXOS

ANEXO I

(Guião da entrevista)

PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO- Vivências do profissional de saúde

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista n.º _____ Data _____ Hora de início _____ e términos _____

Local da realização da entrevista _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- 1- Qual é a sua nacionalidade? _____
- 2- Qual é a sua idade? _____ Anos
- 3- Sexo Feminino Masculino
- 4- Qual é o seu estado civil Solteira Divorciada Viúva Casada Outra _____
- 5- Qual é o seu local de residência? Aldeia Vila Cidade
- 6- É crente em alguma religião? Não Sim Se sim qual? _____
- 7- Em que instituição trabalha? _____
- 8- A quanto tempo exerce a profissão? _____ Que cargo ocupa: _____
- 9- Possui algum tipo de formação pós-graduada? Qual? _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

COMPREENSÃO DAS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS PERANTE SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO

- O que representa para si a perda gestacional? Como encara o processo de luto vivenciado pelas mães/casais?
- Qual a sua experiência com pessoas a viver situações de perda gestacional e processos de luto?
- O que sente quando tem de dar/confirmar a má notícia? Qual a atitude que adopta?
- Qual é a sua atitude quando cuida de pessoas a viver situações de perda gestacional e processos de luto? Como considera que é a sua atitude? Em que medida é que a sua atitude e comportamento vão de encontro às necessidades das pessoas? Em alguma situação sentiu que a sua atitude não foi adequada? Como avalia o seu trabalho a esse nível?
- Quais as maiores dificuldades que vivencia aquando do contacto com estas mães/casais? Como as ultrapassa?
- Deve-se incentivar ou não a ver o bebé? Qual a atitude que habitualmente adopta a este nível? Em que situações opta por o fazer ou não?
- Considera que a sua formação de base o/a prepara para a profissão a este nível e o/a deixa apta para lidar com estas situações? Sente necessidade de formação adicional? Que formação sugere, caso a entenda necessária?
- Como considera que é a organização do seu serviço, e de que modo se poderia melhorar para dar resposta a estas situações? Que lacunas gostaria de ver ultrapassadas?

ANEXO II
(Consentimento informado)

PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO – Vivências do profissional de saúde

Assinatura do profissional de saúde

Assinatura do Investigador

Data: __/__/__



.....

Consentimento Informado do profissional de saúde para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, subordinado ao tema **PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO**. Compreendo que esta entrevista fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos - Compreender as reacções/acções dos profissionais de saúde perante casais que vivenciam uma situação de perda gestacional; Analisar o significado pessoal dessa vivência para o profissional de saúde (de perda gestacional); Identificar as experiências subjectivas do profissional de saúde acerca dos cuidados de enfermagem que presta; Conhecer os determinantes facilitadores e inibidores da relação terapêutica que estabelece com os pais em crise; Identificar as necessidades de formação nesta área de forma a melhorar os cuidados prestados a estes pais.

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém
- 2 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 3 -Participo ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços.
- 4- Compreendo que este estudo contribuirá para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes ao conhecer a população de mulheres a viver um processo de luto por perda gestacional.
- 5 - Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 6 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora responsável pelo contacto:

Emília Coutinho – 961011800 ou 232419100

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

ANEXO III

(Análise das entrevistas)

Significado da perda gestacional, na perspetiva dos enfermeiros	Quebra das expectativas	<p>“Ao longo da gravidez eles vão construindo algumas ideias, algumas ilusões, vão construindo um filho. É o perder de um filho, de um bebe que eles já idealizaram.” E9</p> <p>“Perda gestacional é quando há uma quebra das expectativas que a grávida tinha...” E1</p> <p>“quando se está grávida é um momento de um projeto grandioso, de esperança, de expectativas que de repente termina abruptamente...”E3</p>
	Perda de um sonho	<p>“A perda gestacional é a perda de um sonho...” E3, E7</p> <p>“...essa perda poderá significar a perda ou o fim de um sonho (...) a perda é uma desilusão (...) é o derrubar do tal sonho.” E4</p> <p>“ Perder um filho, perder um sonho! (...) e o sonho termina.” E5</p> <p>“Significa a perda de um sonho, a perda de uma meta que eles tinham programado os dois atingir” E9</p> <p>“há uma quebra num sonho” E10</p>
	Projecto inacabado	<p>“a perda gestacional é um projeto que fica inacabado.”E3, E7</p> <p>“A perda gestacional encaro como a perda de um projeto” E8</p> <p>“é uma situação muito complicada porque envolve um projeto de vida a dois que acaba” E10</p> <p>(...) se perde esse bebe tudo acaba... E5</p>

A descrição do processo de luto pelos profissionais	Processo Prolongado	<p>“ É um processo muito prolongado que não termina connosco após a alta mas que pode durar meses e até anos a ficar resolvido.” E3</p> <p>“O processo de luto é um processo às vezes prolongado” E1</p> <p>“[na fase inicial] se não chora é porque vai fazer o luto mais tarde e com problemas...” E2</p>
	Processo com várias fases	<p>“Sei que o processo tem várias fases, que a mulher deve passar por todas elas para conseguir ultrapassar o processo de forma saudável.” E6</p> <p>“... com várias fases. Inicialmente de choque e negação, de culpa...” E1</p> <p>“como sabemos este processo tem várias fases (...) e não podemos tentar reprimir nenhum sentimento (...) pois isso pode dificultar o processo” E5</p> <p>“... temos de realizar a sua vontade [em relação a ver ou não o bebe] essa situação ajuda-os a fazer o processo de luto” E1</p> <p>“Quando chegam a até nós da urgência com foco negativo vem em fase de negação... houve uma senhora que me dizia “mas eu sinto mexer”” E9</p>
	Processo penoso	<p>“... o processo de luto é extremamente penoso..”E4</p> <p>“o processo de luto é difícil e penoso (...) Eles não têm recordação e tentam imaginar como seria o filho.” E7</p> <p>“É um processo de luto difícil e penoso” E8</p>

Sentimentos da mulher perante a perda, percebidos pelos enfermeiros	Culpa	<p>“muitos pais culpabilizam-se, pela morte do seu bebe.” E6</p> <p>“[quando tenho contacto com os casais] já estão na fase de aceitação, mas sempre com sentimentos de culpa...” E1</p> <p>“ uma serie de sentimentos vem ao de cima, culpabilidade...” E3</p> <p>“Geralmente elas culpabilizam-se e tentam encontrar explicações (...) Muitas sentem-se culpadas se não deixaram de fumar ou se não tiveram cuidados com a alimentação quando descobriram a gravidez.” E5</p> <p>“A mulher acha que foi a culpada, foi o corpo dela que provocou aquilo.”E9</p>
	Choque	<p>“ As mulheres manifestam um sentimento muito grande de perda e choque...” E7</p> <p>“...momento muito grande de choque...” E1</p> <p>“É sempre um choque muito grande para o casal” E3</p> <p>“A mulher fica em estado de choque.” E4</p>
	Desilusão	<p>“É uma desilusão profunda no fim de tantas expectativas criadas, aparentemente sem grande explicação.” E6</p> <p>“... é uma grande desilusão para o casal”E4</p> <p>“ é um desalento tão grande...”E4</p> <p>“A maior parte das pessoas ficam inconsoláveis (...)e não há nada que se possa dizer no momento para atenuar a dor.” E3</p>
	Choro	<p>“habitualmente não é preciso intervir muito no sentido de grande diálogo porque a mulher chora logo muito” E2</p> <p>“... outras choram...” E3</p> <p>“A maioria chora no impacto da notícia...” E5</p> <p>“As mulheres manifestam um sentimento muito grande (...) de choro” E7</p>
	Entorpecimento	<p>“ algumas mulheres não choram porque não estão bem na realidade do que está a acontecer. “ E7</p> <p>“Há pessoas que estão em fase de negação, a notícia foi-lhe dada há pouco tempo e ainda não se aperceberam do que está a acontecer;” E8</p> <p>“já tive mulheres que estavam apáticas” E10</p>

Atitudes dos enfermeiros no cuidar da mulher em situação de perda	Proporcionar ambiente tranquilo	<p>“...criar um ambiente tranquilo...” E1</p> <p>“ proporcionando um ambiente tranquilo (...) resguardado de outras grávidas em trabalho de parto” E5</p> <p>“é proporcionar muitas coisas, é o ambiente onde ela vai estar, acho que não deve estar exposta às outras pessoas” E2</p> <p>“É importante proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e sem stress.” E4</p>
	Respeito caloroso	<p>“A atitude inicial é sempre de muito respeito (...) É importante respeitar sempre a vontade do casal” E6;</p> <p>“ deixar sempre a decisão de ver ao não o bebe à consideração do casal (...) nós temos de respeitar.”E3;</p> <p>“ tento sempre respeitar a vontade da grávida/casal.” E9;</p> <p>“...respeitando sempre as suas necessidades e vontades.” E5;</p> <p>“... Tento respeitar a intimidade do casal (...)uma atitude sobretudo de muito respeito...” E4</p>
	Estar com	<p>“(...) é importante muitas das vezes estar ali com eles (...)E1</p> <p>“dar apoio...” E4</p> <p>“... é muito importante a companhia (...) estar com ela...” E2</p> <p>“... dar o maior apoio emocional possível”... E5</p> <p>“estar ali com elas” E10</p>
	Respeitar o silêncio	<p>“... às vezes em silêncio (...) tentei respeitar o silêncio” E1</p> <p>“Muitas vezes tenho a certeza que o silêncio é a melhor forma de comunicação...” E6</p> <p>“ a atitude principal é o silêncio...” E7</p> <p>“...respeitar o seu silêncio...” E10</p>
	Escuta activa	<p>“... só escutar, o que a grávida/casal tinha para me dizer...” E1</p> <p>“tentar ouvir especialmente e não emitir nenhuma opinião. A atitude é essencialmente ouvir.” E5</p> <p>“[a atitude é]essencialmente de escuta...” E6</p> <p>“ouvir o que vai sentido...” E5</p> <p>“Eu tento dar espaço à outra pessoa para falar” E8 “...ouvi-las...” E10</p>

Atitudes dos enfermeiros no cuidar da mulher em situação de perda (Continuação)	Estar disponível	<p>“...em que é que posso ajudar?” E1</p> <p>“...mostrar que estamos ali (...) que estamos disponíveis” E2</p> <p>“...colocar-me disponível...” E4</p> <p>“A minha experiência diz-me que devemos sempre mostrar toda a disponibilidade para acompanhar a grávida/casal que está a atravessar este processo” E5</p> <p>“É uma atitude de disponibilidade de estar ali com ela.” E5</p> <p>“[é importante] estar disponível para satisfazer as necessidades do casal” E6</p> <p>“... mostrar disponibilidade...” E7</p> <p>“ eu tento ser o mais disponível possível” E8</p> <p>“Tento sempre mostrar disponibilidade...” E9</p> <p>“Uma atitude de disponibilidade total” E10</p>
	Compreensão empática	<p>“...ponho-me sempre no lugar da pessoa (...) tem muito a ver com as nossas características pessoais e com a sensibilidade para ver os problemas do outro ...”E3</p> <p>“é sempre difícil lidar com essas situações principalmente se já temos uma experiência pessoal de gravidez que correu bem e nos colocamos no lugar do outro” E5</p> <p>“uma situação de perda gestacional é sempre um momento pesado, difícil, tentando colocar-me no lugar da mãe/casal.” E6</p> <p>“ a minha linha de orientação é mostrar alguma empatia, mostrar que consigo, ou pelo menos tento, sentir o que a pessoa está a sentir, no fundo colocar-me no lugar do outro.” E8</p> <p>“não é preciso chorar com elas para que percebam que estou triste com elas e que percebo a angústia delas e a tristeza” E9</p> <p>“mas eu colocava-me no lugar delas...” E10</p> <p>“ quando a mulher fica mais comunicativa é mais fácil perceber o que espera de nós e responder às suas expectativas.” E7</p>
	Atitude de defesa/reserva	<p>“...adopto uma atitude de defesa (...) há a eco e por isso defendo-me sempre” E2</p> <p>“... a atitude é sempre muito reservada, muita reserva...” E2</p> <p>“ tento não interferir muito (...)Também é uma atitude de defesa (...) não exagerar muito na presença (...)é uma atitude muito reservada...” E4</p> <p>“A primeira abordagem foi um pouco a medo” E6</p> <p>“dar espaço ao casal (...) muitas vezes o silêncio é um mecanismo de defesa para evitar frases desadequadas e para me proteger.” E7</p>

Atitudes dos enfermeiros no cuidar da mulher em situação de perda (Continuação)	Toque terapêutico	<p>“...Dar aquele conforto; eu sou muito pelo conforto táctil, fazer uma festa...”E4</p> <p>“...“um gesto vale mais do que mil palavras”, neste caso um abraço, uma festinha é muito reconfortante. E6</p> <p>“ a atitude mais de tocar (...) sem duvida que o toque é muito mais importante neste momento” E7</p>
	Mostrar o bebê	<p>“percebi que aquela grávida tinha necessidade de ver o seu bebe, para realmente tomar consciência da realidade...” E1</p> <p>“ ...não devemos esconder o bebê aos pais (...) estamos a criar falsas imagens (...) é ao critério dos pais” E4</p> <p>“... preconizamos que a senhora deve ver o feto (...) aconselhamos sempre o quanto na nossa opinião poderá ser importante na hora e no futuro terem visto o feto” E2</p> <p>“deve-se perguntar se quer ver e respeitar a sua decisão. Não influencio a opinião deles.” E5</p> <p>“Deve-se respeitar a decisão do casal, não se deve incentivar [a ver o bebê] nem demover” E6</p> <p>“ por vezes dou a minha opinião, baseada na literatura (...) e quando tem dúvidas tento incentivar. (...) já tive casais que posteriormente me vieram agradecer esta atitude.” E7</p> <p>“Nunca interfiro na decisão simplesmente ouço sim ou não. Quando o casal diz “não sei” peço para refletirem e pensarem no que acham melhor para eles. (...) Eu nunca vou dar a minha opinião ao casal ” E8</p> <p>“Eu deixava sempre à consideração do casal, nem motivava nem desmotivava” E9</p> <p>“Não influencio na decisão. É um direito da mulher ver ou não o bebe.” E10</p>
	Transmitir optimismo	<p>“ a atitude é sempre pelo lado positivo (...) nada acontece por acaso (...) se entendermos a vida desta forma conseguimos aceitar melhor as coisas menos boas.” E3</p> <p>“ E tentar transmitir optimismo no futuro, tentar mostrar que existe mais além deste sofrimento....” E4</p> <p>“tentando sempre transmitir confiança no futuro mostrando que existe felicidade além deste acontecimento horrível na vida deles.” E9</p> <p>“ a atitude com a grávida é de transmitir confiança, embora vá demonstrando que algo pode não estar bem.” E7</p>

Atitudes dos enfermeiros no cuidar da mulher em situação de perda (Continuação)	Chorar com	<p>“tento controlar muito as minhas emoções (...) porque também sinto vontade de chorar (...) também sinto essa perda.” E4</p> <p>“...foi uma choradeira da equipa (...) chorei compulsivamente ao pé deles...” E4</p> <p>“... foi uma luta conjunta porque todos nós nos envolvemos naquela dor.” E4</p> <p>“... e muitas vezes controlar-me para não chorar.” E7</p> <p>“ Por vezes quando estou a conversar com elas o que me apetece é chorar com elas. (...) nunca chorei porque acho que não ia ajudar no momento” E9</p> <p>“Apeteceu-me chorar com elas (...)mas tb acho que não ia ajudar estar a demonstrar os meus sentimentos” E10</p>
	Planeamento de Cuidados	<p>“... tento sempre questionar se querem ver o bebe (...) quando chegam até mim...” E1</p> <p>“... antes do expulsivo perguntamos sempre se o casal que ver o bebe ...” E2</p> <p>“...costumo perguntar aos pais se querem ver o bebe (...) não imponho, pergunto...”E4</p> <p>“é importante informar e decidir atempadamente o que se vai fazer para evitar constrangimentos no momento expulsivo” E6</p> <p>“durante o trabalho de parto perguntamos sempre se querem ver o bebé, para não ser uma decisão de ultima hora...” E7</p> <p>“Sempre que tenho uma perda gestacional questiono sempre ao casal se quer ver o bebe (...) faço isso quando com o decorrer do turno vejo que a expulsão vai acontecer na minha companhia.” E8</p>

Sentimentos do profissional perante a perda	Frustração	<p>“Estamos preparados para que depois do parto nasça uma criança, nasça uma vida e é frustrante quando realmente nós não conseguimos fazer muito...” E1</p> <p>E4 “... não conseguimos dar uma resposta positiva (...) e nós estamos habituados a dar um final feliz.” E4</p> <p>“Não fui suficientemente perpicaz para perceber o que ela realmente precisava naquele momento...” E8</p> <p>“É muito difícil o momento da expulsão porque estamos habituados a que depois de um trabalho de parto nasça uma criança viva e neste caso isso não acontece” E5</p>
	Incómodo	<p>“Fico sempre um bocado aflita; é uma situação (...) que incomoda (...) tenho tido situações que me incomodam bastante (...) e que levo para casa.” E3</p> <p>“As perdas tardias são muito mais dolorosas, incomodam mais (...) para a mãe/casal, mas também para nós enquanto profissionais...” E4</p> <p>“o trabalho de parto foi marcante... fiz o parto o que acabou por ser ainda mais marcante e incómodo” E6</p>
	Sensação de impotência	<p>“é uma sensação de impotência e de não querer estar ali. O silêncio acaba por ser arrasador para a senhora, mas nós não temos palavras.” E9</p> <p>“... também não lhes consegui transmitir conforto...”E4</p> <p>“houve uma senhora que me chamou e pediu para eu ficar ali ao pé dela, para me “aninhar com ela” e eu não consegui fazer isso...”E8</p> <p>“acho que as minhas atitudes são positivas, mas penso sempre que podia ter feito mais...” E1</p> <p>“considero que as minhas atitudes são adequadas, embora se pense que poderia sempre fazer mais” E7</p>

Dificuldades dos enfermeiros perante a perda gestacional	Gerir os seus sentimentos	<p>“é muito difícil gerir os sentimentos.” E1</p> <p>“nesta fase [durante o trabalho de parto] é muito difícil gerir os nossos sentimentos...” E6</p> <p>“...nestas situações também não se fala muito porque há uma grande dificuldade dos profissionais em abordar esta situação...” E3</p> <p>“ a maior dificuldade é gerir os sentimentos e transmitir calma, quando toda eu estou nervosa e ansiosa...”E7</p>
	Fazer o parto por saber que o bebe está morto	<p>“... a dificuldade é quando estou a fazer o parto, o que é que eu faço? (...) acho que é realmente um momento crítico (...) o facto de mostrar a criança aos pais...” E1</p> <p>“O que mais me incomoda é quando se aproxima o momento do expulsivo” E2</p> <p>“ os momentos da expulsão são terríveis, para o casal e também para nós” E3</p> <p>“ as dificuldades são com o impacto da notícia (...) e depois no parto” E4</p> <p>“O pior é o inicio e o fim [o parto]” E5</p> <p>“A maior dificuldade é quando se aproxima a hora do parto” E9</p>
	Não saber o que fazer	<p>“... o pensar como é que devo agir perante a situação, como é que vou ajudá-los, o que é que se vai passar...” E1</p> <p>“... o pensar como é que devo agir perante a situação, como é que vou ajudá-los, o que é que se vai passar(...) fiquei na duvida, fiquei com receio (...)o que é que eu vou fazer? ” E1</p> <p>“questiono-me e se elas me pedem para ver, como vai ser a reação delas, será que vou estar à altura...” E10</p> <p>“ o que é que eu vou fazer para os ajudar?” E7</p> <p>“...fico sempre na dúvida qual é a melhor atitude...” E4</p> <p>“Por vezes faço uma coisa que não sei se será eticamente correto” E8</p> <p>“Muitas vezes eu queria ajudar e fazer mais mas não sabia o quê...”E9</p> <p>“...compete-nos a nós tentar explicar o que muitas vezes não tem explicação.” E6</p>
	Dizer frases sem sentido	<p>“... a nossa tendência é muitas vezes tentar diminuir a dor com frases que não fazem muito sentido...” E1</p> <p>“... dizer frases que não tenham sentido e que por vezes dizemos para confortar o casal mas que no fundo não ajudam...” E5</p> <p>“a maior dificuldade é não saber o que dizer e ter medo de dizer algo desadequado” E7</p> <p>“ a maior dificuldade é saber o que dizer, para não magoar com frases desadequadas.” E8</p>

Fatores determinantes na prestação de cuidados	Formação	<p>“A formação também é muito importante, além de nos mostrar o que é mais correto de acordo com os estudos efetuados e com a literatura existente, pela partilha de opiniões entre os pares.” E7</p> <p>“ Sinto muita necessidade de formação nesta área” E1</p> <p>“ eu acho que a formação é sempre importante” E2</p> <p>“ A formação é muito importante...”E3</p> <p>“ acho que devíamos ter formação (...) direcccionada para esta área...” E4</p> <p>“É importante fazer formação nesta área, até para partilhar emoções e experiências de forma a melhorar a nossa atitude. “ E5</p> <p>“É sempre muito importante a formação” E6</p> <p>“ devíamos ter sempre formação adicional (...) com alguém que está mais capaz para nos dar algumas dica (...) a nível emocional e relacional.” E8</p> <p>“Eu tenho feito muita formação na área da perda gestacional e luto por necessidades pessoais.” E9</p> <p>“Não nunca procurei formação nesta área porque é uma situação que não é muito confortável para mim” E10</p>
	Experiência	<p>“(…) mas no fundo o que nos prepara é a pratica.” E4</p> <p>“A experiência também é muito importante” E6</p> <p>“ nós aprendemos é com a experiência” E7</p> <p>“A forma mais eficaz de ultrapassar as dificuldades é a experiência” E9</p>
	Características pessoais	<p>“há uma componente cultural e pessoal que influêncua o nosso comportamento e as nossas atitudes nestas situações” E6</p> <p>“ as características pessoais influenciam muito a nossa atitude” E7</p> <p>“... também tem muito a ver com a nossa experiência de vida (...) com as características pessoais.” E3</p> <p>“Claro que as características pessoais tb influenciam” E8</p> <p>“As características pessoais tb interferem muito, é necessário alguma frieza para mostrar às senhoras que elas têm de dar a volta por cima e principalmente mostrar-lhe que elas são capazes.” E9</p> <p>“Em relação à parte relacional tem muito a ver com a formação pessoal de cada um.” E10</p>

	<p>Proximidade dos quartos (SP)</p>	<p>“Na sala de partos ... os quartos são muito próximos uns dos outros (...) o casal consegue ouvir o choro dos outros bebés que nascem...” E1</p> <p>“devíamos ter uma sala mais resguardada (...) por vezes ouve-se o bebé a chorar na sala ao lado...” E4</p> <p>“E quando o parto se dá na sala de partos os quartos são muito próximos, ouve-se os outros bebés a nascer...” E6</p>
	<p>Partilha de quartos (puerpério)</p>	<p>“...as senhoras ficam em quarto isolados que ficam ao fundo do corredor (...) para lá chegar tem de passar por 20 quartos, onde estão 20 bebés ou mais... não faz sentido!” E6</p> <p>“ no puerpério ficam muito perto das puérperas que tem os seus bebés...” E1</p> <p>“As senhoras vão para o puerpério, ficam num quarto sozinhas mas ouvem os outros bebés a chorar...” E7</p> <p>“As senhoras que tem uma perda gestacional são internadas num serviço onde estão as senhoras que acabaram de ter os seus filhos e estão felizes e contentes...” E8</p> <p>“as senhoras vão para os serviços de puerpério onde estão as mães com os seus bebés” E9</p> <p>“O ambiente, os sentimentos num momento de perda não é compatível com o choro de um bebé, e eu acho que o choro dos bebés é extremamente dolorosa para elas, que choram a perda de um filho e vem a felicidade das outras mães com os seus bebés...” E10</p>
	<p>Contacto com vários profissionais por indefinição de circuitos</p>	<p>“... o facto da senhora passar por vários serviços e vários profissionais dificulta a criação de uma relação de maior proximidade...” E3</p> <p>“...a inexistência de normas em relação ao circuito das doentes.” E2</p> <p>“Era necessário criar um espaço específico só para estas situações.” E7</p>

ANEXO IV

(Autorização da CNPD)



Processo n.º 2446/2012

AUTORIZAÇÃO N.º 6991 /2012

I. Do Pedido

Marilyn Cristina Martins Dias e Vera Monteiro, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificaram à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para analisar a perda gestacional e o processo de luto da mulher e do casal.

O estudo pretende analisar a perspectiva da mulher/casal e dos profissionais de saúde que os acompanham, consistindo a participação no estudo na realização de uma entrevista aos participantes no estudo realizada pelas investigadoras.

Assim, a amostra será constituída por enfermeiros a exercer funções nos Serviços de Obstetrícia/Sala de partos da maternidade Bissaya Barreto e por mulheres/casais que vivenciaram uma perda gestacional.

A enfermeira assistente, investigadora no estudo, solicitará consentimento informado, cuja declaração conservará.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel pelas investigadoras.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de doente. A chave desta codificação só pode ser conhecida da equipa de investigação.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227 /2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correto cumprimento da Lei de

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE |
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

No que concerne à recolha do dado religião, a responsável pelo tratamento justifica a sua necessidade do seguinte modo: *“Vários são os estudos que relacionam a religiosidade e o aborto. Embora em muitos estudos esse dado pareça não estar comprovado, noutros a relação parece existir, como é o caso do estudo de Adamczyk (2009) que nos diz que os protestantes conservadores parecem menos propensos a obter abortos do que protestantes, católicos e mulheres de religiões não cristãs. Acrescenta dizendo que independentemente da filiação religiosa pessoal, nos jovens que frequentaram uma escola com uma alta proporção de protestantes conservadores parece existir um desencorajamento do aborto. Inversamente, as mulheres privadas de escolas religiosas parecem mais propensas a relatar a obtenção de um aborto do que as mulheres de escolas públicas.*

Pederson (2007) aprova esta associação dizendo-nos que a religião e a ciência médica são capturados na política e nas guerras culturais que sempre existiram e existem sobre o aborto.

Em 2005, os autores Chirtopher, Samuel e Brad, estudaram a relação entre o envolvimento religioso e a participação em serviços e atitudes de aborto entre os grandes subgrupos hispânicos: mexicanos americanos, os porto-riquenhos e cubanos-americanos. Concluíram que os Hispânico Protestantes, a maioria dos quais pertencem a grupos conservadores, são mais fortemente pró-vida do que qualquer outros segmentos da população latina, e são muito mais prováveis do que outros para apoiar a proibição do aborto total. Católicos comprometidos com a sua religião, também tendem a manter os mesmos pontos de vista, mas eles são relativamente mais propensos a apoiar uma proibição do aborto que inclui exceções como para os casos de incesto, e as ameaças à vida da mãe.

Adamczyk, A. (2009) Understanding the Effects of Personal and School Religiosity on the Decision to Abort a Premarital Pregnancy: Journal of Health and Social Behavior, 50 (2), pp. 180-195, disponível em <http://hsb.sagepub.com/content/50/2/180>

Christopher G. Ellison, Samuel Echevarri'a, Brad Smith, (2005). Religion and Abortion Attitudes Among U.S. Hispanics: Social Science, 86, (1), pp 192-208

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE 2
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

f



Pederson, A. M. (2007). SOUTH DAKOTA AND ABORTION: A LOCAL STORY ABOUT HOW RELIGION, MEDICAL SCIENCE, AND CULTURE MEET. [Article]. *Zygon: Journal of Religion & Science*, 42(1), 123-132. doi: 10.1111/j.1467-9744.2006.00809.x, disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=103&sid=969e5947-e41b-428b-95b9-64b9b509431e%40sessionmgr113>.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27º, al. a) do n.º 1 do artigo 28º e art. 30º da Lei de Protecção de Dados, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, e ainda com a condição aqui fixada, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Marilín Cristina Martins Dias e Vera Monteiro

Finalidade: Estudo observacional para analisar a perda gestacional e o processo de luto da mulher e do casal.

Categoria de Dados pessoais tratados:

- da mulher/casal: código do participante, dados sócio-demográficos (idade e sexo, nacionalidade, religião, estado civil, habilitações profissionais, profissão), motivação para a escolha daquele hospital/maternidade, quantas vezes esteve grávida, quantos filhos tem, qual a idade gestacional aquando da perda, planeia engravidar novamente, teve acompanhamento na sala de parto, quem, gravidez planeada, quem desejou a gravidez, consultas de vigilância (n.º e local), quando realizou a 1.ª consulta, fumou durante a gravidez, ingeriu bebidas alcoólicas, consumiu drogas proibidas, diagnóstico pré-natal., o que significou estar grávida, sentimentos aquando da notícia da morte do bebé, qual a atitude dos profissionais de saúde, o que esperava receber dos profissionais de saúde, que expressões a marcaram mais, foi dada a oportunidade de ver o bebé, o que gostaria que tivesse sido feito e como tem sido a sua vida desde então;
- dos profissionais de saúde: código de participante: dados sócio-demográficos (nacionalidade, idade, sexo, estado civil, local de residência, religião, profissão), instituição onde trabalha, cargo que ocupa, possui alguma formação pós-graduada, o que representa para si a perda gestacional, como encara o processo de luto dos casais, qual a sua experiência nestas

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE 3
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



situações, o que sente quando tem de dar a má notícia, que atitude adota, quais as maiores dificuldades que vivencia aquando do contacto com as mães/casais, deve-se incentivar a ver o bebé, considera que a sua formação o prepara para estas situações, sente necessidade de uma formação adicional, como considera a organização do seu serviço e que lacunas gostaria de ver ultrapassadas.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto das investigadoras.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há

Prazo de conservação: A chave de codificação dos dados do titular deve ser destruída um mês após a defesa da Tese.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 11 de Junho de 2012

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade (Relator), Vasco Almeida, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobo, Luís Barroso

Filipa Calvão (Presidente)